



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2016

N°

**LE VOYAGE, ENTRE OCCASION PATHOLOGIQUE ET OUTIL
THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE :
APPROCHES HISTORIQUE, CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 07 juillet 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BLANCHÉ Héloïse
Née le 01 septembre 1987
A Chenôve (21)

ANNEE 2016

N°

**LE VOYAGE, ENTRE OCCASION PATHOLOGIQUE ET OUTIL
THÉRAPEUTIQUE EN PSYCHIATRIE :
APPROCHES HISTORIQUE, CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 07 juillet 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BLANCHÉ Héloïse
Née le 01 septembre 1987
A Chenôve (21)

Doyen :
1er Assesseur :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Yves ARTUR
Mme Laurence DUVILLARD
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Charles	BENAIM	Médecine physique et réadaptation
(Mise à disposition pour convenances personnelles jusqu'au 31/10/2016)			
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
Mme	Claire	BONITHON-KOPP	Thérapeutique
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale.
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Philippe	CAMUS	Pneumologie
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Maurice	GIROUD	Neurologie
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Patrick	HILLON	Thérapeutique
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Denis	KRAUSE	Radiologie et imagerie médicale
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Philippe	MAINGON	Cancérologie-radiothérapie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques

M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Eric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
M.	Jean-Raymond	TEYSSIER	Génétique moléculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGES	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/08/2019)
M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(surnombre jusqu'au 31/08/2016)
M.	Philippe	ROMANET	(surnombre du 10/07/2013 au 31/08/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségoène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	André	PECHINOT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISIENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/09/2011 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	François	MARTIN	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Patricia	MERCIER	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Catherine	AUBRY	Médecine Générale
M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire
Mme	France	MOUREY	Sciences et techniques des activités physiques et sportives

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

***NOTE A INSERER APRES LA LISTE DU PERSONNEL DE L'UFR DES SCIENCES DE SANTE,
CIRCONSCRIPTION MEDECINE***

L'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Bernard BONIN

Membres :

Monsieur le Professeur Patrick HILLON

Monsieur le Professeur émérite Bernard LORCERIE

Monsieur le Docteur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER

Monsieur le Docteur Pierre LORJOT

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Bernard BONIN,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail.
Nous vous remercions pour votre enseignement et votre bienveillance tout au long de notre formation.

Que ce travail soit le témoignage de notre profond respect.

À Monsieur le Professeur Patrick HILLON,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.
Que celui-ci soit l'expression de notre reconnaissance.

À Monsieur le Professeur émérite Bernard LORCERIE,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail, nous tenons à vous remercier d'avoir accepté d'être membre émérite de notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour la richesse et la qualité de vos enseignements dont nous avons eu la chance de bénéficier pendant notre externat.

Que ce travail soit l'expression de notre admiration.

À Monsieur le Docteur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.
Nous vous remercions pour vos enseignements et votre encadrement lors de notre passage dans le service de psychiatrie adultes du CHU de Dijon.
Que ce travail soit l'expression de notre estime.

À Monsieur le Docteur Pierre LORIOT,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être membre de notre jury de thèse.

Nous vous remercions tout particulièrement pour la qualité de votre encadrement au cours de nos semestres dans votre service et pour votre grande disponibilité tout au long de notre internat.

J'espère que je saurai tirer profit de vos précieux enseignements afin de me guider dans ma pratique future. C'est avec grand regret que j'ai appris que je ne pourrai pas m'appuyer sur votre présence lors de mes premiers pas en tant que docteur...

Que ce travail soit l'expression de ma profonde estime.

À Baptiste, pour la joie de vivre que tu m'as apportée et pour les moments de bonheur partagés. Pour notre grand voyage et pour tous les autres passés ou à venir. Pour ce si beau début dans la vie de famille.

À Lubin, pour tes sourires qui rechargent en énergie, pour tes câlins du matin et tous les autres. Je suis fière de toi.

À mes parents, pour tout. Pour m'avoir appris la joie de vivre et aidé à me construire. Pour m'avoir donné le goût des voyages ! Pour avoir su être toujours disponibles. Pour votre soutien si précieux pendant toute ma formation. Et pour vos nombreuses et attentives relectures bien sûr.

À ma grand-mère de Thury. J'espère qu'elle sera fière de ce travail.

À mes grands parents de Marsannay, qui comptent beaucoup. Pour les vacances en Ariège, les nombreux repas partagés, les Noël et la tarte au citron.

À mes grands frères dont je suis si fière, pour leur présence à mes côtés et leur disponibilité. À Julien pour les appels Skype réguliers qui rendent l'éloignement moins difficile. À Célian pour m'avoir initiée à la course à pied, pour notre voyage en Thaïlande et pour les week-ends à Paris puis à Chartres.

À leurs moitiés : Maud pour tes qualités de rédactrice et tes talents dignes d'une directrice d'agence de voyage, pour le temps que tu consacres au blog. Sandra pour tes attentions et tes petits plats.

À mes neveux et nièces : Adrien, Justine, Yanaël, Elsa et Liséa.

À Liliane. Pour ta disponibilité et tes qualités d'écoute, pour ta présence discrète et si appréciable.

À Sandrine pour ton incroyable gentillesse et ta force de caractère admirable.

Aux personnes qui ont compté dans ma formation :

À Madame le Docteur Laetitia Robert, pour le partage de vos riches réflexions cliniques et pour votre dynamisme. Merci aussi pour votre qualité d'écoute dans des moments difficiles.

À Madame Hélène Versini, pour nos précieuses discussions cliniques et pour votre bienveillance.

À Monsieur le Docteur Pierre Besse, pour m'avoir laissé assister à vos évaluations aux urgences pendant mon externat et m'avoir ainsi mise sur les traces de cette pratique de la psychiatrie.

À Monsieur le Docteur Florent Scullo, pour ses qualités d'orateur et pour m'avoir rendu accessibles certains obscurs concepts psychanalytiques. Pour sa passion communicative pour la psychiatrie qui n'est pas étrangère à mon choix d'orientation.

À Monsieur le Professeur Jean-Francis Maillefert pour son implication inconditionnelle à la préparation de ses étudiants aux ECN.

À Monsieur le Docteur Bruno Monange pour m'avoir permis d'organiser un stage en Inde, et à Monsieur le Docteur John Deodhar pour m'avoir laissée le suivre dans sa pratique quotidienne au dispensaire et m'avoir accueillie dans son foyer.

À Monsieur le Docteur Rondepierre, pour sa pratique humaine et impliquée de la médecine générale.

À l'équipe de l'UMU du CH de Chalon-sur-saône, pour votre volonté de réflexion et votre implication dans la prise en charge des patients psychiatriques. Pour vous être si souvent serrés pour me faire une place à l'office et pour ces cafés partagés.

À l'équipe de l'unité Cascade du CHS de Sevrey, pour votre expérience, la richesse de vos réflexions et votre dynamisme. Pour m'avoir rendu si agréable ce court semestre à vos côtés.

À Mesdames Françoise Ravel-Chapuis et Annie Minotti, documentalistes au CHS Sevrey, dont l'aide m'a été plus que précieuse dans la réalisation de ce travail. Merci pour votre professionnalisme et votre investissement dans vos recherches.

À mes amis d'enfance, compagnons du conservatoire :

À Marion pour ton enthousiasme permanent et ton énergie débordante, pour tes conseils avisés de future puis jeune maman.

À Aurélie, ma miss catastrophe. Pour les anniversaires, nos fous rires, notre voyage en Chine et bien d'autres choses.

À Aurélien pour les réveillons de jour de l'an passés et à venir, pour ton dynamisme et ta force de caractère.

À Philippe pour ton côté tête en l'air. Continue à profiter de la vie comme tu le fais !

Et à leurs valeurs ajoutées bien sûr : à Laetitia, à Etienne pour ta capacité à rire de tout et ton entrain, à Benoit pour ton interprétation inimitable de Bradouch (je n'en dirai pas plus ici).

À ma famille sevrotine, sans qui mon internat n'aurait pas été le même !

À Caroline, pour nos soirées télé, nos matchs de tennis, tes petits plats et pour tous les autres moments partagés depuis un premier échange téléphonique une nuit de garde commune. À Aurélie, pour ton dynamisme, nos séances d'escalade, tes efforts pour contenir une certaine propension innée au désordre pendant notre cohabitation. Je vous remercie pour ça et le reste, même si vous vous êtes délocalisées...

À Lisou, pour ce que tu as fait pour la communauté durant ton règne, pour tes coups de gueule et les resto labo. À Sophie, pour ton humour même si parfois il est au dépend de mon mode de vie.

À Valérie, pour avoir été un modèle depuis le début de cet internat. À Inès pour avoir écouté mes jérémiades de femme enceinte en stage et en en balade.

À Thibaut pour nos bons moments.

Aux hommes de la situation : Baptiste L., Jérem', Aubry.

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."

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	13
PARTIE I : INVITATION AU VOYAGE : DE LA SÉMANTIQUE AUX LIENS AVEC LA PSYCHIATRIE.....	15
A. Sémantique	15
1. Étymologie.....	15
2. Définition	15
3. La notion de voyage au sein du champ lexical des déplacements	16
B. Le voyage dans l’histoire.....	17
C. Voyage et littérature	18
D. Le voyage en psychiatrie	19
1. Psychopathologie du voyage.....	20
2. Voyages de psychiatres	21
3. La psychiatrie en voyage.....	21
E. Transition.....	22
PARTIE II : PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES EN JEU DANS LE VOYAGE.....	24
A. Voyage géographique, voyage psychique	24
B. Voyage et psychanalyse.....	25
1. Pulsion viatorique	25
2. Importance du voyage dans l’œuvre de Freud	26
3. Le voyage, porteur de refoulement	27
4. Le voyage comme aire de transition winnicottienne	28
C. Le voyage initiatique comme rite de passage.....	29
D. Mythes et fantasmes de voyage	30
E. Le voyage, quête ou fuite ?.....	31
F. Transition.....	32

PARTIE III : FONCTION PATHOGENE ÉVENTUELLE DU VOYAGE	33
A. Voyages et risque de décompensation psychiatrique : position du problème	33
1. Pathologies liées au voyage : un domaine d'intérêt récent	33
2. Psychiatrie et pathologies liées au voyage	33
3. Le voyage « pathogène »	35
B. Rôle pathogène du voyage : approche psychopathologique.....	37
1. Approche systémique : le voyage pathogène comme rupture d' « homéostasie mentale »	37
2. Approche psychanalytique.....	38
3. Rôle des mythes du voyageur : quand fantasmes et réalité se rencontrent .	39
C. Les syndromes des voyageurs	40
1. Syndrome d'Inde.....	40
2. Syndrome de Stendhal	43
3. Syndrome de Jérusalem	45
4. Syndrome de Paris	48
5. Discussion	49
D. Diagnostics différentiels	50
1. Choc culturel	50
2. Syndrome de décalage de phase ou jet-lag	53
3. Effets secondaires des antipaludéens	55
4. Abus de substance	57
5. Pathologie infectieuse tropicale à expression psychiatrique.....	57
6. Discussion	58
E. Transition.....	58
PARTIE IV : FONCTION THERAPEUTIQUE DU VOYAGE	60
A. Historique	60
1. Le voyage thérapeutique dans l'Antiquité	60

2.	Le Moyen Âge et les pèlerinages	61
3.	Début du XIXe siècle : le traitement moral	61
4.	Fin du XIXe, début du XXe siècle : essor du thermalisme et naissance de l'hygiénisme social.....	66
5.	Milieu du XXe siècle : l'antipsychiatrie anglaise et le voyage comme alternative à la violence de l'institution	68
6.	Naissance de la psychothérapie institutionnelle : les « séjours thérapeutiques ».....	69
7.	Discussion	70
B.	Le voyage, un outil thérapeutique d'actualité pour le psychiatre?	71
1.	Les séjours thérapeutiques et leur place dans la dynamique institutionnelle.....	71
2.	Finalité thérapeutique du voyage retour dans les voyages pathogènes : le rapatriement sanitaire	80
3.	Discussion	86
	DISCUSSION.....	89
	CONCLUSIONS	93
	BIBLIOGRAPHIE	95
	TABLE DES MATIÈRES.....	103

« On croit que l'on va faire un voyage, mais bientôt c'est le voyage qui vous fait, ou
vous défait »

Nicolas Bouvier

INTRODUCTION

« Voyage »... Enoncer le terme incite déjà à la rêverie, invite à se projeter dans un ailleurs plus ou moins lointain, stimule l'imaginaire. Viennent à l'esprit des noms de lieux, des paysages réellement traversés ou fantasmés, la sonorité d'une langue étrangère... Si aujourd'hui le voyage est banalisé et accessible au plus grand nombre, il conserve une part indéniable de mystère et son sens ainsi que ses implications semblent se dérober sans cesse aux tentatives d'appréhension.

Pendant notre formation nous nous sommes intéressée à ce thème du voyage et à ses liens à la psychiatrie notamment au travers de la question du voyage pathologique à laquelle nous avons consacré notre travail de mémoire. S'il lui est généralement attribué une connotation positive, il nous est apparu que le voyage recouvre en fait des réalités multiples et nuancées.

Nous avons en particulier été marquée lors de nos lectures et dans nos recherches par des références aux « syndromes des voyageurs », décompensations psychiques aiguës pouvant survenir de façon brutale pendant un voyage y compris chez un sujet dénué de tout antécédent psychiatrique, phénomène d'ailleurs inconnu de la plupart des candidats au voyage. Nous avons également été interpellée par la présence, dans les ouvrages traitant de cet effet pathogène du voyage, de références à une fonction parfois au contraire thérapeutique de celui-ci.

Cela nous a amené à nous interroger sur les effets que le voyage peut exercer sur le psychisme d'un individu. Nous avons plus précisément axé notre problématique sur la recherche d'éléments d'explication au fait que le voyage puisse parfois soit avoir un rôle pathogène, dans le déclenchement de certains moments délirants, soit au contraire avoir une fonction structurante voire thérapeutique.

Dans la première partie de notre travail, nous avons tenté de mieux appréhender le concept de voyage par un préambule global abordant successivement la sémantique, l'historique et les références littéraires au voyage et enfin ses intrications possibles avec le domaine de la psychiatrie.

Dans une seconde partie, nous avons voulu aborder la question de l'expérience psychique particulière de tout individu en situation de voyage. En effet dans la littérature traitant de la psychopathologie des voyages, l'individu est fréquemment considéré comme passivement exposé aux conséquences d'un déplacement géographique et la question de

l'objet de la quête du voyageur en tant que sujet et celle de son désir de départ sont souvent éludées. Mais au final, pourquoi voyage-t-on ? Où s'origine ce désir d'ailleurs ? C'est autour de ces questions qui nous semblent primordiales que nous avons donc cherché à recentrer notre réflexion avant d'aborder la suite de notre travail.

Nous étudierons ensuite successivement les deux effets paradoxaux que le voyage peut avoir sur l'évolution d'une symptomatologie psychiatrique. Tout d'abord dans la troisième partie de notre travail nous traiterons du voyage en tant qu' « occasion pathologique » (Besançon, 1990, p 4). Après avoir situé le risque de décompensation psychiatrique du voyageur au sein des pathologies liées au voyage, nous interrogerons les mécanismes psychopathologiques pouvant être à l'origine d'une fonction pathogène du voyage que nous aurons préalablement définie. Nous présenterons ensuite les différents syndromes des voyageurs décrits dans la littérature ainsi que les diagnostics différentiels devant selon nous être évoqués. Nous poursuivrons nos réflexions dans la quatrième partie qui portera sur la fonction potentiellement thérapeutique du voyage. Nous débuterons ce chapitre par une approche historique détaillée des utilisations du voyage en tant que thérapeutique médicale de l'Antiquité à nos jours afin de mieux l'appréhender. Nous verrons ensuite sous quelles formes le voyage peut être un outil toujours d'actualité au sein de l'arsenal thérapeutique du psychiatre.

Enfin la discussion sera l'occasion de synthétiser comment l'abord successif de ces différents points de vue sur le voyage nous aura permis d'éclairer les effets qu'il peut avoir sur le psychisme avant de conclure notre travail.

PARTIE I : INVITATION AU VOYAGE : DE LA SÉMANTIQUE AUX LIENS AVEC LA PSYCHIATRIE

A. Sémantique

1. Étymologie

Le mot voyage est issu du latin *viaticum* qui signifiait à l'origine « provisions pour faire la route », et dans lequel on reconnaît le substantif *via*, « voie, chemin ». Il apparaît sous la forme « veiage » au XI^e siècle, désignant alors le chemin à parcourir, puis « voiage » dans le courant du XIV^e siècle avant de prendre sa forme actuelle(31).

À en croire les origines étymologiques du mot voyage en anglais, voyager n'est peut être pas aussi simple qu'il y paraît. Le mot anglais « travel » et le français « travail » ont en effet pour origine le même mot latin *trepalium*, ou *tripalium*, instrument de torture à trois pieux. Ainsi, pendant que les Français travaillent, les Anglais voyagent...

2. Définition

Par « voyage », on entend, au sens commun du terme, « déplacement d'une personne qui se rend en un lieu assez éloigné »(60). Partir dans une nouvelle ville, un nouveau pays constitue donc un voyage. Ce dernier commence une fois franchie la porte du lieu de vie et comprend le trajet mais aussi la période durant laquelle l'individu est confronté à l'ailleurs. Le voyage se termine quand le voyageur perd son statut d'étranger, soit lors d'un retour au point de départ, soit lors de l'agrégation au nouveau groupe social(104).

Au sens figuré, le « grand voyage » désigne le passage « dans l'autre Monde » et fait référence à la mort(102). Au sein de l'expression « les gens du voyage », il désigne les forains, ayant une vie itinérante.

Parfois le terme est employé pour désigner un mouvement ayant lieu non pas dans un espace spatio-temporel objectif, mais dans un espace intérieur subjectif. Il s'agit du « voyage intérieur » provoqué par l'absorption d'hallucinogènes, ou encore du « voyage imaginaire », mettant en action l'esprit en dehors du réel de façon plus ou moins pathologique.

3. La notion de voyage au sein du champ lexical des déplacements

Le mot voyage appartient au très vaste champ lexical des déplacements où il côtoie des termes dont les sens diffèrent même s'ils se recoupent parfois, et dont nous entendons essayer de le différencier.

- **Errance, nomadisme, exode:** Il nous semble pertinent de distinguer le voyage de ces trois autres types de mouvances en fonction du nombre « d'entités » définies, selon une « typologie du déplacement » telle que la propose M. Butor(27). Dans le voyage, deux termes sont définis, puisque le voyage présuppose un point de départ et un point d'arrivée, même si atteindre ce dernier ne signifie pas la fin du voyage. À contrario l'errance et le nomadisme sont des déplacements qui n'ont aucun terme défini ; autrement dit on ne vient de nulle part en particulier, on ne va nulle part en particulier. De la même façon la fixation d'un peuple antérieurement migrant et l'exode, où seul un terme est défini, sont, pour cet auteur, ainsi différenciés du voyage.
- **Tourisme :** De nos jours, le voyageur entend bien se distinguer du touriste à qui il se défend de ressembler. Ce mépris « antitouristique » est ancien et ubiquitaire, et la supériorité du voyageur sur le touriste est couramment admise. Mais qu'est ce qui les différencie réellement ? Selon une représentation répandue dans notre société le touriste, dont la mobilité serait passive et dictée par des normes sociales s'opposerait au voyageur, mu par ses rêves et sa soif de connaissances et de rencontres(30)... Il devient difficile de donner une définition objective et porteuse de sens du tourisme tant le terme est ainsi obscurci par « une masse constante de préjugés et d'idées reçues » (Urbain, 1991, p 27). L'Organisation Mondiale du Tourisme en donne une définition qui ne nous aide guère tellement elle est vaste : « Le tourisme est un phénomène social, culturel et économique qui implique le déplacement de personnes vers des pays ou des endroits situés en dehors de leur environnement habituel à des fins personnelles ou professionnelles ou pour affaires »(77). Nous retiendrons de nos lectures que la distinction peut s'établir sur les notions de plaisir et de loisir qui viennent se rajouter à celle du voyage dans l'entendement du terme « tourisme ».
- **Expatriation, migrations :** Les voyages impliquent un retour dans la culture d'origine, ils constituent une « parenthèse de vie »(5). Ils sont donc en cela fondamentalement

différents des migrations et de l'expatriation qui sous-entendent l'installation du lieu de vie, d'un peuple ou d'un individu respectivement, dans un autre pays(31).

Appartenant au vaste champ lexical du déplacement, le voyage pourrait ainsi être l'exploration d'un espace externe comme interne, réel ou imaginaire, et il peut être associé à des tonalités affectives diverses.

B. Le voyage dans l'histoire

Le voyage est une constante dans l'histoire de l'Humanité. « En trois mots, inconstance, ennui, inquiétude, Pascal a résumé la condition des hommes et expliqué par avance la passion des voyages qui devait s'emparer d'eux » (De Gaulle, 1945). Ce sujet de la condition itinérante de l'Homme a été développé par le philosophe Jean Brun dans son ouvrage intitulé *Les vagabonds de l'Occident*. Ainsi pour lui le voyage serait la condition existentielle de l'Homme et représenterait l'expression de son « désir de s'évader de la sphère du moi et d'ouvrir largement les portes de l'*Ailleurs* » (Brun, 1976, p 8).

Le lien intime des religions à une tradition de déplacements illustre bien cela. Les pèlerinages, voyages animés par l'idée de Dieu, invitent au retour sur les lieux originaires de l'Humanité. Le voyage fait partie des mythes fondateurs des religions et est très présent dans toutes les idéologies religieuses. Ainsi le Christianisme commence par le voyage de Marie et Joseph pour mettre au monde Jésus ; un des éléments fondateurs de l'Islam est le voyage de Mahomet à Médine ; Shiva, divinité hindoue, est un voyageur errant. La légende du Juif errant est un autre exemple célèbre : la malédiction de ce marcheur éternel est de devoir errer de par le monde, sans retour possible et sans but, jusqu'à la fin des temps. Le long voyage de Bouddha est exemplaire également dans le bouddhisme...

On trouve également de nombreux récits de voyage dans la mythologie, le plus célèbre étant celui d'Ulysse. Ainsi le déplacement a toujours été très important dans la plupart des cultures et y occupe une place prépondérante.

Tout au long de l'histoire et sur l'ensemble du globe, le voyage a donc entraîné nombre d'individus, bien que dans des contextes très différents. Au cours des exodes issus des grandes famines, épidémies, ou guerres, le voyage a été la conséquence de ces facteurs agressifs ; on pense par exemple à la Guerre de Cent Ans à l'origine de contingents massifs de vagabonds. Pour les peuples nomades, il est intégré à leur mode de vie et fait partie des codes

sociaux propres. Les religieux pèlerins s'y soumettent dans un élan mystique. La soif de conquêtes a poussé des guerriers de toutes origines vers les territoires voisins. Quant au voyage utilitaire, dont le voyage d'affaire est l'archétype, et qui s'est développé plus récemment, il a été instauré et est bien admis par le groupe social.

Aujourd'hui, voyager est devenu plus facile et banalisé. En effet les frontières s'ouvrent, les activités sociales se multiplient, les moyens de transport progressent de façon exponentielle. Rencontrer la nouveauté ne passe plus forcément par un voyage difficile. Historiquement réservé à une élite, le voyage prend de nos jours une ampleur considérable et est accessible au plus grand nombre. Les chiffres de l'Organisation Mondiale du Tourisme sont parlants : il y a eu plus d'un milliard de touristes internationaux en 2014, contre 25 millions en 1950(76).

Ainsi le sens du voyage s'est-il considérablement transformé au fil des siècles, ce que nous résumerons en empruntant une citation à l'anthropologue Franck Michel : « Dans l'Antiquité, [...] le périple est une épreuve et l'aventure une souffrance, pas encore un spectacle. Entre Renaissance et Lumières européennes, le voyage devient plaisir, avant de se muer en loisir au XXe siècle. Dans le rapport à l'Ailleurs, la quête individuelle a progressivement remplacé la volonté de conquête collective. Les dites « grandes découvertes » - en fait des croisades et massacres organisés - font place aux petites découvertes de chacun, avec son lot de rencontres avec soi et de relations avec les autres. » (Michel, 2006, p 3).

De nos jours le voyage n'apparaît plus seulement comme un moyen ou une conséquence, il est devenu une fin en soi(101), voire une « quête de soi »...

C. Voyage et littérature

La préoccupation constante et universelle de l'être humain pour ce phénomène trouve aussi son expression dans les différents arts, où des références au voyage se retrouvent à toutes les époques. Compte tenu de l'abondance d'œuvres faisant référence au thème du voyage, il nous est bien sûr impossible d'en dresser ici un inventaire un tant soit peu exhaustif. L'exemple de la littérature nous a semblé illustrer le plus facilement notre propos, la parenté entre voyage et écriture ayant toujours été plus ou moins ressentie.

Là encore les intrications sont nombreuses et les angles d'abord ouverts au choix. À propos de l'association littérature et voyage, on peut s'intéresser aux récits de voyage, aux

écrivains voyageurs, ou encore à la lecture en tant que vecteur d'un « voyage imaginaire », puisque grâce à l'œuvre littéraire « il y a cette fuite, cette issue, ce retrait, à travers la page je me trouve ailleurs » (Butor, 1972, p 5).

Certains auteurs ou écrits nous ont particulièrement interpellée et nous les citerons ici à titre d'exemple:

- ***L'Odyssee***, épopée grecque antique attribuée à l'aède Homère, relate le voyage retour du héros Ulysse, qui, après la guerre de Troie, met dix ans à revenir dans son île d'Ithaque pour y retrouver son épouse Pénélope et son fils Télémaque. Ce chef d'œuvre de la littérature a inspiré un grand nombre d'œuvres littéraires et artistiques au cours des siècles, et le terme « odyssee » est devenu un nom commun désignant un « récit de voyage plus ou moins mouvementé et rempli d'aventures singulières ».
- ***Voyages extraordinaires***, recueil des œuvres de Jules Verne dans lesquelles les déplacements dépaysants conduisent le lecteur aussi bien autour du monde, qu'au centre de la terre ou des mers.
- Parmi les poèmes faisant référence au voyage, « **L'invitation au voyage** », de Charles Baudelaire(14) et « **Départ** » d'Arthur Rimbaud(90), poète aventurier, sont particulièrement connus.
- **Jean-Jacques Rousseau**, fuyant à travers l'Europe sous l'impulsion d'idées délirantes construites autour de la notion d'un complot, est un exemple célèbre de voyageur pathologique(25).
- **Antonin Artaud**, parti au Mexique dans un déplacement initiatique, « à la recherche d'un monde perdu », « pour rétablir l'équilibre et briser la malchance, malchance extérieure et intérieure » qui vient de lui (Artaud, Lettre à Barrault, 1935), fera le récit de ce voyage dans *Les Tarahumaras*(10).
- Aux Etats-Unis, **Jack Kerouac**, célèbre homme de lettres et chef de file des écrivains de la « beat génération » précédant le mouvement hippie, est aussi un « vagabond solitaire » qui mènera une existence s'inscrivant dans un parcours mobile et incertain(25).

D. Le voyage en psychiatrie

On a pu voir dans les chapitres précédents qu'il n'était pas aisé de décrire un concept aussi riche, aussi vivant et changeant, que le voyage.

Afin de clore la première partie de notre réflexion, nous allons maintenant nous rapprocher du thème de notre travail, et essayer de démêler les intrications possibles entre voyage et psychiatrie.

1. Psychopathologie du voyage

La psychopathologie du voyage, étude des troubles psychiques nécessitant des soins chez une personne éloignée de son lieu de vie habituel, recouvre des réalités cliniques très diverses. Selon nous, il est possible d'identifier deux perspectives principales selon lesquelles le voyage peut rencontrer la pathologie psychiatrique chez nos patients :

a) Le voyage comme symptôme

Dans cette première perspective, il existe une pathologie psychiatrique clairement décompensée et celle-ci va dans certaines circonstances entraîner un malade à réaliser un voyage : autrement dit être fou fait voyager. Le voyage sera alors qualifié de « pathologique », terme désignant un « déplacement plus ou moins long et durable, soutenu par une activité délirante »(35). Ainsi parmi un groupe donné de patients présentant une symptomatologie délirante, certains voyageront et d'autres pas. La question sera de savoir ce qui a conduit tel patient en particulier à réaliser un voyage. On pourra alors interroger celui-ci en tant que symptôme et chercher à le réintégrer en tant que tel dans l'histoire du patient.

b) Le symptôme en voyage

Dans cette seconde perspective, le voyage est au centre de la problématique, semblant agir en lui-même sur le psychisme de deux manières opposées :

- Il peut être « pathogène », c'est-à-dire favoriser la survenue de troubles psychiques y compris chez un sujet n'ayant aucun antécédent de ce genre. Le premier cas de figure qui vient à l'esprit est peut-être celui du « mal du pays », initialement décrit chez les mercenaires suisses, la « nostalgie » de toute personne loin de sa patrie. Plus récemment, plusieurs « syndromes de voyageurs » ont ainsi été décrits : syndrome de Stendhal, syndrome d'Inde, syndrome de Jérusalem que nous étudierons plus en détail dans la suite de notre travail. Certains troubles psychiques survenant chez les migrants entrent également dans ce cadre.

- Il semblerait que le voyage puisse parfois être au contraire structurant voire « thérapeutique », et être alors entrepris dans le but conscient d'améliorer une symptomatologie psychiatrique. Déjà pratiqué de cette façon dans l'Antiquité, on retrouve des références à l'utilisation du voyage à visée thérapeutique chez des patients en souffrance psychique tout au long de l'Histoire de la psychiatrie. Aujourd'hui des patients sont encore parfois accompagnés lors de « séjours thérapeutiques » dans des lieux plus ou moins éloignés de leur domicile.

Avec l'étude de ces dimensions « pathogène » et « thérapeutique » du voyage sur le fonctionnement psychique, nous aborderons et détaillerons dans la suite de notre travail cette deuxième perspective qui correspond à l'objet de notre travail.

2. Voyages de psychiatres

Nous venons donc d'exposer les relations pouvant exister entre voyage et pathologie psychiatrique chez nos patients. Mais la question se pose également des liens entre le voyage et le psychiatre... S'il existe comme nous l'avons vu des aliénés migrants, peut-être peut-on parler en miroir d'aliénistes migrants, comme le propose M. Gourevitch(46) ou encore J.-B. Garré(44)?

En effet, le voyage peut constituer un moyen d'instruction pour le médecin, et il pourra au cours de celui-ci s'initier à une clinique comparative, ou différentielle. Ainsi Hippocrate quitte-il son île natale de Cos pour voyager et élargir ses connaissances. Plus proche de nous, Emil Kraepelin a parcouru le monde (Europe, Maghreb, USA, Inde, Egypte, Java...) dans une recherche de formes inédites de folie, ne manquant jamais de visiter dans ses périples asiles et institutions psychiatriques. Exact contemporain de Freud, renommé pour être un classificateur des maladies mentales, il est ainsi également un fondateur des approches transculturelles en psychiatrie.

3. La psychiatrie en voyage

Les considérations du paragraphe précédent nous amènent à évoquer un dernier aspect des relations entre psychiatrie et voyage : la modification de la symptomatologie elle-même et de sa prise en charge en fonction du contexte culturel. Effectivement, le cadre culturel propre à chaque pays peut venir modifier les manifestations cliniques de certaines pathologies, voire

permettre l'expression de forme particulière de folie. Quant aux modalités de traitement de la folie, elles diffèrent également de façon plus ou moins importante dans chaque pays du monde.

Nous ne rentrerons pas en détail dans ces considérations se rapportant au domaine de l'ethnopsychiatrie. Nous citerons uniquement pour illustrer ce dernier point le cas d'un « syndrome lié à la culture » frappant particulièrement l'imagination : l'Amok. Cette « affection propre à la race malaise » est caractérisée par une crise paroxystique au cours de laquelle le sujet, littéralement hors de lui, se précipite indistinctement sur n'importe qui et l'assassine sauvagement. Le Docteur Rasch, décrivant cette affection dans un article des *Annales Médico-Psychologiques* de 1898, en propose un traitement qui nous a semblé tout aussi étrange et surprenant que la description de la pathologie en elle-même, et certainement d'une cruauté peu courante en Europe. Il estime en effet que le « traitement radical » consiste à « rendre inoffensif, en le fusillant, l'individu qui est Amok » (Rasch, 1898, p 311) ...

E. Transition

Nous avons donc vu que le voyage peut être en psychiatrie cause, symptôme ou traitement, qu'il représente également une source de connaissance et un moyen d'instruction pour les psychiatres et enfin que la pathologie mentale ainsi que ses traitements peuvent prendre différents aspects en changeant de lieu et de cadre culturel.

L'existence de ces nombreuses et complexes relations entre voyage et psychiatrie nous a contrainte à limiter nos recherches afin de ne pas dépasser le cadre de notre travail. Nous excluons notamment la question du voyage pathologique, « voyage-symptôme » s'originant dans un processus délirant.

Par ailleurs la notion de déplacement englobe comme nous l'avons vu d'autres entités s'apparentant au voyage, dont les sens diffèrent même s'ils se recoupent parfois et dont nous ne traiterons pas dans ce travail. Ainsi nous n'aborderons pas la vaste question de la pathologie psychiatrique en situation d'exil ni les phénomènes psychiques en jeu dans l'errance.

Avant d'aborder la pathologie psychiatrique survenant en voyage puis la valeur parfois paradoxalement thérapeutique du voyage chez certains patients, problématique sur laquelle nous avons choisi d'axer notre travail, il nous semble indispensable de nous pencher sur les mouvements psychiques suscités par le voyage. En effet, si le voyage consiste selon une

définition pragmatique en un « déplacement d'une personne qui se rend dans un lieu plus ou moins éloigné », apportant une occasion de dépaysement et offrant l'occasion de découvrir le monde, il garde néanmoins souvent une dimension de mystère et peut revêtir des sens multiples. Une question centrale nous semble cependant fréquemment occultée dans les travaux portant sur la psychopathologie du voyageur : celle du désir d' « ailleurs » du sujet dit « normal » ; la question de l'expérience particulière du voyage s'en trouvant ainsi éludée(84). Ce sont ces questions que nous allons tenter d'aborder maintenant au travers des effets que le voyage peut avoir sur le psychisme de l'individu.

PARTIE II : PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES EN JEU DANS LE VOYAGE

A. Voyage géographique, voyage psychique

Il est classique chez de nombreux auteurs de considérer le voyage géographique comme étant prétexte à une toute autre sorte de voyage, le voyage intérieur ou voyage psychique(37,48). Dégagé de sa composante géographique, le voyage pourrait en effet être le support de mouvements psychiques plus ou moins consciemment recherchés et plus ou moins actifs.

Au niveau conscient, les motivations énoncées par le voyageur pour expliquer son déplacement géographique peuvent être multiples. Le voyage peut par exemple avoir une fonction hédonique, de divertissement ou être entrepris dans le cadre d'obligations professionnelles. Par ailleurs le point commun à tout voyage est de nous permettre de nous affranchir temporairement des expériences routinières de notre quotidien, effet souvent recherché par le voyageur.

Mais au-delà de ces motivations conscientes, le voyage, loin de mettre « en jachère » le psychisme du voyageur par la diversion du quotidien, supposerait plutôt une mise en travail psychique de l'individu en situation de voyage. Le psychanalyste Pascal Hachet expose ce point de vue dans un article consacré à l'étude de l'activité psychique chez les voyageurs(48). Pour cet auteur, les voyages nous donneraient l'occasion de faire fonctionner notre esprit autrement en fournissant le support d'un important travail psychique. En effet le versant sensoriel, affectif et moteur indispensable à un travail d'assimilation psychique serait enclenché par les expériences vécues en situation de voyage, où notre participation est totale. Ainsi « lorsque nous partons en voyage, si nous nous mettons en quête d'expériences fortes, c'est parce que nous avons l'espoir de désenkyster notre Moi des pensées, des images, des sentiments, des sensations et des mouvements que nous avons échoué à rendre cohérents lors d'expériences antérieures » (Hachet, 2003, p 42). Ces expériences passées que nous cherchons à assimiler seraient de deux types : des expériences douloureuses, dont nous chercherions alors à poursuivre l'élaboration restée partielle, ou au contraire des expériences agréables que nous cherchons à confirmer afin qu'elles puissent fonctionner comme des repères. Selon cette

conception, le voyage représenterait donc un support aux opérations mentales nécessaires à l'assimilation psychique de nos expériences de vie.

Nous souhaitons aborder ici un autre article dans lequel l'auteur, Miguel De Azambuja, tente de dégager les significations parfois « mystérieuses » du voyage. La réflexion de ce psychanalyste éclaire d'un angle différent la vision du voyage géographique comme support au voyage psychique en établissant un parallèle intéressant entre le voyage et la poésie. Pour cet auteur, la lecture de la poésie confronte à une expérience singulière, le lecteur étant placé au centre d'un flot de paroles dont la signification demeure lointaine. En effet la poésie (celle de Mallarmé en particulier dont il est question dans l'article) nous ramènerait à la douce langue natale, que l'enfant ne comprenait pas mais qui l'intéressait beaucoup. Cela permettrait ainsi « une expérience du maternel préalable à toute signification qui nous fait voyager certes, mais loin des coordonnées géographiques » (De Azambuja, 1993, p 43). Voyager supposerait de la même façon se laisser prendre par une expérience qui nous porte, nous permettant de larguer les amarres du monde des certitudes pour nous inscrire dans un univers où la signification est mise à défaut...

En effet le voyage ouvre vers l'inconnu et la surprise, nous fait passer par de l'incertain et de l'instable. Nos repères habituels s'effacent, l'étranger surgit brutalement dans son altérité radicale. Le voyage offre alors cette chance de s'engager dans un trajet potentiellement porteur de bouleversement et d'inconnu(37), où l'appropriation du nouvel environnement et les découvertes du voyage dépendent de la capacité à abandonner ses certitudes pour se laisser porter par l'expérience vécue...

B. Voyage et psychanalyse

Afin de tenter de mettre en lumière les mouvements psychiques en jeu dans le déplacement géographique, nous nous proposons d'étudier maintenant plus précisément la notion de voyage d'un point de vue psychanalytique. Comme nous le verrons, la psychanalyse semble en effet entretenir des liens privilégiés et complexes avec la notion du voyage.

1. Pulsion viatorique

Afin d'amorcer notre réflexion sur le voyage d'un point de vue psychanalytique, nous intéresserons ici à la notion de « pulsion viatorique » due à Haddad et Haddad, qui l'ont abordée et décrite dans leur ouvrage *Freud en Italie, psychanalyse du voyage*(49). Cette

pulsion, pulsion de la marche et du voyage, permet en effet aux auteurs de définir une « psychanalyse du voyage ».

Les auteurs débutent leur réflexion sur le sujet des origines de l'Homme, dont nous avons choisi de retenir ceci : « l'émergence [de l'espèce humaine] provient d'une transformation du pied, partie du corps la plus spécifique à l'Homme, [...] cette mutation entraînant celle du contact du corps avec le sol, son **pas**, signature de l'apparition de l'Homme » (Haddad et Haddad, 1995, p 21). L'idée de cette « nature voyageuse de l'Homme » se trouve renforcée par la constatation de « l'incroyable vitesse avec laquelle l'espèce humaine diffusa de son lieu d'origine, l'Afrique orientale, jusqu'aux confins du monde » (Haddad et Haddad, *ibid*, p 23).

Haddad et Haddad abordent ensuite le concept freudien de pulsion, toute pulsion impliquant selon eux « activité, mouvement, déplacement, marche ». Cela les conduit à poser l'existence d'une pulsion *viatorique*, qui viendrait se rajouter aux pulsions fondamentales orale et anale définie par Freud. L'objet en jeu dans cette singulière pulsion serait l'espace lui-même ; la poussée en serait l'appel de l'Ailleurs, de l'Inconnu ; et l'organe corporel à sa source serait la plante du pied.

Ainsi, le voyage trouverait son origine dans cette pulsion viatorique, et pourrait constituer une « tentative de réaffirmer son appartenance à cette humanité née de la marche et du voyage » (Haddad et Haddad, *ibid*, p 28).

2. Importance du voyage dans l'œuvre de Freud

Cet abord du voyage sous l'angle pulsionnel, la pulsion viatorique venant s'ajouter aux pulsions fondamentales définies par Freud, nous amène à nous questionner sur la place du voyage dans l'œuvre de celui-ci.

Il semble effectivement que la pensée freudienne soit en permanence imprégnée d'une réflexion sur le voyage. Ainsi « le voyage traverse l'œuvre de Freud de façon permanente », comme une sorte de « passager-caméléon de l'aventure freudienne » (De Azambuja, *op. cit.*, p 37).

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que la propre existence de Freud est jalonnée d'évènements significatifs où le voyage tient une place non négligeable. On peut penser par exemple à ses multiples voyages en Italie, à son rapport particulier à Rome, ou à sa fameuse « phobie des trains »(64) qu'il surmontera au fur et à mesure de ses séjours en Italie.

Les voyages de Freud en Italie auraient eu un poids symbolique tout particulièrement important sur la pensée freudienne. Les années où il invente la psychanalyse sont en effet rythmées par une dizaine de voyages dans ce pays. C'est d'ailleurs au cours d'un voyage à Rome qu'il découvre l'Œdipe et le fantasme(49).

L'imprégnation de la pensée freudienne par le voyage nous semble bien s'exprimer au travers des métaphores utilisées par Freud pour présenter la méthode et le dispositif analytique et par le vocabulaire choisi par lui dans ce domaine, qui semblent nous inviter à établir un parallèle entre le voyage et l'expérience psychanalytique.

De façon particulièrement imagée, Freud utilise par exemple la métaphore ferroviaire pour présenter la méthode et le dispositif analytique, comparant la cure analytique au voyage en train, l'espace analytique au compartiment, l'association libre au paysage qui se déroule et se transforme à la fenêtre... Par ailleurs il est remarquable que Freud file constamment la métaphore du voyage avec les termes choisis pour nommer les instances de son appareil conceptuel : transfert, déplacement, topique.

D'ici à établir une corrélation entre le déplacement au sens psychanalytique du terme et le déplacement géographique en tant que recherche d'un ailleurs meilleur illusoire, il n'y a qu'un pas...

3. Le voyage, porteur de refoulement

Pour certains, le voyage est vu non pas comme instrument de découverte, d'ouverture à l'inconnu, mais au contraire comme un moyen de méconnaissance, « sorte d'agent du refoulement »(33) nous permettant de vivre normalement. Ainsi Freud affirme-t-il que « concevoir un voyage, quand il revêt le sens de s'arracher de quelque chose, comme une représentation plastique du refoulement semble plausible »(62).

Freud avait d'ailleurs déjà évoqué ce point de vue quelques années plus tôt dans le commentaire qu'il fit sur *la Gradiva* de Jensen(42), et où il se livre à l'analyse du voyage du héros.

Cette nouvelle relate les mésaventures d'un jeune archéologue allemand, Norbert Hanold. En visitant l'une des grandes collections romaines d'antiquités, celui-ci fut véritablement saisi par le bas-relief d'une femme en marche dont il se procura de retour en Allemagne un moulage qu'il accrocha dans son bureau, baptisant cette jeune femme Gradiva. De façon très soudaine, Norbert décide suite à un rêve de partir à sa recherche, plus exactement à la recherche de la trace qu'aurait laissée son pied dans la poussière pompéienne.

Freud conçoit en effet le voyage d'Hadol à Pompéi comme une « fuite devant le désir amoureux qui s'éveille en lui » (Freud, 1985, p 213). Le voyage résulterait ainsi selon Freud « d'un sursaut de la résistance après cette avancée du désir amoureux dans le rêve, d'une tentative de fuite devant la présence physique de la femme aimée. Pratiquement, il signe une victoire du refoulement [...]» (*ibid*, p 213).

Cette vision du voyage en fait donc un agent de refoulement. On voyagerait alors pour mettre une distance entre soi et les objets, et les dangers pulsionnels qu'ils représentent. Plus que la rencontre de l'inconnu le voyage serait son évitement(33)...

4. Le voyage comme aire de transition winnicottienne

Nous évoquerons pour terminer cette partie la conception du voyage en lien avec les théories de Winnicott.

Winnicott décrit les capacités d'éveil et de sociabilité du bébé comme évoluant de manière progressive autour du giron maternel, point de repère du nourrisson partant à la découverte du « monde ». Les allées et venues de l'enfant, s'éloignant chaque fois plus dans le monde extérieur mais venant toujours se rassurer vers sa mère, sont alors un témoin de son état de sécurité interne. Pour lui il y aurait dans la même optique une « tendance centrifuge du voyage », le déplacement représentant la quête d'un bon objet perdu envisageable pour les sujets ayant une sécurité interne suffisamment bonne. « Voyager serait donc aussi une tentative de retrouvailles régressives avec le bon objet maternel » (Butez, 2005, p 14).

Par ailleurs Winnicott nous dit : « L'acceptation de la réalité est une tâche sans fin et nul être humain ne parvient à se libérer de la tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et du dehors. Cette tension peut être soulagée par l'existence d'une aire intermédiaire d'expérience [...] en continuité directe avec l'aire de jeu du petit enfant » (Winnicott, 1975).

Le voyage semble pouvoir fournir cet espace privilégié, sorte d'« espace transitionnel » hors du temps (Airault, 2002, p163). Ainsi « dans le voyage on se figure une aire de transitionnalité, au sens winnicottien, de manière concrète, réelle : le sujet se détache du giron de l'enfance et imprime à l'espace environnant son intentionnalité » (K'Ourio, 2012, p 5).

C. Le voyage initiatique comme rite de passage

Voyager permet d'éprouver une autre réalité et de s'ouvrir de nouveaux horizons, qu'ils soient comme nous venons de le voir géographiques ou psychiques. Mais au-delà de l'occasion de dépaysement et de découverte du monde, le voyage vise souvent à une connaissance plus large, plus universelle et également personnelle. Il est alors « initiatique », son expérience cherchant à aboutir à une meilleure connaissance de soi, permettant une véritable métamorphose du sujet en le ramenant au plus profond de son être. Grâce à ce déplacement dans l'espace qui s'inscrit dans le temps, cette rupture dans le vécu immédiat, le voyageur pourra à son retour mesurer combien il a changé.

Ces caractéristiques du voyage « initiatique » en font un équivalent des « rites de passage » tels que les a définis Arnold Van Gennep au début du XX^e siècle. Cet ethnologue fut le premier à étudier le phénomène de ces rites qui marquent le changement social ou sexuel d'un individu et dont la séquence cérémonielle se déroule en trois étapes stéréotypées : phase de séparation, phase de marginalisation et phase de réintégration. D'un point de vue psychique, ces phases équivalent respectivement à la mort, la gestation et la renaissance symboliques. Appliquées au voyage, ces trois séquences classiques s'articulent en départ, séjour, retour.

Les différentes phases du « voyage initiatique », en ce qu'il comporte un arrachement au contexte familial et culturel pour aller dans un ailleurs avec des épreuves, la proximité de la mort, et le retour fortifié, grandi et adulte, correspondent alors bien à celles des rites de voyage.

Il est ainsi classique pour les jeunes d'aller « voir ailleurs » ce qu'il se passe, cherchant par là à « s'essayer à la vie, se confronter au réel imaginé ». En effet « les rituels initiatiques sont là pour donner des repères culturels et valider ces changements. Mais dans notre société, la plupart des rites de passage ont disparu : les adolescents sont donc obligés d'en inventer » (Airault, 2002, p 124).

Dans notre société où les repères et les limites manquent, le voyage serait donc pour les jeunes une occasion de retrouver des bornes au travers de ce marqueur social fort et structurant que serait le voyage, « un passage par l'ailleurs [permettant de] redonner du sens à [...] nos vies et à nos envies » (Michel, 2006, p 4).

D. Mythes et fantasmes de voyage

Si « les rites aident à s'inscrire parmi les autres, les mythes permettent de se situer dans l'ordre du monde et de l'univers » (Airault, 2002, p 168). Et la fonction du mythe est primordiale chez le voyageur puisqu'« il n'existe pas de voyage sans mythe du voyage préliminaire » (Michel, 2006, p 1). Le voyage « se construit et se fait avant notre départ. [...] On s'invente un pays avant de s'y rendre et on imagine ses habitants avant de les rencontrer » nous dit Michel (*ibid*, p 7). Airault écrit aussi à ce sujet qu'un voyage « commence tôt, avec l'idée qu'on s'en fait, véhiculée par notre culture, ses clichés, ses légendes, ses mythes [...]. Ce fantasme s'étaye à l'adolescence de nos rencontres avec ceux qui « en reviennent » » (Airault, 2002, p 19). La part de l'imaginaire dans le voyage est donc essentielle. D'ailleurs, la magie du voyage ne commence-t-elle pas là ?

La mythologie du voyage est incroyablement riche et les héros en sont nombreux : Ulysse, Jules Verne, Bouvier, Jack Kerouac... Ces mythes évoluent au fil du temps et avec eux les pratiques du voyage. Ainsi « l'aventurier moderne ou le touriste-voyageur, dans le droit fil de l'explorateur d'autrefois ou même du triste personnage et triple C [...] - Croisé-Conquistador-Colonisateur - perpétue une foule de mythes autour de l'autre et de l'ailleurs, de la quête et de la conquête. De Jules Verne à Jack Kerouac, il y a un siècle qui passe et sépare le mythe du voyage du rite routard, précurseur de nouvelles modes touristiques, notamment d'aventure organisée. » (Michel, *op. cit.*, p 5).

Ces mythes sont constitutifs de la réalité des individus, de leur famille, et participent de la culture. Le départ en voyage peut alors être perçu comme une adhésion à un mythe organisateur symbolique, médiatisé dans la culture d'origine. Parmi ces mythes de l'Ailleurs pouvant sous-tendre le désir de voyage, on peut penser au mythe du Robinson (un exil volontaire permettrait de partir à la recherche de l'île déserte) ou au mythe du bout du monde (quête d'un lieu mystérieux et lointain, difficile d'accès, où se situeraient les restes de civilisations « mères » disparues). Le mythe agit dans ce cas comme un « Ailleurs fantasmé, objet d'une quête imaginaire », le voyage étant alors plutôt « un voyage dans le temps que dans l'espace. Non pas le temps du calendrier, mais le temps de sa propre histoire. » (Petit et al., 1993, p 590).

Indissociable de son mythe préliminaire, le voyage peut donc être conçu comme la mise en acte d'un fantasme(107): le voyageur part, dans la réalité, vérifier le bienfondé d'un mythe véhiculé par sa culture et entrant en résonance avec sa propre histoire...

E. Le voyage, quête ou fuite ?

Il nous semble possible, comme le propose D. Arbault dans son travail de thèse, de relever deux motivations essentielles et constantes à tout voyage : la quête ou la fuite(7). Cette double volonté se trouverait ainsi à l'origine du « désir d'ailleurs » de tout voyageur que nous souhaitons interroger.

Nous aborderons tout d'abord le mouvement de quête. Comme nous venons de le voir, le départ peut être lié à l'existence d'un mythe de voyage, qui vient agir à un niveau plus ou moins conscient sur le psychisme du voyageur et représente l'objet de cette quête. Cette dimension de quête apparaît aisément dans le départ en voyage quand celui-ci est sous-tendu par la volonté de se rendre dans un « ailleurs » supposé meilleur.

Par ailleurs pour plusieurs auteurs, l'objet de la quête du voyageur peut être au niveau inconscient le signifiant paternel, le désir de voyage pouvant être alors interprété comme recherche du Nom du Père.

Mais parallèlement à une quête dans laquelle se lancerait plus ou moins consciemment tout voyageur au travers de son déplacement géographique, ne se cacherait-il pas un mouvement de fuite ? Plusieurs auteurs abordent cette question de la fuite et tout au moins celle d'une volonté de rupture comme source du désir d'Ailleurs.

En voyageant, l'Homme chercherait notamment à fuir et dénier sa condition mortelle : « voyager, c'est fuir le monde sexué des adultes et sa propre finitude » (Airault, 1999, p 21). Quant à lui, Michel nous dit que l'« on recherche toujours l'imprévisible pour fuir le seul prévisible, c'est-à-dire la mort » (*op. cit.*, p 5).

Par ailleurs pour les adolescents, partir en voyage ce n'est pas seulement quitter le foyer, c'est fuir la figure omniprésente du père et retrouver un sentiment d'invulnérabilité typique de l'enfance. Ainsi si voyager, « c'est fuir la figure paternelle pour ne pas l'affronter » (Quirot, 1994), « c'est aussi garder l'illusion infantile du sentiment d'éternité et de toute-puissance » (Airault, 1999, p 21). Le plaisir de voyager consisterait à réaliser ses désirs précoces(43), le voyage s'enracinant alors dans l'insatisfaction de la maison et de la famille et prenant l'image d'une rupture par rapport aux relations objectales conflictuelles(39).

À ce propos, Freud écrira d'ailleurs que ses « rêves de voyage exprimaient aussi le désir d'échapper à l'atmosphère familiale, ce même désir qui pousse tant d'adolescents à faire des fugues » et que sa propre « envie de voyager tenait à ce désir d'une vie libre, autrement dit à [son] mécontentement au sein de [sa] famille » (Freud, 1936, p 229).

Ainsi les dimensions inconscientes du désir d'Ailleurs qui entraîne le voyageur seraient-elles bien marquées du double sceau de la quête et de la rupture(1).

F. Transition

Tout voyage est donc le support privilégié de mouvements psychiques. Ce parallèle entre déplacement géographique et mouvements psychiques est d'ailleurs bien souligné par les nombreuses métaphores sur le thème du voyage que Freud utilise pour présenter le dispositif analytique. Ces mouvements sont complexes et variables selon le fonctionnement psychique de l'individu et son histoire personnelle.

Ainsi le désir de voyage trouverait en partie sa source dans une pulsion *viatorique*, pulsion de la marche et du voyage entraînant l'homme dans un mouvement perpétuel depuis ses origines. Mise en acte d'un fantasme véhiculé par la culture d'origine, l'idée de départ s'appuie sur un mythe du voyage préliminaire mais aussi sur des désirs précoces.

Le déplacement géographique vient alors mettre au travail le psychisme du voyageur, lui permettant s'il se laisse porter par cette expérience d'assimiler des expériences passées. Dans d'autres cas il serait plutôt porteur de refoulement, le départ représentant une tentative de l'individu de conserver son équilibre psychique en s'éloignant matériellement d'objets source de dangers pulsionnels. Pouvant aussi traduire l'expression de la quête d'un bon objet perdu, il fournirait un espace privilégié pour les sujets ayant une sécurité interne suffisante. Chez les adolescents et les adultes jeunes, le voyage permettrait de retrouver repères et limites, agissant alors comme un véritable rite de passage et ouvrant sur une connaissance plus large d'eux-mêmes. Pour d'autres personnes, il est une véritable fuite en avant dans le temps et dans l'espace qui permet de s'affranchir, du moins temporairement, de la certitude de sa propre finitude.

C'est au milieu de tous ces mouvements psychiques, complexes et multiples, que peut se produire la décompensation. Le sujet, dans ses préoccupations internes, se trouve confronté à la réalité d'une dureté insoupçonnée, venant impacter sur d'éventuelles fragilités internes(53). C'est cette question des troubles psychiques déclenchés dans une situation de voyage que nous allons aborder maintenant.

PARTIE III : FONCTION PATHOGENE ÉVENTUELLE DU VOYAGE

A. Voyages et risque de décompensation psychiatrique : position du problème

1. Pathologies liées au voyage : un domaine d'intérêt récent

La « médecine des voyages » est une toute jeune discipline médicale apparue il y a une quarantaine d'années. Cet essor relativement récent de l'intérêt porté aux pathologies du voyageur est concomitant d'un développement massif du voyage semblant avoir permis de mettre en évidence une pathologie autrefois trop rare pour attirer l'attention(86).

En effet comme nous l'avons dit, ces dernières années ont été témoins d'un essor des loisirs et du tourisme et de la multiplication rapide et impressionnante des échanges internationaux(21). Ainsi si les mouvements internationaux étaient de 25 millions en 1950, nous en sommes à 1 milliard en 2014, et la prévision est de 1,5 milliards pour 2020(76)!

C'est dans ce contexte que s'est développée progressivement à partir de la fin des années 70 l'« emporiatrie », discipline ayant pour but « la santé par le voyage, au cours et au décours des voyages »(9) et s'efforçant de promouvoir la compétence des professionnels de santé impliqués dans cette médecine des voyages. Ce nouveau domaine médical, axé sur la prévention et l'évaluation des risques, prend une forme concrète en 1993, date à laquelle le Professeur Maxime Armengaud fonde la Société de Médecine des Voyages (SMV). Sous la présidence de ce « père de la médecine des voyages » se rassemblent depuis professionnels des centres de vaccination et de conseils aux voyageurs, médecins du travail, médecins spécialistes et généralistes, infirmiers, pharmaciens et représentants de l'industrie pharmaceutique impliqués dans la médecine des voyages(8,45,94).

2. Psychiatrie et pathologies liées au voyage

Si de nos jours les risques liés aux voyages et l'importance de leur prévention sont donc très étudiés et bien connus du corps médical, la question de la santé mentale continue de passer plutôt inaperçue. Ainsi dans les dossiers sur les conseils aux voyageurs ou les

documents concernant les pathologies du retour de voyage, l'absence fréquente de référence à la psychiatrie est marquante(50,94).

Les troubles psychiques liés au voyage restent aujourd'hui largement occultés par les risques somatiques, en particulier le risque infectieux qui est certainement le plus connu des prescripteurs et des voyageurs. La personne se préparant à partir à l'étranger ainsi que son entourage ont plutôt en tête toute une liste de maladies infectieuses tropicales auxquelles le séjour à l'étranger expose, de la banale turista à la rarissime encéphalite japonaise. De la même façon l'importance des vaccinations ou de la chimiothérapie préventive anti-palustre est rarement ignorée car particulièrement soulignée et mise en avant.

Pourtant, si l'on s'intéresse aux pathologies graves des voyageurs en prenant comme indicateur le taux de rapatriement, le risque infectieux s'efface très largement devant des risques non perçus comme tels comme la traumatologie et les accidents neurologiques ou cardio-vasculaires(21). Quant au quatrième rang des causes de rapatriement sanitaire il est occupé par... les troubles psychiatriques(45)! Ainsi 15 à 20 % des rapatriements sanitaires seraient effectués pour motif psychiatrique(22,93).

D'ailleurs, la fonction potentiellement pathogène du voyage sur l'état psychique du voyageur est historiquement décrite et est reconnue de longue date. Un cas de figure qui vient rapidement à l'esprit peut être celui du célèbre « mal du pays », nostalgie de tout migrant exilé loin de sa patrie initialement décrit chez les mercenaires suisses(44). En 1926, Sir Ronald Ross, médecin de l'Armée des Indes britanniques, précisait déjà que « les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux contre-indiquaient formellement la vie sous les tropiques et que les troubles nerveux ou de la personnalité qui passaient inaperçus dans les contrées d'origine étaient accentués par le climat tropical »(92). Enfin depuis la fin des années 1970, plusieurs auteurs décrivent des « syndromes des voyageurs » qui correspondent à des tableaux psychiatriques apparaissant au cours d'un voyage.

Il apparaît donc que malgré l'intérêt porté ces dernières années aux pathologies du voyageur et la fréquence de survenue d'une pathologie psychiatrique en voyage très loin d'être négligeable de nos jours, ces troubles restent rarement étudiés et l'importance de leur prévention est trop fréquemment oubliée par le corps médical.

3. Le voyage « pathogène »

a) Définition

Comme nous l'avons vu dans la première partie de notre travail, la psychopathologie du voyage, étude des troubles psychiques nécessitant des soins chez une personne éloignée de son lieu de vie habituel, recouvre des réalités cliniques très diverses. Tout d'abord, la symptomatologie pouvant être à l'origine d'un besoin de soins psychiatriques lors d'un voyage voire de rapatriement est variée. Ainsi si les pathologies délirantes aiguës représentent environ la moitié des cas psychiatriques faisant l'objet de rapatriements, les troubles thymiques non délirants et les troubles anxieux font aussi partie des motifs de rapatriements(107). La population concernée est également très large puisque le risque de survenue d'une pathologie psychiatrique en voyage existe quels que soient la durée et le motif premier du séjour et concerne en cela aussi bien les touristes que les expatriés ou les travailleurs humanitaires(45). Tout voyageur, indépendamment de la présence d'antécédent personnel, est potentiellement à risque.

La pathologie psychiatrique en voyage constitue une catégorie éclectique(93): voyages pathologiques dans lesquels le voyageur part malade, décompensations de troubles psychiatriques chez un patient présentant une structure de personnalité fragile ou porteur d'une pathologie chronique stabilisée au moment du départ, mais également authentiques décompensations délirantes aiguës chez des sujets sans antécédent. Ce dernier cas constitue certainement la configuration la plus intrigante de la psychopathologie du voyageur.

Comme nous l'avons dit préalablement et afin de ne pas dépasser notre problématique, nous excluons du cadre de notre travail les cas où le voyage peut être considéré comme un élément important de la clinique pour se concentrer sur les cas où le voyage apparaît être une véritable « occasion pathologique » (Besançon, *op. cit.*, p 4) et peut alors être qualifié de « pathogène ». Nous entendons le sens du terme de « voyage pathogène » selon l'acceptation qu'en fait Airault dans son livre comme le cas de figure remarquable où « le voyage est la cause d'une décompensation psychique aiguë chez des personnes n'ayant pas consommé de toxiques et qui jusque là étaient « normales », c'est-à-dire avec un relatif équilibre psychique » (Airault, 2002, p 24).

b) Caractéristiques cliniques

Si l'expérience de l'inconnu favorise toujours un certain vacillement de l'identité auquel ne peut pas échapper le sujet dit normal(1), parfois ce vacillement de l'être pourrait donc aller jusqu'à la survenue d'un trouble mental, y compris chez des personnes indemnes de tout antécédent psychiatrique. En effet « dans la plupart des cas, il s'agit de personnes pour lesquelles le voyage constitue la première occasion de décompensation d'un trouble mental » (Zittoun et al, 1994, p 698).

Plusieurs auteurs ont ainsi relevé la fréquence et la forme particulière de ces épisodes pathologiques semblant déclenchés par le voyage, véritables « coups de tonnerre dans un ciel serein » qui touchent volontiers des sujets jeunes, sans antécédent. Les symptômes de ces décompensations aiguës peuvent être une anxiété massive avec des attaques de panique, un vécu persécutif, des hallucinations. Les épisodes de dépersonnalisation et déréalisation avec altération de la conscience de soi, du temps et de l'espace et troubles de la mémoire sont particulièrement fréquents. Le voyageur perd ses repères internes et l'environnement lui apparaît comme irréel voire menaçant. L'évolution est souvent remarquable par sa rapidité, avec diminution de l'anxiété dès le début de la prise en charge et en parallèle diminution de l'activité délirante pendant l'organisation du rapatriement sanitaire. Ces épisodes ne débouchent d'ailleurs que très rarement sur une prise en charge ou un traitement au long cours(1,86,98,107).

L'occurrence en dehors du lieu de vie habituel de ce type d'épisodes psychiatriques sans lendemain chez des personnes jusque là indemnes de tout trouble psychique, visiblement loin d'être anecdotique, nous a ainsi amenée à nous interroger sur la fonction pathogène propre au voyage.

Malgré l'existence de descriptions cliniques de ces épisodes, l'approche psychopathologique des aspects pathogènes du voyage est un cadre d'investigation encore peu investi. Pourtant s'il s'avère reconnu que « sur le plan psychopathologique, de sa préparation à sa réalisation, le voyage constitue pour le voyageur autant de pièges tendus à sa raison » (Zittoun et al, *op. cit.*, p 696), quels sont précisément les mécanismes psychopathologiques par lesquels le voyage pourrait favoriser la survenue de désordres psychiques ? C'est à cette première question que nous allons tenter d'apporter des éléments de réponse dans la partie suivante de notre travail.

B. Rôle pathogène du voyage : approche psychopathologique

1. Approche systémique : le voyage pathogène comme rupture d' « homéostasie mentale »

Selon une approche systémique, l'évaluation de la « normalité » se base sur le constat d'un fonctionnement intérieur harmonieux, dépendant de la souplesse des moyens de défense, de l'homéostasie de l'équilibre interne et des capacités de réalisation personnelle. La survenue d'une pathologie psychiatrique en voyage est alors considérée comme la perte de cette « homéostasie mentale » du sujet en ce qu'elle résulte de l'échec d'un équilibre harmonieux(103).

Le voyageur quitte son milieu habituel, relationnel, géographique, linguistique et socio-culturel pour se retrouver dans un contexte étranger. Les repères habituels s'effacent, l'étranger surgit brutalement dans son altérité : le voyageur est confronté à l'Inconnu, à l'étrangeté, à la surprise(37,47). Parfois dans ce nouveau cadre apparaît une rupture de l'état d'équilibre intérieur : le sujet entre en crise, moment de rupture dans son existence correspondant à la mise en faillite des régulations de son système personnel(103). En effet les relations interpersonnelles, le contexte linguistique, socio-culturel faisant partie intégrante des éléments du système de régulation, celui-ci peut se trouver débordé dans le cadre radicalement différent du milieu étranger(98,103).

Il serait cependant hâtif de conclure que les troubles psychiques déclenchés en situation de voyage se résument à une problématique réactionnelle, la survenue de troubles étant également déterminée par les fragilités propres au sujet en lien avec son histoire personnelle ainsi que par sa motivation profonde au voyage. Quand par exemple le voyageur cherche à fuir une quotidienneté vécue comme fastidieuse et insatisfaisante, à rompre une appartenance (sociale, familiale ou filiale) vécue comme étouffante pour un ailleurs utopique, il se retrouve au bout du voyage face à lui-même privé de ce que justement il fuyait : sa quotidienneté, ses liens sociaux et familiaux, qui le soutenaient et structuraient son identité(82). On comprend qu'alors le risque de survenue d'une décompensation psychique est d'autant plus importante....

Nous retiendrons de cette vision des décompensations psychiatriques déclenchées en voyage que si « l'apparition de la crise n'est pas une simple réaction à la perte des repères habituels, cette perte, sans en être la cause, constitue un élément important de la crise » (Vérébély et Weil, 1982, p1270).

2. Approche psychanalytique

Selon un angle d'abord psychanalytique, les effets pathogènes du voyage seraient liés aux effractions dans l'inconscient qu'il peut entraîner. En effet si pour certains le voyage est considéré, comme nous l'avons vu dans la première partie de notre travail, comme un agent de refoulement efficace nous permettant de vivre normalement, il pourrait parfois au contraire constituer un « évènement susceptible d'actualiser brutalement et bruyamment des crises subjectives restées jusque là tapies dans l'inconscient, sous le coup d'un refoulement efficace » (Recasens, 1996, p 14). La confrontation à l'imprévu et « l'épreuve de réalité » subie lors du voyage pourraient entraîner un « retour du refoulé » à l'origine des symptômes constatés(2).

Cette conception du voyage est détaillée par Freud dans une lettre à Romain Rolland intitulée « Un trouble de mémoire sur l'Acropole »(43) dans laquelle il expose l'autoanalyse d'un phénomène d'étrangeté et de déréalisation ressenti lors d'un voyage en Grèce. Il reprend dans ce texte de 1936 une expérience vécue trente deux ans auparavant, alors qu'il était à Athènes avec son frère cadet. Il décrit avoir vécu au moment où ils se trouvèrent sur l'Acropole une situation contenant un élément de « doute à l'égard d'une portion de la réalité » entraînant un « sentiment d'étrangeté ». Il décrit ce sentiment comme un « phénomène bizarre » où « une partie de la réalité nous apparaît comme étrangère ». Ce sentiment serait selon lui dépendant « du trésor de souvenirs du Moi et d'expériences précoces pénibles qui sont peut-être depuis tombées sous le coup du refoulement ». Le sentiment d'étrangeté aurait ainsi un rôle de défense lors de l'actualisation brutale d'un de ces éléments du fait de la confrontation à un élément de réalité du monde extérieur.

Aperçu au début du texte comme un moment psychotique avec déni de la réalité et clivage, ce trouble de la perception de la réalité est ensuite proposé à l'analyse selon son versant œdipien. Freud le présente en effet à la fin de sa lettre comme étant en lien avec « le sentiment de culpabilité attaché à la satisfaction d'avoir si bien fait son chemin » lié à l'interdit que le père fût surpassé.

Du fait de l'épreuve de réalité subie à l'occasion d'un voyage, l'inconscient pourrait donc faire effraction dans le psychisme du voyageur et ramener sur l'avant scène certains évènements anciens en lien avec l'histoire personnelle de chacun. Le voyage ferait ainsi « parler » l'inconscient, dépliant et juxtaposant l'enfoui dans l'ici et maintenant, pouvant alors aller d'un simple et transitoire sentiment de déréalisation à une authentique explosion psychotique (Airault, 2002, p 20).

3. Rôle des mythes du voyageur : quand fantasmes et réalité se rencontrent

Nous avons vu dans notre étude sur les mécanismes psychiques en jeu dans le voyage qu'« il n'existe pas de voyage sans mythe du voyage préliminaire » (Michel, *op. cit.*, p 1), le voyage pouvant être perçu comme l'adhésion à un mythe organisateur symbolique agissant comme un « Ailleurs fantasmé »(71). Il semble important de préciser que si la résonance d'un mythe dépend de l'histoire personnelle de chacun, « chaque mythe ne doit sa raison d'être qu'à l'époque, au lieu et à la culture qui l'héberge » (Michel, *op. cit.*, p 5). Les implications mystiques de certaines destinations dépendent donc de la culture d'origine du voyageur et peuvent varier dans l'Histoire.

Tout voyage étant indissociable de son mythe préliminaire, « l'Homme en marche peut trébucher sur les traces du « fantasme collectif » de sa culture d'origine ou de son propre « roman familial » » (Airault, 2011, p 43).

Dans la mise en acte concrète que suppose le départ en voyage, l'individu prend le risque de confronter son rêve, son mythe, à la réalité(98). A l'arrivée en effet « il y a soudain le choc, puis l'épreuve, et ensuite, l'éprouvé » du pays (Airault, 2002, p 19). Brutalement exposé à un univers symbolique différent du sien, le voyageur peut voir se défaire sa réalité organisée par ses propres fantasmes et par l'univers symbolique qui le détermine : « quand réel et imaginaire sont soudainement confrontés [alors] que le symbolique qui permet de les lier est totalement absent, [...] un sentiment d'étrangeté apparaît qui peut glisser vers le délire » (Airault, *ibid*, p 93).

Voyager supposerait de « pénétrer dans une contrée inconnue ou d'être pénétré par elle ». Cette « double exploration croisée de moi vers l'Autre mais aussi de l'Autre en moi où le fantasme et la réalité se confondent » met à mal nos mécanismes de défense habituels et tout particulièrement notre identification projective (Goutal, 1993, p 25).

Le voyage peut donc être dangereux pour qui succombe à son mythe sans y avoir été préparé : « le Grand Ailleurs est une source de vertige pour tous ceux qui s'y rendent [...] la tête pleine de clichés [...]. Le vacillement est inévitable et la déception de l'Ailleurs voire le mépris de l'Autre font place à la belle mythologie [...]» (Michel, *op. cit.*, p 1-2).

Chaque culture, par le biais des mythes de voyage qu'elle héberge, semble donc ainsi désigner à ses membres des lieux où il est plus facile de vaciller(5). Certaines destinations seraient de ce fait particulièrement favorables au déclenchement d'une pathologie mentale(98)

puisque plus investies par la culture d'origine du voyageur, lui faisant courir des risques particuliers(107). Si comme nous l'avons vu les épisodes de décompensations psychiatriques déclenchés lors d'un voyage « pathogène » ont en commun leur déclenchement brutal, la fréquence des symptômes délirants et d'un vécu de déréalisation ou de dépersonnalisation ainsi que leur résolution rapide dès le retour dans le pays natal, les tableaux cliniques observés sont donc rassemblés par les différents auteurs en syndromes décrits selon le lieu de survenue. Ce sont les particularités cliniques et psychopathologiques de ces différents « syndromes des voyageurs » que nous nous proposons d'aborder maintenant.

C. Les syndromes des voyageurs

1. Syndrome d'Inde

Ce terme a été introduit dans les années 1980 par Régis Airault, psychiatre ayant exercé à l'ambassade de France à Bombay en Inde de 1985 à 1986 et ayant ensuite réalisé des rapatriements sanitaires psychiatriques pour les assurances.

Dans l'exercice de ses fonctions, il est surpris par la fréquence des épisodes psychiatriques sans lendemain avec vécu d'étrangeté et idées de persécution à thématique le plus souvent mystique chez des jeunes voyageurs français en Inde dépourvus de tout antécédent psychiatrique. Il postule alors l'existence d'un véritable « syndrome indien »(1), « pathologie spécifique du voyage en Inde » (Airault, 2002, p 12) dont il s'attachera à décrire les particularités psychopathologiques dans différents ouvrages(1-6). Il écrira notamment un livre passionnant intitulé *Fous de l'Inde. Délires d'occidentaux et sentiment océanique*, fruit de ses souvenirs et réflexions sur ses années d'expérience clinique auprès de jeunes occidentaux en Inde et auquel nous ferons de nombreuses références dans la suite de ce paragraphe.

Selon lui ces cas de « voyages pathogènes » spécifiques de l'Inde se déclenchent quelques semaines après l'arrivée, à « l'épreuve de l'Inde ». L'apparition de ces troubles est précédée d'un vécu d'étrangeté, et la participation de l'humeur est toujours importante.

La fréquence remarquablement élevée de ces épisodes particuliers de décompensation psychiatrique aigüe en Inde tiendrait à une perte de repères particulièrement importante, et résulterait à la fois des spécificités culturelles du pays et de l'existence de mythes sur le voyage en Inde propres à la culture occidentale.

En effet « l'Inde a toujours été le symbole du grand voyage et du merveilleux », exerçant sur l'occidental une sorte « d'envoûtement ». A chaque époque correspondent des fantasmes occidentaux se rapportant à ce sous-continent, que ce soit « l'Inde des rois mages, des pierres précieuses et des épices », le « pays des origines de la civilisation », « l'Inde des fakirs, des maharadjahs » ou plus récemment le pays « des gourous, de la route et de la drogue » (Airault, 2002, p 137-8). Ainsi s'est construit un imaginaire sur le voyage en Inde qui est une vision orientée, un regard occidental sur l'Inde.

A son arrivée en Inde, le voyageur peut parfois ressentir une « étrange familiarité ». Cela serait lié à l'omniprésence du monde de la petite enfance dans ce pays qui lui fait retrouver « le ronron de l'enfance » : on y malaxe la nourriture avec les doigts, le sommeil est sacré, on y retrouve « les habitudes, les rituels, une temporalité de bébé », une curiosité sans limite(2,86). Cette dimension régressive de l'Inde fait « qu'on se sent tous des enfants dans cette civilisation maternelle » (Airault, 2002, p 139) et permet à « l'enfant qui est en chacun de nous [de régner] à nouveau » (Airault, *ibid*, p 126). Airault avance que c'est d'ailleurs peut être pour cela qu'on y va...

Mais par la remarquable coexistence des contraires qu'elle abrite, l'Inde va surtout venir ébranler nos limites occidentales. En effet le réel et l'imaginaire, le sacré et le profane, l'antique et le moderne, les excès de luxe et de misère s'y côtoient sans limite nette et tranchée, au risque de faire « éclater la dimension humaine »(2,47,63,86).

Une des particularités de l'Inde est sa facilité à fossiliser des moments de l'Histoire de l'Humanité. Ce n'est alors pas seulement cette dimension humaine qui se volatilise : la valeur du temps, aussi, semble parfois s'y dissoudre. L'Occidental pressé par l'horaire se retrouve perdu dans ce pays où « le temps s'étire aux dimensions d'Eternité » (Goutal, 1993, p 26). En Inde, « on prend le temps, le temps pour rien, le temps qui passe. On a le temps. » (Airault, 2002, p 128).

Confronté à cette temporalité radicalement différente de la sienne, en prise « au sentiment d'effroi que l'Homme éprouve devant la fuite du temps, face à son inéluctable finitude » (Airault, *ibid*, p 13) le voyageur en Inde peut alors se trouver saisi de vertige.

La question de la mort surgit d'ailleurs inévitablement lors d'un voyage en Inde. La réalité de la mort est omniprésente dans ce pays où elle fait partie du quotidien, venant remettre en cause la distinction bien tranchée entre la vie et la mort à laquelle nous sommes culturellement habitués. La confrontation brutale du voyageur au réel de la mort représente parfois un réel traumatisme psychique pouvant faire vaciller l'esprit occidental.

Mu par le mythe de l'Inde véhiculé par sa culture occidentale et brutalement exposé lors de son arrivée à un univers radicalement opposé au sien, la désillusion du voyageur peut donc être forte aux premiers moments du contact et il s'expose alors à bien des déconvenues(2,37,107)... Dès la sortie de l'aéroport, il est soumis à l' « éprouvé de l'Inde » : « la ville est là : immense d'odeurs, de bruits et de spectacles [...]. Si le départ lui avait donné des ailes, cette première confrontation le rappelle soudainement à ses limites, et bien plutôt, les rétrécit » (Quirot, *op. cit.*, p 45). Soumis d'emblée aux sollicitations incessantes et aux regards des indiens, le nouveau venu peut éprouver une sensation d'inflation mégalomaniacale qui le trouble. Il se trouve dissout, assimilé dans cet univers étrange où il n'est plus confronté qu'à ses propres limites.

Puis « lorsque le séjour en Inde se prolonge plusieurs semaines, le voyageur peut se laisser gagner par un sentiment de dépersonnalisation. Une partie du moi devient étrangère à elle-même [...]. Trop différent du notre, l'univers symbolique dans lequel nous baignons en Inde sape les soubassements de notre identité et bouleverse totalement nos repères » (Airault, 2002, p 80).

Le voyage en Orient reconstituerait ainsi par la disparition du cadre mental de référence une expérience de « vécu psychotique », encore favorisée et entretenue par la conception de l'univers opposée à la notre, l'organisation particulière des rapports sociaux et la religiosité omniprésente(2,86).

Nous ne pouvons clore ce paragraphe sans évoquer le point de vue d'autres auteurs se situant à l'opposé des conceptions que nous venons d'exposer et remettant en cause l'existence de ce « syndrome indien ». Interrogeant non plus seulement la valeur traumatique du dépaysement, mais ce que les voyageurs sont venus trouver, Sauteraud et al choisissent en effet dans leur article intitulé « Voyage : les psychotiques préfèrent l'Asie » d'étudier les liens qui pourraient exister entre le pays visité et le voyageur lui-même. La spécificité culturelle de l'Inde jouerait alors le rôle d'un facteur d'attraction auquel seraient plus sensibles les psychotiques, le mythe de l'Asie apportant un mirage de réponse au mal être du psychotique(93). Cette vision entraîne à considérer le tableau clinique constaté en Inde comme appartenant à la catégorie des voyages pathologiques, le voyage étant alors en lui-même un acte délirant. Cette réflexion rejoint l'intéressante question du mythe préliminaire telle que nous l'avons exposée précédemment, mais nous semble réductive en ce qu'elle limite la fonction de ce mythe au seul sujet psychotique. Cette conception, à laquelle nous

n'adhérons pas, témoigne cependant bien des ambiguïtés inhérentes à la pathologie psychiatrique liée au voyage.

2. Syndrome de Stendhal

Ce syndrome, également appelé syndrome de Florence, a été décrit dans les années 1990 par le Docteur Graziella Magherini, psychiatre responsable du service de santé mentale de l'hôpital Santa Maria Nuova de Florence, pour désigner les manifestations psychopathologiques bruyantes et brèves survenant au cours d'un voyage dans une ville d'art. L'arrivée aux urgences de touristes étrangers victimes d'un malaise psychique soudain nécessitant parfois leur admission dans le service psychiatrique, alors même qu'ils étaient en état d'équilibre psychique au moment de leur départ, a en effet suscité ses interrogations. Elle a consacré à ce phénomène particulier un livre né de l'observation au cours de ses années d'activité de ces touristes étrangers accueillis en urgence en état de crise psychique aiguë dans des situations où ils ne devraient éprouver qu'un plaisir esthétique(65).

L'expression « syndrome de Stendhal » a été forgée à partir des émotions décrites par Henri Beyle dans différents ouvrages consacrés à son expérience de voyageur, plus particulièrement dans *Rome, Naples et Florence* qui est son premier ouvrage signé sous le pseudonyme de Stendhal et où il relate la sensation vertigineuse qui le saisit lors de sa visite de Santa Croce. Ainsi Stendhal écrit-t-il dans cet ouvrage : « J'étais arrivé à ce point d'émotion où se rencontrent les sensations célestes données par les beaux arts et les sentiments passionnés. En sortant de Santa Croce, j'avais un battement de cœur [...] la vie était épuisée chez moi, je marchais avec la crainte de tomber » (Stendhal, 1817).

Cette émotion ressentie à Santa Croce par Stendhal serait extensible aux situations analogues où la « confrontation du sujet avec la cité d'art » est un élément constant. Le terme syndrome de Stendhal désigne ainsi pour le Docteur Magherini un cadre clinique correspondant à des « manifestations soudaines et spectaculaires [...] étroitement liées au phénomène du voyage dans une ville d'art » (Magherini, 1990, p 7) et plus particulièrement au choc émotionnel provoqué par la rencontre avec une telle ville.

Au niveau de la population concernée, Magherini remarque que le phénomène toucherait particulièrement des touristes d'origine d'Europe occidentale, le plus souvent des

personnes de moins de quarante ans et en majorité des femmes célibataires et n'affecterait jamais les personnes de nationalité italienne(65).

G. Magherini décrit les manifestations cliniques liées à ce syndrome selon deux aspects qui englobent des symptomatologies assez variées. Dans le premier aspect, où le malaise concerne principalement le psychique, on peut retrouver soit des troubles du sens du réel, une perception altérée des sons et des couleurs, un vécu de persécution avec état d'anxiété majeure, soit dans d'autres cas des troubles affectifs comme des dépressions anxieuses ou à l'inverse un état d'exaltation. Le second aspect est quant à lui psychosomatique et les symptômes rencontrés peuvent être alors une hypersudation, une tachycardie, des lipothymies, des douleurs accompagnées d'angoisse et de confusion(65).

Sur le plan psychopathologique, elle met en avant trois éléments principaux venant interagir, la « crise d'identité » constante dans le syndrome de Stendhal ayant dans tous les cas à sa racine une conjonction « histoire personnelle – voyage – choc de la rencontre avec l'art » (Magherini, *op. cit.*, p 108).

En premier lieu serait en cause l'intensité de l'expérience esthétique ressentie lors du contact avec une ville d'art majeure, Florence tout particulièrement : Magherini parle du « choc de la rencontre avec l'art italien » (*ibid*, p 19). Le voyageur peut avoir des difficultés à contenir les émotions sortant du cadre quotidien qui surgissent alors. L'espace mental du sujet se tend pour tenter de laisser la place à cette expérience émotionnelle hors du commun de prendre place. Un épuisement voire une rupture de l'intégrité psychique peuvent survenir, dus à ce trop plein d'émotions de sensations, de souvenirs, de rêves réalisés et contemplés et à la fragilité de la réceptivité esthétique.

Le facteur « voyage », déplacement géographique, vient s'additionner à ce vécu esthétique, déstabilisant d'autant plus l'individu et favorisant alors des mouvements psychiques potentiellement porteurs de déstructuration. En effet Magherini nous rappelle que « l'art et le voyage, en raison des intenses stimulations liées aux perceptions sensorielles caractérisant ces deux expériences, sont de très puissants stimulateurs de processus inconscients qui provoquent péripéties et parcours dans le monde intérieur » (*ibid*, p 166).

Ensuite et dans tous les cas, les histoires personnelles de chacun ont un impact important en lien avec la biographie, l'histoire infantile, le surgissement de fantasmes, les moyens de défense qui se mettent en place dans les circonstances spécifiques du voyage. L'élément culturel étant partie intégrante de l'histoire personnelle de chacun, la différence culturelle joue également un rôle primordial. En effet le dépaysement lié au voyage et les

émotions suscitées sollicitent plus fortement les points sensibles du voyageur dans un espace où ont disparus les cadres culturel et linguistique habituels. L'expérience de la perception de l'œuvre d'art prend une importance particulière quand le sujet, parce qu'il se trouve hors de chez lui, est déjà placé dans une situation de relative déstabilisation. Il est d'ailleurs remarquable que les personnes concernées par le syndrome de Stendhal sont exclusivement des touristes étrangers.

Selon Magherini, cette potentialité désorganisatrice liée au choc de l'émotion esthétique en situation de voyage est en fait présente en chacun de nous puisque face à l'expérience émotionnelle suscitée par l'œuvre d'art, il existe pour tous une phase d'incertitude, d'épuisement et de confusion persécutrice. Ce moment peut chez certains déclencher un break down psychopathologique, d'intensité variable et se manifestant par une symptomatologie polymorphe. Si le voyageur au contraire parvient à surmonter cette situation, « la désorganisation passagère est alors le point de départ d'une réorganisation de son propre espace psychique » (*ibid*, p 9) et il peut s'opérer une transformation de l'individu en une forme régénérée et élargie de lui-même.

C'est donc au final « la possibilité, variable selon les personnes, de tolérer un intervalle d'incertitude avant qu'une quelconque symbolisation puisse avoir lieu qui trace une ligne de partage entre les diverses modalités de résolution d'un tel passage psychologique » (*ibid*, p 169).

3. Syndrome de Jérusalem

Jérusalem est une ville ayant une incroyable puissance historique et religieuse. Elle tient une place centrale dans l'histoire des trois religions monothéistes juive, chrétienne et musulmane : capitale de la « Terre promise » pour les juifs, lieu de la crucifixion pour les chrétiens, troisième ville sainte de l'Islam. S'y trouvent d'ailleurs de nombreux lieux saints appartenant à ces trois religions respectivement : tombeau de David et mur des lamentations, basilique du Saint Sépulcre, mosquée d'Omar pour ne citer que les principaux.

Depuis les années 1980, les psychiatres de Jérusalem ont été confrontés à un nombre toujours grandissant de touristes décompensant brutalement sur un mode psychotique lors de leur arrivée dans la ville sainte. L'ampleur de ce phénomène a d'ailleurs rapidement motivé la

création d'un centre de référence au sein du Kfar Shaul Mental Health Center de Jérusalem pour permettre une prise en charge psychologique et psychiatrique adaptée de ces patients(13).

Les membres de l'équipe de psychiatrie de cet hôpital, regroupés autour du Docteur Bar-El, ont cherché à étudier et décrire le phénomène, baptisé « syndrome de Jérusalem » par le Docteur Bar-El dans les années 1990. Ils se sont pour cela appuyés sur les données cliniques accumulées dans leur service et sur des données phénoménologiques englobant les perspectives religieuses et culturelles. Ils ont exposé le fruit de leurs réflexions dans un article publié en 2000 où ils présentent le syndrome de Jérusalem comme une entité clinique unique(13). Ce syndrome correspondrait à un épisode psychotique aigu déclenché par le séjour dans cette ville et caractérisé par un délire mystique accompagné de troubles du comportement assez stéréotypés(5). S'appuyant sur leur expérience clinique, Bar-El et ses collaborateurs décrivent très précisément ce syndrome dans leur article et en distinguent trois catégories distinctes :

- **Le type I** du syndrome de Jérusalem correspond en fait aux voyages pathologiques à destination de Jérusalem, et concerne des sujets présentant une pathologie psychiatrique connue avant le départ, dont le motif est délirant. Les auteurs distinguent quatre sous-types différents dans cette catégorie : individus s'identifiant à un personnage de la Bible (premier sous-type), individus présentant une conviction à une idée délirante d'ordre religieuse ou politique (second sous-type), individus pensant trouver la guérison à Jérusalem (troisième sous-type), patients psychotiques présentant au premier plan une problématique d'ordre familiale (quatrième sous-type).
- **Le type II** implique des personnes qui ne souffraient pas d'une authentique maladie psychiatrique avant le départ mais qui possèdent un terrain de fragilité psychique du fait d'un trouble de la personnalité ou de la présence d'idées obsessionnelles. Les auteurs séparent ce type en deux sous-catégories : dans la première les troubles concernent un groupe entier d'individus tandis que dans la seconde les troubles sont le fait d'un individu isolé.
- **Le type III** correspond à des manifestations psychiatriques aiguës chez des personnes entièrement dépourvues d'antécédent psychopathologique. Bien qu'il représente

quantitativement une minorité des cas rencontrés il est celui qui a particulièrement intéressé et fasciné les auteurs.

Forme « discrète » du syndrome de Jérusalem qui serait due à un état d'excitation religieux induit par la proximité des lieux saints de Jérusalem, elle régresse la plupart du temps spontanément après un rapatriement vers le pays d'origine. Cette forme « pure » du syndrome de Jérusalem concerne donc les cas où le voyage a un caractère « pathogène » propre au sens où nous l'entendons. Les auteurs se sont attachés à la décrire de façon très précise et en décrivent une évolution typique en sept phases cliniques caractéristiques :

- Anxiété, agitation, nervosité et tension
- Expression d'une volonté de se séparer du groupe et de visiter Jérusalem seul
- Obsessions autour de la propreté et de la pureté avec besoin de prendre de nombreux bains et douches
- Confection, le plus souvent à l'aide des draps d'hôtel, d'une longue toge blanche
- Besoin de crier ou chanter à tue-tête des psaumes, des versets de la Bible ou bien des hymnes religieux
- Procession jusqu'à un des lieux saints de Jérusalem
- Prononciation d'un sermon dans un lieu saint, la personne prêchant d'une façon souvent très confuse l'amour universel

Les auteurs ont pu constater dans cette forme une disparition spontanée rapide des symptômes avec guérison complète en cinq à sept jours. L'amélioration clinique semble dépendre principalement de la mise à distance physique d'avec Jérusalem et les lieux saints et non de traitements médicamenteux bien que l'administration de légers tranquillisants soit souvent nécessaire dans la phase aiguë.

Sur le plan psychopathologique, Bar-El et al formulent l'hypothèse que cette catégorie du syndrome serait liée au « choc mystique » ressenti par les voyageurs au contact de la ville sainte. Selon leur expérience clinique, la majorité des cas de ce type III du syndrome de Jérusalem concerne des personnes protestantes issues de familles très croyantes où la religion et la Bible tiennent une place primordiale. L'imaginaire religieux est envahissant dans les représentations de ces individus avant le voyage et ils auraient une image inconsciente idéaliste de la ville sainte bien différente de celle qu'ils vont percevoir. La confrontation à la réalité concrète de la ville actuelle est alors génératrice de bouleversements très forts pouvant aller jusqu'au déclenchement d'un épisode psychotique aigu(13).

Il nous faut évoquer ici le fait que l'existence du syndrome de Jérusalem en tant qu'entité clinique distincte est remise en cause par certains auteurs. Le manque de données épidémiologiques et le pourcentage négligeable de touristes concernés viendraient ainsi selon Kalian et Witztum remettre en cause le rôle pathogène propre de la ville de Jérusalem(51,52). Ces auteurs, bien que présentant le syndrome de Jérusalem comme un phénomène culturel unique du fait de ses caractéristiques incroyablement théâtrales, considèrent que les tableaux cliniques constatés correspondent non pas à des épisodes psychotiques transitoires mais à des décompensations de maladies mentales chroniques.

4. Syndrome de Paris

Le syndrome des japonais à Paris a été décrit à la fin des années 1980 par le Docteur Hiroaki Ota, psychiatre japonais ayant exercé à Paris à partir de 1984.

Il aborde ce sujet dans son article « Voyages et déplacements pathologiques des Japonais vers la France » écrit en 1988(78). Afin de situer la problématique, il y expose tout d'abord les statistiques officielles du gouvernement japonais sur les voyages de leurs ressortissants pour l'année 1987. Sur les six millions de Japonais ayant effectué un voyage à l'extérieur de leur pays cette année là, 600 000 se sont rendus en Europe dont 80% en France et à Paris. Mais sur les 73 cas de maladies mentales répertoriés par les ambassades japonaises à l'étranger en 1987, 24 sont survenus en Europe. Si seulement 10% des voyages des Japonais se font à destination de l'Europe, près d'un tiers des cas sont donc européens ! Pour la plupart ils surviennent en France, principalement à Paris. Paris est ainsi la ville où l'on rencontre le plus fréquemment la maladie mentale chez les japonais à l'extérieur du Japon...

L'importance de la France dans l'imaginaire japonais contribuerait à la fréquence de survenue de ces déplacements pathologiques, séparés par Ota en deux catégories distinctes : les voyages pathologiques où le motif même du départ est délirant et les voyages à expression pathologique retardée qui apparaissent à distance du voyage initial alors que le motif semblait sain. Ota s'interroge sur l'existence de ce « fantasme français » qui remonterait au VIII^e siècle et aurait perduré jusqu'à nos jours, la France restant « symbole de la culture occidentale dans le cœur des Japonais » (Ota, 1988, p 15). Les informations publicitaires sur la mode, la cuisine, les arts, les paysages entretiennent aujourd'hui un engouement ancien vers la France. Celle-ci apparaît comme un « paradis civilisé et raffiné » aux yeux des japonais. L'influence de cet imaginaire de la culture française s'exprimerait différemment selon la structure

psychique des individus : intégré dans le système délirant des uns, il participerait à l'élaboration de rêves et de croyances erronés chez les autres, les incitant à fuir une société considérée comme trop rigide et trop compétitive.

Nous nous intéresserons particulièrement à ce deuxième cas qui concerne les voyages à expression pathologique retardée. Les personnes touchées ont donné un motif adapté à leur voyage à leur arrivée en France, fréquemment d'ordre scolaire ou professionnel : stage linguistique, étude aux Beaux Arts, stage de cuisine... Il s'agit en effet le plus souvent d'individus âgés de moins de 30 ans. Le début de leur séjour se passe sans difficulté majeure et les troubles apparaissent après un minimum de trois mois passé sur place. Il peut s'agir d'« un état dépressif grave ou [d']un état délirant à thème mystique, érotomaniaque ou persécutif » pouvant aboutir « à des troubles majeurs du comportement » qui motivent l'avis psychiatrique : tentative de suicide, passage à l'acte hétéro-agressif, perturbation de l'environnement social (*ibid*, p 14).

Selon la vision du Docteur Ota, ces épisodes de décompensation psychiatrique surviendraient chez des personnes fragilisées, en marge de la culture japonaise à laquelle elles n'ont pas réussi à s'adapter, qui cherchent en venant en France à « s'évader du réel » ou à poursuivre leur identité. Chez les individus concernés, « l'élan vers l'Ouest » plus ou moins ressenti par tous les voyageurs japonais se rendant en France correspond plutôt à une « idée « *surinvestie* » ou même « *subdélirante* », vis-à-vis des cultures étrangères » (*ibid*, p 16). Du fait de leur vulnérabilité psychique, le décalage existant entre les codes socio-culturels des civilisations française et japonaise pourrait alors exercer un effet pathogène.

Ota reconnaît donc l'influence des mythes attachés pour la culture japonaise à cette destination particulière que représente Paris ainsi que l'effet pathogène que peut avoir la situation de voyage en ce qu'elle confronte l'individu à la réalité de la différence culturelle. Cependant selon sa conception, le voyage des Japonais à Paris ne représenterait pas une entité clinique véritablement à part et s'apparenterait plutôt au voyage pathologique.

5. Discussion

Les syndromes des voyageurs constituent donc un cadre diagnostique relativement récent puisque les premières descriptions remontent aux années 1980. L'occurrence de ces phénomènes psychopathologiques survenant à l'étranger est loin d'être négligeable et a d'ailleurs conduit à la mise en place de soins orientés et spécifiques à destination de ces voyageurs. Ainsi des postes de psychiatres ont été créés à l'ambassade de France en Inde ; une

consultation médicale spécialisée au sein de l'Hôpital Sainte-Anne ainsi que des consultations externes de psychiatrie ont été mises en place par le Docteur Ota pour les ressortissants japonais résidant à Paris(26); un centre de référence a été créé au Kfar Shaul Mental Health Center de Jérusalem pour la prise en charge psychologique et psychiatrique des touristes décompensant sur un mode psychotique aigu(13).

Malgré certaines spécificités cliniques et psychopathologiques, ces différents syndromes des voyageurs restent très proches et présentent comme nous l'avons vu des dénominateurs communs(13). La culture d'origine avec ses mythes propres et les spécificités de la destination viennent ainsi apporter des variations à un tableau clinique commun. Il nous semble alors légitime de s'interroger sur la pertinence de différencier ces syndromes en fonction du lieu de survenue. Ne s'agirait-il pas en fait d'une seule et même entité clinique ? L'absence de donnée probante dans la littérature allant dans ce sens à ce jour ne nous permet toutefois pas de répondre de façon affirmée à cette question.

Dans tous les cas, aux éléments psychopathologiques que nous venons d'aborder viennent se surajouter des facteurs biologiques et communicationnels liés au déplacement qui ne peuvent être négligés puisque peuvent en découler des altérations fonctionnelles venant fragiliser l'état psychique du voyageur. En dehors des mouvements psychiques en jeu lors de la confrontation aux réalités du voyage, l'organisme doit en effet également s'adapter aux conséquences concrètes du déplacement. Ces facteurs peuvent entraîner en eux-mêmes des pathologies pouvant parfois prendre une expression psychiatrique mais dont il nous semble important de pouvoir faire le diagnostic différentiel, la prise en charge en étant totalement différente. Nous allons maintenant aborder cette question du diagnostic différentiel des syndromes des voyageurs.

D. Diagnostics différentiels

1. Choc culturel

Le terme de « choc culturel » a été forgé par l'anthropologue canadien Kalervo Oberg en 1960 à propos d'expatriés américains plongés dans un nouveau contexte culturel. Il le présente comme une maladie qui serait déclenchée par « l'anxiété qui résulte de la perte de tous nos signes familiers et symboles sociaux » [traduction libre](Oberg, 1960, p 142).

a) Psychopathologie

Dans son article de 1960 où il introduit ce terme (75), Oberg définit la culture comme un concept complexe et multidimensionnel ayant de multiples manifestations dans la vie quotidienne incluant de façon évidente la langue, la religion, les habitudes culinaires et vestimentaires mais également des éléments plus discrets tels que les modes de relations interpersonnels, les codes sociaux ou la structure familiale. Ces multiples et complexes « signaux » s'acquièrent par tout un chacun depuis la prime enfance mais la plupart restent inconscients.

Lorsqu'un individu arrive dans un nouveau pays et est confronté à une culture étrangère, la perte de l'ensemble de ces repères familiers va le déstabiliser et il va avoir tendance à projeter ses difficultés et sa désorientation sur les habitants du pays d'accueil et leur culture. Au lieu de favoriser une compréhension mutuelle, le contact avec une culture étrangère peut alors entraîner de l'hostilité et de l'incompréhension entre les personnes de différentes nationalités et générer de l'anxiété, du stress, jusqu'à la maladie mentale et dans les cas extrême des suicides(96).

b) Symptomatologie

Selon Oberg, l'arrivée brutale dans un nouveau contexte culturel affecte ainsi les personnes sur les plans intellectuel, émotionnel, comportemental et physique, ce qui peut se traduire par des symptômes de difficultés psychiques. Ces symptômes peuvent être notamment des préoccupations excessives au sujet de l'eau potable, de la nourriture, de la propreté ; un sentiment d'impuissance ; des accès de colère suite à des frustrations insignifiantes ; un refus d'apprendre la langue du pays ; et surtout la nostalgie de son pays(75).

Oberg retient six aspects clés du choc culturel (75):

- Tension du fait de l'effort à fournir pour s'adapter
- Sentiments de manque et de perte de son statut, de sa profession, de ses amis, de ses biens
- Impression d'être rejeté par ou rejet des membres de la nouvelle culture
- Désorientation, remise en question de son système de valeur et de son identité propre
- Sentiment de surprise après la prise de conscience des différences culturelles dont peuvent résulter de l'anxiété voire du dégoût et de l'indignation
- Sentiment d'impuissance du fait de l'incapacité à s'adapter à la nouvelle situation

Il décrit ces symptômes du choc culturel comme évoluant en quatre phases stéréotypées de durée variable selon les individus, le processus d'ajustement culturel complet prenant en général environ un an. Lors de la première phase, celle de la « lune de miel », les expériences vécues par le voyageur sont considérées comme stimulantes et positives. Il se trouve dans un état d'exaltation, se montrant curieux envers la nouvelle culture et volontaire pour l'accepter. Cependant dans les cas où le séjour se prolonge cette phase ne dure pas et une attitude hostile et agressive apparaît : c'est la phase de « crise » proprement dite. Si la personne arrive à surmonter cette crise, intervient la phase de « récupération » durant laquelle la personne commence petit à petit à s'adapter à son nouvel environnement. Enfin la quatrième et dernière phase est celle de l'« adaptation » : le voyageur accepte les habitudes du pays comme étant simplement une autre façon de vivre. Il commence seulement à apprécier son nouvel environnement...

Comme dans tout processus psychologique, la personne peut rester bloquée à un stade et ne pas atteindre l'étape d'adaptation ; dans ce cas le risque est le retour précipité dans le pays d'origine ou dans les cas extrêmes l'émergence d'une maladie psychiatrique (dépression, paranoïa) et le suicide(96).

c) Prise en charge

Une préparation adaptée au voyage préalable au départ et une ouverture aux particularités culturelles du pays d'accueil (apprentissage de la langue, participation aux activités de la population locale...) pourraient aider à une résolution rapide de la crise(74,75,96).

d) Discussion

Depuis l'introduction de ce concept de choc culturel par Oberg, de nombreux auteurs s'y sont intéressés et ont essayé d'étendre cette première description. Pouvant être abordées selon un angle anthropologique, sociologique ou psychologique, les définitions et les modélisations ultérieures de ce concept sont marquées par une certaine hétérogénéité et une absence de consensus.

Nous retiendrons que dans son acception commune, le « choc culturel » correspond à un continuum de manifestations allant de l'anxiété mineure à la dépersonnalisation apparaissant lorsque le sujet quitte son milieu habituel - relationnel, géographique, linguistique et socioculturel - pour se retrouver dans un contexte étranger(37,98). Bien que la

problématique concerne surtout une population d'expatriés, les experts affirment aujourd'hui que toute personne se rendant à l'étranger – et quelle que soit la durée de son séjour sur place – subit avec plus ou moins d'intensité les effets du choc culturel. Les enfants sont également concernés par le problème. Le risque de ressentir intensément les effets du choc culturel serait d'autant plus grand que le séjour est long et que la « distance culturelle » entre le pays d'origine et le pays d'accueil est importante(74).

Cette expression issue de la littérature anglo-saxonne décrit donc en termes d'adaptation la première période d'un séjour à l'étranger. Aujourd'hui, le choc culturel est d'ailleurs plutôt considéré comme une chance pour le développement personnel et comme une occasion de maturation. Bien sûr, le choc culturel se présente comme une confrontation très stressante mais qui aboutit à une plus grande conscience de soi et de sa propre culture. Une conscience plus aigüe de sa propre culture signifie que l'on a une meilleure vue sur sa propre identité, la structuration de ses valeurs et son propre modèle de communication. Cela favorise la prise de conscience du fait que chaque culture possède sa propre cohérence et sa propre logique internes.

Ce processus adaptatif nécessaire à l'intégration à un nouvel environnement culturel est donc selon nous à différencier fondamentalement de l'aspect pathogène du voyage tel que nous avons cherché à l'aborder précédemment. Si le phénomène du choc culturel peut représenter un facteur de risque de décompensation psychique chez l'individu en situation de voyage, les symptômes de difficultés psychiques pouvant parfois être liées au choc culturel ne doit pas être confondus avec ceux des syndromes des voyageurs. L'évolution et la prise en charge en sont d'ailleurs bien différentes.

2. Syndrome de décalage de phase ou jet-lag

a) Définition

Un voyage rapide traversant trois fuseaux horaires ou plus entraîne un certain nombre de symptômes indésirables communément connus sous le nom de « jet-lag »(105). Ce mot anglophone construit par apposition des mots anglais « jet », avion et « lag », décalage, désigne ainsi habituellement la fatigue liée au décalage horaire.

Ce syndrome correspond à une perturbation des rythmes circadiens du fait de la désynchronisation de l'horloge biologique due au franchissement rapide de plusieurs fuseaux

horaires et regroupe une symptomatologie psycho-organique. Il associe dans sa forme complète une asthénie, des troubles gastro-intestinaux avec perte d'appétit, des céphalées, une diminution des performances physiques et des capacités cognitives, une irritabilité, une labilité thymique, des troubles transitoires du sommeil et une somnolence diurne. Il semble plus marqué lors des voyages d'Ouest en Est(53,88,105,107) et est d'autant plus sévère et prononcé que le nombre de fuseaux horaires dépassés est important(89).

b) Physiopathologie

Notre horloge biologique interne effectue de façon autonome et indépendante de tout rythme extérieur des cycles selon une périodicité propre supérieure à 24 heures (24,8 heures). Ce fonctionnement endogène est ensuite « ajusté » par des marqueurs exogènes, « pacemakers » dépendants de l'environnement et du mode de vie de l'individu. Le principal de ces « synchronisateurs externes » est bien sûr la lumière avec le cycle jour-nuit, mais les activités physiques ou mentales, la nutrition ou la vie sociale jouent également un rôle reconnu. Les informations transmises par ces marqueurs permettent à notre horloge biologique de se synchroniser avec l'horloge solaire et d'ainsi aider notre corps à fonctionner de façon optimale.

L'enchaînement des séquences veille-sommeil et les performances diurnes dépendent en effet de la régulation d'événements physiologiques et biochimiques sous la dépendance du « centre de régulation » que constitue cette horloge biologique : cycle de température corporelle, cycle nyctéméral de sécrétion du cortisol, sécrétion de mélatonine. Cette horloge biologique interne est donc ce qui nous permet de poursuivre des activités mentales et physiques de façon efficace la journée, de se préparer au sommeil le soir et également de préparer le corps au réveil le matin.

Dans des circonstances habituelles, les composants endogènes et exogènes sont synchronisés, nous permettant alors d'être actifs la journée et de récupérer efficacement la nuit. Or une des propriétés remarquable de la composante endogène de notre horloge biologique interne est sa stabilité. De ce fait, lors du franchissement rapide de plusieurs fuseaux horaires, bien que l'environnement extérieur change brutalement, le composant endogène de notre horloge biologique ne s'ajuste pas immédiatement. Le rythme d'activités exigé par le nouvel environnement ne s'accorde plus avec les rythmes physiologiques et biochimiques de l'individu, autrement dit l'horloge biologique n'est plus en phase avec les synchronisateurs externes, en particulier la lumière.

A cela vient s'ajouter le fait que notre horloge biologique interne est régie par deux types de pacemakers : les pacemakers forts (température, cortisol, sommeil paradoxal) qui s'adaptent de façon moins rapide que les pacemakers faibles (rythme veille-sommeil). La désynchronisation due au décalage horaire serait donc double: désynchronisation externe des rythmes biologiques circadiens par rapport à la nouvelle heure locale mais aussi désynchronisation interne par ajustement inégal dans le temps des différents pacemakers biologiques(89).

c) Prise en charge

L'utilisation de la mélatonine a été proposée comme traitement du jet-lag mais fait toujours débat(81,107). L'ensemble des auteurs s'accordent par contre sur l'optimisation de l'utilisation des synchronisateurs et la gestion du sommeil afin d'accélérer la resynchronisation. Une planification soignée du voyage et une gestion préventive de la fatigue induite par les déplacements restent également toujours valables.

d) Discussion

Pour certains, il serait permis de penser que certains états psychotiques aigus avec forte labilité thymique pourraient correspondre à des formes extrêmes du jet-lag(40,53,107). Cependant il est à noter que les effets pathogènes du voyage peuvent s'exprimer beaucoup plus tardivement que ceux du jet-lag voire en dehors de toute soumission à un décalage horaire comme dans le syndrome de Stendhal. L'aspect chrono-biologique et les effets psychiques du jet-lag, s'ils peuvent certainement parfois jouer le rôle d'un facteur fragilisant supplémentaire dans le déclenchement d'une pathologie psychiatrique en voyage, sont donc selon nous distincts de l'effet pathogène propre au voyage.

3. Effets secondaires des antipaludéens

Lorsqu'il se rend en zone d'endémie palustre, il est fréquent que le voyageur choisisse d'observer une chimiothérapie afin de se prémunir contre le risque de paludisme. Cette chimio-prophylaxie vise essentiellement à prévenir les risques d'infection à Plasmodium Falciparum dont l'évolution peut parfois être fatale. Peuvent être prescrits dans ce cadre : la Chloroquine, des associations Chloroquine-Proguanil ou Atovaquone-Proguanil, la Mefloquine ou la Doxycycline. Les résistances de Plasmodium Falciparum à certains

antipaludéens étant fréquentes et évolutives, les recommandations détaillées selon le pays visité ont été mises à jour en 2015 par l'Institut National de Veille Sanitaire(29,50). Il est à noter que dans un souci de cohérence avec les recommandations formulées par d'autres instances nationales ou internationales, la répartition des pays en trois groupes est supprimée et les chimio-prophylaxies recommandées en fonction des résistances observées sont précisées pour chaque pays.

Au niveau mondial, la Méfloquine reste aujourd'hui le traitement prophylactique le plus utilisé dans le monde contre le paludisme, du fait du nombre grandissant de souches de *Plasmodium Falciparum* chloroquino-résistantes et de sa facilité d'administration. Ce médicament a ainsi obtenu une popularité mondiale dans la prévention du paludisme qu'il conserve actuellement, malgré le fait que depuis son introduction en 1989 par le laboratoire Roche, le fabricant ait mis en garde contre la possibilité d'effets indésirables neuropsychiatriques(85).

Le risque de troubles neuropsychiatriques est en effet un risque connu depuis plusieurs années avec la Méfloquine (Lariam®)(83,97). Ce médicament peut entraîner des effets secondaires potentiellement graves « tels qu'une anxiété, une paranoïa, une dépression, des hallucinations ou une psychose ». Des cas de « suicide, d'idées suicidaires et de comportement de mise en danger de soi-même » ont également été rapportés (Plétan et Goulemot, 2013). De ce fait les patients doivent être systématiquement informés de ce risque et l'utilisation de la Méfloquine en traitement prophylactique du paludisme est contre-indiquée chez des patients ayant des antécédents psychiatriques personnels. La prise de la Méfloquine à visée prophylactique étant hebdomadaire, il est également recommandé de débiter le traitement au moins dix jours avant le voyage afin d'apprécier la tolérance de deux prises(29).

Si l'accent est mis sur les risques liés à la Méfloquine, les autres molécules anti-palustres ne semblent toutefois pas totalement dénuées de risque, puisque la possibilité de survenue d'effets secondaires psychiques après exposition à la Chloriquine, au Proguanil ou à la Doxycycline à doses préventives ou thérapeutiques a été décrite dans certaines études(70,85,91).

Les traitements prophylactiques anti-palustres et plus particulièrement la Méfloquine étant fréquemment prescrits parmi la population des voyageurs internationaux, il est donc

important devant une décompensation psychiatrique aigüe chez un individu en situation de voyage de toujours éliminer un effet secondaire lié à ces traitements.

4. Abus de substance

La drogue a toujours été d'une certaine façon associée au voyage. D'ailleurs ne parle-t-on pas de « voyage intérieur » ou de « trip » pour qualifier l'expérience provoquée par l'absorption d'hallucinogènes ? Au XIXe siècle, Jacques-Joseph Moreau de Tours est un des premiers français à expérimenter lui-même le haschich et il ouvre ainsi la voie romantique des « voyages en chambre » aidés par les raccourcis psychodysléptiques(11,44). Ces expériences seront reprises au sein du mouvement hippie dans les années 1970. Quant à lui l'alcool est un cliché à l'époque coloniale, où il est consommé pour noyer la nostalgie de son pays. Parfois la recherche de toxiques est le but premier du voyage, comme c'était fréquemment le cas pour les opiacés chez les sujets toxicomanes se rendant en Inde ou en Thaïlande dans les années 1970. Si ce phénomène semble avoir diminué avec la mise en place des traitements de substitution aux opiacés, ils sont encore fréquents en Asie pour le cannabis ou en Colombie pour la cocaïne par exemple(45). Des cultures agricoles dont peuvent être tirées diverses drogues psychotropes sont en effet particulièrement développées dans certains pays étrangers(93).

En pratique la consommation de toxiques pendant un voyage semble effectivement relativement fréquente(40,53). Une intoxication aigüe ou un syndrome de manque devront donc être systématiquement évoqués devant la survenue d'une symptomatologie psychiatrique en situation de voyage. Il est à noter cependant que chez les toxicomanes pour qui la drogue est à l'origine même du départ, on s'écarte du cadre des voyages pathogènes pour se rapprocher de celui des voyages pathologiques...

5. Pathologie infectieuse tropicale à expression psychiatrique

Enfin, l'approche psychopathologique du voyage ne doit pas faire oublier d'éliminer systématiquement, devant tout symptôme psychiatrique, une pathologie somatique et en particulier infectieuse. Ainsi des affections propres au voyageur en zone tropicale telles que la trypanosomiase africaine, un paludisme cérébral ou encore une méningo-encéphalite amibienne peuvent elles entraîner des troubles psychiatriques. Un examen somatique devra donc être systématiquement pratiqué devant toute décompensation à expression psychiatrique

en situation de voyage. Il devra éventuellement être complété, sur place si cela est possible ou bien au retour, par des examens complémentaires (numération formule sanguine, examen parasitologique)(45).

6. Discussion

Les aspects communicationnels, chrono-biologiques, iatrogéniques, toxiques ou infectieux parfois en lien avec la situation de voyage peuvent ainsi être responsables d'une pathologie du voyageur dont l'expression est occasionnellement psychiatrique. Ces manifestations, que nous venons d'aborder, sont décrites de façon précise. Elles peuvent être reliées à une cause objective et clairement identifiée - décalage culturel, décalage horaire, prise de médicament ou de toxiques, processus infectieux - et ont un mode d'évolution et une prise en charge prophylactique et thérapeutique spécifique. S'ils représentent certainement des facteurs fragilisants pouvant parfois favoriser la survenue d'une authentique décompensation psychiatrique en voyage ils ne sont cependant ni nécessaires ni suffisants. Ils ne peuvent ainsi selon nous pas être considérés comme tenant de l'effet pathogène propre au voyage tel que nous nous sommes attachée à le déterminer.

Le rôle pathogène propre au voyage appartient en effet selon nous à un tout autre registre de l'ordre du fantasmatique où la rencontre entre mythe et réalité et le retour du refoulé viennent bousculer l'état d'homéostasie interne du sujet. Il garde en cela une dimension de mystère et d'imprévisibilité qui continuera d'interroger...

E. Transition

Nous avons pu voir dans cette partie que voyager est loin d'être dénué de risque. Avec la multiplication des voyages, le corps médical a été amené à se pencher sur cette question et c'est dans ce contexte qu'est née l'emporitatrie. Les risques concernant le somatique, et en particulier les pathologies infectieuses, sont ainsi aujourd'hui largement connus des prescripteurs mais également du grand public. Alors même que les troubles psychiques représentent une cause fréquente de rapatriement sanitaire, la question de la santé mentale en voyage demeure quant à elle dans l'ombre.

Parmi l'ensemble des troubles psychiques survenant lors d'un déplacement, le voyage pathogène tient une place toute particulière. Alors véritable « occasion pathologique », il se trouve à l'origine d'une authentique décompensation psychiatrique aiguë chez des personnes

jusque là en relatif équilibre psychique. Une approche psychopathologique nous a permis d'aborder sous différents angles ce phénomène dans lequel le rôle de la confrontation brutale à une réalité déstabilisante apparaît primordial. D'un point de vue systémique, la décompensation serait en lien avec un débordement des moyens de régulation psychiques de l'individu suite à sa brusque confrontation à l'inconnu. D'un point de vue psychanalytique, l'épreuve de réalité imposée brutalement au voyageur à son arrivée pourrait être à l'origine d'une effraction de l'inconscient responsable des symptômes constatés. Cependant il est évident que la survenue de troubles psychiques en voyage ne se limite pas à une problématique réactionnelle, l'histoire de chacun et ses motivations au voyage jouant également un rôle déterminant. Lors de la confrontation à l'épreuve de l'ailleurs, les fantasmes propres à l'individu, l'univers symbolique qui le détermine et les mythes induits par sa culture d'origine peuvent vaciller, perdre leur place et leur sens, entraînant alors le sujet dans le délire.

Nous avons détaillé différents syndromes de voyageurs décrits par les auteurs selon leur lieu de survenue : syndrome d'Inde, syndrome de Florence, syndrome de Jérusalem, syndrome de Paris. Ces différents tableaux gardent une certaine similitude malgré des spécificités cliniques et psychopathologiques.

Tout cela nous amène à penser qu'il serait utile d'inciter les praticiens à étendre leur rôle habituel dans la préparation des voyages des patients en portant une attention plus soutenue aux risques psychiatriques liés au voyage. Des conseils pour une préparation adaptée du voyage et un questionnement par le médecin des capacités d'adaptation du voyageur à des contextes géographiques et sociaux particuliers sont selon nous à préconiser. Si la survenue d'une pathologie psychiatrique lors d'un déplacement garde un caractère imprévisible, une meilleure information des voyageurs et une évaluation minimum de l'état psychique de la personne en partance serait certainement bénéfique.

Mais s'il semble important que le médecin ait bien présent à l'esprit le risque de survenue d'une décompensation psychiatrique en situation de voyage, il nous est apparu lors de nos recherches que le psychiatre ne doit pas pour autant se priver d'utiliser le déplacement géographique au sein de son arsenal thérapeutique. Il semblerait en effet que le voyage puisse, sous certaines conditions et dans un cadre bien précis, avoir un effet bénéfique sur l'état psychique. C'est cette fonction thérapeutique du voyage que nous nous proposons d'étudier maintenant.

PARTIE IV : FONCTION THERAPEUTIQUE DU VOYAGE

A. Historique

« Aux grands évènements de l'Histoire de France correspondent des moments qui ont marqué le début d'une nouvelle manière de comprendre, d'assumer et de traiter les maladies mentales. » (Massé et Al, 1987, p 1). Ainsi les traitements auxquels ont eu recours les médecins pour traiter la pathologie mentale au cours des siècles ont fortement évolués, la plupart étant tombés en désuétude et nous faisant à postériori frémir ou sourire.

Qu'en est-il du voyage en tant que thérapeutique médicale ? D'après la revue de la littérature que nous avons effectuée, il apparaît que le voyage thérapeutique a traversé les siècles pour être toujours un outil thérapeutique d'actualité aujourd'hui.

Nous avons voulu dans cette partie détailler l'évolution du voyage thérapeutique au cours de l'Histoire afin de chercher à mieux l'appréhender.

1. Le voyage thérapeutique dans l'Antiquité

Les anciens prescrivaient déjà les voyages : ainsi envoyaient-ils leurs malades prendre l'ellébore à Anticyre pour guérir leur mélancolie ou faire le saut de Leucate pour se guérir d'un mal d'amour.

Dans un texte intitulé « Les auteurs latins et le voyage thérapeutique »(15), Robert Bedon a cherché à rassembler les écrits d'auteurs latins faisant référence au voyage thérapeutique. C'est sur ce travail, axé principalement sur la physique proposée par la doctrine stoïcienne, que nous nous sommes appuyée ici.

À l'origine de la conception du voyage comme potentiellement thérapeutique chez les auteurs cités par l'auteur se situerait la conviction d'une dimension divine du monde et de la bienveillance du Dieu avec lequel il se confond. Cette bienveillance ne s'exerçant que de façon localisée, il est nécessaire pour en bénéficier de se rendre là où elle a été constatée... Les textes cités font fréquemment référence à des déplacements à visée curative associés à l'hydrothérapie. Ainsi apparaît l'idée que le déplacement peut avoir des vertus curatives, en cela qu'il permet d'atteindre un lieu particulier pouvant être bénéfique pour la santé, le plus souvent par l'effet des eaux en particulier de source.

Une autre conviction tirée de l'expérience et de l'observation, est qu'assez souvent le voyage proprement dit, « effectué afin de se rendre jusqu'à ces endroits, voire un simple déplacement sans but particulier, même à peu de distance, pouvaient avoir de réelles vertus thérapeutiques » (Bedon, 2012, p 31).

Les citations d'auteurs latins font référence à des pathologies très diverses sur lesquelles le voyage pourrait avoir une action bénéfique : stérilité, calculs, maladie ophtalmologique, et également les troubles mentaux. Ainsi « le voyage thérapeutique se trouve donc recommandé ici pour les maladies de l'âme comme pour celles du corps » (*ibid*, p 37). Bien que « ce type de voyage semble avoir été couramment pratiqué et très apprécié » (*ibid*, p 42) dans la civilisation romaine, ces voyages étaient bien sur réservés à certaines catégories sociales.

2. Le Moyen Âge et les pèlerinages

Est pèlerin le voyageur croyant qui effectue un voyage vers un lieu de dévotion. Dans le cadre d'un pèlerinage thérapeutique, ce voyage se réalise à destination d'un lieu de culte réputé pour avoir vu survenir des guérisons miraculeuses sous la protection d'un Saint. Il s'agit d'invoquer ce Saint en un lieu privilégié pour obtenir par son intercession auprès de Dieu la guérison d'une maladie particulière. Avec cette hagiothérapie, s'il est donc bien question de voyage thérapeutique, nous sortons du champ médical pour rejoindre celui du sacré et du religieux.

Déjà en usage dans l'Antiquité le pèlerinage thérapeutique reprend force et vigueur au cours du Moyen Âge chrétien sous l'influence de la croyance de la possession démoniaque. Les premiers chrétiens rejettent en effet la médecine grecque et regardent la maladie comme une punition divine. Toutes les maladies sont représentées, mais plus particulièrement la folie et les Saints réputés guérissant la folie sont particulièrement nombreux. La folie s'expliquant à cette époque par la possession de l'âme par un esprit mauvais, on exorcise le Diable et on invoque les Saints pour soigner l'esprit.

3. Début du XIXe siècle : le traitement moral

Nommé médecin chef de Bicêtre en 1793, Pinel décide avec son surveillant Jean-Baptiste Pussin d'abolir les chaînes qui entravent les malades. Il instaure un traitement moral fait « de ferme bonté et respectant les droits sacrés de l'humanité » à la place de la contention,

qu'il introduit dans son *Traité médico-psychologique de l'aliénation mentale*. L'insensé devient un « sujet ».

En continuité avec ces conceptions de traitement moral de la folie institué par Pinel, l'idée d'un aspect thérapeutique du voyage met à cette période en avant ses bénéfices tant d'un point de vue physique, avec les vertus des changements de climats, que d'un point de vue moral, grâce à la « saisie de l'imagination ». Il est alors admis que le voyage puisse avoir des vertus positives sur les troubles mentaux.

Les psychiatres de l'époque n'hésitaient d'ailleurs pas à recourir à cette thérapeutique pour traiter certains de leurs malades, accompagnant un patient fortuné dans un périple « où le face à face singulier entre médecin et malade réalise une sorte de co-initiation » (Arveiller, 1990, p 495). Malgré cela, les références précises à ces voyages thérapeutiques sont rares dans la littérature médicale. Nous détaillerons ce paragraphe en nous appuyant sur les résultats de nos recherches bibliographiques. Nous y citerons parfois directement les écrits nous ayant semblés pertinents de psychiatres - pour la plupart connus et renommés - ayant eu recours à cette thérapeutique ou y ayant au moins fait référence dans leurs travaux.

a) *Jean-Etienne Esquirol*

Esquirol travailla dès 1801 avec Pinel à la Salpêtrière avant de lui succéder en 1820. Dans son *Traité des maladies mentales*(38), il fait plusieurs références au voyage. Nous avons choisi de rapporter ici les passages nous ayant paru pertinents afin d'illustrer la place donnée au voyage dans l'arsenal thérapeutique du médecin selon Pinel.

Esquirol aborde dans cet ouvrage les principes du traitement moral instauré par Pinel. Le patient est considéré comme un sujet à part entière, avec des particularités en lien avec sa maladie et auxquelles il faut porter attention. Il y souligne en effet qu' « il n'y a point de traitement spécifique de la folie » puisque « cette maladie n'est pas identique chez tous les individus ». Ainsi « souvent il faudra varier, combiner, modifier les moyens » pour « chaque aliéné qu'on doit traiter ».

Dans cette perspective, il distingue deux façons dont le voyage peut être thérapeutique, selon les troubles présentés le patient.

Tout d'abord, Esquirol présente le voyage comme l'une des modalités d'isolement que le médecin peut appliquer à certains patients. En effet, bien qu'il mette en avant la nécessité et l'utilité de l'isolement « comme condition préliminaire à tout traitement rationnel de l'aliénation mentale », il insiste sur le fait que cet « isolement ne s'exécute pas de la même

manière pour tous les aliénés » et qu'ainsi « tous ces malades ne doivent pas être soumis au même mode d'isolement ». Le voyage peut alors prendre sa place dans la stratégie thérapeutique en tant que moyen d'isolement, applicable à certains patients en particulier : « le voyage avec des parents ou des amis, ou mieux encore avec des étrangers, est un mode d'isolement qui eut du succès dans quelques cas de folie ».

Mais si « l'isolement agit directement sur le cerveau et force cet organe au repos » et qu'en « réduisant le maniaque au plus petit nombre possible de sensations, on fixe son attention », « il faut, au contraire, arracher le monomaniac et le lypémaniac à leurs idées concentrées, et les forcer à détourner leur attention sur des objets étrangers à leurs méditations, à leurs inquiétudes, à leurs prétentions délirantes ». Alors le voyage trouve encore une place privilégiée parmi les moyens, les ressources propres au traitement moral. Esquirol rapporte ainsi :

J'ai constamment observé que les aliénés sont soulagés après un long voyage, surtout s'ils ont visité des pays éloignés, dont le site et l'aspect aient saisi leur imagination ; s'ils ont éprouvé les difficultés, les tracasseries, les contre-temps, les fatigues ordinaires aux voyageurs. Les voyages agissent encore, en excitant toutes les fonctions assimilatrices ; ils provoquent le sommeil, l'appétit et les sécrétions. Les convalescents qui craignent de rentrer dans le monde, où ils redoutent d'avoir à parler de leur maladie, sont moins inquiets après un voyage qui est le sujet de leurs conversations avec leurs amis et leurs parents. (Esquirol, 1838, p 70)

Le voyage tient donc selon Esquirol une place de choix parmi les « agents de traitement » dont il nous dit qu'ils « exercent une influence directe sur le cerveau et par conséquent sur les désordres intellectuels et moraux des aliénés », et qu' « ils ont pour but de contraindre le maniaque à vivre en lui-même, et de forcer le monomaniac à vivre en dehors ».

b) Jacques Joseph Moreau de Tours

Moreau de Tours entre comme interne dans le service d'Esquirol à la Maison de Charenton en 1826. Il présente sa thèse le 06 juillet 1826 mais n'est nommé médecin de Bicêtre qu'en 1840 puisqu'il accomplira entre temps de longs voyages. Il sera notamment envoyé à l'étranger à deux reprises par son maître afin d'y accompagner un malade dans des voyages à visée thérapeutique.

Son premier périple durera un an et le conduira en Suisse et en Italie. Il en fait mention dans son traité *Du Hachisch et de l'aliénation mentale* : « En 183... j'ai fait le voyage d'Italie

avec un malade que m'avait confié mon vénéré maître M. Esquirol. Pendant toute une année qu'a duré ce voyage, je n'ai pas perdu de vue mon malade un seul jour » (Moreau de Tours, 1845, p 266). Il décrit ensuite en détails les troubles délirants de ce patient et leur évolution en fonction des horaires de sommeil sans s'attarder sur les effets constatés du voyage en lui-même.

C'est ensuite entre 1836 et 1840 qu'il accompagna un autre malade d'Esquirol en Orient pendant trois ans dans un véritable voyage initiatique, dans l'intention « d'achever sa convalescence par un changement de milieu ». Ils parcoururent ainsi « l'Egypte, la Nubie, la Palestine, la Syrie, ces terres d'Asie Mineure qui sont les pays des Haschichins » (*ibid*). Impossible pour nous de savoir si le « changement » fut thérapeutique pour le patient... Nous n'avons pas en effet dans nos recherches retrouvé d'éléments pertinents en rapport avec les effets du voyage sur l'état psychique de ce dernier. En revanche il est certain que ce voyage fut décisif pour Moreau de Tours qui y découvre le haschich et l'expérimente d'ailleurs lui-même. Il en décrira les effets sur le psychisme et ses travaux se rapportant à ce voyage porteront principalement sur cette substance dans laquelle il voit « un moyen puissant, unique, d'exploration en matière de pathologie mentale » (*ibid*, p 29).

c) *Eugène Billod*

En 1843, Eugène Billod est l'élève interne de Moreau de Tours à Bicêtre. Nommé président de la Société médicopsychologique en 1877, il est surtout connu pour ses nombreuses publications qui présentent de fines observations cliniques(17). Nous nous appuierons ici sur l'une d'elles se rapportant à notre sujet.

Eugène Billod accompagnera des patients à au moins deux reprises, une fois en Italie et une fois en Italie et en Suisse dans un but thérapeutique(17), probablement entre 1843 et 1846. Dans sa thèse *Considérations médico-psychologiques sur le traitement de la folie* soutenue en 1846, il examine les différentes composantes du traitement, dont les voyages(17). En 1847, il fait le rapport de l'un de ces voyages dans un article des *Annales Médico-Psychologiques*(18). Il y décrit longuement l'observation d'un de ses patients dont nous avons choisi de rapporter certains passages pertinents dans le cadre de notre étude.

Il s'agit du cas d'un homme de 65 ans souffrant de mélancolie avec une forte altération de la volonté. Nous nous sommes intéressée au compte-rendu de ce voyage entrepris avec ce malade dans un but thérapeutique et dont nous rapporterons ici quelques éléments.

Après une période de soins à la maison de santé d'Ivry, il est donc décidé que le Docteur Billod entreprendrait avec ce patient « un voyage en Italie » (Billod, 1847, p 178). Ce moyen thérapeutique semble avoir été évoqué en concertation avec la famille du malade mais sans que celui-ci ne donne son accord ni ne soit capable d'en exprimer la volonté, faculté en effet « notablement altérée » chez ce patient (*ibid*, p 177). Malade et médecin partirent en diligence pour rejoindre Marseille où ils s'embarquent sur un paquebot à destination de Naples afin de continuer leur périple en Italie. Il est à noter que le voyage se déroulera sur plusieurs mois malgré « l'opposition systématique » que le malade y faisait (*ibid*, p 181).

Quant aux effets de ce traitement sur l'état psychique du patient, le Docteur Billod regrette que « le voyage ne parut pas avoir l'efficacité qu'on en attendait [...] et l'efficacité du voyage, des impressions à haute dose dans une forme d'affection où prédominait la lésion de la volonté, ne paraissait pas suffisamment démontrée» (*ibid*, p 181). En effet si le Docteur Billod constate « une rémission qui s'est offerte entre Lyon et Avignon, et qui était assez prononcée pour prouver l'empire du remède moral et faire croire à la guérison », très vite « le malade retombe et se retrouve dans le même état » à l'arrivée à Marseille (*ibid*, p 178). Cependant si les « impressions du voyage » n'eurent pas l'effet escompté, le trajet en lui-même a semblé thérapeutique, « le mouvement de la voiture » ayant une influence significative puisque le malade était « sensiblement mieux » « après cinq ou six heures de route », effet « d'autant plus prononcé que la voiture était plus dure et la route plus mauvaise » (*ibid*, p 181)!

d) Henri Legrand du Saulle

Après avoir été interne à l'asile de la Chartreuse à Dijon, Legrand du Saulle est nommé médecin à Bicêtre en 1867 puis médecin chef à la Salpêtrière en 1878. Il accomplit au début de sa carrière un voyage en Italie où il accompagna un patient. Nous avons retrouvé concernant ce voyage une anecdote relatée par le Docteur Paul le Gendre, dans son livre *Du quartier latin à l'Académie*(58). Ce médecin des hôpitaux de Paris fit en effet en 1881 son premier semestre d'internat à la Salpêtrière chez le Docteur Legrand Du Saulle ; il tient de son chef le récit de ce voyage « fertile en épisodes émouvants ».

Ainsi Legrand Du Saulle fut-il « chargé par son chef Esquirol d'accompagner un fils de famille riche, qui avait déjà fait une tentative de suicide et qu'on voulait distraire de ses idées mélancoliques par la vue de pays nouveaux. Ce mélancolique était d'ailleurs un charmant compagnon et dépensait sans compter ; le voyage était donc agréable à certains

égards ». Après plusieurs semaines de voyage, alors que « l'humeur du mélancolique était devenue excellente », médecin et patient se trouvent « à Pise et au sommet de la fameuse Tour Penchée ». C'est alors que Legrand voit « son malade se pencher brusquement au-dessus de la balustrade [...] [il] le prend au collet, le malade se dégage rapidement de son paletot ; Legrand le saisit à plein bras, en criant à l'aide [...] il réussit à immobiliser son fou qui rugissait de colère et cherchait non plus à se dégager, mais à l'entraîner avec lui. » (Le Gendre, 1930, p 218).

Cette mésaventure arrivée à Legrand Du Saulle au cours de ce voyage en Italie montre un point non évoqué dans les écrits précédemment cités : si le voyage thérapeutique peut être agréable pour le soignant il n'est pas toujours sans risque, et les responsabilités pour le médecin accompagnateur peuvent être lourdes !

e) Synthèse

Tout au long du XIXe siècle, les psychiatres n'hésitent donc pas malgré les risques à accompagner leurs malades dans un voyage en face à face où s'associent les effets sur le physique, avec les vertus bénéfiques de l'exercice et du changement de climat et les effets sur le moral avec la « saisie de l'imagination ». Les observations citées montrent que ce traitement dont l'efficacité semble discutable, les indications diverses et les objectifs thérapeutiques flous, était toutefois réservé à des patients aisés et favorisés. Ainsi le voyage apparaît surtout à cette époque comme une alternative luxueuse à « l'isolement » du malade, en le soustrayant à son milieu, en l'éloignant de son environnement habituel, tout en lui évitant un internement.

4. Fin du XIXe, début du XXe siècle : essor du thermalisme et naissance de l'hygiénisme social

a) Le thermalisme

Si jusqu'à la fin du XIXe siècle on continue de voyager de la façon que nous avons vu dans le paragraphe précédent, la psychiatrie semble se désintéresser peu à peu de la dimension thérapeutique du voyage. Le thermalisme, prescrit principalement dans les affections somatiques, entre alors dans son « âge d'or » et devient la principale forme de voyage thérapeutique.

En effet si le thermalisme en France a une longue histoire qui remonte à l'Antiquité, les bains étant alors perçus comme lien fondamental entre la pratique physique et la discussion philosophique, ce n'est qu'à la fin du XVIIIe siècle que cette pratique renait. Une période de relative prospérité économique permet alors un mouvement d'amélioration des structures thermales après une longue période d'oubli pendant le Moyen Âge. C'est ensuite surtout au XIXe siècle que le thermalisme suscitera un engouement exceptionnel, et c'est entre 1850 et 1900 que la plupart des stations seront créées(54). Les eaux thermales sont alors réputées et utilisées par un grand nombre pour leurs vertus thérapeutiques.

A la fin du XIXe siècle, on voyage ainsi de plus en plus à destination de ces « villes d'eau », ancêtre des stations thermales d'aujourd'hui, dans un but thérapeutique. Les indications de la crénothérapie portent alors plus sur des pathologies somatiques et la souffrance psychique n'a qu'une place très secondaire.

b) L'hygiénisme social

Peu à peu des considérations d'ordre hygiéniste viennent redonner une place discrète à la maladie mentale en relayant la vision du traitement moral telle que nous l'avons traitée dans le paragraphe précédent. Dès la fin du XIXe siècle et au début du XXe, l'hygiénisme social se développe dans un effort de prévention contre la tuberculose, l'alcoolisme mais aussi contre les maladies mentales, considérés comme des fléaux sociaux. Ce courant de pensée s'inscrit à la suite de l'essor du thermalisme en France. En effet les théories hygiénistes, regroupant des mouvances politiques et sociales, des doctrines urbanistiques et des pratiques médicales, apparaissent dans le prolongement des découvertes de Louis Pasteur sur le rôle des micro-organismes dans la contamination des maladies humaines. La « conquête de l'eau » chez les classes aisées au XIXe siècle préfigure les principales théories hygiénistes en ce qu'elle contribue progressivement à l'adoption de nouvelles pratiques de santé et d'hygiène. Le mauvais état de santé qui fait cortège à une certaine fatigue du corps et de l'esprit est alors pensé au regard d'un environnement épuisant ou insalubre.

Nous avons choisi de faire ici référence à un texte intitulé « Les voyages favorisent l'hygiène de l'esprit » publié dans le *Guide pratique de la santé et de la lutte contre les maladies sociales* afin d'illustrer la vision du voyage en tant que thérapeutique selon le courant hygiéniste(55). Le Professeur Laignel-Lavastine, éminent psychiatre français, y expose les vertus thérapeutiques qu'il attribue au voyage. Selon lui et dans une vision un peu simpliste « les voyages ont valeur thérapeutique » en influençant l'hygiène de l'esprit par trois

moyens : la désinsertion du milieu habituel, le « reclassement hiérarchique des fonctions naturelles de l'homme au contact avec la nature » et enfin le « renouveau affectif, volontaire et intellectuel » (Laignel-Lavastine, cité par Massé, 1993, p 45).

A la fin du XIXe siècle, il semble donc que si l'on voyage fréquemment dans un but thérapeutique, c'est à destination des établissements de cure thermale et principalement pour soigner des maladies somatiques. La psychiatrie semble alors s'être quelque peu détachée de la dimension thérapeutique du voyage. Cela peut s'expliquer notamment par le fait que l'intérêt s'est porté à cette époque de plus en plus sur un autre de ses aspects : les voyages pathologiques des aliénés. C'est en effet en 1875 qu'émerge avec le mémoire de Foville sur « les aliénés migrants ou voyageurs »(41) toute une sémiologie du voyage en tant que symptôme, dont la conception évoluera parallèlement à l'étude des fugues en psychiatrie tout au long du XXe siècle. Les efforts de description et tentatives de classification de ces « voyages pathologiques » par les psychiatres de l'époque laissent peu de place à une conception du voyage comme thérapeutique.

Les considérations d'ordre hygiéniste redonneront une place timide aux pathologies mentales parmi les indications au voyage thérapeutique, celui-ci étant envisagé de façon simpliste surtout comme un moyen d'échapper un environnement néfaste potentiellement pourvoyeur de trouble mental.

5. Milieu du XXe siècle : l'antipsychiatrie anglaise et le voyage comme alternative à la violence de l'institution

Ce n'est qu'au milieu du XXe siècle que le voyage regagne une place parmi l'arsenal thérapeutique du psychiatre avec le courant antipsychiatrique.

L'antipsychiatrie est née vers 1960 en Angleterre avec Ronald Laing et David Cooper. Elle privilégie l'hypothèse de l'origine sociale des troubles mentaux et rejette les traitements de la psychiatrie classique. En arrivant en France alors que la sectorisation commençait à se mettre en place, elle y fait surtout figure de critique des institutions existantes et privilégie la recherche d'alternatives à l'hospitalisation(69).

En Angleterre, Laing et Cooper envisage la folie comme un « voyage intérieur », seul moyen de fuir l'aliénation provoquée par la société, et qu'il convient d'accompagner par des expériences communautaires. Laing théorise ainsi le « voyage schizophrénique » dans une vision antipsychiatrique(20). Il ne s'agit plus de contenir le symptôme, mais d'aider le patient

à accomplir un voyage, interne aussi bien que géographique. C'est dans cette optique qu'entre 1961 et 1966, plusieurs malades sont accompagnés dans des voyages dans l'idée de leur laisser ainsi une chance de ne pas aboutir à un destin schizophrénique(56). L'accompagnement devait se faire par les soignants, mais sans répliquer les contraintes de l'entourage, sans projet organisé d'avance, sans jamais d'interprétation et avec le moins de recours possible aux médicaments.

6. Naissance de la psychothérapie institutionnelle : les « séjours thérapeutiques »

Le terme de « psychothérapie institutionnelle » est utilisé pour la première fois par Daumézon et Koechlin en 1952 dans les Annales Portugaises de Psychiatrie(80). Cependant l'origine historique de ce mouvement « en prise directe avec le « réel » de la maladie mentale» (Oury, 2007, p 111) est bien plus ancienne puisqu'à la fin du XVIIIe siècle Pinel proclamait déjà que l'hôpital pouvait être un « instrument de soins » pour les maladies mentales. Malheureusement le XIXe siècle, pendant lequel la tendance est à la passivité thérapeutique défensive liée à l'impossibilité d'analyse du transfert découvert plus tard par Freud et qui est consacré aux développements neurologico-mécanicistes, dérive vers l'asile au sens le plus péjoratif(36). C'est ensuite à partir du début du XXe siècle que plusieurs personnalités ont le souci de développer pratiques et concepts dans la lignée de la perspective de Pinel afin de transformer la ségrégation parfois carcérale des malades mentaux en systèmes ouverts : Hermann Simon, Moréno, Kurt Lewin, Bion, Bierer... Le concept de psychothérapie institutionnelle est apparu progressivement à l'intérieur de ce vaste mouvement ainsi créé. Il s'est particulièrement développé en France après la seconde guerre mondiale sous l'influence notamment de Georges Daumézon, Paul Sivadon, François Tosquelles, Henri Ey puis de Jean Oury ou Jean Ayme(36,79).

Les premières expériences de « séjours thérapeutiques » se sont développées dans les années 1950 conjointement à l'essor du courant de psychothérapie institutionnelle. Jean Ayme évoque une expérience fortuite survenue en 1940 qui pourrait marquer le début de l'histoire des séjours thérapeutiques en France : l'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire ayant du être évacué précipitamment suite à l'annonce de l'arrivée des troupes allemandes, soignants et malades se retrouvent sur les routes. Au cours de ce déplacement, des malades nourris depuis des mois à la sonde se mettent naturellement à manger... mais se remettent au lit en attente du tuyau dès qu'ils purent regagner l'hôpital(12)! Plusieurs expériences voient le jour à la suite

de « cette histoire paradigmatique » mais c'est surtout dans les années 1970 que les séjours thérapeutiques vont se multiplier parallèlement au développement de la politique du secteur(36,79).

La variété quant au nombre de patients, à la durée et à la destination est grande. Ces voyages organisés dans l'espace institutionnel s'adressent cependant principalement à des patients souffrant de troubles psychotiques. Ils concernent une « collectivité » de patients accompagnés tout au long de ce déplacement par plusieurs soignants.

Nous aborderons et décrirons plus en détails ces « séjours thérapeutiques » en lien avec les principes fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle dans la partie suivante dont ils font l'objet.

7. Discussion

Ainsi le voyage est-il une thérapie médicale reconnue et utilisée dès l'époque de la Rome antique y compris pour les troubles mentaux. Au cours du Moyen Âge, le voyage à visée thérapeutique se rapproche du domaine du sacré et du religieux avec l'essor des pèlerinages sous l'influence de la croyance de la possession démoniaque. Au début du XIXe siècle le voyage rejoint de nouveau le champ médical en continuité avec les conceptions de traitement moral de la folie institué par Pinel. A la fin du XIXe siècle, si l'on indique encore le voyage pour la cure des dépressions, on le prescrit surtout à destination des villes d'eau pour guérir des affections somatiques. Peu à peu, la théorisation du traitement moral se voit relayée par des considérations d'ordre hygiéniste, qui n'attribuent au voyage qu'un rôle secondaire d'extraction du sujet à un environnement jugé malsain. Plus tard encore, le thème du voyage thérapeutique retrouve un rôle important dans l'antipsychiatrie anglaise, en tant qu'alternative à la violence symbolique. Aujourd'hui, on retrouve toujours le voyage au sein des moyens thérapeutiques mais on parle plus volontiers de « séjours thérapeutiques », qui viennent s'intégrer dans une dynamique institutionnelle.

Par cet aperçu historique que nous venons de résumer, il se confirme que le voyage thérapeutique a traversé l'histoire de la psychiatrie de l'Antiquité jusqu'à nos jours. Avec les époques et au gré des progrès médicaux, il a bien sûr évolué et l'utilisation du voyage dans un cadre thérapeutique, ses indications et ses objectifs se sont transformés de façon notable au cours du temps. Tout d'abord anecdotique et réservé à une élite, il est marqué d'une forte empreinte religieuse jusqu'au Moyen Âge. Il s'inscrit au XVIIIe dans une vision déjà médicale de la folie qui reconnaît au fou un reste de raison et un droit au respect. Il est alors

principalement indiqué dans la cure des dépressions où son efficacité semble discutable et où il prend plutôt la forme d'un « voyage en tête à tête » entre psychiatre et patient au caractère initiatique. Aujourd'hui les séjours thérapeutiques sont entendus au sens d'une thérapeutique « collective » inscrite dans un cadre institutionnel bien précis et destinée plus particulièrement aux patients souffrant d'une pathologie psychotique.

Cette constante utilisation du voyage pour soigner dans l'Histoire de la psychiatrie nous semble remarquable au regard de l'évolution spectaculaire des autres moyens thérapeutiques, les thérapies actuelles n'ayant plus grand chose en commun avec celles utilisées jadis. Cependant malgré une pratique continue dans l'Histoire, le « voyage thérapeutique » ne semble paradoxalement jamais avoir eu une forte notoriété et est aujourd'hui encore grandement méconnu.

Il nous paraît pertinent après ce passage dans l'Histoire de nous pencher maintenant sur les utilisations possibles et pertinentes encore à ce jour du voyage au sein de l'arsenal thérapeutique du psychiatre. Nous aborderons ainsi dans un premier temps la configuration moderne du voyage thérapeutique que représente selon nous le séjour thérapeutique avant de nous intéresser à la finalité thérapeutique des voyages retour dans les cas de voyages pathogènes. Enfin la discussion qui clôturera cette partie sera l'occasion d'aborder l'utilisation à visée auto-thérapeutique du voyage chez certains patients.

B. Le voyage, un outil thérapeutique d'actualité pour le psychiatre?

1. Les séjours thérapeutiques et leur place dans la dynamique institutionnelle

a) Principes généraux de psychothérapie institutionnelle

Le vaste mouvement de psychothérapie institutionnelle s'origine dans un désir d'« humaniser » les relations en permettant à chaque malade d'être traité dans sa singularité. Il préconise un abord multidimensionnel des malades psychiatriques dont l'aliénation est à la fois psychopathologique et sociale par la mise en acte d'approches différenciées : sociale, psychologique, psychanalytique, biologique. Il trouve plus particulièrement son application dans le traitement des psychoses(36,79).

La question du transfert y est primordiale et représente le fondement même de la prise en charge institutionnelle. Le transfert peut être vu comme « la mise en question pour chacun du désir d'être là, dans ce qu'il fait » (Oury, 2007, p 119). Les différentes modalités de ce transfert dans le cadre de la psychose (transfert éclaté, transfert dissocié) supposent des multi-investissements partiels qui exigent une multi-référence : hétérogénéité des soignants et également diversité des lieux de prise en charge. Ce principe implique que la prise en charge soit obligatoirement collective. De plus pour que ces multi-investissements puissent avoir lieu, il faut une liberté de circulation, de mouvements et de rencontres du malade. L'établissement de multi-investissements va alors pouvoir aboutir à la constitution d'une constellation, notion essentielle en psychothérapie institutionnelle qui désigne l'ensemble des personnes qui comptent pour le malade, c'est-à-dire qui sont investies par lui(79).

Or un établissement avec des systèmes hiérarchiques rigides, des cloisonnements, des justifications rationalisantes, se présente souvent comme une somme de défenses organisées collectivement sur un mode obsessionnel empêchant ces mouvements psychothérapeutiques. Il apparaît alors nécessaire d'introduire d'autres logiques. Dans ce sens, l'ouverture des milieux de soins et une hétérogénéité de l'équipe et du milieu microsocial paraissent nécessaires. La politique de secteur se met en place, permettant à une relation transférentielle reposant sur la continuité des soins de s'établir. Le rôle des infirmiers est également important puisqu'ils sont des acteurs principaux dans cette psychothérapie. Le partage des responsabilités et des initiatives, par la responsabilisation du malade et du personnel, va permettre aux investissements de se faire. Le patient peut alors établir sa propre constellation, qui constituera un levier thérapeutique majeur(36,79).

Le malade tient donc selon ces conceptions une position active et centrale, au côté des infirmiers et du psychiatre. La pensée médicale de celui-ci vient ordonner le temps thérapeutique qui prend place au sein d'un secteur garant de la continuité des soins.

b) Description des séjours thérapeutiques

Les séjours thérapeutiques sont « un moment pendant lequel un groupe de patients et de soignants vit de façon communautaire en dehors de l'espace sanitaire » (Touzet, 2011, p 32). Se limiter à une définition aussi concise de cet outil de soins caractérisé par sa richesse et sa complexité serait cependant restrictif. Nous aborderons donc ici quelques éléments qui pourront servir de repères afin de tenter de mieux appréhender ce moyen thérapeutique.

Les séjours dits thérapeutiques se caractérisent comme nous l'avons vu précédemment par leur fondement institutionnel. Parfois appelés « séjours de rupture », ils ont toutefois pour but de créer un cadre institutionnel différent et non de proposer un temps hors institution. Conservant le lien avec l'institution, ils peuvent alors être réalisés à partir de l'hôpital ou à partir des différentes structures du secteur : « véritable soin, le séjour thérapeutique s'inscrit parmi les possibilités qu'un secteur de psychiatrie peut offrir » (*ibid*, p 16).

Bien que pouvant s'appliquer à tous types de pathologies, le séjour thérapeutique s'adresse en majorité à des patients qui souffrent de différentes formes de psychoses dont il permet un autre mode d'accompagnement. Dispensation d'un soin individualisé au sein d'un groupe, il constitue une période de « psychothérapie intensive » de ces pathologies dites lourdes (Poisson, 2001, p 588).

Plutôt qu'une période en soi, un séjour thérapeutique comprend en fait trois périodes distinctes ayant chacune leur importance : préparation, déroulement, et enfin réintégration dans le cadre de vie habituel ou post-séjour.

Préalable indispensable, le temps de préparation et d'élaboration du projet est souvent long et cette période anticipatoire peut déjà être riche de sens. Des temps de rencontre doivent être mis en place pendant cette période, permettant aux patients de déverser leurs inquiétudes et leurs craintes parfois massives devant un projet tentant mais aussi terriblement angoissant. Ces réunions d'élaboration permettent également à chacun de se projeter dans l'avenir collectif d'un temps et de mûrir sa réflexion autour de ce voyage. Il faut affiner l'objectif, préciser les indications thérapeutiques et pédagogiques, élaborer programme et circuit, ajuster les divers projets. Les patients participent déjà activement aux décisions concernant le déroulement du séjour. La concrétisation du projet de départ nécessite donc une longue réflexion institutionnelle à laquelle prennent part soignants et soignés, une préparation attentive et impose un investissement important à chaque participant(84).

Ensuite vient le temps du séjour qui ouvre le chemin d'une vie collective loin des lieux et du cadre habituels. Un nouvel espace de soins se crée qui accompagne le patient dans sa découverte de monde et de lui-même et où il tient un rôle actif en tant que sujet désirant(28).

Au retour, le travail particulier de préparation, de réflexion dans lequel s'est inscrit nécessairement tout participant se poursuit puisque un effort de verbalisation et de restitution à long terme sera nécessaire bien au-delà du temps du séjour.

Nous allons maintenant essayer de comprendre comment l'utilisation du voyage dans un cadre ainsi défini peut permettre de mobiliser et d'utiliser les principes thérapeutiques

fondamentaux inhérents à la psychothérapie institutionnelle tels que nous les avons abordés précédemment.

c) *Leviers thérapeutiques en jeu*

- Pathoplastie

Une des premières découvertes de la psychothérapie institutionnelle est l'importance de l'influence du milieu, ce que Jean Oury a appelé la « pathoplastie » et que l'on peut traduire en ces termes : « le changement d'ambiance modifie la symptomatologie »(36).

Le voyage, par la modification de l'ambiance - dans un sens psychothérapeutique - qu'il occasionne, peut donc être un moyen thérapeutique privilégié. L'engagement dans l'aventure collective que représente le séjour oblige en effet à un trajet actif au sein même de la dynamique institutionnelle, exige de l'invention et de la créativité. Le séjour thérapeutique vivifie l'ambiance, il crée un élan permettant de mieux combattre la routine. Il permet par un influx de vitalité et d'autonomie une émancipation de l'institution face à l'établissement, une rupture dans une prise en charge routinière. Là où la répétition des actes de la vie quotidienne sans aucun questionnement conduit à la chronicisation, le changement introduit par le déplacement géographique apporte renouveau et dynamisme.

La participation active des différents membres de ce collectif à la vie quotidienne et à son organisation concrète a également une importance toute particulière afin « de « *cultiver* » une ambiance propice à l'émergence de ce qui est le plus meurtri et le plus fragile chez le patient pour faire connaissance avec lui, et lui-même avec son propre passé, y compris inconscient » (Delion, *op. cit.*).

Ainsi changer d'environnement pourrait faire changer le monde intérieur, le patient partant au cours du voyage proposé à la rencontre de sa propre identité, à la recherche de son propre devenir...(28) Le séjour thérapeutique offrirait au malade l'occasion de découvrir « une possible alternance dans sa façon de vivre », lui donnant l'espoir d'être « ailleurs [...] débarrassé du joug de la folie » (Caron et Al, 2001, p 586). Il garde alors généralement le bénéfice de cette mise en mouvement temporaire, conservant en mémoire la trace de cette trame d'expériences et d'aventures qui vient marquer de façon définitive son existence.

- La question du transfert

La réflexion sur le transfert psychotique dans le cadre d'un séjour thérapeutique véhicule d'inévitables fantasmes. Il s'agit en effet d'une situation transférentielle unique en son genre.

Les patients psychotiques sont enfermés par leur maladie dans une relation d'extrême dépendance ou d'aliénation à l'autre. Mais pendant le séjour, chacun a « à vivre et à faire vivre sa propre folie » (Poisson, *op. cit.*, p 592) ! Le patient peut potentiellement entrer en relation aussi bien avec les soignants, les autres patients qu'avec les personnes extérieures. La dynamique induite par la situation de voyage est alors complexe : question des rapports soignants/soignés, soignants/soignants, mais aussi soignés/soignés... Le voyage thérapeutique, en multipliant ainsi les occasions de rencontres et en augmentant l'hétérogénéité des espaces favorise donc le processus de transfert, indispensable à la mise en travail psychique de ces patients. Les possibilités d'investissement se démultiplient et la création d'une constellation transférentielle qui leur est propre se fait alors plus facilement.

Il est malgré tout très difficile de maîtriser ces enjeux transférentiels. Le séjour se déroule en effet dans une grande promiscuité et une grande convivialité où pratiquement aucune intimité n'est possible. Il faut alors « compter avec le risque du *transfert psychotique* dont la résultante serait de générer chez le soignant une angoisse équivalente, voire supérieure à celle du patient » (*ibid*, p 592). Malgré cela cette situation transférentielle particulière permettrait par une tentative de compréhension de ce que le patient met en jeu consciemment ou inconsciemment dans ses rapports quotidiens et de ce qu'il reproduit de sa propre histoire dans ses relations aux autres un meilleur accès à la manière d'être au monde de chaque malade.

Le séjour thérapeutique serait donc le support d'une situation transférentielle privilégiée, proposant un abord clinique qui permettrait de « mieux rencontrer le sujet sur le lieu même de sa souffrance » (*ibid*, p 592). Le temps du séjour thérapeutique permettrait, par la mise à l'écoute de la singularité de chaque patient dans une position de sujet, de rendre possible le traitement de sa souffrance psychique...

- Notions d'espace et de temporalité

Un des enjeux du séjour thérapeutique est selon nous de faire travailler deux notions étroitement liées entre elles, celles d'espace et de temporalité, qui sont justement en état de distorsion manifeste dans la psychose.

L'approche phénoménologique nous semble ici nécessaire pour éclairer notre point de vue, les dimensions spatiales et temporelles étant un élément essentiel de la réflexion portée par ce courant.

La phénoménologie en psychiatrie fait en effet référence à une méthode de « psychopathologie compréhensive » visant à rétablir la compréhension des vécus, autrement formulé « une école de l'expérience qui laisse l'autre exister dans la relation » (Martin, 2011, p. 789). Une place de choix y est réservée à « l'éprouvé de l'autre », dans un abord non analytique « laissant tomber » toute théorie ou concept préétabli (*ibid*, p 783). Cette approche trouverait son origine dans la constatation de l'« *incompréhensibilité* du tableau psychiatrique » (*ibid*, p 782), le symptôme psychiatrique étant discordant du symptôme médical notamment dans sa position intermédiaire par rapport au vécu et dans le fait qu'il résulte d'un état d'interaction communicative entre observé et observateur(57,67). Les dimensions spatiales et temporelles sur le plan de la subjectivité humaine, essentielles à la compréhension du vécu de tout individu et de l'éprouvé de l'autre, constituent alors un des points de départ de la réflexion phénoménologique. Les phénomènes de temporalisation et de spatialisation tels qu'ils s'établissent en particulier dans la psychose requièrent toute l'attention des psychiatres phénoménologues. La façon dont les malades se situent par rapport à la flèche du temps, la façon dont ils investissent l'espace du corps propre et du monde ambiant les interrogent. L'abord phénoménologique nous a ainsi semblé pouvoir éclairer certains mécanismes par lesquels le voyage tel qu'il est utilisé en psychothérapie institutionnelle pouvait s'avérer thérapeutique, dans le cas de pathologies psychotiques.

Par une réflexion bien utile sur le vécu qu'a le patient du temps et de l'espace, sur son expérience de la temporalisation et de la spatialisation, la phénoménologie nous permet en effet d'envisager la structure particulière de la vie de ce malade par rapport au temps et à l'espace vécus(66).

Ainsi Minkowski nous dit-il que « le pathologique, en nous montrant que le phénomène du temps et probablement aussi celui de l'espace se situent et s'organisent dans la conscience morbide autrement que nous les concevons d'habitude, met en relief des caractères essentiels de ces phénomènes » (Minkowski, 2005, p 784). Pour Blakenburg, il y a chez les patients hébéphrènes une « transformation de la temporation, [...] une perpétuelle discontinuité [...], les notions de linéarité chronologique de l'expérience et de limite dans le temporel étant exclues » (Blakenburg, 1991, p 785).

Le séjour thérapeutique, parce qu'il est balisé à la fois dans le temps et dans l'espace, permet alors de réintroduire une différence entre les lieux, des limites entre les différents

moments de la journée ; c'est-à-dire d'introduire de la continuité et de la cohérence là où n'étaient que discontinuité et rupture. Par sa participation active au cours d'un déplacement encadré par des soignants, le patient trouve également une occasion d'apprendre à se réapproprier l'espace de façon différente. Le voyage va créer un espace nouveau, original puisqu'il diffère de ceux auxquels le patient a été confronté jusque là, espace de soins qui accompagne le patient dans sa découverte du monde et de lui-même et qui va pouvoir être investi par lui de façon active.

- Question du désir

L'aliénation psychopathologique du sujet concerne la problématique du désir et de l'entrée dans l'ordre du langage, nous dit Pierre Delion(36). Et justement cette question du désir, de la possibilité de son émergence chez nos patients, nous semble tenir une place primordiale lors de la réalisation d'un séjour thérapeutique.

En effet évoquer l'idée de partir, de « décoller » des habitudes, permet l'expérience de l'écoute de l'autre en tant que sujet désirant. Le séjour thérapeutique, de sa préparation à sa réalisation, vient créer un espace de rêve : rêves d'ailleurs, d'évasion. Pendant la phase préliminaire de préparation, la capacité à rêver rarement exercée chez nos patients peut se remettre en route, même s'il faudra ensuite ajuster le possible aux rêves(28). Le voyage en lui-même est une occasion de lutter contre les replis sur soi-même pour retrouver du plaisir et du désir chez des patients souvent apragmatiques(28). L'oscillation d'un lieu à l'autre occasionnée permet l'émergence d'un sujet s'interrogeant sur ce qu'il veut. Au cours d'un séjour thérapeutique, les malades participent pleinement et activement à l'élaboration du programme, à l'organisation des activités sur place. Ainsi dans la réalisation de ce projet le sujet est-il écouté vraiment, soutenu dans son propre désir.

Parfois le projet du séjour vient des malades eux-mêmes, parfois l'idée est évoquée par les soignants. Mais un désir exprimé initialement par les soignants peut se transformer progressivement en une sollicitation où la position désirante se déplace, au cours de la phase d'élaboration, vers les patients. Ceux-ci trouvent alors une occasion d'« enfin ne plus être dans le désir de l'Autre, [de] sortir de cette aliénation fondamentale » (Poisson, *op. cit.*, p 588).

- Stimulation de l'imaginaire et ouverture au réel

Jean Oury nous dit que « ce qui domine dans la psychopathologie des psychoses, ce sont des troubles du symbolique et de l'imaginaire, mais aussi la mise en question radicale du réel » (Oury, *op. cit.*, p 121). Or ces questions du réel et de l'imaginaire sont comme nous l'avons vu primordiales dans tout voyage et leur émergence peut alors dans le cadre bien délimité du séjour institutionnel constituer un levier thérapeutique.

Le voyage, par l'ouverture qu'il permet sur le monde environnant, par le support d'échanges et de rencontres qu'il occasionne, peut en effet être un véritable outil d'insertion dans le réel. L'utilisation de cet outil par le biais du séjour thérapeutique est particulièrement pertinente chez les patients psychotiques chez qui l'insertion dans le réel est précisément ce qui fait défaut.

Mais s'il entraîne donc un contact privilégié avec le réel, le séjour thérapeutique permet également de stimuler un imaginaire souvent défaillant par la rencontre avec un cadre différent, avec d'autres façons de vivre et de faire, voire parfois d'autres cultures. Il crée une ouverture vers l'altérité, développe une certaine capacité d'étonnement et aussi celle de se laisser surprendre par l'imprévu...

- Création de nouvelles formules relationnelles

Le séjour thérapeutique est une occasion d'offrir une autre dimension à la relation établie pendant l'hospitalisation ou au cours du suivi dans le secteur entre soignants et soignés(12).

Il permet tout d'abord une ouverture du système de soins chère aux acteurs de la psychothérapie institutionnelle, ouverture au sens propre sur le monde extérieur et la vie en groupe qui va amener par une certaine convivialité thérapeutique une « humanisation » des relations soignants-soignés(79).

En effet les relations se modifient sous l'effet du voyage et la vie collective qui grâce au déplacement s'organise loin des lieux habituels permet de mieux évaluer la confrontation avec un groupe, la vie extérieure ou soi-même(12). Les rapports humains s'enrichissent, la circulation à travers des lieux nouveaux pouvant tendre à inscrire dans des relations nouvelles le patient psychotique qui jusque là était toujours enfermé dans un même espace où il reproduisait indéfiniment avec des personnes différentes les mêmes comportements, les mêmes modes de relation(28).

Le partage des responsabilités, par l'implication active des patients et de chacun des soignants à l'organisation du séjour et de la vie sur place vient modifier radicalement la relation soignants/soignés. Pendant cette période insolite, cette relation soignants/soignés s'établit en effet de façon horizontale et non plus verticale. La hiérarchie est abolie, statuts et fonctions sont totalement bouleversés. L'équipe soignante peut s'effacer dans un rôle de « supervision » et ne plus être en position décisionnaire, venant « accompagner » le voyage, aider mais sans se substituer(59). Un rapport d'adulte à adulte s'installe, laissant émerger la capacité des malades à prendre leur destin en main qui est à l'origine même du projet de psychothérapie institutionnelle. L'autonomie des patients se développe, et dans le même temps l'alliance thérapeutique se renforce. Cette dynamique de groupe nécessite un investissement important de la part des thérapeutes accompagnants.

Permettant de rendre aux malades initiative et responsabilité, le séjour institutionnel lutte ainsi de façon concrète contre les mécanismes de l'aliénation. Humanisation des relations, autonomisation des patients, responsabilisation de chacun sont ainsi autant de principes fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle que le voyage va permettre de développer. Au cours de ce voyage les potentialités de chacun en tant que sujet peuvent alors émerger.

d) Difficultés actuelles de réalisation

Une fois l'idée d'un séjour thérapeutique lancée, la mise en pratique du projet se heurte souvent à de multiples difficultés.

Tout d'abord, la collecte des fonds nécessaires à sa réalisation est souvent laborieuse. Les caisses d'assurance maladie introduisent des règles d'un formalisme fort gênant et l'obtention d'une prise en charge financière par la sécurité sociale est souvent bien compliquée(12). En effet lorsque le « soupçon d'un plaisir pris en commun » fait surface là où devrait apparaître « l'image austère que doit revêtir toute démarche thérapeutique » (Ayme et De Brito, 2001, p 580), tout se complique!

Les règles draconiennes concernant les problèmes sanitaires, de sécurité et de responsabilité juridique imposées par les administrations hospitalières viennent souvent compliquer encore davantage les choses. La mise en pratique du projet se heurte ainsi souvent à l'autorité administrative de l'établissement.

C'est alors souvent uniquement par le biais des clubs thérapeutiques que peuvent se poursuivre de tels projets. Les clubs thérapeutiques sont des structures associatives dont un des objectifs immédiats est en effet de pouvoir organiser la vie quotidienne du service en assumant la responsabilité des achats et des dépenses(36). Ils permettent de monter le projet à distance des préoccupations des autorités administratives et de contourner les difficultés d'attribution de temps soignant et de crédits financiers.

e) Discussion

Le séjour thérapeutique apparaît donc un être un véritable outil de soins tenant une place privilégiée et irremplaçable dans la vie institutionnelle. Son maintien est donc indispensable malgré les difficultés de réalisation liées à la conjoncture actuelle(12).

Il s'agit d'un acte à la fois clinique, puisqu'il est un soin à part entière avec ses indications propres ; éthique, puisque s'il est un moyen de soins original, il possède bien une finalité pertinente ; et enfin politique, en tant que véritable « acte de résistance » dans un contexte de rationalisme économique(99).

Remettant en question la vie quotidienne du service, il entraîne un retentissement dans tout le dispositif institutionnel qu'il bouscule bien au-delà du temps où il se déroule. Les liens nouveaux qu'il vient sceller s'inscrivent en effet dans la mémoire et le vécu des patients, marquant un écart avec les liens de souffrance de leur histoire individuelle.

« Le séjour thérapeutique pourrait ainsi représenter une manière maîtrisée, pour le moins accompagnée, d'un voyage intime, singulier, intérieur à la rencontre de sa propre identité, à la recherche de son devenir. » (Caron et al, *op. cit.*, p 587).

2. Finalité thérapeutique du voyage retour dans les voyages pathogènes : le rapatriement sanitaire

Aujourd'hui, il est admis que le voyage retour tient une place primordiale dans la prise en charge des situations de crises psychiques aiguës déclenchées par un voyage éloignant le sujet de son lieu de vie habituel(32,88,98,103,107). Ainsi dans les cas de voyage pathogène le rapatriement sanitaire doit-il de nos jours avoir en lui-même une « finalité thérapeutique impérative » (Vérébély, 1982, p 1270). Après un bref aperçu de l'histoire des rapatriements sanitaires psychiatriques, nous essayerons de déterminer les leviers thérapeutiques mis en

action lors des rapatriements dans les cas de voyages pathogènes. Nous aborderons finalement les modalités concrètes de cette forme particulière de la pratique psychiatrique.

a) Historique des rapatriements sanitaires

L'histoire des rapatriements sanitaires psychiatriques débute lors la seconde guerre mondiale pendant laquelle les militaires qui présentaient des troubles psychiatriques étaient reconduits dans leur pays(107). La réalisation de ces transports médicalisés pour motifs psychiatriques s'est ensuite poursuivie jusqu'à nos jours, mais les modalités n'en ont évolué que très récemment.

Jusqu'au début des années 1980 en effet les malades décompensant des troubles psychiques à l'étranger étaient rapatriés fortement neuroleptisés et allongés sur une civière. Ce n'est que ces dernières années, avec le développement de la psychiatrie assistance, que l'importance de la participation active du patient à la réintégration de son milieu a été soulignée et que de nouvelles modalités de rapatriements sanitaires psychiatriques se sont progressivement mises en place(98).

Aujourd'hui le rapatriement médicalisé fait en effet partie des prestations pouvant être proposées par les sociétés d'assistance aux voyageurs. L'apparition de ces sociétés d'assistance est liée au développement progressif du tourisme et celles-ci se sont surtout multipliées à partir des années 1970. Elles proposent au voyageur de résoudre tous les problèmes qu'il pourrait rencontrer lors de son déplacement par une aide médicale, technique ou juridique. Du fait des difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicale des cas psychiatriques et des spécificités de celle-ci, certaines compagnies d'assistance ont alors recherché la collaboration des psychiatres et leur ont confié la responsabilité du domaine psychiatrique tant en régulation qu'en transport. La « psychiatrie assistance » est cette nouvelle forme de la pratique psychiatrique née dans le cadre du volet médical de ces assistances aux voyageurs(103). Elle consiste à chercher la meilleure solution thérapeutique aux situations de crises psychiques survenant brutalement au cours d'un voyage, qui consiste souvent en un rapatriement médicalisé rapide dans le cas de ces assistances psychiatriques.

Le retour de patients inconscients sur civière fait donc partie de l'histoire des rapatriements. Aujourd'hui le voyage retour, outil thérapeutique à part entière, doit être le support d'un véritable travail psychothérapeutique dans lequel le patient doit tenir un rôle actif.

b) Principes thérapeutiques en jeu dans le rapatriement sanitaire

Plusieurs auteurs ont constaté l'amélioration clinique rapide et spectaculaire provoquée par le seul fait du rapatriement dans les cas de voyages pathogènes, la place des thérapies médicamenteuses n'étant souvent que secondaire. La plupart du temps l'hospitalisation initialement envisagée ne sera finalement pas non plus nécessaire après le retour sur le sol natal. Le voyage retour, indispensable à l'amélioration clinique dans la plupart des cas, aurait donc en lui-même une action bénéfique majeure sur l'évolution de l'état psychique du patient dans les cas de voyages pathogènes. Ce sont les principes de cette action thérapeutique du rapatriement que nous avons cherché à aborder ici :

- Retrouvailles avec le milieu familial :

Tout d'abord un rapatriement sanitaire, par la réintégration rapide dans le milieu habituel qu'il entraîne, va mettre un terme au facteur réactionnel que constitue la perte des repères habituels. Nous avons vu en effet que la disparition du cadre de référence, bien que n'expliquant pas à elle seule l'apparition de la crise psychique en situation de voyage, est un élément qui joue un rôle important. La réintégration du sujet dans un cadre familial va permettre de le réassurer, comme si pendant le vol retour se produisait une « redécouverte des limites du moi » (Recasens, 1996, p 14).

- Réintégration dans le réel :

Ces retrouvailles avec le milieu de vie coutumier vont permettre de réintégrer dans le réel ces patients souvent délirants et chez qui les phénomènes de déréalisation sont fréquemment au premier plan. Ainsi Michel nous dit-il :

Les troubles psychiques révélés chez de nombreux voyageurs régressent dès qu'ils retournent chez eux, autrement dit dès qu'ils reviennent à la maison, ce lieu - un moment maudit - qu'ils avaient justement voulu fuir... Le voyage est l'occasion de quitter le Réel, ce dernier ressurgit au retour pour remettre le monde - son propre monde - en ordre... (Michel, *op. cit.*, p 4)

Le rapatriement est ainsi un véritable accompagnement du patient dans son retour au réel. La qualité de l'encadrement médical au cours du trajet est d'ailleurs primordiale. En effet le psychiatre qui accompagne le patient joue le rôle de « l'émissaire du milieu habituel », du

« messenger du réel ». Il « rétablit le sujet dans son monde et dans sa problématique » (Vérébély, 1982, p 1270).

- Réintroduction de limites

La perspective du retour réintroduit des limites spatio-temporelles chez un voyageur dont la conscience du temps et de l'espace était profondément altérée. Ainsi Airault dit-il à propos du voyage retour dans les cas de syndrome d'Inde que « dans ce pays où le temps est en congé d'éternité, la perspective de rentrer chez soi réintroduit une limite, et à ce titre est thérapeutique » (Airault, 2002, p 198).

- Support à un travail psychothérapeutique :

Aujourd'hui, grâce à l'évolution des modalités du rapatriement sanitaire, une relation thérapeutique de qualité, spécifique à la situation originale du rapatriement peut s'instaurer entre le médecin accompagnateur et son patient. Cette relation permet la mise en place d'une technique psychothérapique particulière basée sur le voyage retour : la durée en sera celle du voyage, son lieu et son espace changeant constamment au gré du déplacement. Le travail relationnel effectué pendant le voyage retour permet ainsi à un patient actif d'intégrer l'expérience psychopathologique qu'il a vécue dans la continuité de son histoire(107).

Le voyage apparaissant comme un évènement susceptible d'actualiser des émotions restées jusque là tapies dans l'inconscient sous le coup d'un refoulement efficace, on comprend en effet que le pronostic dépende de l'élucidation ou au contraire de l'enfouissement des représentations surgies lors de l'épisode pathologique. La relation qui s'établit avec le psychiatre accompagnateur et le travail psychique permis par cette prise en charge particulière va donner à « cette expérience culturelle de la folie » l'occasion de devenir un souvenir positif (Airault, 2002, p 203).

- Rôle du trajet en avion :

Selon Vérébély, le temps de transport dans la cabine de l'avion, « lieu de régression et de prise en charge totale » (Vérébély, 1982, p 1272) aurait sa propre action thérapeutique. Comme preuve de l'importance de cette étape du vol en tant que telle, il souligne le fait que l'amélioration clinique du patient à l'arrivée est généralement d'autant plus marquée que le temps de vol a été long...

Le voyage retour serait donc indispensable à la récupération par le patient de son intégrité psychique, la restitution de l'espace interne habituel par le retour dans le pays d'origine étant la première étape vers la guérison. Le rapatriement constitue bien en lui-même un traitement à part entière, et il sera d'autant plus efficace que le patient y aura participé activement. Nous allons maintenant aborder les modalités pratiques selon lesquelles le voyage retour doit s'effectuer afin de pouvoir remplir de façon optimale son rôle thérapeutique propre.

c) *Déroulement pratique*

Dans les cas sévères de voyages pathogènes, la décision est donc le plus souvent prise de rapatrier le patient, le retour dans le pays d'origine s'avérant indispensable à l'amélioration clinique. Le voyage retour doit alors pouvoir s'effectuer le plus rapidement possible car « plus la crise est brève, meilleur sera son pronostic » (Vérébély, *op. cit.*, p 1270). Il est toutefois important de se prémunir contre toute réaction précipitée, le rapatriement devant pouvoir s'inscrire de façon positive dans le vécu du patient dont il faut à tout prix rechercher une participation active. En pratique, les aspects techniques de la pratique d'assistance psychiatrique s'appuie sur quelques règles fondamentales que nous nous proposons d'aborder ici.

À l'origine de toute décision de rapatriement se trouve le signalement au chargé d'assistance. Les informations obtenues sont ensuite transmises au psychiatre régulateur à qui revient le rôle d'évaluation(107).

En premier lieu, il lui est indispensable de connaître l'origine de la demande. Celle-ci émane en effet dans moins de 20% des cas du patient lui-même. Elle peut dans les autres cas être faite soit par des proches accompagnateurs soit à distance par des membres de l'entourage restés dans le pays d'origine. Le psychiatre régulateur doit ensuite chercher des informations précises qui lui permettront de prendre sa décision, en particulier en ce qui concerne la nature des troubles, la qualité de l'entourage ou les possibilités locales de soins. Il prend lorsque cela est possible contact avec un interlocuteur spécialisé par le biais de correspondants locaux (107).

Si au terme de cette étape de régulation la décision de rapatriement médicalisée est prise, ce qui est le cas le plus souvent en cas de trouble sévère, un médecin psychiatre est

alors envoyé rapidement auprès du malade. Ce médecin transporteur aura à la fois à assurer les rôles de thérapeute, d'organisateur et de responsable(103).

Bien qu'il soit bénéfique de raccompagner le patient au plus tôt, le délai avant le rapatriement doit tenir compte des soins préalables nécessaires à la préparation du patient. Ce délai excède cependant rarement soixante douze heures(107).

Pour que le rapatriement ait une finalité thérapeutique, le patient doit en effet impérativement pouvoir y donner son consentement éclairé et participer activement à la réintégration de son milieu initial et au processus de restitution de son intégrité psychique. Une étape de préparation est donc indispensable et comprend le plus souvent deux volets(98).

Le premier volet, psychologique, consiste en un travail relationnel devant aboutir à l'instauration d'une relation thérapeutique de qualité qui va permettre de créer une situation transférentielle favorable au retour. La relation médecin-patient qui s'établit dans le contexte du rapatriement est bien différente de celle instaurée habituellement. Le psychiatre a ici une action très ponctuelle. Venu là spécifiquement pour ce patient, il est amené à partager son quotidien pendant le voyage retour et il joue alors un rôle tout particulier. Ainsi Vérébély nous dit-il : « Le thérapeute n'a pas l'attitude classique de neutralité. Il est compatissant. [...] Il doit stimuler un transfert positif, devenir « bon objet » rassurant pour le patient [...]» (Vérébély, *op. cit.*, p 1271). Il sera ainsi plus que compréhensif, il pourra être bienveillant, étant amené à moduler la distance relationnelle. Une relation compréhensive, adaptée au registre d'expression pathologique du patient doit en effet s'établir pour venir étayer le désir de retour du patient. Celui-ci sera informé sur le déroulement du voyage et sur ce qui l'attend à l'arrivée. Le psychiatre a un rôle d'accompagnateur, venant soutenir le patient dans sa démarche pour retrouver sa propre « homéostasie mentale » en lui laissant un rôle actif(103). Il constitue une « présence attentive auprès de laquelle le voyageur égaré commence à s'interroger sur le sens de ce qui lui est arrivé, afin qu'il ne reste pas indéfiniment « étranger à lui-même » » (Recasens, *op. cit.*, p 14). Avant le départ il est donc primordial que s'installe entre le patient et son accompagnateur une véritable relation thérapeutique, dont les caractéristiques se démarquent nettement d'une relation classique. L'utilisation de la langue maternelle du patient est bien sûr indispensable à l'instauration de cette relation de confiance.

Le deuxième volet est médicamenteux. La prémédication, destinée à rendre possible la réalisation pratique du voyage retour (formalité d'enregistrement, attente aux douanes...), restera légère dans la plupart des cas et surtout non trop sédatrice afin que le patient puisse rester acteur de son rapatriement.

Le rapatriement se termine obligatoirement par l'établissement d'une liaison avec l'équipe de soins ou la famille qui prendra le relais en accueillant le patient à son retour. L'hospitalisation, bien souvent envisagée lors de la prise en charge initiale, est par contre finalement rarement nécessaire du fait de l'amélioration clinique spectaculaire dès l'arrivée sur le sol natal(98,103)...

Si comme nous venons de le voir le rapatriement est le plus souvent nécessaire dans les cas les plus graves de voyages pathogènes et d'ailleurs alors indispensable à l'amélioration de l'état psychique, il peut parfois au contraire être vécu par le sujet comme un échec dans sa tentative de dépassement et doit alors être évité(103). Ainsi certaines crises psychiques survenant en voyage ont une valeur cathartique et leur expérience peut s'avérer structurante même en l'absence de rapatriement chez des patients ayant des ressources psychiques suffisantes et une bonne capacité d'élaboration(65,103).

3. Discussion

Nous avons pu dans cette quatrième partie détailler l'évolution historique du voyage thérapeutique, les utilisations de celui-ci ayant perduré depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours bien qu'elles se soient profondément modifiées. Ainsi le voyage peut-il encore être prescrit par le psychiatre d'aujourd'hui, mais sous une forme différente de celle qu'il pouvait prendre lors des siècles précédents. Il nous est apparu que l'intérêt du voyage à visée thérapeutique tel qu'il a majoritairement été historiquement pratiqué - dans le traitement de troubles dépressifs, le psychiatre voyageant en tête à tête avec son patient - reste discutable et cette indication a d'ailleurs de nos jours disparu. Si le voyage peut encore être prescrit aujourd'hui, c'est donc sous des formes tout à fait différentes.

Le « séjour thérapeutique », déplacement géographique collectif permettant un changement de cadre est l'une de ces modalités actuelles du voyage thérapeutique. Période de psychothérapie intensive individualisée au sein d'un groupe, il s'adresse en priorité à des patients souffrant de psychose évoluant sur le mode de la chronicité. Occupant une place privilégiée au sein de la dynamique institutionnelle, il est un outil riche et complexe permettant d'humaniser les soins en redonnant au patient une place de sujet désirant dans un espace-temps nouvellement créé par le déplacement. Il permet enfin l'établissement d'une relation soignants-soignés toute particulière grâce à l'émergence d'une situation transférentielle unique et privilégiée.

Dans les cas de voyages pathogènes, le rapatriement sanitaire est une autre situation tout à fait d'actualité dans laquelle le voyage a en lui-même une finalité thérapeutique. Il permet au patient de retrouver son milieu familial et sa fonction thérapeutique s'appuie également sur la réintégration dans le réel et la réintroduction de limites qu'il occasionne. Il est surtout dans ses modalités actuelles le support d'une relation thérapeutique spécifique de qualité.

Dans ces deux aspects du voyage thérapeutique que nous avons abordés dans notre travail, nous avons ainsi pu voir que l'action bénéfique de cet outil de soins potentiel passait notamment par la possibilité d'établir une relation thérapeutique de qualité selon des modalités différentes de celles qui sont habituelles. Le soignant s'efface ici dans un rôle d'accompagnant, abandonnant sa position de détention de l'autorité et du savoir. Le patient peut alors jouer un rôle actif dans cette prise en charge et cette participation active est d'ailleurs une des conditions à l'obtention d'un succès thérapeutique. Si au retour le quotidien et la routine reprennent leurs droits, les patients conserveront une part des bénéfices acquis pendant cette parenthèse de vie, l'expérience s'inscrivant dans leur mémoire et leur vécu. Ainsi « si se ressourcer au loin n'est pas guérir ici, c'est déjà se soigner un peu » (Michel, *op cit.*, p 2).

En dehors de ces utilisations bien définies et cadrées par le corps médical du voyage comme outil de soins, il semble qu'un certain nombre de personnes voyagent plus ou moins consciemment dans un but auto-thérapeutique(1). Le patient attend alors du déplacement une amélioration des troubles dont il souffre, bien que celle-ci ne soit pas toujours au rendez-vous.

Ainsi certains patients déprimés chercheront à se soigner par des voyages qu'ils s'« autoprescrivent »(107). Ils rencontreront cependant rarement le succès dans leur entreprise et les raisons pour lesquelles le voyage ne remplit pas la fonction souhaitée sont multiples... La plus fréquente tient au fait que le voyage ne peut en aucun cas avoir une vertu thérapeutique dans les cas où la pathologie du sujet lui interdit d'éprouver un quelconque plaisir, comme c'est le cas dans un épisode dépressif en cours d'évolution(88). Tout déplacement se transforme alors en effort pénible et vain, parfois accentué par la prise d'un traitement sédatif.

D'autres patients pourront bénéficier grâce à un changement de lieu d'un amendement au moins temporaire de leur symptomatologie délirante(41). Legrand du Saulle a ainsi décrit « l'influence du changement de lieu » chez des patients présentant un délire de persécution

avec des hallucinations auditives. Il rapporte pour illustrer l'« action bienfaisante, et malheureusement transitoire, de ce changement de lieu » plusieurs observations de malades ayant voyagé pour échapper à leurs idées de persécution et à leurs hallucinations auditives (Legrand Du Saulle, 1871, p 23). On peut alors se demander, comme le fait le Docteur K'Ourio, « dans quelle mesure le voyage pathologique n'est pas un voyage thérapeutique » (K'Ourio, 2012, p 6)... Le sujet psychotique chercherait par le biais de son déplacement géographique, à se stimuler et à se construire un espace externe matérialisé sur lequel s'étayer.

Cependant ces auto-médications par le changement de lieu ont en définitive fréquemment une action péjorative sur l'état psychique du patient. En effet si « le voyage constitue pour le voyageur autant de pièges tendus à sa raison » (Zittoun et al, *op. cit.*, p 696), ces pièges sont d'autant plus risqués qu'il est insuffisamment préparé, entrepris en dehors de tout cadre thérapeutique, et sans accompagnement qualifié chez un individu présentant un trouble psychique avant son départ. Le sujet ne pourra pas dans ces conditions mobiliser des ressources suffisantes pour faire face aux moments de déstabilisation psychique inévitables dans tout voyage.

DISCUSSION

Nous avons vu que la notion de voyage est en elle-même extrêmement riche et finalement difficile à appréhender. Phénomène existant depuis les fondements de l'Humanité, il apparaît dans les mythes fondateurs et entretient un lien intime avec toutes les religions. Les références y sont indénombrables venant en complexifier les implications et les sens possibles donnés à un voyage restent ambigus.

Défini dans son acceptation commune comme le déplacement dans l'espace d'un individu, le voyage ne peut cependant pas se résumer à sa composante géographique. Il est en effet le support privilégié de mouvements psychiques dont la plupart s'effectuent à un niveau inconscient mais dont aucun voyageur ne peut s'affranchir. L'être entier se trouve impliqué dans cette expérience où les sensations et les émotions se bousculent, où les habitudes et les repères familiers se trouvent chamboulés, où même spatialité et temporalité perdent leurs contours habituels. Les expériences de la petite enfance, les traumatismes refoulés mais aussi les souvenirs agréables structurant le psychisme de l'individu se trouvent mis au travail lors de cette expérience singulière. Comme le résume Graziella Magherini « le voyage n'est jamais traversée neutre d'espaces, mais aussi immersion du sujet en lui-même » (Magherini, *op. cit.*, p 23).

Nous avons cherché à exposer dans notre travail de quelle façon le voyage, par ces mouvements psychiques qu'il met inévitablement en jeu, pouvait parfois être à l'origine d'une décompensation psychique aiguë et parfois au contraire avoir un rôle structurant. Nous avons vu que l'état psychologique de l'individu au moment du départ, ainsi que les motivations profondes et l'histoire personnelle de chacun impactent de façon importante sur la façon dont va se dérouler un voyage. Ainsi chez un individu en bonne santé mentale apparente au moment du départ, autrement dit en « homéostasie mentale », le voyage peut représenter une « occasion pathologique » : il apparaît alors comme la cause d'une décompensation psychique aiguë. Parfois au contraire le voyage peut être entrepris chez un sujet présentant une pathologie psychiatrique dans le but conscient d'améliorer la symptomatologie : il peut alors avoir un rôle thérapeutique. Potentiellement structurant lorsqu'il est soigneusement préparé et entrepris dans un cadre médical bien précis, le voyage peut donc également déclencher des symptômes psychiques de gravité variable. Nous avons pu mettre en évidence que ces effets paradoxaux du voyage sur le psychisme s'appuient au final en partie sur les mêmes éléments fondamentaux se trouvant mis en jeu lors d'un déplacement : mythes fondateurs et fantasmes

de voyage, confrontation radicale au réel, refoulement psychique, distorsion des dimensions de spatialité et de temporalité, disparition du cadre familial, question du désir.

Ainsi nous avons vu en premier lieu comment l'individu en état d'homéostasie mentale avant le voyage, qui part en quête de sensations fortes et de découvertes, s'expose à la rupture de son état d'équilibre. Son système de régulation peut en effet se retrouver débordé dans un contexte étranger, d'autant plus que la préparation du voyage est insuffisante ou inadaptée. Bien souvent en effet cette préparation se résume à une planification matérielle : itinéraire, lieux d'hébergement, constitution d'un trousseau indispensable. Tout au plus le voyageur bien averti aura-t-il pris soin de se protéger contre les risques infectieux tropicaux. Bien renseigné sur le paludisme et les autres pathologies infectieuses menaçant le voyageur, il part l'esprit tranquille après avoir reçu son lot de vaccins et les préconisations diverses concernant l'hygiène et les différentes chimio-prophylaxies. Loin de remettre en question son désir de voyage et ignorant des risques potentiels d'atteinte à son intégrité psychique, il se lance à la recherche d'un dépaysement ou d'une rupture de la routine.

Sa quotidienneté et son cadre familial avec ses repères sociaux et culturels, qui structuraient son identité, se trouvent alors brusquement bousculés. Des événements restés jusque là enfouis dans l'inconscient peuvent ressurgir sous le coup d'un « retour du refoulé » et produire des symptômes variés en intensité et en nature. Les repères temporels s'effacent, le temps s'étirant par exemple dans certaines cultures orientales sans limite nette et tranchée contrairement à ce à quoi notre mentalité d'occidental est habituée. Les fantasmes du voyageur, dépendant de sa culture et de son histoire, se trouvent confrontés à une réalité souvent brutale. Cet affrontement entre réel et imaginaire, lorsqu'il prend ainsi place chez un sujet insuffisamment préparé, peut le laisser complètement désemparé et ce d'autant plus en l'absence d'étayage amical ou familial. Peuvent alors survenir des décompensations psychiatriques aiguës avec une anxiété massive, des hallucinations, des vécus de dépersonnalisation et déréalisation.

Dans le cadre institutionnel bien défini du « séjour thérapeutique », le voyage est entrepris cette fois chez une personne présentant une pathologie psychique clairement identifiée. Il est ici au contraire soigneusement préparé, son indication est mesurée et posée clairement. L'individu ne se retrouve pas seul face à l'inconnu mais est très entouré, pouvant s'étayer sur un entourage soignant de qualité et également sur la collectivité dans laquelle il est le plus souvent inclus.

La modification du cadre habituel vient dans cette situation influencer dynamisme et vitalité à une morne routine quotidienne. Espace et temporalité se trouvent clairement délimités au sein de ce nouvel espace de soins qui va alors pouvoir être investi activement par un patient qui retrouve une place de sujet. L'insertion dans le réel qui fait défaut chez le patient psychotique s'affirme par le biais des découvertes, des échanges et des rencontres occasionnées. Le fantasme d'Ailleurs à l'origine du désir de voyage vient créer un espace de rêve qui sera cette fois le plus soigneusement possible ajusté à la réalité lors de la phase de préparation du voyage.

Dans ces conditions, le voyage peut constituer un véritable outil de soins et être l'occasion pour le sujet de se structurer et de progresser psychiquement : réémergence d'une capacité à désirer depuis longtemps oubliée, autonomisation, ouverture à l'autre. Il permet de faire avancer une prise en charge parfois bloquée chez certains patients suivis au long cours, introduisant de nouvelles formules relationnelles soignants-soignés et venant insuffler une dynamique de soins différente.

Dans le cas bien particulier du rapatriement sanitaire des personnes présentant un syndrome du voyageur, le voyage se fait cette fois en sens inverse, permettant alors une réintégration dans le cadre habituel et non pas un éloignement. Là aussi, les modalités de ce voyage particulier sont bien définies et très codifiées. Il est dans cette situation également le support d'un véritable travail psychique, devant avoir une finalité psychothérapeutique. Les retrouvailles avec le milieu familial, la réintégration dans le réel, la réintroduction de limites spatio-temporelles vont permettre dans cette situation, dans la grande majorité des cas, une amélioration clinique rapide et spectaculaire.

Indépendamment de l'état psychique de l'individu au moment du départ son mode de fonctionnement psychique, son histoire personnelle et ses motivations plus ou moins conscientes viennent également interagir avec les mouvements psychiques déjà très complexes induits par le voyage et auront une incidence sur la façon dont celui-ci va se dérouler. La survenue ou l'amélioration de troubles psychiques lors d'un déplacement géographique ne sauraient en effet se réduire à une problématique réactionnelle.

Si nous avons cherché à identifier les phénomènes en jeu dans la situation bien particulière que représente un voyage géographique afin de mieux les comprendre, le voyage conserve donc pour nous une part de mystère et d'imprévisibilité notamment dans les effets qu'il peut entraîner sur le psychisme.

Il ne reste plus aux candidats au voyage qu'à accepter le risque et se laisser porter par cette expérience parfois simultanément déstabilisante et enrichissante. Ils pourront alors peut être à leur retour mesurer combien ils ont changé... et rêver à de nouvelles destinations !

CONCLUSIONS

S'il signifie au sens strict « déplacement d'une personne qui se rend dans un lieu plus ou moins éloigné », le mot voyage recouvre des réalités diverses et variées, et ses liens à la psychiatrie sont complexes et multiples. La préoccupation constante et universelle de l'être humain pour ce phénomène est bien illustrée par les innombrables références qui y sont faites dans les arts, par son intégration à de nombreux mythes de civilisation et par le lien intime des religions à une tradition de déplacements.

Il est évident que les rencontres entre le vaste domaine du voyage et celui tout aussi étendu de la psychiatrie peuvent s'étudier selon de nombreuses perspectives. Nous nous sommes intéressée dans ce travail à l'influence du voyage sur le fonctionnement psychique et plus particulièrement sur l'évolution du symptôme psychiatrique lors d'un déplacement géographique.

Trajet et période où l'individu est confronté à l'ailleurs, le voyage apparaît être le support privilégié de mouvements psychiques complexes. Ceux-ci dépendent d'une part de l'individu par son fonctionnement interne, son histoire personnelle, sa culture d'origine et ses motivations profondes, d'autre part des caractéristiques de la destination avec ses spécificités culturelles et la dureté de l'épreuve du réel qu'elle impose au voyageur. Les aspects chronobiologiques et infectieux liés au déplacement représentent également des facteurs à prendre en compte car ils peuvent fragiliser le psychisme du voyageur.

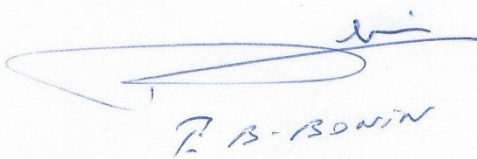
Au sein de tous ces mouvements, la façon dont va se dérouler le voyage dépendra de l'état psychique de l'individu au moment du départ et du cadre dans lequel s'intègre le déplacement.

Qu'il parte en quête d'un ailleurs supposé meilleur ou bien sous le coup d'un refoulement psychique, qu'il soit en recherche de repères et de limites ou qu'il cherche à fuir sa condition mortelle, le voyageur en état d'homéostasie mentale au moment du départ s'expose à un risque de déstabilisation de son état psychique. Le voyage représente en effet

parfois une véritable « occasion pathologique ». Apparaissent alors d'authentiques décompensations psychiatriques aiguës caractérisées par un début brutal et une symptomatologie bruyante pouvant associer une anxiété massive, un vécu de dépersonnalisation et de déréalisation, un vécu persécutif, des hallucinations. Certaines destinations semblent plus favorables au déclenchement d'une pathologie mentale et les tableaux cliniques observés ont été regroupés en syndromes décrits selon le lieu de survenue : syndrome d'Inde, syndrome de Florence, syndrome de Jérusalem, syndrome de Paris.

Nous avons également montré comment, chez une personne présentant une pathologie psychiatrique clairement identifiée, un voyage peut être effectué dans le but conscient d'améliorer la symptomatologie. Cette utilisation du déplacement à visée thérapeutique remonte à l'Antiquité et est toujours d'actualité. Il semble qu'elle puisse aujourd'hui rencontrer le succès lorsque le cadre en est bien défini comme c'est le cas dans les séjours thérapeutiques et lors des rapatriements sanitaires de patients souffrant d'un syndrome du voyageur. Le voyage se doit alors d'être soigneusement préparé, son indication étant mesurée et posée clairement. Le patient pourra s'étayer sur un entourage soignant qualifié venant accompagner le voyage de façon respectueuse. La fonction thérapeutique du voyage s'appuiera sur une relation soignant-soigné de qualité, établie grâce au cadre créé par le déplacement selon des modalités différentes de celles qui sont habituelles.

Le Président du jury,

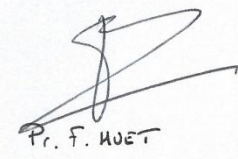


P. B. BOWIN

Vu et permis
d'imprimer

Dijon, le 18 Avril 2016

Le Doyen



Pr. F. HOET

BIBLIOGRAPHIE

1. Airault R. De l'imprévu du voyage à l'usage du monde. *Psychiatrie française*. 1999 Juill;30(2):20-8.
2. Airault R. *Les Fous de l'Inde. Délires d'Occidentaux et sentiment océanique*. Paris: Payot; 2002. 240 p. (Petite Bibliothèque Payot).
3. Airault R. L'Inde et les occidentaux, particularités des accidents psychopathologiques dans ce pays. *Humeurs*. 1990;(5):8-11.
4. Airault R. Risks of psychiatric decompensation in travel. *La Revue Du Praticien*. 2015 avr;65(4):509-12.
5. Airault R. Voyages et risques de décompensations psychiatriques. *Actualité et dossier en santé publique*. 2011 sept;(76):43-5.
6. Airault, R., Garcia Y., et Boulanger L. *Forum: le voyage en psychiatrie*. 2007.
7. Arbault, Denis. *Le voyage pathologique*. 80p. Thèse d'exercice: Médecine: Lille 2: 2006.
8. Armengaud M. Pourquoi, comment voyage-t-on? Evolution des voyages. *Soins, dossier Voyages et soins*. 2003 juill;(677):28-30.
9. Armengaud, M. Voyager, c'est regarder du mieux possible. *Soins, dossier Voyage et soins*. 2003 juill; (677): 55.
10. Artaud, A. *Les Tarahumaras*. Paris: Gallimard; 1987. 185 p. (Folio essais).
11. Arveiller J-P. Haschich romantisme et voyage initiatique. *L'Information psychiatrique*. 1990;66(5):493-504.
12. Ayme J, De Brito C. Histoire et actualité des séjours thérapeutiques: Séjours thérapeutiques. *L'Information Psychiatrique*. 2001 juin;(6):580-3.
13. Bar-El Y., Durst R., Katz G., Zislin J., Strauss Z., Knobler HY. Jerusalem syndrome. *The British Journal of Psychiatry*. 2000 janv 1;176(1):86-90.
14. Baudelaire, C. L'invitation au voyage. *Les Fleurs du Mal* [en ligne]. Paris: Poulet-Malassis et De Broise; 1857 [consulté le 20/11/2015]. p. 115-117.
Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5834013m>
15. Bedon R. Les auteurs latins et le voyage thérapeutique. In: *Le corps et l'esprit en voyage. Le voyage thérapeutique*. Paris: Classiques Garnier; 2012. p. 17-44. (Rencontres; 32).

16. Besançon G. Du voyage occasion pathologique. *Humeurs*. 1990;(5):4-7.
17. Biéder J. Eugène Billod (1818–1886). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2011 juin;169(5):332-6.
18. Billod E. Les maladies de la volonté. *Annales Médico-Psychologiques*. 1847 sept;(10):170-202.
19. Blakenburg, W. La perte de l'évidence naturelle. Paris: PUF, 1991. Cité par Martin B., Piot M-A, *Approche phénoménologique de la schizophrénie*, 2011; p 785.
20. Bolzinger A. Psychologie du départ et du retour, voyages et fugues. *Bulletin de psychologie*. 1991;(399):183-91.
21. Bouchaud O. Médecine des voyages, une analyse au cas par cas des risques et des bénéfices pour le voyageur. *La Revue Du Praticien*. 2015 avr;65:475-8.
22. Boutineau Christophe. L'assistance médicale privée aux touristes en voyage à l'étranger, étude à travers la société TMS assistance. Thèse d'exercice: Médecine: France; 1987.
23. Bouvier N. *L'Usage du monde*. Paris: Payot. 1992. 364 p. (Petite Bibliothèque Payot).
24. Brun, J. *Les vagabonds de l'Occident*. Paris: Desclée. 1976. 218 p.
25. Bugault, J.-F., Descapentries F. Trois écrivains voyageurs. *Synapse*. 1988 oct: 47: 62-70.
26. Butez Charlotte. Les effets psychiques du voyage: au risque d'un vacillement de l'être. Thèse d'exercice: Médecine: Dijon: 2005.
27. Butor M. Le voyage et l'écriture [en ligne]. In: *Romantisme*, 1972;2(4): 4-19.[consulté le 19/12/2015].
Disponible sur: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/roman_0048-8593_1972_num_2_4_5399 *Romantisme*. 1972;2(4):4-19.
28. Caron P., Provost J-L., Casanova B., Percher D. Le point de vue des infirmier(e)s sur les séjours thérapeutiques. *L'Information Psychiatrique*. 2001;77(6):584-7.
29. Caume E., Camus D. Optimisme et vigilance. Les nouvelles recommandations pour la prévention du paludisme du voyageur [en ligne]. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. [Consulté le 4/12/2015].
Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/reco/pdf/2015_reco.pdf.
30. Ceriani G, Knafou R, Stock M. Les compétences cachées du touriste. Dossier Voyages, migration, mobilité. *Sciences Humaines*. 2004 janv;(45):28-30.
31. *Classiques Garnier Numérique* [en ligne]. *Grand Corpus des dictionnaires 9^e - 20^e siècles* [consulté le 22/01/2015].

Disponible sur: <http://www.classiques-garnier.com.proxy-scd.u-bourgogne.fr/numerique-bases/index.php?module=App&action=FrameMain>

32. Cleirec P. Spécificités médicales et administratives des troubles psychiatriques aigus survenus. *Nervure, journal de psychiatrie*. 1993;6(7):56-61.
33. De Azambuja M. Migrations freudiennes. *Psychanalyse à l'Université*. 1993;18(72):35-47.
34. De Gaulle C. *Vers l'Armée de métiers*. Paris: Ed Berger-Levrault; 1945. 230 p.
35. Debray V. Voyage pathologique. In : *Les voyages*. Rueil-Malmaison : Laboratoires Ciba-Geigy ; 1993. p. 2-9. (Psynergie)
36. Delion P. Thérapeutiques institutionnelle. EMC - Psychiatrie [en ligne]. 2001 [consulté le 7/12/2015].
Disponible sur: <http://www.revue-institutions.com/articles/therapeutiquesinstitution.pdf>
37. Dutray B, Moulin S. L'Inde bouleversante: manifestations psychiques au cours des voyages touristiques. *L'Autre*. 2005 janv 1;6(1):59-69.
38. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Chez J.B. Baillière; 1838. 864 p.
39. Ferrari P, Braconnier A. La route. *La Revue du Praticien*. 1976 oct;26(43):2983-93.
40. Flinn D-E. Transient psychotic reaction during travel. *American Journal of Psychiatry*. 1962 août;119(2):173-4.
41. Foville A. Les aliénés voyageurs ou migrants, étude clinique sur certains cas de lypémanie. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*. 1875 juil;5(14):5-45.
42. Freud S. *Le délire et les rêves dans la Gradiva de W. Jensen*. Paris: Gallimard; 2011. 263p.
43. Freud S. Un trouble de mémoire sur l'Acropole, Lettre à Romain Rolland, In *Résultats, idées, problèmes* [en ligne]. Paris: Presses Universitaires de France; 1985 [consulté le 25/11/2015]. p. 221-30. (Bibliothèque de psychanalyse).
Disponible sur: <http://www.circee.org/?freud-deja-vu-acropole-rolland>
44. Garré J-B. Psychiatrie du voyage, voyages de psychiatres, voyage en psychiatrie. Actes de la XIXème journée de psychiatrie de Fontevraud [en ligne]. Fontevraud; 2004 [consulté le 11/11/2014].
Disponible sur: <http://psyfontevraud.free.fr/AARP/2004/garre2004.htm>
45. Girault V. Psychopathologie des voyages. *La Presse médicale*. 2002;31(38):1818-9.

46. Gourevitch D. Sur les pas d'Hippocrate. *L'Évolution Psychiatrique*. 1996 juil;61(3):571-7.
47. Goutal M. Vacillation des limites. *Nervure, journal de psychiatrie*. 1993;6(7):25-6.
48. Hachet P. L'inconscient en voyage. *Synapse*. 2003 juin;(196):41-4.
49. Haddad G, Haddad A. Freud en Italie, psychanalyse du voyage. Paris: Albin Michel; 1995. 224 p. (Bibliothèque Albin Michel Idées)
50. Institut de veille sanitaire. Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2015. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire [en ligne]*. 2015 juin 9 [consulté le 02/01/2016];(21-22).
Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/reco/pdf/2015_reco.pdf
51. Kalian M, Witztum E. Comments on Jerusalem syndrome. *The British Journal of Psychiatry [en ligne]*. 2000 mai 1 [consulté le 02/12/2015];176(5):492.
Disponible sur: <http://bjp.rcpsych.org/content/176/5/492.1>
52. Kalian M, Witztum E. Jerusalem syndrome or paranoid schizophrenia? *Psychiatric Services [en ligne]*. 2000 nov [consulté le 02/12/2015];51(11):1453-4.
Disponible sur: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.51.11.1453#>
53. K'Ourio H. Epidémiologie et clinique des voyages en psychiatrie: une étude prospective de 106 cas. *Nervure, journal de psychiatrie*. 2012 mai;25(3):5-8.
54. La diversification des activités des stations thermales. Conseil National du Tourisme [en ligne]. 2011 [consulté le 22/12/2015].
Disponible sur:
http://www.entreprises.gouv.fr/files/directions_services/tourisme/acteurs/cnt/rapport-stat-therm.pdf
55. Laignel-Lavastine, M. Les voyages favorisent l'hygiène de l'esprit. In: Viborel L. *Savoir prévenir. Guide pratique de la santé et de la lutte contre les maladies sociales*. Paris; 1939. 181 p.
56. Lantéri-Laura G. Le Voyage dans l'anti-psychiatrie anglaise. *L'évolution psychiatrique*. 1996 juill;621-34.
57. Lantéri-Laura G. Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. Paris: Elsevier; 2004. (EMC Psychiatrie, 37-006-A-10).
58. Le Gendre P. Du Quartier latin à l'Académie. *Réminiscences. Le Crin-crin d'un mire [en ligne]*. Paris: Maloine; 1930 [consulté le 5/12/2015]. 541 p.
Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5452575d>
59. Le Neidre T, Martin S. Retour d'expérience sur un séjour thérapeutique à Aurigny, entre vent et marrée. *Ey-nergie [en ligne]*. 2009 déc [consulté le 17/11/2015];(22).

Disponible sur: <http://www.santementale.fr/exclusivites/recus-a-la-redaction/retour-d-experience-sur-un-sejour-therapeutique-a-aurigny-entre-vent-et-marree.html>

60. Le Petit Robert. Paris: Dictionnaires Le Robert; 1990. p 2119. (Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française).
61. Legrand Du Saulle H. Le délire des persécutions [en ligne]. Paris: H. Plon; 1871 [consulté le 15/12/2015]. 524 p. (Gallica, bibliothèque numérique).
Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k769261>
62. Les premiers psychanalystes, Minutes de la Société psychanalytique de Vienne, tome IV, 1912-1918. Paris: Gallimard; 1983. 424 p. (Connaissance de l'inconscient)
63. Lévi-Strauss C. Tristes tropiques. Paris: Plon; 2004. 504 p. (Terre Humaine).
64. Losserland J. Psychopathologie des transports. L'Évolution Psychiatrique. 1964 déc;29:621-46.
65. Magherini G. Le syndrome de Stendhal: du voyage dans les villes d'art. Usher. 1990. 199 p.
66. Marceau J-C. Temporalité, spatialité, corporéité dans la psychose, selon Eugène Minkowski. L'Information Psychiatrique. 2003 mai;79(5):395-401.
67. Martin B, Piot M-A. Approche phénoménologique de la schizophrénie. L'Information Psychiatrique. 2011 déc;87(10):781-90.
68. Massé G. Le voyage et l'hygiénisme social: à propos d'un texte de Laignel-Lavastine. Nervure, journal de psychiatrie. 1993;6(7):43-8.
69. Massé G, Jacquart A, Ciardi M. Histoire illustrée de la psychiatrie: en 41 leçons et résumés. Poitiers: Dunod; 1987.
70. Meier C-R., Wilcock K., Jick S-S. The Risk of Severe Depression, Psychosis or Panic Attacks with Prophylactic Antimalarials. Drug Safety. 2004; 27(3):203-13.
71. Michel, F. Rites de voyage et mythes de passage. L'Autre Voie. 2006;(2):11.
72. Minkowski E. Le temps vécu: études phénoménologiques et psychopathologiques. Paris: PUF, 2005. Cité par: Martin B. Piot M-A, Approche phénoménologique de la schizophrénie, 2011; p 784.
73. Moreau de Tours J-J. Du hachisch et de l'aliénation mentale : études psychologiques [en ligne]. Paris: Fortin, Masson; 1845 [consulté le 22/01/2016]. 448 p. (Gallica, bibliothèque numérique).
Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k768978Jacques-Joseph>.

74. Mumford D-B. Culture Shock among Young British Volunteers Working Abroad: Predictors, Risk Factors and Outcome. *Transcultural Psychiatry*. 2000 janv 3;37(1):73-87.
75. Oberg, K. Culture shock: ajustement to new cultural environments. *Practical Anthropologie*. 1960;7:177-82.
76. Organisation Mondiale du Tourisme. Annual report 2014 [en ligne]. 2014 [consulté le 19/01/2016].
Disponible sur:
http://dtx tq4w60xqpw.cloudfront.net/sites/all/files/pdf/unwto_annual_report_2014.pdf
77. Organisation Mondiale du Tourisme. Comprendre le tourisme: Glossaire de base [en ligne]. 2007 [consulté le 19/01/2016].
Disponible sur: <http://media.unwto.org/fr/content/comprendre-le-tourisme-glossaire-de-base>
78. Ota H. Voyages et déplacements pathologiques des Japonais vers la France. *Nervure, journal de psychiatrie*. 1998 sept(6): 12-6.
79. Oury J. Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *Vie sociale et traitements*. 2007 déc 14;3(95):110-25.
80. Oury J, Michaud G. Psychothérapie institutionnelle, une introduction [en ligne]. 1973 [consulté le 7/12/2015].
Disponible sur: http://mapage.noos.fr/ginette.michaud/Euro-Psy/La_Borde_files/psy_insti_oury-michaud.pdf
81. Perrier E, Manen O. Chronopathologie des voyages aériens. *La revue de médecine interne*. 2011 déc;32(52):233-5.
82. Petit Y, Jubert F, Fourcade M-L., Amadeo S. Voyages pathologiques à Tahiti: mythes et réalités cliniques. *Annales médico-psychologiques*. 1993;151(8):588-90.
83. Plétan Y., Goulemot S. Information importante de Pharmacovigilance: LARIAM (méfloquine), actualisation du profil de tolérance [en ligne]. Boulogne-Billancourt: Agence nationale de sécurité du médicament; 2013 juill [consulté le 28/12/2015].
Disponible sur:
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/94e50a3931aab25efdaae84f60263c65.pdf
84. Poisson P. Tribulations de psy en psychothérapie itinérante : pourquoi un séjour thérapeutique? *L'Information Psychiatrique*. 2001 juin;(6):588-90.
85. Potasman I., Beny A., Seligmann H. Neuropsychiatric Problems in 2,500 Long-Term Young Travelers to the Tropics. *Journal of Travel Medicine* 2000;7(1): 5-9.

86. Quirot, Benoît. *Voyager ou l'autre scène: contribution à une approche psychanalytique de la psychopathologie du voyageur*. 116 p. Mémoire de D.E.A.: 1994.
87. Rasch. *De l'Amok*. *Annales Médico-Psychologiques*. 1898;(9):310-1.
88. Recasens C. *Troubles psychiques et séjours à l'étranger : du voyage pathologique au voyage thérapeutique*. *Gazette médicale*. 1996;103(6):8-14.
89. Reilly T, Waterhouse J, Edwards B. *Some chronobiological and physiological problems associated with long-distance journeys*. *Travel Medicine and Infectious Disease*. 2009 mars;7(2):88-101.
90. Rimbaud A. *Départ*. *Départ , Illuminations* [en ligne]. Paris: Vanier; 1892 [consulté le 02/12/2015]. (gallicaG bibliothèque numérique).
Disponible sur:
<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1411738.r=arthur+rimbaud+illuminations+d%C3%A9part.langFR>
91. Rockwell D-A. *Psychiatric Complications with Chloroquine and Quinacrine*. *American Journal of Psychiatry*. 1968;124(9): 1257-60.
92. Ross R. *Preservation of Personal Health in Warm Climat*. 1926. Cité par: Airault R., *Fous de l'Inde*, 2002.
93. Sauteraud A. et al. *Voyages : les psychotiques préfèrent l'Asie*. *Annales médico-psychologiques*. 1993;151(8):591-5.
94. *Société de Médecine des Voyages* [en ligne]. Angers: SMV. [consulté le 05/12/2015].
Disponible sur: <http://www.medecine-voyages.fr/index.php5>
95. Stendhal. *Rome, Naples et Florence en 1817*. [en ligne]. Paris: Delaunay; 1817 [consulté le 19/02/2016]. 366 p. (Gallica, bibliothèque numérique).
Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b8626841n>
96. Stewart L, Leggat P-A. *Culture shock and travelers*. *Journal of Travel Medicine*. 1998 juin;5(2):84-8.
97. Sturchler D. *Neuropsychiatric Side Effects of Mefloquine*. *New England Journal of Medicine*. 1990;322(24): 1752-3.
98. Talbot-Lengellé C. *La folie des voyages*. *Santé Mentale*. 1996 sept;(10):14-5.
99. Touzet P. *Le séjour thérapeutique, un acte clinique, éthique et politique*. *Soins Psychiatrie*. 2011 juin;(274):13.
100. Touzet P. *Le séjour thérapeutique, un « correcteur institutionnel »*. *Soins Psychiatrie*. 2011 juin;(274):14-6.
101. Urbain J-D. *L'idiote du voyage. Histoire de touristes*. Plon. Paris; 1991. (Plon).

102. Védie C, Hemmi F, Katz G. A propos d'un voyage pathologique: le dernier. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1993 Oct;151(8):603-6.
103. Vérébély B, Weil J-P. *Psychiatrie-Assistance : La folie en voyage*. *L'Information Psychiatrique*. 1982 déc;58(10):1265-73.
104. Vermersch, Charles. « Voyage au centre de la psychose ». Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. Faculté de Médecine Henri Warenbourg, 2012. Print.
105. Waterhouse J, Edwards B, Nevill A, Carvalho S, Atkinson G, Buckley P, et al. Identifying some determinants of « jet lag » and its symptoms: a study of athletes and other travellers. *British Journal of Sports Medicine*. 2002 janv 2;36(1):54-60.
106. Winnicott D-W. *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Gallimard. Paris; 1975. 288 p. (Folio essais).
107. Zittoun C, Recasens C, Dantchev N. *Psychopathologie et voyage : les rapatriements sanitaires psychiatriques*. Société médico-psychologique [en ligne]. 1994 [consulté le 23/11/2015].
Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/92233/>

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	13
PARTIE I : INVITATION AU VOYAGE : DE LA SÉMANTIQUE AUX LIENS AVEC LA PSYCHIATRIE.....	15
A. Sémantique	15
1. Étymologie.....	15
2. Définition	15
3. La notion de voyage au sein du champ lexical des déplacements	16
B. Le voyage dans l'histoire.....	17
C. Voyage et littérature	18
D. Le voyage en psychiatrie	19
1. Psychopathologie du voyage.....	20
a) Le voyage comme symptôme	20
b) Le symptôme en voyage	20
2. Voyages de psychiatres.....	21
3. La psychiatrie en voyage.....	21
E. Transition.....	22
PARTIE II : PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES EN JEU DANS LE VOYAGE.....	24
A. Voyage géographique, voyage psychique	24
B. Voyage et psychanalyse.....	25
1. Pulsion viatorique	25
2. Importance du voyage dans l'œuvre de Freud	26
3. Le voyage, porteur de refoulement	27
4. Le voyage comme aire de transition winnicottienne	28
C. Le voyage initiatique comme rite de passage.....	29

D.	Mythes et fantasmes de voyage	30
E.	Le voyage, quête ou fuite ?.....	31
F.	Transition.....	32
PARTIE III : FONCTION PATHOGENE ÉVENTUELLE DU VOYAGE		33
A.	Voyages et risque de décompensation psychiatrique : position du problème	33
1.	Pathologies liées au voyage : un domaine d'intérêt récent	33
2.	Psychiatrie et pathologies liées au voyage.....	33
3.	Le voyage « pathogène »	35
a)	Définition.....	35
b)	Caractéristiques cliniques.....	36
B.	Rôle pathogène du voyage : approche psychopathologique.....	37
1.	Approche systémique : le voyage pathogène comme rupture d' « homéostasie mentale »	37
2.	Approche psychanalytique.....	38
3.	Rôle des mythes du voyageur : quand fantasmes et réalité se rencontrent .	39
C.	Les syndromes des voyageurs	40
1.	Syndrome d'Inde.....	40
2.	Syndrome de Stendhal	43
3.	Syndrome de Jérusalem	45
4.	Syndrome de Paris	48
5.	Discussion.....	49
D.	Diagnostics différentiels	50
1.	Choc culturel	50
a)	Psychopathologie.....	51
b)	Symptomatologie.....	51
c)	Prise en charge	52
d)	Discussion.....	52

2.	Syndrome de décalage de phase ou jet-lag	53
a)	Définition	53
b)	Physiopathologie	54
c)	Prise en charge	55
d)	Discussion.....	55
3.	Effets secondaires des antipaludéens	55
4.	Abus de substance	57
5.	Pathologie infectieuse tropicale à expression psychiatrique.....	57
6.	Discussion	58
E.	Transition.....	58
PARTIE IV : FONCTION THERAPEUTIQUE DU VOYAGE		60
A.	Historique	60
1.	Le voyage thérapeutique dans l'Antiquité	60
2.	Le Moyen Âge et les pèlerinages	61
3.	Début du XIXe siècle : le traitement moral	61
a)	Jean-Etienne Esquirol	62
b)	Jacques Joseph Moreau de Tours	63
c)	Eugène Billod.....	64
d)	Henri Legrand du Saulle.....	65
e)	Synthèse.....	66
4.	Fin du XIXe, début du XXe siècle : essor du thermalisme et naissance de l'hygiénisme social.....	66
a)	Le thermalisme	66
b)	L'hygiénisme social.....	67
5.	Milieu du XXe siècle : l'antipsychiatrie anglaise et le voyage comme alternative à la violence de l'institution	68
6.	Naissance de la psychothérapie institutionnelle : les « séjours thérapeutiques ».....	69

7. Discussion	70
B. Le voyage, un outil thérapeutique d'actualité pour le psychiatre?	71
1. Les séjours thérapeutiques et leur place dans la dynamique institutionnelle	71
a) Principes généraux de psychothérapie institutionnelle	71
b) Description des séjours thérapeutiques	72
c) Leviers thérapeutiques en jeu	74
d) Difficultés actuelles de réalisation	79
e) Discussion	80
2. Finalité thérapeutique du voyage retour dans les voyages pathogènes : le rapatriement sanitaire	80
a) Historique des rapatriements sanitaires	81
b) Principes thérapeutiques en jeu dans le rapatriement sanitaire	82
c) Déroulement pratique	84
3. Discussion	86
DISCUSSION	89
CONCLUSIONS	93
BIBLIOGRAPHIE	95
TABLE DES MATIÈRES	103

TITRE DE LA THESE :

Le voyage, entre occasion pathologique et outil thérapeutique en psychiatrie : approches historique, clinique et psychopathologique.

AUTEUR : BLANCHÉ Héloïse

RESUME :

Le voyage, trajet et période où l'individu est confronté à l'ailleurs, recouvre des réalités diverses et variées. Présent tout au long de l'histoire de l'Humanité, il est aujourd'hui banalisé. La psychiatrie se trouve mêlée aux voyages dans de nombreuses dimensions. Nous avons choisi ici d'étudier l'influence du voyage sur le psychisme et plus particulièrement l'évolution possible du symptôme psychiatrique lors d'un déplacement géographique.

Nous questionnons tout d'abord les origines du désir d'ailleurs et l'expérience psychique particulière de l'individu en situation de voyage. Puis nous nous intéressons aux cas où le voyage se trouve à l'origine d'une décompensation psychiatrique aiguë chez un sujet en équilibre psychique au moment du départ. Après une approche psychopathologique de ce rôle pathogène du voyage, nous avons décrit les différents syndromes des voyageurs puis les diagnostics différentiels à évoquer devant la survenue de symptômes psychiatriques lors d'un voyage. Nous abordons ensuite la question de la fonction structurante voire thérapeutique du voyage. Après une approche historique des utilisations du voyage thérapeutique nous avons étudié les formes actuelles sous lesquelles celui-ci peut aujourd'hui faire partie de l'arsenal thérapeutique du psychiatre.

Ces différents abords du voyage nous ont permis d'éclairer la complexité des mouvements psychiques qu'il engendre et qui gardent néanmoins au terme de ce travail une part de mystère et d'imprévisibilité.

MOTS-CLES :

Voyage pathogène - Syndromes des voyageurs - Homéostasie mentale - Voyage thérapeutique - Psychothérapie institutionnelle - Rapatriement sanitaire - Mythe - Culture