

**VOYAGE PATHOLOGIQUE :
HISTORIQUE ET DIAGNOSTIQUES DIFFERENTIELS**

FEDERICO A. CARO

**MEMOIRE DU DEA : MEDECINE SCIENTIFIQUE,
PSYCHOPATHOLOGIE ET PSYCHANALYSE
UNIVERSITE PARIS 7**

**Directeur de recherche
Fethi BENSLAMA**

Paris, 31 août 2005.

REMERCIEMENTS

Je remercie l'université Paris 7 et mon directeur de recherche Fethi BENSLAMA qui m'a permis de développer ce travail

Je remercie les personnes des bibliothèques de l'ASM 13 et de Sainte-Anne qui m'ont prêté une aide précieuse.

Je remercie la France et la Colombie.

INTRODUCTION	4
HISTORIQUE	6
Le voyage thérapeutique	8
La Drapetomanie	8
Les aliénés migrants.....	8
« L'automatisme ambulatoire » de Philippe Tissié	11
Dromomanie ou fugue du dégénéré	13
Accès ambulatoire des alcooliques.....	14
Automatisme ambulatoire hystérique ou épileptique ?	14
Automatisme ambulatoire (accès ambulatoire) de l'hystérique.....	15
Automatisme ambulatoire (accès ambulatoire) de l'épileptique	16
« Délire ambulatoire ».....	19
Etat d'absence	19
Fugue	20
Vagabondage	21
DEFINITIONS ACTUELS	23
Fugue, fuite.....	23
Fugue dans un état psycho-organique.....	25
Errance	26
Voyage pathologique	27
LES CLASIFICATIONS PSYCHIATRIQUES.....	31
Les troubles dissociatifs du DSM IV-TR	31
Amnésie Dissociative :.....	33
Fugue dissociative	34
CIM 10	37
DECOMPENSATION PSYCHIQUE PENDANT OU APRES LE VOYAGE.....	38
« Jet-lag »	38
Décompensation à cause de l'endroit visité.....	40
Syndrome de Stehndal	42
Syndrome d'Inde.....	44
Syndromes de Paris – New York	46
Syndrome de Tahiti.....	46
Syndrome de Jérusalem	47
Syndrome de Ulysse.....	49

PSYCHANALYSE ET VOYAGE	52
Freud et voyage.....	52
Un regard analytique.....	54
CAS CLINIQUES	58
The Piano Man	58
Monsieur P.....	59
Monsieur A.....	64
RAPATRIEMENT SANITAIRE PSYCHIATRIQUE	67
DISCUSSION	71
BIBLIOGRAPHIE	73
Sites Internet visites :.....	79

Enfin, son jugement étant toute à fait perdu, il vint à tomber en la plus étrange pensée où jamais tomba fol au monde ; ce fut qu'il lui sembla être fort à propos et nécessaire, tant pour l'accroissement de son honneur que pour le service de la république, qu'il se fit chevalier errant, et qu'il s'en allât par tout le monde avec ses armes et son cheval pour chercher les aventures et s'exercer en tout ce qu'il avait lu que les chevaliers errants s'exerçaient, remédiant à toutes sortes d'injures et de griefs, et se mettant en des occasions et dangers d'où, en les mettant à fin, il acquit une perpétuelle renommée. Le pauvre homme s'imaginait déjà être, par la valeur de son bras, couronné pour le moins empereur de Trébizonde, et ainsi plongé en ces agréables pensées et emporté de l'étrange contentement qu'il sentait en icelles, il hâta d'effectuer ce qu'il tant désirait ¹.

¹ Cervantès. 1949. Page 70

INTRODUCTION

Le déplacement a été toujours très importante dans la plupart des cultures, il fait partie des mythes fondateurs des peuples et des religions. Les exemples sont bien connus et nombreux. Les voyages d'Abraham, Moïse, Marie et Joseph, Jésus, Mahomet, Bouddha, Ulysse... Le voyage est devenu donc un moment important dans l'affirmation de la religiosité des peuples, les pèlerinages à Jérusalem, la Mecque, Rome, Saint-Jacques de Compostelle, et le bain dans les eaux du Gange. Les endroits visités semblent déjà connus et les significations présentes peuvent calmer l'anxiété du pèlerin ou au contraire, générer une crise psychotique qui aurait besoin d'un rapatriement sanitaire.

Voyager est actuellement facile et banalisé dans une Europe sans frontières, on se déplace pour le tourisme, pour le travail, pour le plaisir de voyager ou motivé par une idée délirante. On ne peut pas prévoir les réactions des touristes même s'ils n'ont aucun antécédent psychiatrique, on ne peut pas savoir quelle est l'intention d'un voyageur s'il ne se fait pas remarquer, mais peut-être le psychiatre pourrait prévenir des décompensations chez ses patients s'il les aide à préparer leur voyage.

L'école française, depuis le XIXe siècle, s'intéresse au déplacement pathologique. Il y a été très intéressant de faire une recherche historique de l'évolution d'un concept exclusivement français que j'ai essayé d'amener vers les concepts et classifications actuels.

Esquirol a décrit certains déplacements pathologiques à travers la monomanie intellectuelle –que à l'époque était liée à un trouble de jugement- et aussi aux délires partiels ; mais il parle surtout du voyage comme moyen thérapeutique grâce à l'isolement du malade. Beaucoup plus tard Foville regroupe les descriptions des migrants persécutés et hallucinés et les inscrit dans les « lypémanies hallucinées », catégorie des troubles de l'humeur de l'époque, désormais sa description adaptée au contexte sera celle qui on appellera plus tard « voyage pathologique ».

Les neurologues s'intéressent aux troubles comitiaux décrits par Charcot et son « automatisme ambulatoire épileptique » en conflit avec « l'automatisme ambulatoire hystérique ». Après lui, de nombreux auteurs comme Janet ou Raymond et de Clérambault documentent des automatismes hystériques, d'autres parlent des automatismes alcooliques, infectieux ou iatrogéniques. Après l'ère des automatismes vient celle des fugues : fugues hystériques opposées à la fugue de dégénérés ou dromomanie de Régis, laquelle correspond au voyage impulsif de Pitres et au délire ambulatoire de Raymond.

Beaucoup de termes pour peu de concepts concrets, mais surtout une lutte intellectuelle et la division théorique des spécialités médicales, la psychiatrie et la neurologie et plus tard la psychanalyse.

Avec l'apparition de la psychanalyse et de la phénoménologie, les auteurs ont diversifié leurs études, visant à une compréhension du symptôme qui représente la fugue ou les voyages pathologiques. Pour certains auteurs, il s'agit d'une pulsion parricide et suicidaire, pour d'autres, une pulsion incestueuse envers le père, incitée par la mère. Le déplacement pathologique chez l'adulte est souvent plus grave que celui des enfants, et présente un caractère agressif vis-à-vis de l'entourage permettant la libération brutale et plus adaptée des pulsions refoulées.

Pour certains patients, le lieu ne représente qu'un ailleurs et il semble ne pas avoir vraiment d'importance. Pour d'autres, le voyage fonctionne comme voyage intérieur, celui de la régression permise et contrôlé ; il peut-être aussi la recherche de la maîtrise de l'espace social et ils montrent, à l'évidence que leur espace social est souvent restreint et mal adapté.

Pour quelques uns, le voyage sert à alimenter leur réseau délirant, et ainsi ils nous donnent l'impression que leur voyage ne s'arrêtera jamais. Quelques autres font leurs voyages poussés par le symbolisme d'une mythologie collective ou religieuse, ou dans un moment fécond qu'inaugure une psychose.

HISTORIQUE

Le fait de voyager² est inséparable des changements culturels, sociaux, religieux et politiques qui ont fait naître les grandes puissances, qui ont détruit d'autres et qui ont changé la plupart des civilisations. Il est très vaste la littérature qui nous raconte les différents voyages des protagonistes de l'histoire, sa vie, ses conquêtes, ses changements à cause de ses déplacements.

Un grand voyage est souvent *initiatique*, c'est souvent la fin ou le début d'une époque, d'une histoire, d'un changement.

Le *voyage pathologique* est un comportement d'une personne qui est atteinte d'une maladie ; on va voir au cours de ce mémoire quelle est la définition la plus appropriée pour le voyage pathologique, ses diagnostics différentiels et son évolution historique.

J'ai été particulièrement passionné par cette dernière ; il y a eu, dès la naissance du concept, des multiples interprétations et essais pour inclure ce concept dans le contexte français de l'époque. Les grandes écoles donnaient « ses définitions » aux comportements « qui devenaient à la mode » ; les disciplines commencent à délimiter ses champs d'action les discussions au tour du voyage pathologique vont aider à clarifier les différences entre la psychiatrie, la neurologie et la psychanalyse.

Quand on parle de voyage il y a plusieurs choses que l'on doit considérer et qui vont donner les différences sémiologiques pour chaque comportement. On doit considérer sa préparation, sa durée, le fait de rester dans la destination, le but et les moyens que l'on se donne pour l'atteindre, la compagnie, l'adaptation des l'arrivée, la prédisposition à une décompensation psychopathologique, le moment dans le temps dans lequel se produit cette décompensation, le contexte social, culturel et scientifique.

² Voyage vient du latin *viaticum* ; on le retrouve maintenant par exemple dans le mot viatique, ce qui est nécessaire au voyage. Dans la mythologie c'est Hermès (mercure) le dieu des voleurs, des voyageurs, du commerce et messenger des dieux.

Des les débuts de la neuropsychiatrie Esquirol parle du voyage comme traitement de la folie, « les monomaniaques, les maniaques, doivent nécessairement être isolés » comme mesure de protection pour eux-mêmes ou pour son entourage, « on isole un aliéné en le faisant voyager avec ses proches parents, ses amis ou des étrangers »³. « L'isolement des aliénés consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs ; en l'entourant des étrangers ; en changeant toute sa manière de vivre »⁴. On garde encore la conception de l'hôpital comme endroit d'éloignement au moins au début du traitement d'une crise.

Il y beaucoup d'autres termes qui ont été utilisés dans la sémiologie du voyage entre 1890 et 1907, je ne pourrais pas tous expliquer, mais je décrirait les plus importants au cours du mémoire, cela ne serait pas forcément chronologique à cause de la reprise et transformation par d'autres auteurs. Quelques uns de ces termes sont :

« Drapetomanie » 1850

« L'automatisme ambulatoire » Tissié 1887

« Automatisme Somnambulique » Garnier 1887.

« Impulsion à la déambulation » Duponchel 1890

« Accès ambulatoire des alcooliques » Crothers 1890

« Déterminisme ambulatoire » Verga 1891, Borri 1892 et Funaioli 1893

« Vagabondage impulsif » Pitres 1891

« Dromomanie » Régis

« Automatisme ambulatoire épileptique, hystérique ou liés à une ou autre névrose » Clérambault, Janet et Charcot 1891.

« Délire ambulatoire, fugue psychasthénique » Fulgence Raymond 1895.

« Manie ambulatoire » Berkley 1897

« Poriomanie » Donath et Burg 1900.

³ Esquirol. 1989. Page 66.

⁴ Esquirol. 1989. Tome II. Page 313.

Le voyage thérapeutique

Dans le texte d'Esquirol *Des maladies mentales* (Esquirol, 1989) dans le chapitre « traitement de la folie » je trouve quelques références au voyage mais il s'agit du voyage comme mesure thérapeutique. Pour lui dans le traitement de la « folie » il est très important d'isoler l'aliéné « en le faisant voyager avec ses proches parents, ses amis ou des étrangers » (page 66).

Il fait référence au traitement moral des anciens et il décrit comme « un long voyage, un nouveau climat, la salubrité des lieux sacrés, le changement des habitudes et de manière de vivre, les purifications, les marches processionnelles..., préparaient à l'influence morale que les cérémonies et les pratiques mystérieuses devaient exercer sur le malade »

La Drapetomanie

Terme créé en 1850 par une commission de la société médicale de l'état de Louisiane pour étudier les caractéristiques de la race noire ; la commission invente un type de folie, la drapetomanie, une particularité des esclaves qui *ont tendance à s'enfuir*⁵

Les aliénés migrants

Lors de son travail à Quatre Mares, proche du Havre, Foville a eu l'opportunité de rencontrer plusieurs cas de malades qui se préparaient à partir en voyage, ou qui étaient déjà de retour. Il dit clairement qu'il ne prétende pas « inventer une nouvelle espèce de folie »⁶. Au contraire, il veut montrer comment un acte qui est « habituellement aussi réfléchi et aussi rationnellement motivé que les grands voyages, peut dans certains cas être le résultat maladif d'une conception délirante »⁷
Il existent « certains imbéciles qui ne peuvent s'astreindre à aucune résidence fixe : qui ont un véritable besoin de continuellement changer de place, et, qu'au moins de

⁵ Hacking. 2002. Page 132.

⁶ Le Havre est un port maritime qui à l'époque faisait évoluer « le commerce, l'industrie, tous les métiers relatifs à la navigation » et tout ce développement amène « des influences susceptibles de produire l'aliénation mentale ». Foville. 1875. Page 7.

⁷ Foville. 1875. Pages 6-7.

les séquestrer, on ne peut guère les empêcher d'errer dans les campagnes en se livrant au vagabondage voire même au maraudage »⁸

Foville parle d'une « folie instinctive » et les patients affectés présenteraient dans leurs accès périodiques, des « impérieusement forcés à quitter l'endroit où ils demeurent, et à aller, dans d'autres parages, se livrer à leurs actions délirantes ». Ceci pourrait arriver aux dipsomanes qui, « chaque fois qu'ils sont en proie à un de leurs paroxysmes, disparaissent du lieu de leur domicile, se cachent en plongeant, pour ainsi dire, dans les bas-fonds sociaux, où ils vont satisfaire leur fureur de boire, et ne reparaissent que lorsque leur accès de débaucher est terminé. »⁹

Mais il y a aussi des épileptiques « qui partent inconsciemment, font parfois des longs trajets, et se retrouvent dans un endroit plus ou moins distant de leur domicile, sans savoir comment ils y sont venus, ni ce qui a pu les y conduire. »¹⁰

Et finalement les déments désorientés qui cherchent toujours à « sortir, à se promener sans but déterminé, et qui s'ils ne sont pas surveillés, peuvent s'égarer, marcher longtemps devant eux sans se reconnaître, sans savoir où ils vont, sans être en état de demander leur chemin, ni de donner leur adresse, en sorte qu'il arrive de les retrouver bien loin du point de départ »¹¹

Il existent donc quatre catégories : les imbéciles qui vagabondent, les dipsomanes, les épileptiques et les déments. Ces quatre catégories ont en commun avec les aliénés voyageurs le fait de se déplacer et de quitter leur résidence, mais il n'y a pas d'analogie dans les motifs du déplacement. Cette description sémiologique est toujours d'actualité, on peut adapter les termes au contexte et approfondir dans les diagnostics différentiels.

Les aliénés voyageurs {voyageurs pathologiques} « accomplissent en effet, lorsqu'ils se déplacent, un acte réfléchi et parfaitement conscient ; ils entreprennent de longs voyages par suite d'idées nettes et logiquement systématisées : ils savent très bien ce qu'ils veulent faire en quittant l'endroit où ils se trouvent, pour émigrer dans un pays plus ou moins éloigné »¹²

⁸ Idem. Page 7.

⁹ Idem. Page 8

¹⁰ Idem. Page 9

¹¹ Idem. Page 9

¹² Idem. Page 10

Il explique bien que « l'aliéné voyageur » n'est pas un aliéné avec une maladie stabilisée et qui voyage ou un malade que l'on fait voyager dans une conduite thérapeutique, il fait référence aux « aliénés, et particulièrement des hallucinés, chez lesquels des grands voyages font partie des actes délirants, et constituent une des conséquences morbides du délire, un des symptômes de la folie »¹³. Les aliénés migrateurs de Foville, les voyageurs pathologiques, « réagissent normalement à un délire » cette à dire que son délire les amène à voyager ; le fugueur effectue un déplacement « anormal et illogique »¹⁴.

Dans les 14 observations de son première étude il y a des analogies entre plusieurs cas, huit des patients sont des « hallucinés persécutés », quatre souffrent de mégalomanie et deux ont un « délire ambitieux grave » ; tous ont voyagé dans la logique « d'un délire systématisé, provoqué lui-même par des hallucinations et des illusions des sens, délire déjà ancien et à éléments multiples »¹⁵.

Foville dit que le voyage est fait par nécessité, « un voyage pour sa santé, pour fuir des persécutions ou des créanciers exigeants ». D'autres voyagent pour la conquête d'argent, de la gloire, de l'amour, d'autres pour accomplir un devoir. La plupart sont des persécutés hallucinés. Pour fuir leurs ennemis ils changent de quartier, de ville, de pays, mais en vain. Ils peuvent voyager aussi pour retrouver l'être bien aimée (érotomanie), un titre (délire de filiation).

En conclusion « certains aliénés se déterminent, par suite de la nature et de l'évolution de leur délire, à entreprendre de voyages plus ou moins lointains. Les pérégrinations de cas des aliénés voyageurs ou migrants, sont des actes volontaires, réfléchis, conséquence raisonnée d'un délire systématique. Elles ne doivent pas être confondues avec les impulsions inconscientes au déplacement auxquelles peuvent être sujets des imbéciles, des instinctifs, des épileptiques ou de déments »¹⁶

¹³ Idem. Page 34-35.

¹⁴ Briand et cols. 1914.

¹⁵ Foville. 1875. Page 44

¹⁶ Idem. Page 45

Ses travaux ont motivé une grande quantité d'études par tout en France, on pensait donner plus de précisions sémiologiques en nommant différemment des manifestations similaires, on verra comme finalement on reviendra à la définition de Foville pour parler de « voyage pathologique ».

Après les descriptions de Foville, voilà un cas clinique de Wahl¹⁷ qui garde le même sens : « Leon M. un forgeron atteint de délire de grandeur, persécuté et halluciné. C'est pour échapper à ses persécuteurs qu'il va se mettre à voyager... dans chaque ville traversée, il se fait rédiger un certificat par le consul de France le plus proche... d'abord c'est banalement la Suisse, puis l'Alsace, le Luxembourg, la Belgique, ensuite, la Bavière, Berlin, l'Hollande, la Suède, la Norvège, la Russie jusqu'à Constantinople... Smyrne, Alexandrie, Jaffa, Jérusalem, Tripoli, Rhodes, Mytilène... Tifis, Bakou, Kiev, Varsovie, Astrakhan, Nijni-Novgorod, Bucarest, Vienne... Hong-Kong, Fou Tchéou, Manille, Calcutta, Singapour, Aden Suez, Raguse, Trieste, Graz, Zurich et Bâle ». Le tout après onze ans de fugue. Il se fait interner à l'asile des Moulins.

« L'automatisme ambulatoire » de Philippe Tissié

Philippe Tissié travaille dans le service de Pitres à Bordeaux et rentre en concurrence avec le concept de « fugue [automatisme ambulatoire] épileptique » de la Pitié et du maître Charcot. Il écrit sa thèse en rapport au cas d'Albert Dadas et le reprend plusieurs fois pour ces recherches.

Dadas « commence à fuguer vers l'âge de 12 ans, il continue en l'adolescence en France et en Algérie ; engagé dans l'armée, il déserte une première fois et visite Belgique, Pays-Bas, Allemagne, et Autriche. La deuxième il va plus loin en passant par Belgique, Prague, Berlin, Varsovie, Moscou, Turquie, Vienne, Suisse et finalement à l'intérieur de la France ». A cause de cette désertion il est condamné à trois ans de travaux publics en Algérie. Au retour, il habite à Bordeaux et se marie. Il est hospitalisé chez Pitres en 1886 d'où il fugue régulièrement. Ces crises sont précédées d'un malaise prémonitoire, « il est captivé par un nom de lieu et ensuite il vole un peu d'argent, et part inconscient. Puis il se réveille, quelques jours plus tard,

¹⁷ Wahl. 1903. pp 431-434

amnésique, dans telle ou telle ville d'où il se fait ramener à Bordeaux »¹⁸. Sous hypnose, on peut lui faire raconter ses voyages. Il était un jeune homme, bon travailleur, hostile à l'alcool, menant une vie calme et régulière, mais saisi parfois d'un besoin impérieux de partir¹⁹.

Il est très intéressant sa description des déclencheurs du voyage de Dadas : « Il y a d'abord des maux de tête que seule la déambulation parvient à calmer... plus il marchait vite, plus sa tête se rafraîchissait. L'autre facteur Tissié le découvre dans les rêves de Dadas, il rêvait souvent avec sa femme, une fois « il rêve qu'elle est avec un autre homme, aussitôt réveillé il part la chercher ». A chaque un de ses voyages il amène son livret de mariage. « Il est à ce moment dans un tel état d'exaltation post-onirique et de suggestibilité émotive qu'il lui suffit d'entendre le nom d'un lieu, d'une ville, pour s'y rendre. Et quand il y arrive, il ne sait plus pourquoi il est là, ni pourquoi il est parti. Il ne pouvait s'empêcher de partir quand le besoin l'en prenait ; alors saisi, captivé par un désir impérieux, il quittait famille, travail, habitudes et allait tout à coup devant lui, marchant vite, faisant 70 kilomètres à pied »²⁰.

Pour Tissié, Dadas n'est pas un hystérique, il va créer une catégorie spéciale, celle des « captivés ». On lui critique très souvent le fait de trop se laisser *captiver* par le patient. Il le suit pas à pas, et lui consacre la moitié de sa thèse. Il devient le malade-vedette du service de Pitres et de Bordeaux. Pitres le désigne finalement comme hystérique. Dadas déménage à Paris en 1889 et son cas deviendra une sorte de « paradigme national des fugues hystériques »²¹

Cette description s'éloigne clairement de celle de Foville, et on peut affirmer que Dadas n'était pas un voyageur pathologique, mais plutôt un névrosé, un « fugueur hystérique » et son cas s'approche de la définition actuelle des troubles dissociatifs (voir plus bas).

Le livre d'Hacking « les fous voyageurs » reprend longuement le travail de Tissié, il se demande pourquoi cette thèse développe un tel enthousiasme dans le milieu

¹⁸ Tissié. 1887. Cité par Arveiller 1996, et Hacking 2002.

¹⁹ Bolzinger. 2003. Page 447.

²⁰ Quarante pages de la thèse et les travaux de Tissié sont reproduits dans le livre d'Hacking. Pages 285 – 365.

²¹ Arveiller. 1996. Page 589.

psychiatrique et *l'épidémie des fugues* que le succèdent et qui aurait duré, selon lui, vingt ans²² ; c'est une « maladie mentale transitoire »²³. Ce n'est certainement pas une épidémie dans le sens épidémiologique, c'était simplement une manifestation clinique qui a été décrite par Foville, déformé et reprise pendant trois décennies très fréquemment dans la littérature médicale, et qui va se redéfinir devant un concept nouveau, celui de Bleuler, la *démence précoce* devenue après *schizophrénie*²⁴.

Dromomanie ou fugue du dégénéré

Etienne Régis, un proche associé de Pitres invente le terme de dromomanie²⁵ vers 1893. C'est une impulsion irrésistible de fuite. La définition apparaît dans le cadre des *monomanies* ou délires partiels décrites par Esquirol. La fugue devient l'épisode, la dromomanie devient le trouble de la fugue compulsive, recouvrant non seulement les fugues épileptiques ou hystériques, mais aussi ceux qui ne peuvent être inscrits dans aucun de ses deux labels... Ce terme est préféré à l'automatisme ambulatoire parce qu'il n'établi pas de lien avec l'idée d'automatisme, d'amnésie, de changement ou de confusion d'identité²⁶.

²² Pour être affecté par cette « épidémie » il défini quelques critères : l'individu doit avoir un style de vie régulier, un foyer stable (p. 161), ce sont typiquement des citadins, il n'y a pas pratiquement pas de paysans, ni de fermiers (p.115) et elle pratiquement exclusive des hommes. Le prototype des fugueurs est le conscrit de l'armée. On a du mal à comprendre comment et pourquoi cette « épidémie » ; est-ce que les études de Foville et Tissié ont permis aux médecins de « nommer » une situation qu'existait déjà et quelle devient pathologique ? ; Ou est-ce qu'ils ont donné la possibilité aux personnes de réaliser des voyages ou parfois des délits en ayant une excuse « médicale » ? ; Ou c'est la possibilité de suivre et identifier les citoyens qui voyagent grâce à la carte nationale d'identité ? (La CNI en 1888-2-10 par le décret oblige les étrangers à une déclaration d'identité. En 1893 la loi élargissant la mesure aux étrangers voulant travailler en France. Et en 1912 s'exige un carnet anthropométrique pour les nomades. Au moment de la première guerre la carte d'identité devient obligatoire pour tous les étrangers.)

²³ Une possibilité de devenir malade qui se retrouve « à la mode » pour disparaître plus tard. Si on peut donner des limites d'existence à une maladie cela serait la notion de « fugue hystérique » et non au voyage pathologique comme l'affirme Hacking.

²⁴ Bolzinger. 2003. Page 450.

²⁵ *Dromo* signifie en grec course de chevaux.

²⁶ Hacking. 2002. Page 107 - 108.

Accès ambulatoire des alcooliques

Décrit par Crothers en 1890²⁷, consiste en la perte de mémoire, un état nerveux particulier produit ou développé par l'alcool. Un grand nombre d'individus agissent comme de coutume et font dans l'état automatique ce qu'ils ont l'habitude de faire chaque jour.

Automatisme ambulatoire hystérique ou épileptique ?

Le contexte scientifique et intellectuel amène ou oblige au grand maître de l'époque, Charcot, à se prononcer par rapport aux déplacements pathologiques et la question est réussie à différencier sémiologiquement les appelés *automatisme ambulatoire hystérique* de *l'épileptique*.

L'automatisme ambulatoire²⁸ est un « épisode morbide, survenant par accès, dans lesquels le malade obéissant à une impulsion subite et irrésistible, quitte brusquement le domicile et erre à l'aventure pendant un temps plus ou moins long. Après quoi, l'impulsion ayant cessé, il rentre chez lui et y vit tranquille jusqu'à ce que qu'un nouvel accès provoque une fugue aussi imprévue et aussi irraisonnée que la précédente »²⁹

Le terme « automatisme » est utilisé par Charcot en suivant le concept tel qu'il a été développé par John Hughlings Jackson³⁰. Charcot va donc en faire le mécanisme commun à certain nombre de phénomènes préexistants, l'amnésie traumatique, les

²⁷ Cité par De Freitas, 1983. Page 14.

²⁸ Le mot *automatisme* a été utilisé en français dès le début du XIXe siècle, notamment pour exprimer le point de vue cartésien selon lequel les animaux, contrairement aux hommes, sont des machines. Ensuite le terme désigne une activité involontaire. Hacking. 2002. Page 80.

²⁹ Pitres. Congrès de médecine de Bordeaux. 1895. Cité par De Freitas. 1983. Page 15.

³⁰ Arveiller. 1996. Page 582. La notion d'automatisme se retrouve déjà utilisée par Esquirol en faisant allusion à l'épilepsie.

épilepsies non convulsives, le somnambulisme et les voyages des aliénés³¹. Pour Charcot, « un individu a un accès d'épilepsie, et sous l'influence de rêves épouvantables, il devient violent, il casse, il brise tout, et puis il se met à marcher... ces épileptiques-là peuvent assassiner quelqu'un ou se suicider »³²

Charcot n'a pas nié qu'il existe des fugueurs hystériques mais qu'ils sont rares et avec peu d'intérêt. Il cherche des bases neurologiques au trouble mental, et l'épilepsie, y compris l'épilepsie latente, est déterminée comme la base neurologique de la fugue³³.

Automatisme ambulatoire (accès ambulat) de l'hystérique

Le patient présente une méthode dans l'action du départ, la coordination de leurs actes est parfaite, ils semblent sains, peuvent entreprendre un travail et le font avec intelligence. Le patient n'est pas totalement amnésique et il peut se rappeler des actes accomplis par intermédiation de l'hypnose. Il s'explique, selon Raymond et Janet³⁴, par le « rétrécissement de conscience qui permet l'idée fixe de passer du subconscient au conscient et qui provoque le passage à l'acte ou le voyage » ; cette idée fixe ne laissera pas de place à côté pour une autre pensée. « Ces autres pensées cependant, ne sont pas détruites, elles sont latentes et il suffit d'une circonstance pour les évoquer et pour changer l'équilibre de la pensée »

L'accès hystérique ambulatoire peut être simplement une forme de marche en avant ou plus élaboré un somnambulisme avec longs rêves éveillés où le sujet réalise des activités plus complexes. On parlera donc d'activité inconsciente du cerveau, d'automatisme inconscient ou de mouvement automatique. L'anamnèse permettra chercher des antécédents d'autres crises convulsives mais surtout les *stigmates* des

³¹ La question de l'époque était, dans quel genre de maladie on classifie la fugue ; dans l'épilepsie ou dans l'hystérie. Des discussions similaires voient affronter des groupes des médecins à la fin du XIXe, des uns deviendront des neurologues et les autres des psychiatres –aliénistes-.

³² Hacking. 2002. Page 80.

³³ Le concept avant Charcot est celui d'épilepsie procursive étudié par Bourneville et Bricon en 1887 et 1888; le patient présente un accès épileptique où il fait une course ou propulsion rapide en ligne directe dans l'axe horizontal du corps, ou avec rotation à grandes cercles, d'une durée ne dépassant jamais celle d'un accès ordinaire, ne s'accompagnant pas de chute ou de coma.

³⁴ De Freitas. 1983. Page 15.

hystériques décrits par Charcot : anesthésies, hyperesthésies et zones hystérogènes, parésies, achromatopsie ou dyschromatopsie et le pathognomonique rétrécissement du champ visuel.

Devant ce tableau divers, Charcot préfère mettre un ordre des phénomènes somnambuliques et créer un groupe d'affections dans le concept d'automatisme ambulatoire, où sont inclus les cas d'hystérie. Il va distinguer quatre types :

Le somnambulisme naturel (qu'il met en doute), le somnambulisme provoqué (par hypnose), le somnambulisme spontané pathologique (celui de 'hystérie) et le somnambulisme spontané prolongé (où se retrouve le dédoublement de la personnalité).

Automatisme ambulatoire (accès ambulant) de l'épileptique

Le patient présente une inconscience absolue, une absence de la coordination des mouvements et ces sujets n'ont pas de notion de la direction qu'ils ont prise. « Ils errent sans but, s'emparant des objets et renversant souvent devant eux ce qui les gêne. L'amnésie est totale et le souvenir est impossible à l'état de sommeil hypnotique »³⁵. Dans la plupart des cas, les patients sont « absolument inconscients des actes qu'ils accomplissent ou des attitudes qu'ils prennent au cours de leur crise comitiale »³⁶. Cet acte qui entraîne comme corollaire l'irresponsabilité des sujets, est assez généralement admis au début du XXe et on tend souvent *a priori* à regarder comme de nature épileptique tout acte anormal effectué par un individu en apparence sain et ignorant sincèrement les faits qui lui sont rattachés.

Une des causes d'automatismes est le vertige épileptique, une forme non convulsive d'épilepsie, des impulsions des accès de fureur imprévisibles, incompréhensibles,

³⁵ Gehin. 1892. Cité par De Freitas. 1983. Page 14. Il est contradictoire de prendre les critères de Jules Voisin pour faire la différence entre automatisme hystérique et épileptique. La perte de la conscience n'est pas absolue chez l'épileptique mais totale chez l'hystérique. L'amnésie consécutive n'est pas complète dans l'épilepsie. Dans l'hystérie elle est lacunaire. Chez l'hystérique il y a dédoublement des séries mnésiques ; les événements sont donc révocables avec l'hypnose. J. Voisin. *Fugues inconscientes chez les hystériques. Automatisme ambulatoire. Diagnostic différentiel entre ces fugues et les fugues épileptiques.* Cité par Arveiller. 1996. Page 591

³⁶ Claude et Baudouin. 1914. Page 180

irrésistibles, où, sans aucune conscience et dans une violence aveugle, le sujet se livrera éventuellement à quelque crime sauvage et bestial³⁷. Il peut se manifester dans des situations moins inquiétantes : des actes ordinaires effectués hors de toute conscience et possédant ces traits de soudaineté, d'irrationalité. C'est ce que Charcot nommera « petit automatisme »³⁸.

*L'automatisme ambulateur*³⁹ doit bien se différencier avec le somnambulisme hystérique. Dans son cas clinique, le malade n'a jamais convulsé ni présenté des absences, le diagnostic d'épilepsie repose donc sur l'épreuve de la thérapeutique du bromure et les accès d'automatismes sont « équivalents psychologiques des attaques convulsifs ». Pour Charcot, les manifestations motrices simples du « petit mal » pourraient se continuer dans le temps et on obtient l'accès ambulateur. La durée n'aurait donc, aucune importance.⁴⁰

L'automatisme ambulateur de Charcot ne convient qu'à quelques fugueurs et il est plus proche des troubles dissociatifs que du voyage pathologique. Les malades ne sont pas des automates à proprement parler, puisqu'ils sont conscients, ont un but, accomplissent des actes coordonnés, et ses troubles mentaux sont surtout observés après la fugue, à cause de l'amnésie que l'accompagne.

³⁷ Arveiller. 1996. Page 585

³⁸ Selon Arveiller, la littérature de l'époque décrit plusieurs cas étonnants : un président de tribunal qui s'absente des audiences et va pisser dans la salle de conseil et revient comme si rien n'était ; le professeur de musique qu'au moment donné au cours des leçons déboutonne son pantalon et le baisse ; ou l'homme qui dans un compartiment des chemins de fer « se lève tout à coup, vide ses poches... jette ses lunettes par la portière, urine sur les genoux d'une petite fille d'huit ans, puis se rassied sans avoir l'air de comprendre l'indignation des voyageurs ». Le vertige épileptique a donc, des importantes répercussions médico-légales.

³⁹ Dans sa « leçon de mardi » du 31 janvier 1888 présente la première fois le cas de monsieur Mén. Une deuxième sera le 21 février 1889. C'est le cas d'un livreur de bronzes qui se retrouve, sans pouvoir se l'expliquer et suivi d'une période d'amnésie, bien loin des endroits où il devrait faire quelques livraisons. Néanmoins, Mén ne se fait pas remarquer, il est tranquille et accomplit les tâches ordinaires de l'état de veille. Ses « automatismes » vont durer quelques heures dans la première description et plus d'une semaine un an plus tard. Charcot va donc parler de « automatisme comitial ambulateur » et lui prescrire du bromure. Le cas de Mén devient le cas de référence de l'époque. Il est repris et discuté chaque fois que l'on parle de fugue ou vagabondage. Il est *exporté* de la France grâce à l'aura de Charcot

⁴⁰ Arveiller. 1996. Page 581.

Comme on a vu les critères différentiels entre fugues hystériques et épileptiques ne sont jamais solides, mais au contraire évanescentes et parfois même franchement contradictoires ou inversés. Des questions reviennent par rapport à la polysémie du terme « conscience » comme présence au monde ou au contraire conscience réfléchi de sa propre activité mentale.

Dans l'accès épileptique on va rencontrer bien des variations entre l'inconscience totale et ces formes de vertiges ou absences respectant la conscience. On s'interroge sur la réalité d'une suspension de la conscience dans certaines fugues, comme les somnambuliques qui montrent une excellente organisation préalable au départ avec vols ou emprunts d'argent, préparation des papiers et des cartes ; d'un autre côté par les finalités comme échapper à l'armée ou aux créanciers ou tromper son mari⁴¹.

L'amnésie va se mettre en doute aussi devant des cas des personnes chez qui le souvenir revient partiel ou complètement sans aucune intervention thérapeutique.

Les antécédents d'épilepsie ne vont pas non plus à eux seuls à justifier une fugue comme épileptique.

Il pouvait avoir même des patients qui présentent en même temps plusieurs pathologies entre alcoolisme, obsession, hystérie, délire halluciné, démence précoce ou épilepsie.

C'est le début de la fin pour « l'automatisme ambulatoire », l'origine épileptique est mis en cause et l'analyse des études antérieurs les révèlent comme hystériques, comme le cas de Mén ; on constate que le modèle proposé par Charcot séduit par sa construction mais en grande partie par l'autorité de son inventeur.

Grâce au concept de Charcot « d'impulsion irrésistible des épileptiques », ceux-ci sont considérés comme irresponsables pénales pour ses crimes ou délits commis pendant les accès committaux dont des fugues épileptiques⁴². Le somnambulisme est lié à l'hystérie et le médecin légiste aura tendance à le rattacher à la pathologie ce qui le pousse vers l'irresponsabilité.

⁴¹ Arveiller 1996. Page 599.

⁴² Arveiller. 1996. Page 602. Il cite l'article 64 du code pénale du XIXe.

Plus tard, les notions d'inconscience ou d'automatisme vont être réévalués quand des fugueurs vont commettre des crimes et son intentionnalité est clairement criminelle.

« Délire ambulatoire »

Fulgence Raymond (1895). Il passe revue aux cas publiés, successeur de Charcot, il souligne que même un épileptique peut souffrir de fugues hystériques. Un homme peut avoir les deux maladies à la fois, et s'il est hystérique il doit être traité par l'hypnose et non par le bromure. Il propose aussi le terme de *fugue psychasthénique* repris de Janet, une catégorie qui s'ajoute aux fugues épileptique et hystérique qui n'implique pas une amnésie sérieuse.

Pour lui la fugue comprend ⁴³ :

Une impulsion irrésistible à accomplir un acte

Cet acte est accompli d'une manière intelligente

A la fin de l'action impulsive, il y a oubli complet.

Cette définition n'est pas celle d'un épisode délirant, donc, on parle à nouveau de fugue dissociative.

Etat d'absence

L'épilepsie et sa variété l'*état de petit mal* sont reprises par Benon pour expliquer qu'en cas des « absences répétées et prolongées avec persistance pendant des heures et même des jours, il y a une perte plus ou moins profonde de la conscience. C'est au cours de cette forme que peut survenir une fugue »⁴⁴

Cette affirmation réapparaît aux années 70 et les études de Henri Ey ; il évoque a possibilité d'un déplacement au cours d'une *absence* « ... dans certaines variétés d'absence, la conscience s'obscurcit sans s'effacer toute à fait. Dans d'autres le sujet peut continuer une activité automatique (marche, paroles stéréotypées) ».⁴⁵

⁴³ Benon. 1908. Page 308-309.

⁴⁴ Garnier M. et Delamare V. 1997. Page 3.

⁴⁵ Ey H. 1974. Page 325.

Fugue

Une fugue est un « acte morbide de l'activité, accidentel, transitoire, qui survient presque toujours par accès, au cours duquel le malade exécute un déplacement anormal, marche, course, voyage, etc. sous l'influence des troubles psychiques ».

Le vagabondage est au contraire « un état morbide habituel de l'activité au cours duquel le malade exécute des marches, voyages, etc., sous l'influence de troubles psychiques »⁴⁶. Les frontières entre ces deux types de symptômes sont imprécises et reposent pour Benon, essentiellement sur la notion de durée.

Pour Benon la fugue est un symptôme, « un acte morbide du sujet affecté de troubles mentaux très divers, aigus ou chroniques, congénitaux, délirants, sensoriels, interprétatifs, confusionnels, maniaques, démentiels, conscientiels, etc. Il en résulte que ce sont les motifs, les mobiles, les raisons, les causes de la fugue qui sont avant tout l'essence pathologique »⁴⁷

En l'année 1909, le congrès des médecins aliénistes et neurologistes est consacré aux « fugues en psychiatrie ». On garde encore la théorie de l'automatisme ambulatoire ; mais la fugue devient un symptôme qui recouvre tous les phénomènes de déplacement anormal observables, quelle qu'en soit l'étiologie, ce qui inclut une bonne partie des entités morbides repérés par la nosographie neuropsychiatrique⁴⁸. On revient aux travaux de Foville et on élargie encore plus les possibilités ; on y compte maintenant l'alcoolisme, qui Lasègue avait décrit pouvant donner des accès de déambulation avec délire, confusion et amnésie. Il apparaît donc « l'automatisme ambulatoire alcoolique », « somnambulisme alcoolique » ou « état second alcoolique », et aussi les « fugues du dipsomane » dans un état consciente et liés à l'impulsivité.

Le voyage pathologique réoccupe sa place au sein des psychoses et des démences. On va parler donc des « psychoses migratrices », de la « paranoïa ambulatoire ». On va les lier aussi à la dépression et on parlera des « fugues de la mélancolie », dans l'autre extrême on va trouver la « manie ambulatoire ». Chez les patients déments on

⁴⁶ Benon. 1908. Page 309.

⁴⁷ Benon. 1908. Page 306

⁴⁸ Arveiller 1996. Page 594.

pourra voir des « fugues de la démence du paralytique » et celles de la « démence sénile »⁴⁹.

Multiplés affections vont être des causes pour des fugues, on les trouvera chez des sujets « arriérés mentaux » ; chez les patients avec une confusion mentale on aura « l'automatisme confusionnel ».

C'est aussi le moment de l'entrée dans les classifications de la « démence précoce » d'Emile Kraepelin ; il y aura des « fugues de l'hébéphrénique » que l'on distingue des autres trois fugues : hystérique, neurasthénique ou psychasthénique et l'épileptique⁵⁰.

Vagabondage

A différence la fugue qui est accidentel, c'est un comportement permanent. « Un état morbide habituel de l'activité au cours duquel le malade exécute des marches, voyages, etc. sous l'influence de troubles psychiques »⁵¹.

Pour le Code pénal, l'article 270 : « le vagabondage est l'état des individus qui n'ont ni domicile certain, ni moyen de subsistance, et qui n'exercent habituellement ni métier, ni profession. Mais cette définition ne correspond pas à la clinique et un patient qui fait un fugue peut être considéré vagabond »⁵².

Le vagabondage est caractérisé par un mode de vie sans domicile fixe ni moyen stable de subsistance et par la crainte qu'il suscite pour l'ordre public.

Le vagabondage rentre dans le lexique médical, il serait possible d'avoir un « vagabondage impulsif » ou « vagabondage épileptique », il devient la manifestation chronique des troubles mentaux chroniques. Il devient possible être vagabond par habitude ou souffrir d'une « dromomanie chronique ».

On commence à rencontrer plusieurs nouveaux personnages, les vagabonds d'habitude, les trimardeurs, les chemineaux, mais aussi des ouvriers errants et

⁴⁹ Arveiller 1996. Page 595.

⁵⁰ Arveiller 1996. Page 595-596.

⁵¹ Benon. 1908. Page 306-307. Pour Benon, le plus part des malades décrits par Foville, Tissié et Wahl sont des vagabonds, non des fugueurs.

⁵² Cités par Benon. 1908. Page 310.

chômeurs. Cela devient un « état clinique de vagabondage » un état morbide habituel⁵³.

La question de l'influence culturelle commence à se poser au début du XXe, et on retrouve des termes comme « vagabond de race », mais c'est surtout l'école de Charcot qui a développé le concept du « juif névropathe et vagabond » avec le cas Klein⁵⁴.

Avant la première guerre, les observations en France et Allemagne sont très importantes dans les expertises médicales militaires pour désertion ou absence illégale⁵⁵. On va se poser la question de l'influence du milieu militaire et ses exigences dans la genèse de la fugue. Comparable à l'hospitalisation dans un asile comme effet iatrogène qui cause la fugue.

La fugue n'est pas un délit sauf dans des certains contextes militaires, mais les réflexions concernant les actes délictueux commis dans les états mentaux qui accompagnent ou génèrent la fugue vont influencer les pratiques médico-judiciaires qui vont identifier comme délit et réprimer le vagabondage.

⁵³ Arveiller 1996. Page 597.

⁵⁴ Le syndrome du *juif errant* est confondu avec le syndrome de Munchausen et parfois donné comme synonyme. Henri Meige, élève de Charcot décrit dans sa thèse « certains névropathes voyageurs » des juifs d'Europe centrale ou de l'Est cherchant remède à leurs maux dans tous les grands hôpitaux d'Europe. Fénelon. 1998. Page 99.

⁵⁵ Le problème médicale « est d'abord d'empêcher les déserteurs d'aller en prison et ensuite d'être condamnés à des longues peines de travaux forcés. S'il est possible de prouver qu'ils souffrent de *dromomanie*, ils sont relâchés ou ne se voient infliger qu'une peine mineure » Hacking. 2002. Page 149. On comprend pourquoi pour Hacking le conscrit est le prototype du fugueur et aussi pourquoi les recherches de l'époque se faisaient plutôt dans les pays, France et Allemagne, qui avaient une armée de conscription.

DEFINITIONS ACTUELS

Fugue, fuite

Henri Ey parle de fugue dans le chapitre des troubles du comportement : « Conduite de déambulation, d'errance, de vagabondage ou de migration qui éloignent le sujet de son foyer ou domicile » (on a à nouveau des termes que reviennent pour se définir entre eux). Pour Ey il existe dans l'*épilepsie* ou les *états confuso-oniriques* profonds ou les *états démentiels*, des fugues avec un caractère plus ou moins « *inconscient, automatique et amnésique* ». D'autres part, les fugues ont un caractère *incoercible* et le sujet éprouve une envie irrésistible de partir, de quitter le foyer, sans pouvoir donner de ces fugues une explication valable (c'est le cas des schizophrènes). Enfin, la fugue peut revêtir un caractère *réactionnel* quand « le fuguer s'enfuit de chez lui pour de motifs pathologiques de conflit, d'angoisse à l'égard d'une situation affective insupportable (*fugues réactionnelles* des névrosés et déséquilibrés). »⁵⁶

La fugue est un accès de durée généralement courte, tandis que le vagabondage est un état chronique⁵⁷.

Les fugues se caractérisent par leur souvent caractère brutal, explosif plus ou moins adapté. Il n'y a pas de désorientation temporo-spatial et le sujet semble être sain.

Fugues de l'enfance et de l'adolescence Il est important de les considérer séparément des fugues chez l'adulte. Elle est souvent une réaction psychoaffective à un milieu social nocif ou à une situation présente anormale ou insoutenable pour un enfant à caractère ou personnalité fragiles. Il y a une fréquence élevée des délits lors des fugues. Cette fugue chez les adolescents on l'appelle « la route » et elle doit être interprétée dans son contexte familial et culturel et ne renvoient donc pas forcément à une personnalité pathologique.

Dans ses lettres à Romain Rolland, Freud disait de la pulsion de voyage qu'elle « trouve sa cristallisation dans l'adolescence où la tentation de la fugue est la plus forte et s'enracine dans l'insatisfaction de la famille... le désir ardent de voyager était

⁵⁶ Ey. 1974. Page 95.

⁵⁷ Garnier. 1997. Page 362.

certainement une expression du désir d'échapper à cette pression qui incite tant d'adolescents à s'en aller de la maison... »⁵⁸ Ainsi le voyageur est-il pris dans un mouvement d'insatisfaction et de fuite de l'autorité parentale dans sa fonction limitante.

Fugues chez l'adulte : Elle s'inscrit le plus souvent dans une maladie mentale bien définie : fugue inconsciente et amnésique de l'épileptique ; fugue semi consciente du confus, des déments ou comme conséquence du traumatisme crânien, ou encore d'un débile ou d'un schizophrène ; il y a aussi la fugue consciente du déprimé avec risque du suicide, du maniaque avec ses caractères spectaculaires de scandale sur la voie publique, du délirant, mais aussi du déséquilibré, prélude du vagabondage⁵⁹. Le traitement sera celui de la maladie en cause ou de l'inadaptation sociale.

Aucune conduite n'est spécifique d'un trouble mental et l'évaluation médicale de quelqu'un qui a fugué se réalise le plus souvent à la demande de son entourage ou à l'initiative d'une autorité judiciaire, administrative ou médicosociale. L'examen peut intervenir dans l'urgence, à l'occasion d'une crise aiguë compliquée ou d'un geste suicidaire, d'une intoxication alcoolique ou toxique, ou encore d'un comportement médicolégal.

La première démarche est de chercher à reconnaître une pathologie organique, bien que peu fréquent, « il ne faut pas oublier la possibilité d'une crise épileptique et réaliser un électroencéphalogramme ; un bilan complémentaire, notamment dans les cas de confusion ou troubles de l'état de conscience, est importante »⁶⁰

La fugue se distingue par une rupture brutale dans laquelle on « reconnaît cinq caractéristiques : la pulsion psychomotrice, l'action impulsive, l'élément d'intentionnalité, l'élément d'itération, et la solution de continuité dans la vie social du sujet »⁶¹

⁵⁸ Cité par Zittoun et cols. 1994. Page 698.

⁵⁹ Nouveau Larousse Médical.1988. Page 439.

⁶⁰ Lafont. 1998. Page 3.

⁶¹ Lafont. 1998.2

Il est important de préciser au moment d'évaluer un fugueur les *circonstances du départ* et de sa *préparation*, parfois minutieuse, par fois imprévisible. *Le lieu de destination* est très variable, proche ou éloigné la distance n'est pas un indice de gravité. *L'éloignement et la durée* peuvent confronter le fugueur à des situations précaires et difficiles et sont peut-être les seuls critères différents du voyage.

La fin de la fugue peut-être fortuite, lorsque le fugueur, surtout s'il est mineur, est arrêté par les services de police dans le cadre d'une recherche ou à l'occasion d'un acte de délinquance.

Fugue dans un état psycho-organique

Il y a une altération de l'état de conscience ou de l'état des fonctions cognitives. Le départ est sans préparation, et s'accompagne de troubles de contact ou de comportement. Il s'agit de déambulations plutôt chaotiques.

Fugue épileptique classique peu fréquente, elle peut suivre ou précéder les crises de *grand mal* ou représenter un équivalent épileptique dans le petit mal. Sont des automatismes psychomoteurs qui débutent de façon brutale et le retour à la conscience s'accompagne d'une amnésie lacunaire de l'épisode. L'examen clinique et électroencéphalographique permettent en faire le diagnostique.

Fugues chez les épileptiques son plus fréquents en dehors des épisodes critiques, en particulier lorsqu'il existe des manifestations caractérielles ; peuvent être déclanchées par une situation conflictuelle.

Syndrome de Lennox-Gastaut dans la classification de l'épilepsie on le décrit comme une variante du petit mal, épilepsie myokinétique grave de la première enfance avec pointes-ondes lentes. Les crises sont souvent généralisés, le plus souvent toniques ; elle alternent avec des absences brèves, à début et fin progressifs, qui peuvent être de simples obscurcissements de la conscience, parfois avec d'automatismes et atonie. ⁶²

⁶² Verdoux et cols. 1993. Page 531.

Fugue des états confusionnels constitue une réaction aux hallucinations terrifiantes de l'onirisme. L'amnésie recouvre l'épisode. L'hypothèse organique est la plus probable et la recherche étiologique en est dirigée. Les causes toxiques, infectieuses, traumatiques ou métaboliques sont les plus probables. Ensuite on peut penser aux causes psychiques dont, les situations de stress post-traumatique.

Fugues dans les états de démence sont parfois conséquence d'idées paranoïdes centrées sur l'entourage. Peuvent être aussi la première manifestation du affaiblissement intellectuel dans un contexte de changement du cadre habituel ou dans un épisode dépressif.

Fugue du débile des sujets avec limitations moteurs ou praxiques, souvent dépendants, peuvent réagir avec une fugue devant une situation conflictuelle.

Errance

L'errance, est une déambulation sans logique ni but apparent. Elle n'est pas sans lien avec le voyage, ou plutôt « fugue », dont elle pourrait représenter un reste, lorsque le retour se révèle brusquement impossible.

L'errance est, dans la langue française, marquée d'une ambiguïté originale. D'une part il dérive du latin *iterare*, voyager, et l'errant est dans ce sens, celui qui voyage sans cesse. Un autre *errer*, aussi ancien, provient du latin *errare*, aller ça et là, marcher à l'aventure, puis au figuré, faire fausse route, se tromper. « Les deux homonymes ont fini par se confondre, laissant planer sur l'instabilité de l'errant la suspicion de l'erreur : il fait fausse route des tous les points de vue »⁶³.

Chez les patients psychiatriques les conduites de type errance et vagabondage sont essentiellement le fait des schizophrènes. On retrouve dans l'histoire de ces patients des antécédents de multiples hospitalisations avec échecs et ruptures des processus

⁶³ Fénelon. 1998. Page 98.

thérapeutiques. L'errance est souvent discontinue, avec des séjours de plusieurs mois dans une même ville, puis un nouveau départ. Même si des idées délirantes sont souvent retrouvées, et ont pu favoriser les premiers départs, les déplacements reflètent la désorganisation schizophrénique, et l'arrivée dans une telle ou telle ville paraît aléatoire. Une histoire de toxicomanie et de comportements délictueux est très fréquente. Ces patients schizophrènes *sans domicile fixe* –SDF- marginalisés posent évidemment un problème de santé publique.

L'errance, paraît mettre en relation une perte d'identification d'avec le corps social avec une mauvaise qualité d'échanges avec l'environnement et révèle des dysfonctionnements avec ses congénères. Il y a généralement une mauvaise interaction intrafamiliale et des perturbations des références à l'imgo-paternelle⁶⁴.

Voyage pathologique

La notion de voyage pathologique est introduite par Morel, Briand et Livet⁶⁵ qui avaient signalé « qu'il y a lieu de désigner ces voyages, voyages pathologiques et non fugues délirantes. En effet, le voyage pathologique ne comporte ni l'impulsivité, ni les troubles de la conscience de la véritable fugue. Le terme n'a pas été contesté depuis. C'est l'utilisation du voyage au sein du délire qui différencie nos patients les uns des autres »⁶⁶.

Ensuite, c'est à Lévy-Valensi (1935) que l'on doit d'avoir exhumé la notion d'aliéné migrateur pour la réserver aux cadres délirants et en éliminer définitivement les fugues.

Dans le livre de psychiatrie de Guelfi on ne trouve pas de définition du voyage pathologique en dehors du contexte délirant, ce délire est « aussi immédiatement agi qu'il est vécu, expliquant les conduites bizarres souvent observées : fugues, voyages pathologiques, bagarres, scandales, actes médico-légaux »⁶⁷.

⁶⁴ Scharbach. 1993. Page 580.

⁶⁵ 1914. « Trois cas de voyages pathologiques »

⁶⁶ Caroli et Massé. 1981. Page 829.

⁶⁷ Guelfi. 1987. Page 180.

Des nombreux voyages sont « bizarres » mais ce qui donne le nom « pathologique » d'un voyage est le propos du même. C'est le déplacement d'une personne sans raison autre que psychopathologique⁶⁸. « Le délire est le moteur du voyage »⁶⁹

Le voyage pathologique peut constituer le symptôme inaugural ou évolutif d'une pathologie neuropsychiatrique. Il se différencie des fugues réactionnelles ou délictueuses (même si ces éléments peuvent y être inclus), ainsi que des errances où domine une dimension confusionnelle.

Certains états psycho-organiques, avec confusion et amnésie, peuvent cependant être à l'origine de déplacements pathologiques : épilepsie à automatisme dit « eupraxique », traumatismes crâniens, prise de toxiques, lésions organiques. On trouve aussi des états anxieux et névrotiques (en particulier l'état crépusculaire hystérique) –voir les diagnostics différentiels dans la section des classifications psychiatriques actuelles-.

Le voyage pathologique s'agit d'un état morbide psychotique, maniaque ou délirant, avec risque d'issue suicidaire ; de psychoses délirantes, surtout (qu'il s'agisse de fuir des persécuteurs, de rejoindre l'objet d'amour érotomaniaque, d'obéir à une intuition ou une hallucination, ces voyages sont reliés à un vécu délirant qui les sous-tend) ; de voyages de schizophrènes, enfin, qui paraissent plus incompréhensibles, obéissant à une logique obscure imprévisible. « Le délire hallucinatoire, dans le cadre ou non, de l'automatisme mental, en serait le moteur le plus fréquent et le plus typique »⁷⁰.

Il y a aussi ceux malades qui voyagent « pour le voyage », un voyage qui est pathologique autistique, c'est l'exemple d'une personne citée par Caroli et Massé qui prend le métro pendant toute la journée sans un but spécifique « en récréant un système asilaire par le biais du voyage ».

⁶⁸ <http://dicopsy.free.fr/PATHO/v1.html#Voyage> ; <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/definition/conduite-psychologie/pathologie/voyage-pathologique-errance.htm>

⁶⁹ Dutray 2005. Page 67.

⁷⁰ Caroli et Massé. 1981. Page 829.

Le voyage peut ne pas être directement lié à une activité délirante mais à une idée suicidaire qui est le déclencheur du déplacement⁷¹. « C'est l'autoaccusation qui l'induit, c'est la nécessité de quitter brusquement le milieu familiale et se trouver inconnu dans un pays inconnu »⁷²

Le voyage pathologique constitue pour un individu une tentative désadaptée de résolution de ses conflits à travers un aménagement de sa réalité externe : par le changement de son cadre de vie, la prise de distance vis-à-vis des personnes et des situations avec lesquels on établit des liens conflictuels, le sujet met en scène un changement de sa propre vie⁷³. Le voyage pathologique vise à faire échapper à une quotidienneté intolérable, du fait des interactions affectives pénibles avec les membres de l'entourage et/ou à des conflits intrapsychiques non gérables au niveau de la psyché et de ses espaces, d'où rupture de l'homéostasie et recherche d'un autre équilibre court-circuitant les processus de mentalisation⁷⁴.

Caroli et Massé (1981) retrouvent, sur 214 dossiers à Sainte-Anne qu'une centaine appartiennent aux critères de fugue, le reste sont des voyages pathologiques. Pour eux il existe trois types de voyages pathologiques.

Voyage Pathologique simple : Quand le voyage est utilisé comme vecteur du délire, la fonction du voyage est d'obéir à l'idée délirante sans y être intégré. Les exemples de ce type de voyageur pathologique sont les persécutés, les érotomanes, les hallucinés, les paraphrènes, et les maniaques.

Dans cette classification on peut inclure le cas cité par Daumézon et Benoît⁷⁵. Il s'agit d'une femme qui s'enrichissait en « vendant de la bonneterie » par tout dans la France ; elle avait commencé à « vivre entièrement dans les chemins de fer où elle a

⁷¹ J'ai connu le cas d'un patient anglais, que dans un moment de détresse personnelle décide de venir à Paris et se jeter à la Seine des le pont Neuf. Il ne connaissait pas Paris, et il a réussi à sauter, malgré le fait d ne pas savoir nager, il a sauté en plein milieu du jour et des personnes on donné la signal d'alarme, il est récupéré vivant quelques minutes après par les pompiers.

⁷² Caroli et Massé. 1981. Page 831.

⁷³ Trystram. 1993. Page 573.

⁷⁴ Scharbach. 1993. Page 577.

⁷⁵ Daumézon et Benoît. 1955. Pages 236 -240.

contracté un abonnement permanent, ne touchant terre qu'à Paris chez une concierge qui accepte de recevoir les colis qu'elle y dépose ou fait déposer par ses fournisseurs ». Elle écrivait de temps en temps des lettres au Procureur de la République pour lui demander de l'aide contre des persécuteurs qu'elle retrouvait là où elle se déplaçait. Elle a un comportement avec ses clients tout à fait adapté, elle réussit dans ses affaires, mais elle se sent obligée de voyager sans arrêt, « dormir dans les trains et gares et seulement oser faire sa toilette ou dormir deux ou trois heures dans un hôtel en Normandie ».

Voyage pathologique secondaire : quand le voyage s'intègre au contenu du délire, « il s'agit du voyage pour le voyage, équilibrant peut-être, mais voyage pathologique parce qu'autistique ». Le voyage n'apparaît pas directement lié à une activité délirante, mais à une idée suicidaire qui est le déclencheur du voyage.

Voyage pathologique pur : quand le voyage a pour fonction d'obéir au délire, ou à l'hallucination, et de s'intégrer à son contenu.

LES CLASIFICATIONS PSYCHIATRIQUES

La *dissociation* terme utilise actuellement, a constitué un des thèmes majeurs de la psychopathologie et de la psychiatrie à la fin du XIXe et au début du XXe siècle. Il est évident que la plupart de termes utilisés faisaient partie de ce que l'on appelle fugue dissociative et non du voyage pathologique.

L'intérêt pour ce que l'on appellera les troubles dissociatifs va à nouveau croître dans les années 1980⁷⁶, à travers des études nord-américains, au sujet des personnalités multiples. Malgré tout, l'ensemble de troubles dissociatifs est sous diagnostiqué. Ils apparaissent comme tels dans le DSM III en 1980.

Les troubles dissociatifs du DSM IV-TR⁷⁷

Un trouble dissociatif se présente lorsque une personne se sent détaché d'elle-même ou de leur environnement. Comme un rêve ou comme s'ils vivaient au ralenti⁷⁸.

Il y a une rupture soudaine ou progressive, transitoire ou chronique, des fonctions normalement intégrées, la conscience, la mémoire, l'identité, ou la perception de l'environnement⁷⁹. Les personnes souffrant un trouble dissociatif ont perdu le sens d'avoir une conscience. Cette expérience se produit le plus souvent suite à un événement stressant, comme un accident où on a été victime ou témoin ; un traumatisme physique, une agression sexuelle, l'abandon, la mort d'un être aimé, des ennuis financiers ; difficultés interpersonnelles apparent insolubles, comportements criminels. Il peut se produire devant un état de fatigue extrême ou sous une grande pression psychique ou physique, par exemple lors d'une nuit blanche pour préparer un examen ; il a été décrit aussi devant le stress extrême pendant le temps de guerre ou après un désastre naturel⁸⁰. La dissociation agit

⁷⁶ Moyano. 2004. Page 534.

⁷⁷ American psychiatric association. 2004.

⁷⁸ Durand & Barlow. 2002. Pags 279-280.

⁷⁹ Kaplan. 1998. 832.

⁸⁰ Psychnet-uk : http://www.psychnet-uk.com/dsm_iv/dissociative_amnesia.htm

comme une défense contre un traumatisme. Elle va remplir la double fonction d'aider les victimes à s'abstraire du trauma au moment où il se produit et de retarder le travail nécessaire pour intégrer le trauma dans leur existence. En cas de refoulement, un clivage horizontal se crée et le matériel est transféré dans l'inconscient dynamique. La dissociation diffère de cela car elle produit un clivage vertical et les contenus mentaux existent dans une série de « consciences parallèles »⁸¹.

Il existe une comorbidité importante avec d'autres troubles ou situations de risque psychiatriques, par exemple dans les états dépressifs, troubles anxieux, les états conversifs, les états de stress aigu ou post-traumatique, dans la schizophrénie ou dans le trouble de la personnalité *borderline*⁸². Il y a une forte corrélation entre la dépersonnalisation et des signes psychotiques aigus dans la population étudiante⁸³. Les expériences dissociatives sont observées fréquemment dans la population générale, elles surviennent autant chez les sujets masculins que féminins et tendent à diminuer avec l'âge⁸⁴.

L'adolescence constitue un point crucial de transition et d'organisation pour les expériences dissociatives qui vont prendre part dans plusieurs processus pathologiques en cours.

Ces troubles peuvent se diviser en deux catégories : les épisodes de dépersonnalisation et les épisodes de déréalisation. Dans le premier, les perceptions s'altèrent et on perd le sens de sa propre réalité, de son vécu ou de son identité ; il y a une altération de nos procès mnésiques, de nos relations avec le monde ou nous mêmes. Dans le deuxième, on perd le sens du monde externe, les choses peuvent changer de forme ou de dimension.

L'influence de facteurs sociaux et culturels est évidente.

⁸¹ Kaplan. 1998. 832.

⁸² Freyberger. 2005. Page 893

⁸³ Moyano. 2004. Page 534

⁸⁴ Moyano. 2004. Page 535

Le diagnostic de trouble dissociatif est très rare, on retrouve dans la classification du DSM IV-TR le trouble dissociatif de l'identité ou de personnalité multiple ; le trouble de dépersonnalisation ; le trouble dissociatif non spécifié.

Amnésie Dissociative : C'est un ou plusieurs épisodes de perte significative de mémoire de sa propre information personnelle ou des événements personnels⁸⁵. A différence d'autres types d'amnésie, ne résulte pas d'un trauma tel qu'un coup à la tête⁸⁶. « Les symptômes principales sont des lacunes de mémoire liées aux événements traumatiques ou stressants qui sont trop extrêmes pour être expliqués par des souvenirs normaux »⁸⁷. L'amnésie dissociative est couramment retrouvée en temps de guerre⁸⁸.

Cette perturbation ne se produit pas exclusivement pendant un « désordre d'identité », ou une « fugue dissociative », ou un « désordre de somatisation » et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'un état médical général ou neurologique.

Les symptômes causent une détresse ou un affaiblissement médicalement significatifs avec des altérations du fonctionnement dans les secteurs sociaux, professionnels, ou autres. Il y a plusieurs sous-types :

L'amnésie localisée est présente chez un individu qui n'a aucune mémoire des événements spécifiques, habituellement traumatiques, qui ont eu lieu. La perte de mémoire est localisée dans une fenêtre spécifique de temps.

L'amnésie sélective se produit quand une personne ne peut pas se rappeler des événements spécifiques, en général traumatiques, ou de situations autour du trauma.

⁸⁵ L'amnésie d'identité a été décrite par Daumézon et Caroli (1974). Il est décrite chez « un sujet présent, conscient, suffisamment orienté, capable d'évoquer les informations très diverses sans lacune notable, ne peut par contre rien évoquer qui correspond à son passé et plus spécialement à ce qu'il a convenu d'appeler son identité.

⁸⁶ http://www.psychnet-uk.com/dsm_iv/dissociative_amnesia.htm

⁸⁷ <http://allpsych.com/disorders/dissociative/amnesia.html>

⁸⁸ Durand & Barlow. 2002. Page 282

L'amnésie généralisée est diagnostiquée quand l'amnésie d'une personne couvre sa vie entière ou au moins les 6 derniers mois.

L'amnésie continue se produit quand la personne n'a aucune mémoire pour des événements commençant d'un certain point dans le passé continuant jusqu'à présent.

L'amnésie systématisée est caractérisée par une perte de mémoire pour une catégorie spécifique d'information. Une personne avec ce désordre pourrait, par exemple, perdre tous les souvenirs d'un membre spécifique de la famille.

Fugue dissociative

Le symptôme primaire de ce désordre est le voyage –ou les voyages- inattendu loin du domicile, d'une incapacité de se rappeler des aspects importants de sa vie, et de l'adoption partielle ou complète d'une nouvelle identité. Les états de fugue s'interrompent habituellement de façon brutale. Il s'agit là de plus qu'une simple perte de mémoire parce que la fugue implique au moins un certain degré de désintégration de l'identité, voire l'adoption d'une nouvelle identité.

Une forme distincte de trouble dissociatif inexistant dans les cultures occidentales est l'*amok* et la plus part des victimes sont de sexe masculin. L'état d'*amok* s'apparente à une transe, les personnes sont souvent prises de fureurs durant lesquelles elles agressent brutalement, voire parfois tuent des animaux ou des personnes et ne s'en souviennent généralement pas⁸⁹. A l'exception de l'*amok*, la fréquence des troubles, dont le symptôme principal est la fuite, est plus importante chez les femmes, comme l'est également la fréquence du plus part des troubles dissociatifs⁹⁰. Les troubles impliquant la fuite sont appelés *pibloktoq* en arctique⁹¹ et *folie sorcière* chez les indiens Navajo.

⁸⁹ Saint-Martin. 1999. Page 66. Le terme *running amok* est d'utilisation courante aux EEUU et fait allusion à une action individuelle irrationnelle. Le mot est dérivé du malais *mengamok*, et la première description a été faite par le Capitaine Cook en 1770 en Malaisie. Les recherches psychiatriques l'ont décrit chez certaines tribus indigènes de Philippines, Porto Rico, Laos, Papoua Nouvelle Guinée.

⁹⁰ Durand & Barlow. 2002. Page 283

⁹¹ Landy (1985) fait une étude qui décrit comme le *pibloktoq* pourrait être causé par une hypervitaminose A.

Les causes sont semblables à celles de l'amnésie dissociative avec quelques facteurs additionnels. L'origine du trouble est psychologique, bien que des excès d'alcool puissent être un facteur prédisposant⁹². On pense souvent que la fugue est une maladie simulée parce que la fugue pourrait enlever la responsabilité des actions de la personne ou peut réduire son exposition à un risque (tel qu'une tâche dangereuse du travail). Beaucoup de fugues semblent représenter la réalisation déguisée du souhait. La fugue peut enlever le patient d'une situation embarrassante ou d'un effort intolérable, ou peut être liée aux issues du rejet ou la séparation ; et quelques fugues semblent protéger la personne contre des impulsions suicidaires ou meurtrières⁹³. Elle est plus fréquente chez le sujet adulte mais on a retrouvé des cas décrits des l'âge de 7 ans⁹⁴. Les patients avec un trouble de l'humeur et certains troubles de la personnalité (borderline, histrionique, schizoïde) en sont prédisposés. Au cours de leur fugue, les patients passent souvent inaperçus et ne semblent pas revivre de moment traumatisant de leur existence. Au contraire, ils mènent une existence tranquille, prosaïque et retirée ; s'occupent à des simples travaux, vivent modestement et en général n'attirent pas l'attention sur eux⁹⁵.

Le désordre disparaît seul, typiquement, les personnes se rétablissent et se souviennent de ce qu'elles ont oublié, et le pronostic est très bon. Il est extrêmement rare qu'il continue plus d'un mois⁹⁶.

Epidémiologie

La fugue dissociative est un trouble rare et on l'observe plus volontiers en temps de guerre ou lors des catastrophes naturelles.

Diagnostic différentiel des troubles dissociatifs

Il y a un grand nombre d'affections qui peuvent donner une symptomatologie similaire : démence ; délire (voyage pathologique) ; amnésie anoxique ; infections cérébrales (par exemple : herpès simplex des lobes temporaux) ; néoplasmes cérébraux (particulièrement limbique et frontal) ; sclérose en plaques ; amnésie

⁹² Kaplan. 1998. Page 838.

⁹³ http://www.psychnet-uk.com/dsm_iv/dissociative_amnesia.htm

⁹⁴ Moyano. 2004. Page 535

⁹⁵ Kaplan. 1998. Page 840.

⁹⁶ <http://allpsych.com/disorders/dissociative/fugue.html>

induite par une substance (alcool, sédatifs, anticholinergiques, corticoïdes, carbonate de lithium, antagonistes β -adrénergiques, pentazocine, phencyclidine, hypoglycémiant, marijuana, hallucinogènes, méthyl dopa) ; sismothérapie (ou autre important choc électrique) ; épilepsie ; troubles métaboliques (urémie, hypoglycémie, encéphalopathie hypertensive, porphyrie) ; amnésie post-commotionnelle ; amnésie des troubles du sommeil (somnambulisme) ; amnésie globale transitoire ; syndrome de Wernicke-Korsakoff ; amnésie postopératoire ; état de stress post-traumatique ; état de stress aigu ; troubles somatoformes (somatisation, trouble de conversion) ; simulation (en particulier avec une activité criminelle)⁹⁷.

Le déplacement que l'on peut retrouver dans le délire d'un voyage pathologique ou la démence se distingue de la fugue dissociative par l'absence de but et l'existence de troubles du comportement antérieurs à l'épisode.

Certaines épilepsies partielles peuvent être à l'origine de déplacements pathologiques, mais les patients n'adoptent pas de nouvelle identité et ces épisodes ne sont habituellement pas déclenchés par de stress psychologiques.

Le traitement n'est pas intrusif, typiquement la mémoire va retourner et le désordre va disparaître tout seul, il faut simplement lui donner du temps, le pronostic est en général très bon. La psychothérapie psychodynamique qui vise aider la personne pour reconstituer les souvenirs perdus aussitôt que possible, la résolution des conflits et situations stressantes et le développement de moyens mieux adaptés à leur confrontation. Elle permettra de retrouver la mémoire des événements traumatiques. Si l'amnésie est persistante, *l'hypnose*⁹⁸ ou des médicaments

⁹⁷ On pourrait ajouter à la liste le *syndrome de Munchausen*, décrit par Richard Asher en 1951 ; c'est un des exemples de la pathologie factice, il fait allusion aux personnes que, comme le baron de Munchausen au XVIIIe siècle, voyagent beaucoup et aussi mentent beaucoup en cherchant des bénéfices secondaires à l'attention médicale ; il est souvent présent chez des alcooliques et toxicomanes. Fénelon. 1998. Page 100.

⁹⁸ Il est intéressant comme les manuels de psychiatrie d'influence américaine, comme celui de Kaplan, mentionnent l'hypnose comme possibilité. « L'hypnose est un exemple de trouble dissociatif chez le sujet normal ». Kaplan. 1998. Page 832.

employés en anesthésié comme le Pentothal (thiopental – *le sérum de la vérité*) ou l'amobarbital, peuvent parfois aider à reconstituer la mémoire⁹⁹

CIM 10

Cette classification « universelle » inclut d'autres troubles dissociatifs à part ceux du DSM il y a aussi la stupeur dissociative, les troubles de transe et de possession, les troubles moteurs dissociatifs, les convulsions dissociatives, l'anesthésie et la perte de sensibilité dissociatives, les troubles dissociatifs mixtes (syndrome de Ganser¹⁰⁰, trouble de la personnalité multiple, troubles dissociatifs transitoires de l'enfance et de l'adolescence et autres troubles dissociatifs spécifiés) et troubles dissociatifs non spécifiés.

Dans le cas d'une fugue dissociative on compte les critères généraux pour les troubles dissociatifs :

G1. Il ne doit pas exister de signe de maladie physique pouvant expliquer les symptômes caractéristiques de ce trouble.

G2. Il existe des associations de temps convaincantes entre le début des symptômes et l'existence d'événements, de problèmes, ou de besoins stressants.

Et spécifiquement pour la fugue dissociative on retrouve que « le sujet entreprend un voyage imprévu mais cependant organisé, hors de chez lui ou de son site habituel de travail ou des activités sociales, et pendant lequel le sujet prend normalement soin de sa personne » et aussi qu'il existe une « amnésie partielle ou totale du voyage, l'amnésie est trop intense et trop persistante pour être expliqué par des oublis ordinaires ou par une simulation intentionnelle ».

⁹⁹http://www.psychnet-uk.com/dsm_iv/dissociative_amnesia.htm et Kaplan. 1998. Page 840.

¹⁰⁰ Le syndrome de Ganser correspond à la production volontaire de syndromes psychiatriques inquiétants au cours desquels on observe parfois des réponses approximatives (par exemple 4x5 = 21). Ce syndrome peut survenir chez des personnes souffrant d'autres troubles psychiatriques. La guérison est soudaine et le patient dit habituellement qu'une amnésie recouvre l'épisode en question. Kaplan. 1998. Page 851.

DECOMPENSATION PSYCHIQUE PENDANT OU APRES LE VOYAGE

« Jet-lag »

Au cours du voyage, la personne se voit confronté à des difficultés physiques et psychiques nouvelles qui vont nécessiter plus ou moins efforts d'adaptation.

Certaines pathologies liées au voyage sont connues depuis longtemps (maladies infectieuses, parasitaires, carencielles à bord des navires) et font aujourd'hui l'objet d'une prévention relativement efficace (vaccination, prophylaxie) et d'une nouvelle spécialité, la médecine du voyage¹⁰¹. Le « jet-lag » fait référence aux conséquences physiques liées au voyage et si elles se présentent, ses répercussions psychiques.

Cette décompensation est lié aux conditions particuliers du voyage comme le changement climatique (grand froid, forte chaleur, humidité, pluies, etc.), rencontrer des nouvelles cultures et populations, affronter la surpopulation ou la solitude, les risques sanitaires spécifiques, infections, parasites, etc. les infrastructures déficientes : routes ou pistes en mauvais état, ressources sanitaires précaires, etc.

Il est très important le décalage horaire, le dépassement rapide de plusieurs fuseaux horaires abouti à une double désynchronisation, celle des rythmes biologiques par rapport aux nouvelles coordonnées solaires ; et celle interne par ajustement inégale dans le temps de différents *pacemakers* biologiques (température, cortisol, sommeil paradoxal et le cycle veille-sommeil)¹⁰²

Le syndrome du jet-lag associe une asthénie, des troubles gastro-intestinaux avec inappétence, des céphalées, une diminution des performances physiques et des capacités cognitives¹⁰³, une irritabilité, une labilité thymique, des troubles de sommeil et enfin, une somnolence diurne.

¹⁰¹ Zuckerman. 2002. Page 260.

¹⁰² Waterhouse et cols. 2002. Page 54.

¹⁰³ Kwangwook. 2000. Page 1. Il y a une augmentation du cortisol chez les voyageurs, à cause du jet-lag ou du stress ; en tous cas, chez les personnes exposés chroniquement au jet-lag il y a comme

Des études récentes font penser que les sujets âgés, avec des habitudes quotidiennes plus rigides ou avec une prédisposition à la fatigue sont en désavantage¹⁰⁴.

La différence de sexe, à cause des dérèglages du cycle menstruel ou le désir de garder une image de *macho* des hommes est en faveur des hommes pour avoir moins de probabilités d'avoir un *jet-lag*. La connaissance de l'endroit où on voyage favorise la stabilité ainsi comme l'habitude à voyager ou la facilité de dormir pendant le voyage.

La mélatonine a été proposée comme traitement vu que c'est une hormone qui régule les niveaux du cortisol et le rythme thermique après une stimulation du cerveau –l'hypothalamus- effectué par la lumière. Les sécrétions normales de mélatonine changent avec l'âge, elle commence à se dérégler avec la vieillesse et chez les enfants d'un à trois ans elle augmente pendant la nuit¹⁰⁵.

On pourrait donc penser que certaines décompensations psychiques avec forte labilité thymique, que s'observent dans les cas de voyages lointains transmériidiens, seraient favorisées par des désynchronisations et pourraient correspondre à une forme extrême de *jet-lag*¹⁰⁶. Cet épisode survient chez une personne sans antécédents psychiatriques dans les jours qui suivent l'arrivée.

Des études des cycles hormonaux chez les personnes schizophréniques donne comme résultat que, chez un malade en rupture de traitement neuroleptique, il y a une diminution de la sécrétion de mélatonine pendant la nuit, il y a des niveaux élevés de dopamine pendant la journée et une augmentation des concentrations de prolactine. Donc, hypothétiquement, la prédisposition des schizophrènes à avoir des

conséquence une diminution des performances cognitives, par exemple un déficit de l'attention ou une diminution de la compréhension du langage non verbal. L'étude ne peut pas conclure si ces altérations sont temporaires ou permanents.

¹⁰⁴ Waterhouse et cols. 2002. Page 54.

¹⁰⁵ Des nombreux troubles mentaux ont montré un dérèglement pathologique dans la physiologie du cycle circadien et dans la sécrétion de mélatonine. On propose la mélatonine par exemple dans le traitement des épisodes dépressifs liés aux changements de saison.

¹⁰⁶ Zittoun et cols. 1994. Page 698.

altérations hormonales peut se déclencher par le jet-lag et générer une crise psychotique¹⁰⁷.

Il y a une évidence qui lie les épisodes thymiques aux anomalies du rythme circadien il y a moins d'études par rapport aux épisodes psychotiques. Il y aurait une réaction paranoïde transitoire qui s'attribue au changement d'environnement, aux endroits méconnus, la présence des étrangers, l'inactivité et la sensation d'isolement¹⁰⁸.

Il y a aussi une similarité entre les critères de dépression et ceux du jet-lag, dysphorie, apathie, perte de l'énergie, perturbations du sommeil et de la concentration, un majeur risque d'anxiété, d'irritabilité et moments de perturbations psychosomatiques¹⁰⁹.

Les perturbations du sommeil se voient aussi chez les maniaques. La manque de sommeil peut déclencher des épisodes hypo maniques ou maniaques¹¹⁰.

Décompensation à cause de l'endroit visité

Parfois, selon les conditions du voyage dans un autre pays et la personnalité du voyageur, on parlera de perte des repères, choc culturel, étrangeté, dépaysement, stress, fatigue et décalage horaire. C'est ainsi qu'un voyage qui commence le plus

¹⁰⁷ Katz et Cols. 2001. Page 22.

¹⁰⁸ Katz et Cols. 2001. Page 20. Il cite les articles de Shapiro. "A study of psychiatric syndromes manifested at an international airport" en 1976 et "Airport wandering as a psychotic symptom" en 1982. Shapiro a décrit 359 cas des évaluations psychiatriques à l'aéroport International Kennedy. 38% ont été diagnostiqués avec schizophrénie paranoïde, 36,4% avec autres types de schizophrénie, 2,2% avec une psychose maniaco-dépressive, 2,7% avec une réaction psychotique dépressive, 13% avaient une pathologie cérébrale qui incluait l'alcoolisme ou la prise de drogues.

¹⁰⁹ Katz et Cols. 2001. Page 21.

¹¹⁰ Dans certains services psychiatriques on continue à utiliser la « privation du sommeil » comme une possibilité dans le traitement de la dépression.

souvent comme un rêve devenant enfin une réalité, se transforme parfois en un cauchemar, au services des urgences d'un hôpital.

Les différences socioculturelles et économiques en fonction de chaque pays, peuvent être considérables et ressentis différemment pour chaque personne. Dans ce contexte on compte les changements de langue, de l'écriture, de système symbolique, de statu social, les démarches administratives, les valeurs morales, les comportements et codes sociaux, la situation de pauvreté et ses conséquences « visibles » : mendicité, bidonvilles ; la force émotionnelle suscitée par les villes d'art, l'implication mystique et religieuse de certains voyages, l'attente initiatique, etc. Si on ajoute au stress « normal de la situation » l'éloignement du cadre de vie quotidien, il va s'accroître l'impact des situations imprévues ce qui fait apparaître des manifestations d'anxiété, qui peuvent causer une décompensation psychopathologique.

Les lieux touristiques sont un endroit de confrontation avec l'altérité, où celle-ci va se produire ou atténuer. « L'attrait du lointain, de l'ailleurs, est l'un des grands ressorts aussi bien de l'imaginaire que du voyage touristique, mais les conséquences n'en sont jamais tout à fait maîtrisables et maîtrisés. »¹¹¹

Le fait de voyager transforme, « ce changement est parfois radical, et inattendu... en route pour le voyage, chacun ignore ce qu'il y vivra... qu'est ce qui nous satisfait, nous fait plaisir, nous frustre ou nous déstabilise »¹¹². La plupart des fois les touristes sont à la recherche des transformations et d'enrichissement personnel, et seulement dans des cas exceptionnels on pourrait utiliser pour le voyage les adjectifs pathologique, thérapeutique ou pathogène.

Une autre catégorie de voyageur lointain est l'expatrié qui part pour une situation de travail. Il va avoir, généralement, des meilleures conditions économiques que la population locale et l'adaptation dans le pays d'immigration ou le retour dans son pays d'origine peuvent causer des difficultés psychiques. L'expatrié qui part dans un

¹¹¹ Ceriani 2005 Page 78

¹¹² Dutray 2005. Page 59.

pays qui a des problèmes de sécurité peut habiter dans une « prison dorée »¹¹³ ; un endroit d'où il ne peut sortir qu'accompagné et avec une limitation des visites possibles. Son intégration ne va pas être toujours facile, la population autochtone peut le rejeter ou simplement être indifférente, d'où la tentation à s'isoler et ne partager qu'avec le groupe d'expatriés. Ce groupe a aussi des habitudes auxquelles il faudra s'adapter. La crise psychique surviendra un certain temps après l'arrivée, mais elle peut être aussi très importante.

Ces voyageurs qui décompensent pendant ou après un voyage vont présenter des symptômes psychotiques sans atteindre dans la plupart des cas un épisode psychotique. Dans tels symptômes on retrouve des sentiments d'étrangeté, voire une déréalisation ou une dépersonnalisation, associés ou non à des idées paranoïdes. Il n'est pas rare de se sentir « persécuté, observé, discriminé ou méprisé » dans un pays où la différence ethnique fait évidente la condition de l'étranger, du touriste qui pourrait acheter les services ou produits des natifs ou de celui qui vient pour profiter des situations avantageuses.

On peut donc inciter une préparation des voyages de patients de la part des médecins traitants, ce n'est pas seulement le fait de prescrire, mais aussi évaluer ses risques lors du voyage ; surtout chez les sujets avec un trouble chronique stabilisé, ceux qui viennent de passer une décompensation psychique, ou ceux avec seulement des antécédents lointains. Il s'agira alors de juger la qualité de l'encadrement en fonction de la destination, mais aussi de juger si le moment du voyager est le plus opportun, en gardant à l'esprit que le voyage à l'étranger n'est toujours pas la meilleure façon de guérir d'un épisode dépressif, même infraclinique.

Syndrome de Stehndal

Le docteur Graziella Magherini décrit ses observations faites à l'hôpital de Florence. C'est la présence de manifestations psychopathologiques bruyantes et souvent

¹¹³ Bracco. 2002. Page 4.

brèves survenues au cours d'un voyage dans une ville d'art. Il résulterait d'un choc subjectif produit par la contemplation d'une oeuvre d'art majeur.

Le nom attribué au syndrome vient d'un passage du livre autobiographique de Stendhal *Rome, Naples et Florence* écrit en 1817. Il raconte comme dans une visite à l'Eglise de *Santa Croce* il contemple longtemps les fresques de *Volterrano* et comme conséquence il éprouve, un vertige, une crise d'angoisse accompagnée d'un malaise que lui obligent à quitter l'église. L'unique possibilité qu'il trouve pour retrouver *la calme* était de lire un poème de Foscolo : *Les sépulcres*¹¹⁴.

Magherini s'appuie sur l'importance que Freud donne au voyage et à la rencontre avec les oeuvres d'art. « pendant ses voyages, sous le coup des chocs éprouvé lors de sa visite des sites artistiques, Freud vit un moment d'expansion, de découverte de soi, et c'est pourquoi les objets d'art sont aussi des objets transitionnels au travers desquels se révèlent des nouveaux fragments de sa personnalité »¹¹⁵. Freud a introduit dans la pensée occidentale un changement que l'on n'a pas vraiment mesuré « *l'inconscient ignore le temps* »¹¹⁶ ce qui peut expliquer la symptomatologie de déréalisation et dépersonnalisation.

Ainsi, des touristes qui présenteraient un malaise similaire à celui de Stendhal, arrivent à la consultation psychiatrique où travaille le docteur Magherini. Ces personnes ont aussi un vif intérêt en visiter la capitale de la « Renaissance » et sa satisfaction se transforme en un malaise. « Leur humeur s'assombrit, devient dépressive et il éprouvent une inquiétante impression de dissolution de leurs limites, de morcellement et de sensations de quitter leur corps. Ces troubles relativement

¹¹⁴ Le texte de Stendhal est cité par Haddad & haddad. 1995. Pages 62-63 : « Florence, 22 janvier 1817. Avant-hier, en descendant l'Apennin pour arriver à Florence, mon cœur battait avec force. » Il sait que dans cette ville ont habité Dante, Michel-Ange, Léonard de Vinci et que « la civilisation a recommencé ». Une fois à la *Santa Croce* il retrouve les tombes de Michel-Ange, Alfieri, Machiavel et Galilée ; puis il demande à voir les fresques de Volterrano. Dans ce contexte il arrive à « un point d'émotion où se rencontrent les sensations célestes données par les beaux-arts et les sensations passionnés ». Il sort de l'Eglise et pour « partager son émotion » il ne peut retrouver qu'un ami : Foscolo et ses vers.

¹¹⁵ Dutray 2005 ; page 66.

¹¹⁶ Haddad & Haddad. 1995. Pages 67. « Pour aborder l'inconscient il y a plusieurs processus décrits par Freud, le rêve, l'acte manqué, le mot d'esprit, mais aussi certains fragment du vécu, les chapitres d'une histoire personnelle, la lecture d'un ouvrage, la rencontre d'un homme ou une femme, hors même de l'expérience amoureuse, le voyage et la confrontation à un chef d'oeuvre artistique »

fugaces, disparaissent sans laisser des séquelles »¹¹⁷. Il y a une désorientation temporelle et le passé et le présent se mêlent, la catégorie du temps paraîtrait abolie, on est clairement devant d'une épisode dissociatif.

Néanmoins, dans le même « syndrome de Stehndal » Magherini rapporte la possibilité d'une symptomatologie bien différente, il y aurait chez des touristes ayant éprouvé une violente émotion devant des œuvres d'art, le déclenchement des crises psychotiques avec hallucinations et délires.

Le mécanisme décrit dans le syndrome de Stendhal est la perturbation de l'image corporelle et la perception du temps induite par la confrontation avec l'œuvre d'art. Mais dans sa statistique initiale, elle trouve qu'aucun des touristes italiens ne présente les troubles décrits. Il se pourrait donc que ce soit le contexte du voyage, ce qui génère le syndrome. Le voyage qui arrache le sujet à son cadre habituel de vie, exacerbe sa sensibilité et le rend réceptif à des symboles refoulés et soudain rencontrés dans le réel.

Il est aussi curieux voir que dans les cas de Magherini, les personnes originaires des EEUU qui souffrent du syndrome par rapport aux européens ont une relation très inférieure. La différence serait le caractère subjectif de celui qui visite la ville, plus importante pour l'européen qu'y rencontre les *origines de sa culture*¹¹⁸. Il n'a pas non plus de décalage horaire chez les européens. Le jet-lag n'aurait pas d'influence dans l'origine du syndrome.

Syndrome d'Inde

Les services consulaires français ont considéré nécessaire ouvrir un service psychiatrique pour l'attention des épisodes psychopathologiques des touristes en Inde. Celui-ci, le « syndrome de l'Inde », a été décrit par Régis Airault¹¹⁹.

¹¹⁷ Ibid. Page 64.

¹¹⁸ Ibid. Page 65.

¹¹⁹ Dans son livre *Fous de l'Inde, délires occidentaux et sentiments océaniques* Airault propose que « l'expérience indienne invite à une exploration de l'originaire » et cela peut faire apparaître des

Sauteraud fait partie d'une des premières équipes médicales qu'a travaillé en Inde, il fait une étude par rapport aux rapatriements sanitaires en France et il retrouve que la plupart des épisodes psychotiques proviennent d'Asie-Océanie, principalement l'Inde, le Népal et la Thaïlande¹²⁰. Il évoque que l'hypothèse de la consommation de psychotropes comme déclencheur pourrait ne pas être toujours l'explication –comme on pensait pendant les années 70 quand commence le tourisme à la recherche de toxiques-. Son expérience en Inde le fait penser que la spécificité culturelle de ces cultures est un facteur d'attraction auquel sont sensibles les psychotiques, au monde intérieur d'étrangeté, aux angoisses de dépersonnalisation, aux idées délirantes, en rupture totale avec leur milieu d'origine. Mais tout le monde peut avoir transitoirement une interprétation délirante, dans un pays où on est « regardé » et « poursuivi ».

Les travaux de Dutray racontent comme dans « la palette des touristes rencontrés, un très faible nombre présentait des symptômes psychiatriques avérés. Mais une part beaucoup plus importante des voyageurs évoquait des moments transitoires de déstabilisation psychique »¹²¹. Il s'agit ici aussi de symptômes dissociatifs.

Une fois en Inde, le processus d'adaptation est très difficile et le touriste est vite déçu au moment de confronter son idéal du voyage avec la réalité. « Ce stress au cours du voyage peut générer de l'anxiété et des troubles somatiques. La littérature anglo-saxonne rend compte de certaines de ces difficultés par le terme –choc culturel-. Terme forgé par Oberg en 1960. Le choc culturel est assimilable à un continuum de manifestations allant de l'anxiété à la dépersonnalisation »¹²²

décompensations psychiatriques graves. Airault soutient que « l'Inde peut rendre 'fous' les occidentaux » (cité par Dutray 2005. Page 66), mais il ne nous explique si c'est à cause de notre imaginaire ou de ses propriétés mystérieuses.

¹²⁰ Sauteraud et cols. 1993. Page 593

¹²¹ Dutray 2005. Page 60.

¹²² Dutray 2005. Page 65.

Syndromes de Paris – New York

On décrit depuis quelques années les syndromes de Paris et New York surtout chez les touristes japonais qui ont idéalisé leur voyage à « la ville la plus belle du monde » ou « à la capitale du monde » et qui peuvent se retrouver déçus devant des situations d'insécurité ou violence.

Le service qui, à Paris, reçoit la plus part des touristes est l'hôtel Dieu et ils ont décrit des expressions particulières comme une dépression conduisant les touristes parfois à une tentative de suicide, voire à des délires de persécution. Malgré cela ils n'ont pas une statistique détaillée¹²³.

Syndrome de Tahiti

Le syndrome de Tahiti ou des voyageurs en Polynésie, est aussi une manifestation psychopathologique après le voyage chez une personne qui n'a aucune pathologie psychiatrique avant le départ¹²⁴. Dans son article, Petit parle de trois mythes qui accompagnent les voyageurs en Polynésie :

Mythe du Robinson. Les exilés volontaires dans des îles désertes où ils pourront se retrouver face-à-face avec une nature vierge et rebelle, dans une contemplation spéculaire qui ne serait pas troublé par le regard de ses congénères. Certains sont manifestement mûs par une démarche psychotique.

Mythe du bout du monde. Les personnes qui cherchent les lieux mystérieux et lointains, en général de difficile accès... où se situent les restes de civilisations disparues, civilisations mères détentrices *du grand secret*. Il y a souvent des délirants mystiques que s'y pressent.

Mythe de la nouvelle Cythère. Celui du Bougainville et de la *pensée Rousseauiste*, avec son aveuglement face à une réalité beaucoup plus prosaïque, faite de guerres

¹²³ Propos recueillis directement en entretien avec le Dr Dantchev du service de psychiatrie de l'hôtel Dieu.

¹²⁴ Petit et cols. 1993. Page 588.

tribales et de sacrifices humains. C'est le mythe de l'enfance de l'humanité, de l'île paradisiaque. Le voyageur souffre de désillusions devant la réalité tahitienne qui n'est pas paradisiaque, et on y retrouve pollution, embouteillages... et tensions sociales.

Syndrome de Jérusalem

Le syndrome de Jérusalem a été décrit par Bar-El du service de psychiatrie de Jérusalem. C'est la première « ville sainte » dans laquelle on a documenté son influence pour générer des manifestations psychotiques ou hystériques.

Il s'exprime le plus souvent par des troubles légers –malaise diffus, angoisse modérée, insomnie – accompagnés d'une exaltation de la pensée. Mais parfois il peut se présenter une crise psychotique avec confusion, excitation, hallucination et délire¹²⁵. Cette affection entraîne généralement l'hospitalisation ou le rapatriement immédiat du voyageur.

Le *jet-lag* plus la signification spéciale religieuse de la ville peuvent servir au déclenchement de la crise. Jérusalem est une ville qui regroupe plusieurs caractéristiques, le sacré, le religieux, l'historique et qui a une grande importance et signification pour plusieurs peuples : les Juifs, les Chrétiens et les Musulmans. Quand les gens rêvent avec Jérusalem, ils ne voient pas la Jérusalem moderne et politiquement polémique, ils pensent à la ville religieuse de la bible. Depuis 1980, les psychiatres à Jérusalem ont trouvé une augmentation du nombre des touristes qui arrivent et font une décompensation psychotique. Comme le phénomène était consistant et régulier, on a centralisé les patients vers le Kfar Shaul Mental Health Centre pour un conseil psychologique, une intervention psychiatrique et, s'il s'avère nécessaire, une hospitalisation. Entre 1980 et 1993, 1200 touristes avec problèmes

¹²⁵ Haddad & haddad. 1995. Pag. 62.

mentaux générés par sa visite à Jérusalem y sont allés ; 470 ont été hospitalisés ; en moyenne, une centaine de patients sont vus par an dont 40 sont admis à l'hôpital¹²⁶.

Les médecins de cet hôpital ont décrit trois sous-groupes de patients dans le syndrome de Jérusalem¹²⁷.

Type I. C'est quand le syndrome se surimpose à une maladie psychotique préexistante. Son voyage en Israël est directement corrélé avec sa « condition mental et l'influence des idées religieuses»

Il se sous divisé en quatre –Les trois premières sont des idéations délirantes qui ont motivé le voyage-.

Type I (i) Les patients vont présenter une identification psychotique avec une des descriptions de la bible. Les juifs vont s'incliner pour l'ancien testament et les chrétiens pour le nouveau.

Type I (ii). Les patients s'identifient avec une idée, politique ou religieuse et arrivent en Israël pour la mettre en œuvre.

Type I (iii). Idéation magique concernant la « sainteté » de l'endroit et ses possibilités miraculeuses par rapport à la santé.

Type I (iv). Problèmes familiaux qui finissent en une crise psychotique à Jérusalem. Les personnes expriment ses difficultés mentales en termes de difficultés dans sa famille. C'est un sous type difficile à différencier mais les individus ont tendance à revenir souvent à Jérusalem et cela déclenche une crise psychotique.

Type II. Le syndrome de Jérusalem est surimposé à une idéation idiosyncrasique compliquée. Il s'agit des personnes avec un trouble mental comme une personnalité pathologique ou une idée obsessionnelle fixe mais sans une pathologie psychotique évidente.

Type II (i). S'applique aux individus qui se retrouvent dans un groupe aux croyances mystiques.

¹²⁶ Bar-El et Col. 2000. Page 86.

¹²⁷ Bar-El et Col. 2000. Page 86.

Type II (ii). Moins courant, il s'applique aux sujets qui voyagent seuls.

Type III. La forme discrète du syndrome de Jérusalem et non confondue avec une pathologie mentale préexistante. C'est peut-être « la plus fascinante ». L'individu a une crise psychotique en Israël et plus précisément à Jérusalem, sans avoir des antécédents de pathologie psychiatrique. Il aurait une récupération spontanée et progressive après quitter le pays jusqu'au revenir à l'état précédent. –Il s'agit ici de troubles dissociatifs-

C'est le type « pur » du syndrome de Jérusalem. Il est peu courant ; il y a eu 42 cas entre 1980 et 1993.

Pour rentrer dans cette classification, il faut, d'abord, que le patient n'ait pas d'histoire psychiatrique, qu'il ne consomme pas de toxiques et qui n'ait pas des problèmes significatifs dans son travail ou sa famille ; et que la personne arrive à Jérusalem comme un simple touriste.

Ces patients ne présentent pas des hallucinations auditives ou visuelles, ils gardent contact avec la réalité, ils répondent à leur nom mais demandent à pouvoir « accomplir leur mission ». Cette condition revient à la normale après 5 ou 7 jours, pas nécessairement dû au traitement, mais il est quand même nécessaire.

Après la récupération, le patient peut se rappeler de ses actions mais il y a une certaine réticence à en parler ; ce qui fait difficile sa compréhension. Seulement quatre des quarante-deux ont répondu au questionnaire élaboré par l'équipe médicale qui les a accueilli et que l'on les avait envoyés au domicile.

Syndrome de Ulysse

« Le syndrome de l'immigrante avec stress multiple et extrême »¹²⁸. Le syndrome Ulysse a été présenté en Espagne au 7ème Congrès National de Psychiatrie au mois de novembre 2002.

¹²⁸ Description faite par le Pr. Joseba Achotegui. Psychiatre directeur du SAPPPIR (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) de l'Hôpital de Sant Pere Claver à Barcelone. Le document que j'utilise comme référence m'a été confié directement par le Pr. Achotegui.

L'expatrié, celui qu'émigre à la recherche d'une meilleure situation économique ou social se retrouve dans un pays d'accueil qui lui pose des conditions et lui exige des comportements qui dépassent les capacités d'adaptation des individus ; ils sont exposés à des situations de stress qui génèrent des manifestations psychopathologiques.

Selon l'équipe d'Achotegui, le syndrome d'Ulysse, du voyageur en quête de son foyer, affecte en particulier les immigrants non communautaires qui sont illégaux ou qui peuvent le devenir. Ce syndrome ne retrouve pas encore sa place dans le DSM IV, il s'agirait d'une symptomatologie dépressive avec caractéristiques atypiques dans laquelle les symptômes dépressifs s'associent avec les troubles anxieux, somatomorphe et *dissociatif*. Il constituerait une catégorie autonome qui serait entre les troubles adaptatifs et les troubles de stress posttraumatique.

Les critères diagnostics vont se retrouver en cherchant dans ces autres troubles mais sans jamais les remplir complètement :

Pour le trouble dépressif : tristesse, pleurs, manque d'estime de soi, sentiment de culpabilité, manque d'intérêt sexuel.

Pour les troubles anxieux : perturbations excessives et irritabilité.

Pour les troubles de somatisation : altération du sommeil, céphalées et fatigue.

Et finalement ceux qui m'intéressent le plus pour cette recherche, dans le trouble dissociatif il y aura des troubles de dépersonnalisation associés à une confusion spatio-temporelle et à des symptômes de troubles d'identité dissociative.

L'origine du syndrome est le « deuil migratoire »¹²⁹ et celui-ci se distingue des deuils pour la perte d'un être aimé. En effet, l'objet de deuil – le pays d'origine – ne disparaît pas. Alors, il « existe » toujours la possibilité de retourner au lieu d'origine. Dans ce sens, le deuil migratoire est causé par une séparation et non par une perte. Le fantasme de retour transforme le deuil en quelque chose d'infini et de difficile à élaborer.

Le deuil migratoire est un deuil de temps (au sens que c'est pendant cette période où la personne est en dehors de son pays qu'il y a des événements nouveaux qui s'y

¹²⁹ Il détaille sept composants du deuil migratoire : deuil de la famille et des amis ; deuil de la langue ; deuil de la culture ; deuil de la terre ; deuil pour la perte du niveau social ; deuil causé par la prise de risques physiques ; deuil de son ethnie d'origine.

produisent) et comme un deuil par l'espace (parce que la distance génère la séparation physique de la famille, du paysage et du climat).

Cette caractéristique du deuil en rapport au temps et à l'espace explique les intenses anxiétés confusionnelles qui touchent ces malades. C'est pour cela que le travail thérapeutique doit organiser la personne dans le temps et dans l'espace.

PSYCHANALYSE ET VOYAGE

Freud et voyage

Freud, dans le commentaire qu'il fait sur « la Gradiva » de Jensen, se livre à l'analyse du voyage pathologique de Norbert Hanold, héros de Jensen. Il montre comme un délire peut surgir chez le névrosé et peut l'amener à des pérégrinations à premier vu insensées. « Le voyage à Pompéi, à la recherche des empreintes si particulières laissées sur le cendre par les pieds de Gradiva, constitue un type parfait de l'acte accompli sous l'empire d'un délire »¹³⁰. Le cas devrait être qualifié de délire et non de paranoïa. Freud à ce passage fait une analyse du délire comme un compromis entre l'érotisme réprimé et les puissances psychiques dans un état de refoulement.

« Deux caractères principaux distinguent le délire d'autres perturbations. En premier lieu, il appartient au groupe des états pathologiques qui n'ont pas une influence immédiate sur le soma, mais qu'il se manifeste uniquement par des symptômes animiques ; en deuxième, il se caractérise par le fait que dans le délire, la fantaisie acquière la domination suprême » ; c'est-à-dire, se retrouve dans le sujet et influe dans ses actes. Ainsi, le voyage de Hanold¹³¹ à Pompey à la recherche des traces

¹³⁰ Freud. 1996. Tome II. El delirio y los sueños en la « gradiva » de W. Jensen. Pages 1285-1336. Hanold est un jeune archéologue qui découvre dans un musée de Rome une figure qui l'attire depuis le premier moment. « La figure représente une fille, complètement formée, qui en attitude de marche, récupère ses vestes et permet de voir ses pieds ». Cette figure « prend vie dans son imagination » et il le nomme « Gradiva » -« celle qui avance »-. Il l'imagine fille d'un édile Patricio qui habite en Pompey. Il continue à penser et rêver avec cette figure et finalement, il part à Pompey dans sa recherche, motivé par une « sensation indéfinie ». Une fois à Pompey, il la voit « il s'agit d'une hallucination de l'archéologue, perturbé par le délire, d'un fantôme « réel » ou d'une personne en chair et en os ? ». Il semble que c'était une vraie personne parce que son passage a « dérangé un lézard ». On apprend plus tard qu'il s'agissait d'une jeune allemande qui s'appelle Zoé, mais le délire d'Hanold lui fait penser que c'est un fantôme que se réincarne à midi. Zoé écoute attentivement les délires et interprétations d'Hanold, elle n'en est pas dérangée et lui permet de « se libérer de son délire ». Une fois guéri de son délire, il comprend que cette fille est une amie d'enfance qui était amoureuse de lui.

¹³¹ Arnold, a un rêve dans lequel il se trouve à Pompey et il voit « sa Gradiva ». Au réveil, il jette un coup d'œil par la fenêtre et croit la voir vivante, sans y réfléchir il part à sa recherche. Freud. 1996. Pages 1288-1289.

de Gradiva constitue un excellent exemple de voyage pathologique. Pour Freud il s'agirait d'une « érotomanie fétichiste », mais il précise qu'il « ne faut pas oublier que toutes ces qualifications et divisions de délire, basées dans son contenu, son très insécures et inutiles »¹³²

Le voyage de Hanold dans la Gradiva résulte ainsi de la « mobilisation des forces de résistance contre l'assaut de la nostalgie amoureuse... il témoigne d'une tentative de fuite devant l'aimée en chair et en os qui est présente... [Le voyage] équivaut pratiquement à une victoire du refoulement »¹³³

L'autre référence au voyage que j'ai trouvé est quand Freud raconte ses souvenirs d'un voyage en train vers l'Italie, Freud se rappelle d'un voyage qu'il avait réalisé pendant son enfance, il a éprouvé à ce moment-là des sentiments *incestueux* pour sa mère. « Il désira voir *matrem nudam* »¹³⁴. Il se rend compte que cet épisode peut expliquer la difficulté qu'il ressentait pour voyager en train. Celui-ci est l'origine de la théorie du *complexe d'Œdipe*¹³⁵. Une fois analysé cet épisode, Freud est retourné plus de vingt fois en Italie et chaque fois avec un sentiment de bonheur qui faisait partie de sa créativité¹³⁶

Freud élaborera son œuvre, la psychanalyse, dans un incessant va-et-vient entre Vienne et l'Italie dans la période de 1894 à 1901. A partir de 1905, déjà reconnu comme maître, il deviendra *guide* pour ces accompagnateurs aux voyages en Italie auxquels il semblerait les avoir choisi pour *transmettre* la psychanalyse. Il s'y rend

¹³² Freud. 1996. Page 1307.

¹³³ Freud. *Délires et rêves dans la Gradiva de Jensen*. Cité par Haddad et Haddad. 1995. Page 111.

¹³⁴ Haddad & Haddad. 1995. Pag13.

¹³⁵ Peut-on associer l'Italie avec la mère de Freud ? Haddad & Haddad (1995) font une équivalence entre *Amar Italia* (aimer l'Italie) et *Amalia*. (Page 14). Plus loin ils s'aventurent avec l'association *Amar Italia*, *amalia* et *marta* les noms de sa mère et son épouse respectivement, et aussi associent la syllabe *ma* qui est présente dans les deux noms *ma-ma* -mère- (page 120).

¹³⁶ Haddad & Haddad (1995) font une autre association dans l'historique des voyages de Freud en Italie. La première fois qu'il y va c'est en 1876, invité par le professeur Carl Claus qui lui offre une bourse pour étudier les *testicules des anguilles*. Il existe donc, un lien entre *l'Italie et la sexualité* depuis le début. Freud même évoque dans *l'interprétation des rêves* en l'attribuant à une patiente, l'association de mots : *gen Italien* (vers l'Italie) / *Genitalien* (organes genitaux). Haddad et Haddad. 1995. Pages 78-79.

avec Minna, la sœur de sa femme et importante collaboratrice, puis avec Ferenczi, Rank et en dernier avec Anna sa fille.

Un regard analytique

Le 16 février de 1907 à Vienne dans la réunion de la société psychanalytique, l'ordre du jour est le compte rendu d'un livre fait par Stekel concernant la psychologie du vagabond, Stekel dit, « c'est la pulsion de fugue qui est à l'origine du vagabondage » ; Adler de sa part « le symptôme du vagabondage est lié à l'accomplissement du désir ; courir est l'activité auto-érotique propre au vagabond » ; pour Rank « chez le vagabond, la défense s'exprime par une fuite devant le milieu » ; pour Kahane « le vagabondage est héréditaire ; voyez les tziganes » ; Federn « le vagabond est un névrosé qui ne peut adapter sa vie pulsionnelle aux conditions sociales ». Sadger « ce *wandertrieb* est symptôme de tares héréditaires ». Hirschmann « le vagabondage est un équivalent masturbatoire ». Freud « d'accord avec vous, le vagabond fuit ses pulsions et l'amour d'objet ; mais ne serait-ce pas, aussi, un problème sociologique ? ». Il nous rappelle l'importance du contexte et du regard intégral du patient.

On pense à la pulsion comme origine du voyage pathologique « toute pulsion implique activité, mouvement, déplacement, marche ». Pour Haddad & Haddad, il existe une pulsion qu'ils appellent *viatorique*, c'est pulsion de la marche et du voyage. « La poussée provient de l'énigmatique appel de l'Ailleurs, de l'Inconnu, de l'Autre, que l'homme perçoit du fait même d'être sans cesse aiguillonné par le signifiant et la parole. L'objet en jeu dans cette singulière pulsion serait l'espace lui-même, que la pulsion découpe en boucles. Le voyage commence par un départ, arrachement angoissant à un lieu d'origine. Mais le retour est inscrit déjà dans ce départ. C'est une boucle qui enserme en son centre le noyau de l'énigme, la cause véritable du voyage dont le dévoilement ne s'effectue qu'a posteriori et qui marquera de son

empreinte la vie du sujet »¹³⁷. L'organe lié à cette pulsion *viatorique* est la plante du pied et son contact avec le sol.

Les explications de Freud par rapport aux pulsions règlent la relation du sujet avec l'univers qui l'entoure. Les pulsions orales et anales permettent à chacun de se définir par rapport à ses nécessités vitales, au temps, à la culture, aux hommes. La pulsion *viatorique* est le lien avec l'espace¹³⁸. La théorie freudienne du délire explique que « le sujet construit une tentative, parfois réussie, pour reconstruire son être brisé. D'une manière analogue, la fugue ou le voyage pathologique révèlent l'existence d'un désarroi, mais aussi peuvent constituer la tentative de réaffirmer l'appartenance à l'humanité, née de la marche et du voyage¹³⁹.

Le voyage est *une mise en acte d'un fantasme*¹⁴⁰, le voyageur part, dans la réalité à la recherche du parent imaginaire. Ne se sentant plus limité dans son désir, le sujet est absorbé par ce mouvement fantasmatique.

Mais ce sentiment d'élation, véritable *vertige subjectif* peut à l'extrême se transformer en un trouble psychiatrique. Le sujet ne se trouve plus alors renvoyé qu'à sa propre image, dans un jeu de miroir qui n'est plus interrompu par le regard de l'autre – regard de l'autre auquel le sujet désirait précisément se soustraire en partant en voyage-.

Le concept de pulsion *viatorique* permet aussi d'éclaircir ce que l'on appelle une « clinique de l'espace », en particulier qui permette regarder de près l'*agoraphobie*¹⁴¹. Le patient agoraphobique souffre d'une angoisse paralysante devant certains espaces, rues, places, marchés... et fini pour rester enfermé chez lui. « Freud essaie de l'expliquer en faisant une idée d'équivalence entre le sol –que le patient craint de fouler- et le corps maternel »¹⁴²

¹³⁷ Idem. 1995. Pag. 25.

¹³⁸ Idem. 1995. Pag. 28.

¹³⁹ Idem. 1995. Pag. 28

¹⁴⁰ P.L. Assoun. Cité par Zittoun et cols. 1994. Page 698.

¹⁴¹ Nommé par Westphall, médecin allemand en 1872.

¹⁴² Haddad & haddad. 1995. Pag. 30

« Pour Freud les voyages en Italie et en Grèce ont été les voies nécessaires au franchissement de *l'inconscient* »¹⁴³. Le voyage serait un catalyseur dans le dévoilement de l'inconscient, le contraste violent avec les lieux habituels qui dépaysent. Mais pourquoi cette nécessité d'un détour par une terre étrangère pour accéder aux zones les plus secrètes de son âme ? Cette difficulté révèle cette caractéristique du *sujet freudien, sujet de l'inconscient en tant que sujet de l'exil*. Sans rupture avec la terre natale et maternelle, comment une telle assomption se produirait-elle ? « En affirmant que l'inconscient est *une autre scène* hors de portée de notre regard, Freud affirmait bien la structure d'exil de cette instance. Ces données structurales se trouvent imaginairement mises en jeu par l'activité du voyage. La visite des terres étrangères *de-paysantes* est un exil provisoire et maîtrisé qui permet à l'homme de pénétrer l'énigme douloureuse de son exil à soi-même, de cette torsion douloureuse du *cogito* de Lacan : "Je pense là où je ne suis pas, je suis là où je ne pense pas " »¹⁴⁴

Une cure psychanalytique ressemble au voyage. Souvent les forces de résistance semblent, dans un premier temps, venir au bout des assauts de nostalgie amoureuse. Mais ensuite, la nostalgie amoureuse réapparaît en pleine lumière. Freud écrit : « Toute cure constitué une tentative de libérer l'amour refoulé, amour refoulé ayant trouvé dans un symptôme, pour pauvre issue, un compromis »¹⁴⁵

On peut considérer aussi le voyage comme l'opportunité de rencontrer l'étranger et que comme Hölderlin considère, que *le propre* puisse accéder à lui-même par « *l'épreuve de l'étranger*, de sorte que la loi holderlienne de la fondation dans le langage est une loi de *l'amour de l'exil* »¹⁴⁶

¹⁴³ En 1904, au cours d'une excursion sur l'Acropole, il retrouve un malaise que se transforme en sentiment d'irréalité et de désorientation spatio-temporelle. Freud compare cet incident « au mouvement dépressif qui éprouvent certains sujets au moment de la réalisation de leur désir au lieu d'éprouver une satisfaction ; il serait un sentiment amorti de culpabilité, d'un reproche qu'il adresse à lui-même d'avoir dépassé le père ». Haddad & Haddad. 1995. Pages 70

¹⁴⁴ Haddad et Haddad. 1995. Page 124.

¹⁴⁵ Idem. Page 111.

¹⁴⁶ Benslama. 1999. Page 54.

Mais le refoulement est aussi « terre étrangère interne »¹⁴⁷ et les pulsions, fantasmes et impulsions témoignent que le « moi n'est pas maître dans sa propre maison », que comme considérait Lacan, l'inconscient est le *lieu de l'Autre* ; il faudrait donc faire un voyage intérieur à sa recherche et peut-être on se donne des outils au moment de réaliser d'autres types de voyages.

¹⁴⁷ Idem. Page 55.

CAS CLINIQUES

The Piano Man

Au mois de mai 2005, un annonce est publiée dans le site d'assistance nationale aux personnes perdues en Angleterre, il y apparaît la photo d'une personne¹⁴⁸ : « Un homme qui a entre 20 et 30 ans, errait près de la plage de Sheerness, à Kent, tard la nuit du 7 avril 2005. Il était trempé, comme s'il venait d'avoir été dans la mer », il portait un costume noir formel, une cravate et une chemise blanche et toutes les étiquettes avaient été enlevées de chaque article de ses vêtements. Il est décrit comme « grand et mince avec les cheveux bruns courts. Il y a très peu qui est connu à son sujet car il n'avait pas parlé avec le personnel de l'hôpital psychiatrique où il se trouve, mais il a du talent pour jouer le piano classique ».

On s'est aperçu de sa virtuosité au piano quelques jours après son arrivée à l'unité de santé mentale à Dartford, quand on lui a donné papier et crayon pour qu'il écrive son nom, il s'est mis à dessiner un drapeau suédois et un piano à queue. La première fois qu'il a pu faire du piano à la chapelle de l'hôpital, « il y est resté des heures », selon son assistant social. Fin mai, il avait déjà un piano installé dans sa chambre pour qu'il puisse jouer et composer de la musique ; les psychiatres vont ensuite proposer un traitement par art thérapie.

La nouvelle est reprise par la BBC¹⁴⁹, on l'appelle déjà le « piano man ». Les assistants sociaux qui s'occupent de son cas ne réussissent pas à avoir la moindre information de sa part, il ne parle pas et ça fait déjà plus de trois mois que l'on l'a retrouvé à Kent.

L'information voyage dans le monde à grande vitesse et le Service d'assistance nationale de personnes perdues a reçu plus de 1000 appels et une bonne quantité d'e-mails au sujet de l'homme qui communique seulement par la musique.

¹⁴⁸ <http://www.missingpersons.org/looking.asp>. Cas 05-002720.

¹⁴⁹ Informations apparues dans le site de la BBC News. Les jours : 16, 17, 18, 19, 20, 21, 29 et 31 mai et 02 juillet 2005. Callers seek to name « Piano man ».

Plus de 250 noms possibles ont été étudiés et suivis dans plusieurs pays du monde, en Italie, France, Espagne, Pays-Bas, Suède, et en dernier en Norvège, on se demande qui peut bien être ce personnage égare en Angleterre. Plusieurs personnes font des déclarations pour confirmer qu'ils ne sont pas le « piano man », un français, un tchèque, un italien, entre autres, ont fait des apparitions dans la télévision nationale. Les assistants sociaux ont contacté plusieurs orchestres européens pour les demander s'ils le connaissaient.

Les déclarations de police confirment qu'il est en bon état de santé physique, « des analyses physiologiques ont été pratiqués » et il « continue à manger et boire » normalement. Il est très anxieux mais il se calme au moment de jouer au piano.

On se pose beaucoup de questions, plusieurs hypothèses par rapport à ce qui lui est arrivé le 7 avril sont étudiés, mais il n'y a pas d'un trauma physique, peut-être psychique ; on le compare avec David Helfgott qui est resté des années dans un hôpital psychiatrique jusqu'au moment qu'il recommence à faire du piano.

La dernière information publiée, le 2 juillet, dit que l'on suit la piste de la Norvège. Il aurait signalé dans une carte la ville capitale, Oslo. On y a pensé parce qu'un bateau norvégien aurait du se trouver dans les environs où il a été trouvé. Néanmoins, le traducteur qui lui a rendu visite n'a pas pu obtenir un seul mot de sa part.

Au 20 juillet il est encore à l'hôpital.

Il pourrait bien s'agir d'un voyageur pathologique, d'une personne qui fait une fugue dissociative, d'une personne avec un syndrome de Ganser ou une personnalité pathologique grave. Je pense que pour ce que l'on décrit et son apparente amnésie on est devant d'un des rares cas de fugue dissociative.

Monsieur P

Il est âgé de 26 ans lors de son arrivé dans l'hôpital où je l'ai retrouvé, il est originaire d'un pays de l'est, il change de nationalité à cause de raisons ethniques à l'âge de

21 ans. Il a été amené par le SAMU social au CPOA¹⁵⁰ après d'être retrouvé errant dans Paris et présentant des « troubles de comportement »¹⁵¹, il parle uniquement en anglais avec les soignants.

Selon le CPOA, à son arrivée, Monsieur P a une présentation incurieuse et bizarre ; il a un comportement théâtral avec rituels. Dit être venu en France pour « vendre son art », des choses faites en céramique avec « l'or rouge », à ma connaissance il a pu communiquer en sa langue maternelle avec un des infirmiers originaire aussi de l'Europe de l'est.

Il dit ne pas avoir de parents ou qu'ils sont inconnus. Il « a compris que ses parents ne sont pas ses parents génétiques et pour cela il a changé son nom », en effet, depuis moins de six mois il a changé son nom et prénom pour d'autres que ne rappellent pas son origine d'Europe de l'est.

Il est anxieux et il a des comportements paranoïdes, « il se sent à l'écoute », il vérifie ce qu'il y a à l'intérieur du « thermomètre auriculaire » ; il est méfiant et pense que l'on va l'envoyer en prison. Il est hétéro agressif

« Dit vouloir partir car beaucoup de problèmes dans sa vie ». « Il voit pendant tout le temps des gens qui vendent de la drogue dans la rue. Il a peur de se faire contaminer et cela va perturber son hémoglobine »

« Il dit qu'il a trois enfants, il n'est pas marié et ne connaît pas les dates de naissance des enfants, leurs noms ou où ils sont ». Il exprime des idées délirantes « je dois faire des analyses de mon sang parce qu'il y a des gens qui utilisent les cellules de mon sang pour faire des expériences, ils mettent mes cellules avec un peu de beurre dans le sang de mon chien pour le contaminer avec du cancer »

« Il dit qu'il n'a jamais été hospitalisé en psychiatrie mais qu'il a travaillé en psychiatrie. Sa profession et de lire des livres de philosophie », il affirme que « il n'a

¹⁵⁰ CPOA Centre Psychiatrique d'Orientation et Accueil. Les autres services où généralement on accueille à Paris les personnes en voyage pathologique sont le service psychiatrique de l'hôtel Dieu et l'IPPP Infirmerie Psychiatrique de Police à Paris.

¹⁵¹ Dans le cas où la personne ait commis un délit ou son état puisse perturber la sécurité propre ou des autres personnes. Article 122-1. Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité : « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

jamais eu du traitement, comme traitement il fait du sport et il a acheté une ferrari de couleur rouge pour 500.000 euros. »

Il prend difficilement son traitement, il est sedaté avec une forte dose de neuroleptique et benzodiazépine *per os*.

Il a un « délire à mécanisme intuitif et interprétatif à thème de persécution » et c'est clairement le cas typique de voyage pathologique.

On décide de l'adresser en HDT d'urgence¹⁵² comme HS -hors secteur- sur un hôpital de psychiatrie publique (c'est souvent le cas des sans domicile fixe ou des personnes en voyage pathologique à Paris). La demande d'hospitalisation a été signée par un des infirmiers du CPOA.

Des son arrivée il pose immédiatement des soucis au service, il est agité et un traitement sédatif important est mis en place ; il ne parle pas français, il s'exprime en anglais que n'est pas sa langue maternelle ni celle de son pays d'adoption. Il est très délirant et a des attitudes d'écoute révélatrices des hallucinations auditives. L'échange avec lui est compliqué et tourne rapidement vers la violence physique, il doit donc, passer un certain temps en chambre de sécurité et il a eu pendant toute son hospitalisation un traitement neuroleptique assez fort.

Une fois sedaté, il se rend compte qu'il peut échanger avec l'équipe et les patients et devient « de plus en plus collant, il fouille dans les placards », il rentre pendant les réunions d'équipe, il interrompt en n'importe quel moment et demande des entretiens chaque fois.

¹⁵² Selon le code de la santé publique, la loi du 27 juin d 1990 « loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » régit les hospitalisations dans le champs de la psychiatrie. Il y a trois possibilités d'hospitalisation en France. L'hospitalisation libre (HL) quand la personne est d'accord pour se faire hospitaliser, peu recommandée en cas des voyageurs pathologiques. L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) quand la personne nécessite une hospitalisation mais elle n'en est pas d'accord, une tierce personne peut demander, dans l'intérêt du malade, de le faire hospitaliser, c'est une décision médicale. Et finalement une hospitalisation d'office (HO) quand la pathologie du malade mette en danger sa sécurité ou celle de son entourage, c'est une décision préfectorale, de l'inspecteur de police ou du maire.

Il est toujours très délirant et on ne va pas réussir à le contrôler, il sera seulement plus apaisé. Il se sentait rassuré par le fait d'avoir des entretiens médicaux assez souvent, il n'avait rien de concret à dire ou à demander mais j'avais l'impression que le fait de pouvoir échanger quelques mots en anglais le soulageait.

Il a fugué plusieurs fois de l'hôpital, mais il se retrouvait perdu dans la ville et acceptait de se faire conduire à nouveau à l'hôpital facilement.

Il a des comportements bizarres, il ramasse des objets dans le parc, il les garde dans sa chambre ou se promène avec. Il s'entoure avec des draps ou les coupe pour les mettre aux pieds. Il met des gants jetables aux mains. Il ne dort pas bien, il est souvent réveillé pendant la nuit et dérange les autres patients.

Ce n'était pas la première fois qu'il venait en France, il était venu une fois auparavant, on ne réussit à avoir plus d'information.

L'équipe infirmière a dû appeler très souvent du renfort pour lui faire prendre son traitement *per os* ou pour l'appliquer en intramusculaire.

Il réussit à communiquer avec un infirmier qui parle la langue de son pays d'origine, cet infirmier y a fait ses études de médecine presque vingt ans avant, mais son diplôme n'a pas été reconnu en France.

Un mois c'était passé avant que je fasse connaissance de Monsieur P. Sa situation était bloquée, on ne connaissait pas sa famille, il disait connaître une personne en France, mais ses coordonnées étaient erronées. L'assistant social ne trouvait pas de solution pour réaliser le rapatriement, Monsieur P n'avait pas d'assurance de voyage, on ne connaissait pas son domicile, ses antécédents, son traitement, pratiquement aucune information. Les échanges en anglais avec lui étaient difficiles, toujours délirant il décrivait ses propos mégalomaniaques pour étudier la pyramide du Louvre ou pour faire des grands projets architectoniques.

Il a dit au moment donné qu'il a changé de nom pour échapper à ses trente sosies génétiquement identiques. Ses parents ne sont pas ses parents, il serait peintre, et appartiendrait aux services de sécurité internationaux « LNA »

Il a un déni de la maladie mais accepte pour le moment le traitement proposé.

Pendant les entretiens avec M P, j'ai réussi à avoir le nom de son médecin traitant. J'ai fait ensuite une recherche en internet des hôpitaux de sa ville d'origine et des praticiens qu'y travaillent. J'ai montré la liste à M P qui a reconnu un des hôpitaux. J'ai, par fortune, trouvé le nom du médecin qu'il m'avait dit et ensuite je les ai contacté par mail. Initialement en anglais, j'ai établi un lien avec le service de presse et des affaires étrangères de l'hôpital. Un mois et demi les démarches pour son retour sont bien avancées, il est au courant et demande clairement son désir de retourner dans son pays

J'y demande des renseignements par rapport à M P, il n'y est pas connu. Je demande ensuite pour son ancien nom et évidemment il y est connu, il y a passé des deux mois et un mois d'hospitalisation en deux hospitalisations.

Je communique maintenant en français avec la déléguée de presse à qui je demande de me mettre en rapport avec son médecin traitant pour voir les conditions du rapatriement.

Le premier échange a été un peu difficile et ils ont refusé de prendre en charge le patient ou de faire quoi que ce soit pour le rapatriement ; j'ai tout de suite compris que pour eux le système psychiatrique est différent et qu'ils ne sont pas « obligés » à le rapatrier. L'unique chose qu'ils peuvent faire est de faire une consultation de son arrivée pour évaluer si le patient est d'accord avec une possible hospitalisation.

Une fois l'hôpital contacté, on a pu avoir les coordonnées de la famille et un de ses cousins s'est débrouillé pour nous téléphoner et aussi lui permettre de parler avec sa mère.

D'autre côté on se met en rapport avec le consulat de son pays. Ils sont très aimables et nous aident à prévoir l'achat du billet d'avion

On a contacté une association humanitaire qui aide au rapatriement sanitaire des personnes, sa famille ne pouvant pas s'occuper économiquement du voyage. L'association n'a pas beaucoup d'expérience en psychiatrie et il s'agit de personnes volontaires qui partent à l'étranger pour accompagner des personnes, le plus souvent des enfants, que se retrouvent en France et sont rapatriés. Le consulat nous a aidé pour avoir l'autorisation du médecin de la compagnie aérienne pour la réalisation du voyage de retour.

J'ai échangé quelques mots par téléphone avec son médecin, qui m'expliquait qu'il

devrait être d'accord en une consultation des son arrivée.

Finalement, après deux mois d'hospitalisation, il a pu rentrer dans sa ville. Il a été reçu par une ambulance qui l'a transporté directement à l'hôpital. Son accompagnateur s'est retrouvé tout seul et sans connaître la langue locale ; c'est la famille du patient qui vient dans son aide et l'héberge pendant une nuit chez eux. Il me racontait après qu'il s'agit d'une famille très humble, qu'il a ses deux parents et un ou deux frères. Sa chambre était dans un état assez désorganisé mais ils étaient rassurés de le voir retourné.

Il serait sculpteur et ça faisait plus de trois mois et demi qu'il était parti de chez lui.

Monsieur A

« Patient de 28 ans qui est adressé par le CPOA au titre de Hors Secteur pour la prise en charge en hospitalisation libre d'un voyage pathologique chez un patient schizophrène chronique ».

Voilà le début du compte-rendu de l'interne qui le reçoit au centre d'accueil d'urgence. Il arrivait cette après-midi-là depuis la Bretagne. Il a pris un train avec ses dernières économies pour se rendre à Paris. Mais Paris n'était pas sa destination, il avait prévu continuer jusqu'à Verdun, chez sa belle-sœur, la femme de son frère aîné qui habite à Verdun (son frère se trouvait en Afghanistan avec l'armée française).

Au moment d'approfondir son histoire, il me raconte que depuis deux mois il est en arrêt de travail, les choses ne se passaient pas bien avec son patron et il demande à son médecin généraliste de l'arrêter. Il passe aussi des moments difficiles chez lui, ou mieux, chez sa mère où il habite. Il dit qu'elle « est une personne très compliquée qui ne l'aime pas, qui lui demande de l'argent pour payer ses dettes à elle, qui est agressive et c'est elle qui a signé les demandes d'hospitalisation » quand il s'est retrouvé hospitalisé contre son gré dans d'autres hôpitaux psychiatriques toujours dans des villes différentes.

Il dit avoir été des l'année 1995 jusqu'au 2000 au moins trois fois hospitalisé, parfois pour plus d'un mois. Il arrêta son suivi et son traitement psychiatrique des sa sortie, sauf la dernière fois quand il a continué à prendre son « haldol décanoas », mais un

jour au début 2001, il a fait une tentative de suicide en prenant tout son traitement et même les ampoules d'haldol. Après il avait seulement un suivi irrégulier par son généraliste.

Il me dit que depuis cet épisode « il n'a plus bougé de chez lui », il reste dans sa ville mais il y a eu une période de quelques mois où « ses voisins parlaient trop fort, pas méchamment ou contre lui, mais cela lui empêchait de dormir », donc, il « prenait son vélo et faisait des centaines de kilomètres pendant la nuit pour retourner le matin chez lui et se coucher ». Cet « exercice physique lui ferait aussi oublier la sensation de faim et il pouvait manger moins ».

Dans ses antécédents on retrouve une prise de toxiques, drogues synthétiques et cannabis, importante qu'il essaierait de réduire « de lui-même actuellement, il ne prend du cannabis depuis plus d'une semaine » ; mais, j'apprends le lendemain qu'il aurait un suivi en addictologie à cause d'une dépendance aux médicaments.

En précisant un peu sur sa décision de partir de chez lui, il m'explique que après son arrêt du travail il a décidé de faire une coupure dans sa vie et il quitte le domicile maternel. Il a commencé pour aller dans la ville d'à côté pour essayer de trouver un logement et un nouveau travail. Il a été hébergé dans des foyers d'urgence pendant quelques jours mais il devait ensuite les quitter, il change deux ou trois fois avant de revenir chez sa mère. Il y a une semaine, il y a eu une dispute avec sa mère, elle aurait pris de l'argent de son compte à lui pour la donner aux personnes qu'elle doit de l'argent, il sort et à son retour au soir, « elle avait changé la serrure ». Il se voit « forcé à partir » et décide de retourner dans un foyer ; cela ne tient que quelques jours jusqu'au moment qu'il décide de partir chez sa belle-sœur, « qui n'appartient pas à la famille maternelle et qui pourrait lui comprendre et lui aider ». Je lui demande si elle était au courant de sa visite, il me dit que non parce « qu'il n'a pas son numéro de téléphone, tous ses affaires sont restés chez lui ».

On lui demande s'il veut que l'on contacte sa mère, il n'est pas d'accord, il est fâché envers elle et les dernières fois elle « a signé pour le faire hospitaliser, il sait maintenant que c'était pour son bien, mais cette fois-ci c'est lui qui entreprend la démarche de consulter en psychiatrie ».

Pendant l'entretien, j'ai une certaine empathie avec Monsieur A, je voulais lui aider, je voulais comprendre l'intention de son voyage, je voulais savoir si son intention

était délirante ou pas. J'ai fini pour penser que, malgré ses antécédents et qu'il délirait maintenant en me disant qu'il avait « perdu toute sensibilité somatique », il ne s'agissait pas d'un voyage pathologique.

Il me dit qu'il s'est senti très bien accueilli à Paris. Il s'était adressé d'abord à l'hôpital Lariboisière à côté de la gare de l'est, on lui avait écouté et on lui avait adressé dans un « autre centre » (le CPOA) où il a pu « se reposer dans un fauteuil ». Il n'avait pas mangé mais il était « content de pouvoir rencontrer des personnes si attentives ».

J'ai donc décidé de le garder en hospitalisation pour qu'il puisse se reposer et se remettre en question par rapport à son voyage et au moins qu'il essaye de contacter sa belle-sœur avant d'y aller.

Le surlendemain, en commun accord avec le médecin qui l'avait pris en charge, il est reparti pour Verdun. Il avait prévu, des son départ initial, arriver en train à Paris et continuer en auto-stop en deux étapes, d'abord jusqu'à Reims et ensuite jusqu'à Verdun. Il pensait qu'une fois faite cette coupure, peut-être il pourrait retourner chez sa mère pour récupérer ses affaires et retravailler.

Ce cas m'a beaucoup touché, d'abord parce que j'ai connu Monsieur A pendant mon écriture de cette recherche, ensuite parce qu'il avait été considéré un voyageur pathologique par deux médecins différents avant d'arriver dans mon service et finalement parce que j'ai considéré qu'il était schizophrène chronique mais que ça démarche ne faisait pas partie d'un délire et on ne pouvait que lui permettre de se reposer avant d'un nouveau départ.

Je me demande maintenant ce qui s'est passé pour lui et j'espère qu'il a eu un bon accueil par sa belle-sœur.

RAPATRIEMENT SANITAIRE PSYCHIATRIQUE

L'histoire des rapatriements sanitaires psychiatriques débute pendant la deuxième guerre mondiale avec les militaires qui décompensaient et étaient rapatriés à son pays d'origine dans des avions spécialement aménagés. Ensuite, dans les années 60, il y a une première compagnie qui s'est créée « SOS International » de Copenhague¹⁵³. Dans les années 70 les sociétés d'assistance se démocratisent en France. Les contrats d'assistance dérivait des contrats d'assurance vie et maladie ce qui excluait les maladies psychiatriques, il y avait une ségrégation des maladies honteuses même encore aux années 80¹⁵⁴.

Un patient psychiatrique qui se retrouve à l'étranger doit affronter plusieurs difficultés pour pouvoir retourner au pays.

Les différentes catégories de voyageurs, expatriés, touristes, travailleurs humanitaires ont des motivations différentes du voyage et pour tant, la prise en charge est aussi différente. Le retour au pays d'origine constitue le premier acte fondamental de la prise en charge thérapeutique.

Il nécessaire de mesurer le risque que le patient peut représenter pour les autres, fait qui limite le retour dans une compagnie aérienne classique. La plus part des rapatriements se font actuellement dans des lignes régulières.

La couverture financière du transport peut devenir une limitante importante ; les compagnies d'assistance médicale ont des clauses qui varient et peuvent refuser de payer le transport, notamment si le patient a eu une hospitalisation en psychiatrie dans les six derniers mois.

Les compagnies d'assistance médicale se sont elles aussi développées pour répondre aux désirs des voyageurs. La particularité du rapatriement psychiatrique

¹⁵³ Vérébély. 1982. Page 1267.

¹⁵⁴ Dans l'article de Vérébély en 1982 il expose les difficultés des voyageurs à se faire rapatrier en cas de maladie psychiatrique, qui était considéré automatiquement comme chronique, donc, qui ne donnait pas le droit ; sauf dans le cas d'un premier épisode où le médecin régulateur décidait « à son libre arbitre ou pour un bon vouloir commercial ».

est telle que les compagnies ont progressivement compris l'importance de disposer d'une équipe spécialisée pour gérer ces situations¹⁵⁵.

Les troubles psychiatriques représentaient en 1993 15 à 20% des rapatriements sanitaires¹⁵⁶. Les pathologies délirantes aiguës représentent environ la moitié des cas psychiatriques faisant l'objet des rapatriements. Ensuite viennent les troubles thymiques non délirants avec un 20%, les troubles anxieux avec 10% et l'alcoolisme et la toxicomanie avec 5%, d'autres tableaux complètent la statistique¹⁵⁷.

Dans le procès d'assistance médicale il y a trois temps, l'investigation, la décision et l'exécution. Toutes ces étapes ont un caractère thérapeutique qui est centralisé chez le médecin régulateur. Dans environ 30% des cas, l'hospitalisation s'impose et parfois le patient est déjà hospitalisé lors du premier appel¹⁵⁸.

Le médecin peut recourir à prescrire à distance avec l'aide d'un médecin interposé ou en ajustant les doses des médicaments que le patient prend habituellement.

Organisation du retour qui peut s'effectuer selon trois modalités, si le trouble est léger et répond bien à l'ajustement des doses proposées, le patient peut revenir dans la date prévue et continuer son séjour.

Si le trouble est léger et le patient ne souhaite pas poursuivre son séjour qui lui génère anxiété ; si l'entourage est soutenant, un retour anticipé est organisé sans accompagnement médical.

En dernier si le trouble est sévère il se justifie le rapatriement médicalisé dans un délai qui reste à préciser, compte tenu des soins préalables nécessaires pour

¹⁵⁵ Recassens. 2002. Page 5 et Zittoun et cols. 1994. Page 696.

¹⁵⁶ Sauteraud et cols. 1993. Page 591.

¹⁵⁷ Zittoun et cols. 1994. Page 697. Cette statistique peut se comparer à celle de Vérébély. 1982. Page 1270. Sur une centaine d'appels pour patients « psychiatriques » classifiés selon les critères français de l'époque, 28 ont fait une bouffée délirante aiguë –BDA-, 8 crises maniaques, 8 épisodes committaux (on retrouve encore l'épilepsie incluse dans les troubles psychiatriques), 6 épisodes confusionnels, 5 équilibres psychopathiques, 5 « crises de nerfs », 2 réactions paranoïaques aiguës, 2 psychoses puerpérales, 2 crises de conversion hystérique, 2 pré-delirium tremens et 1 démence sénile. On a donné suite à 78 cas.

¹⁵⁸ Recassens. 2002. Page 6 et Zittoun et cols. 1994. Page 697

préparer le patient, du temps de montage de la mission et pour avoir un médecin sur place.

Une fois que la décision de rapatriement est prise, la mission doit être montée et effectué dans des délais rapides (24 à 72 heures)¹⁵⁹. Les objectifs sont de ramener le patient dans son pays d'origine que ce retour s'inscrive dans un processus de soins de l'épisode.

La notion de « retour stabilisé » est à réévaluer et reste un problème par rapport aux exigences des compagnies. Une stabilisation complète en psychiatrie ne s'obtient que rarement. Un épisode psychotique peut être traité, souvent avec les médicaments desquels on dispose dans le pays qui accueille la personne, mais l'échange verbale n'est pas toujours évidente et il semble illusoire une « rémission » de l'épisode seulement avec une pharmacothérapie. On assiste souvent à une aggravation ou une non réponse aux neuroleptiques, conduisant à des rapatriements différés avec des patients très endormis et en contention physique.

Actuellement, avec le contact par téléphone, le médecin commence à préparer le retour sans que soit visée la disparition des symptômes. Dans ces conditions, avec des doses de médicaments efficaces, il devient possible d'effectuer des rapatriements des patients en état « subaigu, ce qui suppose de la part du médecin transporteur une bonne connaissance des pathologies psychiatriques et des traitements psychotropes.

Pour les compagnies d'assurance, le voyage pathologique est considéré comme un acte symptomatique, le voyageur part malade. Les patients qui ont des antécédents psychiatriques mais qui sont stabilisés peuvent décompenser à cause de l'arrêt de leur traitement, à l'absence de suivi régulier, à la prise de toxiques ou l'insuffisance d'encadrement dans des lieux qui mettent à preuve la solidité psychique.

Chez le patient sans antécédents, la plus part des cas¹⁶⁰, il devient très important de suivre son histoire personnelle pour essayer de comprendre le rôle du voyage dans le déclenchement de la crise, peut être il est plus fragile pour supporter les

¹⁵⁹ Recassens. 2002. Page 6 et Zittoun et cols. 1994. Page 697.

¹⁶⁰ Zittoun et cols. 1994. Page 698.

adversités, ou ils sont les facteurs maîtrisables comme le jet-lag ou la prise de médicaments qui génèrent la crise.

DISCUSSION

Le voyage pathologique m'a donné la possibilité d'explorer « la psychopathologie du voyage ». J'ai pu faire une approximation médicale des différentes situations et diagnostics différentiels. Dans un futur proche, la continuation sera toujours au tour du voyage, de l'immigration et les processus d'adaptation.

Je me rends compte que la recherche isolée n'a pas beaucoup de sens dans ce monde globalisé. Dans les siècles XIX et XX, les différences entre la psychiatrie française et l'américaine ont bien été établies. Malheureusement, ces différences nous amènent à des travaux individualistes, parfois répétitifs. Il s'agit de deux façons de penser que l'on a du mal à comparer mais il me semble important que, par exemple dans le cadre de ce DEA, on puisse le faire.

Le voyage pathologique est un concept exclusif français, il a donné lieu à multiples articles depuis qu'il a été décrit par Foville et qu'il a été à la mode grâce aux travaux de Tissié et Charcot et qui a présenté un fort impact social à cause des répercussions médico-légales. On a vu comme la dispute théorique devient l'origine des différences entre la psychiatrie et la neurologie à cause des discussions à faveur ou contre les automatismes hystérique ou épileptique.

Mais, après Charcot, l'hégémonie française commence à trouver ses dissidents. L'arrivée de la psychanalyse est une grande révolution et les mêmes phénomènes peuvent être expliqués dans une théorie différente.

Il y a donc, plusieurs approximations, la psychiatrie française, la psychiatrie de l'association de psychiatre américaine, la neurologie et la psychanalyse. On ne parle pas toujours du même sujet, mais le tableau clinique est similaire et il faudrait en tenir compte pour avoir une approche clinique et thérapeutique adéquate devant le patient.

On voit aussi comment les descriptions des « syndromes » d'Inde, Paris, Stehndal, Jérusalem, Tahiti font des confusions dans les définitions à cause de la manque de clarté dans les concepts des troubles dissociatifs et les différentes mécanismes du

délires. En revanche, le « syndrome » d'Ulysse me fait réfléchir au voyage et ses répercussions chez le sujet sans antécédents et comme celui-ci peut développer une symptomatologie de déréalisation ou dépersonnalisation à cause de son stress chronique.

Le *voyage pathologique* comme il a été décrit de ses origines n'est pas une maladie ou un syndrome, c'est un symptôme des syndromes psychotiques que l'on peut retrouver dans toutes les diverses pathologies qui en peuvent avoir un, comme la schizophrénie, la manie délirante, la mélancolie délirante ou la prise de toxiques. Je ne pense pas que nommer ce comportement soit nécessaire pour prêter une attention adéquate à un patient, ce qui est important est de pouvoir élucider les diagnostics différentiels et ne pas les laisser passer. Ensuite une approche analytique serait très intéressante pour comprendre les particularités de chaque patient, sa recherche personnelle et la compréhension symptomatique.

Les cas cliniques que j'expose appartiennent à ma propre expérience et je pense que la recherche clinique et un bon premier entretien peuvent déterminer facilement si l'on se retrouve devant un voyageur pathologique ou pas ; néanmoins il faut faire une bonne description sémiologique des déplacements pathologiques.

Il est important dans la clinique et le suivi à long cours des patients de préparer ses voyages pour prévenir une décompensation à l'étranger en sachant que la présence d'antécédents psychiatriques peut faire perdre au patient le droit au rapatriement.

BIBLIOGRAPHIE

Allemand, S. 2004. La mobilité comme capital. Dossier : Voyages, migration, mobilité. *Sciences Humaines*. N°145. Pages 20-23

American psychiatric association. 2000/2004. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé*. Traduction française. Paris : Masson.

Arveiller J. 1996. Le voyage automatique. Fugues, vagabondage et psychiatrie. Dans : *L'Evolution psychiatrique*, 61, 3. Pages 579-612

Bar-El Y., Durst R., Katz G., Zislin J., Strauss Z. et Knobler H. 2000. Jérusalem Syndrome. Dans : *British Journal of psychiatry*. Vol. 176. Pages 86-90.

Benon R. 1908. Fugue et vagabondage. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 8. Pages 305-312.

Benslama F. 1999. Epreuves de l'étranger. Dans : *Le risque de l'étranger. Soin psychique et politique*. Pages 54-76. Dunod Editeur. Paris.

Bierens de Haan B. 1979. *Dictionnaire critique de psychiatrie*. Le Hameau éditeur. Paris.

Bolzinger A. 2003. Folies cosmopolites. A propos de... « Les fous voyageurs » de Ian Hacking. *L'évolution psychiatrique*. Vol 68.3. Pages 447-455.

Bracco A. 2002. Expatriation et difficultés psychologiques. Dans : *La lettre de la société de médecine des voyages*. Septembre. N°3. Pages 4-5.

Briand M., Morel J. et Livel L. 1914. Trois cas de migrations pathologiques. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 2. Page 238.

Caroli F. et Massé G. 1981. La notion de voyage pathologique. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 139. N°7. Pages 828-833.

Ceriani, G., Duhamel P. Knafou R. et Stock M. 2005. Le tourisme et la rencontre de l'autre : Voyage au pays des idées reçues. Dans *L'autre : Cliniques, cultures et sociétés*. Vol. 6, N°1, pp 71-82

Ceriani, G., Knafou R. et Stock M. 2004. Les compétences cachées du touriste. Dossier : Voyages, migration, mobilité. *Sciences Humaines*. N°145. Pages 28-30

Claude H. et Baudouin A. 1907. Sur une forme de délire ambulatoire automatique conscient chez des épileptiques. Dans : *L'encéphale*. N° 2. Pages 181-185

Code de santé publique. Loi du 10 juin 1990. Articles L3212, L3213.

Code Pénal. 1997. Editions prat. Paris

Daumézon G. et Caroli F. 1974. Amnésie d'identité. Colloque sur la mémoire. Paris, juin 1973. Dans : *L'évolution psychiatrique*. Tome I. Pages 265-289.

Daumézon G et Benoît G. 1955. Existence migratrice et paraphrénie. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 11. Tome 1. N°2. Pages 237-240.

De Freitas M. 1983. *La notion de voyage pathologique*. Mémoire pour le titre d'assistant étranger. Faculté de médecine de Créteil.

Delrieu A. 2001. *Sigmund Freud : Index thématique*. Editorial Anthropos. Paris.

Do E. 2005. Voyage suspendu, voyages impossibles : Un aléa de l'expérience migratoire. Dans *L'autre : Cliniques, cultures et sociétés*. Vol. 6, N°1, pp.33-42.

Durand V et Barlow D. *Psychopathologie « une perspective multidimensionnelle »*. Editorial De Boeck Université. 2002.

Dutray B et Moulin S. 2005. L'Inde bouleversante : manifestations psychiques au cours des voyages touristiques. Dans *L'autre : Cliniques, cultures et sociétés*. Vol. 6, N°1, pp. 59-69.

Esquirol, J.E.D. 1989. *Des maladies mentales*. Edition originale 1838. Frénésie éditions. Paris.

Ey H., Bernard P. et Brisset CH. 1974. *Manuel de psychiatrie*. Masson. Paris.

Fénelon, G. 1998. *Le syndrome de Munchausen*. Presses universitaires de France.

Foville A. 1875. Les aliénés voyageurs ou migrants. Etude clinique de certains cas de lypémanie. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol. 5, N°13 Pages 5-45.

Freud S. 1996. *Obras completas (œuvres complètes)*. Trois tomes. Editions Biblioteca nueva. Madrid.

Frémy, D et Frémy, M. 2000. *Quid 2001*. Editions Robert Laffont. Paris.

Freyberger HJ et Spitzer C. 2005. *Dissociative disorders*. *Nervenarzt*. Juillet ; 76(7) : 893-900

Garnier M. et Delamare V. 1997. *Dictionnaire des termes de médecine*. Editeur Maloine. Paris.

Garré J.B. 5 juin 2004. Psychiatrie du voyage, voyages de psychiatres, voyage en psychiatrie. Actes de la XIX^{ème} journée de psychiatrie de Fontevraud. "*Sur le chemin Voyage thérapeutique, voyage pathologique*"

Gourevitch M. 1996. Voyages. Dans : *L'Evolution psychiatrique*, 61, 3. Pages 569-570.

Guelfi J.D. 1987. *Psychiatrie*. Presses universitaires de France. Paris

Hacking I. 2002. *Les fous voyageurs*. Editions : Les empêcheurs de penser en rond /

Le Seuil. Paris.

Haddad A. et Haddad G. 1995. *Freud en Italie : Psychanalyse du voyage*. Editions Albin Michel. Paris

Houillon P., Hamelin Y., Kergenu-Carpentier N. et Rouet J.C. 1993. A propos d'un voyage pathologique. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 151. N°8. Pages 585 – 587.

Kaplan H.I. et Sadock B.J. 1998. *Synopsis de Psychiatrie*. Traduction française. Editions Pradel. Paris.

Katz G., Durst R., Zislin Y., Barel Y. et Knobler, H.Y. 2001. Psychiatric aspects of jet lag : review and hypothesis. Dans : *Medical hypotheses*. Vol. 56. Pages 20–23.

Kwangwook Cho, Ennaceur A., Cole J.C., et Chang Kook Suh. 2000. Chronic jet lag produces cognitive deficits. Dans : *The journal of neuroscience*. Vol 20 RC66. Pages 1–5.

Lafont B, Vallet D et Plouznikoff M. 1998. Séméiologie de conduites de fugue. *Encyclopédie Médico-chirurgicale. Psychiatrie*. Elsevier Paris. 37-113-A-10, 6 p.

Landy D. 1985. Pibloktoq (hysteria) anda Inuit nutrition: possible implication of hypervitaminosis A. Dans *Soc Sci Med*. 21(2):173-85.

Merli L. 2005. Urgan, la quête du son : L'initiation chamanique d'une française en Mongolie. Dans : *L'autre : Cliniques, cultures et sociétés*. Vol. 6, N°1, pp.43-58.

Michaudel P. 2002. Psychopathologie du voyage : les rapatriements sanitaires pour cause psychiatrique. Dans : *La lettre de la société de médecine des voyages*. Septembre. N°3. Page 4.

Moyano O., Thiébaud E. et Claudon P. 2004. Comparaison des expériences dissociatives à l'adolescence entre un groupe de collégiens et un groupe clinique.

Dans : *Annales médico-psychologiques*. Septembre. Vol. 162. N°7. Pages 533 – 540.

Nouveau Larousse Médical. 1988 Sous al direction de Domart A. Librairie Larousse. Paris.

Petit Y., Jubert F., Fourcade M.L. et Amadeo S. 1993. Voyages pathologiques à Tahiti : mythes et réalités cliniques. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 151. N°8. Pages 588 – 590.

Recassens Ch. 2002. Rapatriements sanitaires pour motif psychiatrique : Eléments de psychopathologie du voyage. Dans : *La lettre de la société de médecine des voyages*. Septembre. N°3. Page 5-7.

Saint-Martin M. 1999. Running Amok : A modern perspective on a Culture-Bound Syndrome. Dans : *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry* 1:3, Juin. Pages 66-70.

Sauteraud A., Hajjar M., Goumilloux R. et Bourgeois M. 1993. Voyages : les psychotics préfèrent l'Asie. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 151. N°8. Pages 591 – 595.

Scharbach H. 1993. Errances et voyages pathologiques. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 151. N°8. Pages 577- 580.

Sueur C. 1996. Sur la route : voyages et conduites de risque. Dans : *L'Evolution psychiatrique*. 61, 3, pages 635-647.

Talbot-Lengellé C. 1996. La folie des voyages. Dans : *Santé mentale*. N° 10. Septembre. Pages 14-15.

Trystram D., Durnad J. et Pascal N. 1993. Les enfants du Boeing : Voyage pathologique ? Voyage pathogène ? Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 151. N°8. Pages 573 – 577.

Vedie C., Hemmi F. et Katz G. 1993. A propos d'un voyage pathologique: le dernier. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 151. N°8. Pages 603-606.

Verdoux H., Goumilloux R. et Bourgeois M. 1993. Voyages et pathologie psychiatrique : une série de 29 cas. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 151. N°8. Pages 581 – 585.

Vérébély B. & Weil J.P. 1982. Psychiatrie – Assistance : La folie en voyage. Dans *L'information psychiatrique*. Vol 58. N°10. Pages 1267 – 1273.

Veyrat J.G. 1993. Le voyage pathologique au cinéma. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 151. N°8. Pages 598 – 602.

Wahl. 1903. Trois observations de dégénérés migrants. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol. 61. N°18. Pages 425-436.

Waterhouse J., Edwards B., Nevill A., Carvalho S., Atkinson G., Buckley P., Reilly T., Godfrey R. et Ramsay R. 2002. Identifying some determinants of “jet lag” and its symptoms : a study of athletes and other travellers. Dans : *British Journal Sports Medical online*. Vol 36. Pages 54-60

Zittoun C., Recasens C. et Dantchev, N. 1994. Psychopathologie et voyage : les rapatriements sanitaires psychiatriques. Dans : *Annales médico-psychologiques*. Vol 152. N°10. Pages 696–700.

Zuckerman J. 2002. Recent developments : Travel medicine. *BMJ*. Vol 325. Pages 260-264.

Sites Internet visites :

AllPsych Online : « The virtual psychologic class romm »

http://allpsych.com/disorders/disorders_alpha.htmls

BBC News. Callers seek to name « Piano man ».

<http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/1/hi/england/kent/4562083.stm>

Dictionnaire du Moyen Français (DMF). Base de Lexiques de Moyen Français (DMF1). Site internet (<http://www.atilf.fr/blmf>).

Dictionnaire Latin-Français <http://perso.wanadoo.fr/prima.elementa/Dico.htm>

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/definition/conduite-psychologie/pathologie/voyage-pathologique-errance.htm>

http://voyageforum.com/voyage/voyager_en_perdre_raison_D145937/

<http://dicopsy.free.fr/PATHO/v1.html#Voyage>

Psychnet-uk : http://www.psychnet-uk.com/dsm_iv/dissociative_amnesia.htm

Xaillé A. 2002. Voyager rend-il fou ?

http://www.aphp.fr/site/actualite/mag_voyage_pathologique.htm