



Thèse

2024

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Syndrome de Genève : Une entité clinique émergente ?

Curletto, Giulia

How to cite

CURLETTO, Giulia. Syndrome de Genève : Une entité clinique émergente ? Doctoral Thesis, 2024. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:178165

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:178165>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:178165](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:178165)

Section de Médecine Clinique
Département de Psychiatrie
Service de psychiatrie adulte

Thèse préparée sous la direction du Dr Othman Sentissi et du Professeur Stephan Kaiser

« Syndrome de Genève : Une entité clinique émergente ? »

**Thèse présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève pour obtenir le
grade de Docteur en médecine par**

Dre Giulia CURLETTO

Thèse n° 11212

Genève

2024

*« Le voyage est sans nul doute l'une des expériences les plus enrichissantes
qu'il nous est donné de vivre ».*
Anonyme

Table des matières

1. Remerciements	5
2. Abstract	6
3. Abréviations	9
4. Avant-propos	10
5. Introduction - Historique du voyage	11
6. Le voyage pathologique	12
6.1 Historique	12
6.2 Concepts actuels.....	16
6.2.1 Définition de voyage pathologique	16
6.2.2 Concepts à distinguer	17
6.2.3 DSM-5 et CIM-11 : le diagnostic différentiel	18
6.2.4 Voyage pathogène	20
6.3 Syndromes des voyageurs ou des villes connues	22
6.3.1 Syndrome de Jérusalem.....	22
6.3.2 Syndrome de Stendhal.....	23
6.3.3 Syndrome de l'Inde	25
6.3.4 Syndrome de Paris.....	25
6.3.6 Syndrome de Venise.....	28
6.3.7 Syndrome d'Ulysse	28
6.3.8 Syndrome de Tahiti	29
6.3.9 Syndrome d'Hawaii ou syndrome des noix de coco et des bananes	29
6.4 Voyageurs pathologiques à Genève – L'étude d'Ariel Eytan et al.	31
7. Réflexion autour du phénomène « Syndrome de Genève »	33
8. Méthode et participants	34
8.1 Objectif.....	34
8.2 Sélection des participants	34
8.3 Critères d'inclusion	34

8.4 Critères d'exclusion.....	35
8.5 Données récoltés.....	35
8.6 Définition du concept du « Syndrome de Genève ».....	37
8.7 Gestion des données	37
8.8 Analyses statistiques.....	37
9. Résultats	40
10. Cas cliniques	56
10.1 Monsieur F.	56
10.2 Madame S.M.	56
10.3 Madame R.Q.	57
10.4 Madame K.O.	58
10.5 Monsieur M.J.....	59
11. Discussion	60
11.1 Résultats principaux.	60
11.2 Le voyage pathologique dans la littérature.....	61
11.3 Le voyage pathologique à Genève dans la littérature.....	62
11.4 Le « Syndrome de Genève » et les syndromes décrits dans la littérature.....	63
11.5 Implication clinique.....	65
11.6 Limitations.....	66
11.7 Conclusions et Perspectives.	67
12. Références	69

1. Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude au Dr Sentissi, co-directeur de cette thèse et aussi mon chef depuis 5 ans, pour avoir cru en moi, pour sa guidance et surtout sa grande patience avec mon franco-italien. Sa présence, ses conseils et son encouragement constant ont été essentiels pour la réussite de ma thèse de doctorat. Son dévouement envers mon développement en tant que chercheur et médecin m'a inspiré, j'espère de devenir un cadre comme lui.

Je tiens aussi à remercier le Prof Kaiser pour ses corrections fines et pointues qui ont permis d'affiner mon travail et en faire un texte plus scientifique et j'espère, apte à un journal scientifique à la hauteur.

Je voulais aussi remercier le Dr Sabé pour ses supervisions et ses conseils précieux. Son amour pour la recherche et son regard critique m'ont permis d'avancer plus rapidement et de retrouver le sens parfois perdu.

Merci aussi à Mme Chatton pour la partie statistique, qui reste un gros mystère pour moi.

Je souhaite aussi exprimer ma reconnaissance à tous les collègues qui m'ont soutenue et aidée lors de ce parcours. Pouvoir le partager avec vous m'a aidée à faire face aux difficultés.

Merci à mes Giulias et à tous mes amis, car après une longue journée ils m'écoutent « râler » et sont capables de me redonner le sourire et me distraire. Vous étés une source de joie infinie et je suis reconnaissante d'avoir une famille, car les amis sont la famille qu'on choisit, aussi merveilleuse à mes côtés.

Merci à ma famille, qui malgré à distance, a su toujours me soutenir.

Encore une fois, je vous remercie tous du fond du cœur pour votre contribution à la réalisation de cette thèse de doctorat. Vos efforts et votre soutien ont été essentiels à ma réussite, et je suis honorée d'avoir pu compter sur vous dans ce « voyage pathologique » très enrichissant.

Avec toute ma gratitude,

Giulia.

2. Abstract

Introduction : Dans la psychiatrie francophone, il existe depuis le XXème siècle le concept de « voyage pathologique » qui est défini comme un voyage soudain et imprévu, effectué par un individu sous l'influence d'un trouble psychiatrique. Plusieurs syndromes de villes ou pays (Jérusalem, Paris, Florence, Inde, New York, Hawaii, Venise) ont été décrits. La ville de Genève attire chaque année plusieurs voyageurs pathologiques qui requièrent des soins adaptés. Jusqu'à 1% des admissions au département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) concernent des voyageurs pathologiques. L'état clinique de ces patients nécessite souvent des soins de longue durée et des rapatriements sanitaires. L'existence des voyages pathologiques à Genève a été décrite pour la première fois en 2004 par l'étude d'Eytan et al.

Objectif : Nous avons souhaité effectuer une étude rétrospective pour confirmer l'existence du phénomène du voyage pathologique à Genève afin de caractériser « le Syndrome de Genève » et d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective transversale et descriptive sur les dossiers des patients admis aux urgences ou hospitalisés au sein du département de psychiatrie des HUG du 2009 au 2018. Nous avons recueilli les données sociodémographiques et cliniques pour réaliser une description générale des patients en utilisant des moyennes ou des pourcentages. En fonction de la motivation du choix de la ville de Genève (e.g. pour son aura de neutralité et de sécurité en lien aussi avec les organisations internationales ou autres non en lien direct avec Genève), nous avons créé et comparé les deux groupes (169 patients vs 68 patients). De façon similaire, nous nous sommes intéressés à l'absence/présence d'antécédents psychiatriques chez les voyageurs en comparant les deux groupes (63 patients vs 174 patients). Pour ces comparaisons, nous avons utilisé le test du Chi-carré (ou le test exact de Fisher) et le test T-Student selon le cas. Les p-valeurs résultant de ces comparaisons multiples ont été corrigées par la méthode de Benjamini Hochberg. En dernier lieu, nous avons effectué des régressions logistiques.

Résultats : Nous avons retrouvés 852 dossiers de patients admis aux urgences ou hospitalisés au département de psychiatrie des HUG de 2009 à 2018. Après avoir appliqué nos critères d'exclusion, nous avons gardé 237 dossiers. Le voyageur pathologique type est un homme (62% des cas) d'une quarantaine d'années, célibataire/divorcé ou veuf (81%), sans enfant (71%), d'origine européenne (78%), qui voyage seul (96%). Il a des antécédents psychiatriques (73%), un traitement psychotrope (65%) mais souvent il est en rupture du traitement (57%). Chez 28%

des patients nous remarquons des antécédents de voyage pathologique. La majorité de ces patients (56%) consulte les urgences 48 heures après l'arrivée à Genève (56%) à la suite de l'intervention de la police/ambulance (70%). Pour 49% des patients, une hospitalisation non volontaire en raison d'une symptomatologie délirante à thématique persécutoire (72%) avec une désorganisation idéo-comportementale (42%) est décidée. Le voyageur pathologique nécessite un séjour plutôt long (40% plus d'une semaine), une médication par antipsychotique (63%) et un rapatriement (60%). Le diagnostic retenu dans le 80% des cas est un trouble psychotique.

Les patients du groupe « Syndrome de Genève » se présentent plus souvent de leur propre gré aux urgences HUG pour demander de l'aide en raison d'un délire à thématique persécutoire concernant leur pays d'origine.

Les patients sans antécédents psychiatriques connus sont plus souvent des patients sans domicile fixe ou avec situation de logement inconnue. Le 67% de ces patients ont bénéficié d'une seule évaluation aux urgences, avec absence d'indication à une hospitalisation ou rapatriement direct dans leur pays d'origine, ou d'un séjour hospitalier de courte durée, ce qui peut expliquer une anamnèse partielle. Chez 74.6% des patients, l'absence d'antécédents psychiatrique a été rapportée par le patient, lui-même, sans possibilité de confirmation, mais le tableau clinique présenté pouvait faire soupçonner une maladie présente depuis une longue date (délire construit, connaissance de traitements psychiatriques, marginalisation) mais nié par le patient (l'absence de conscience morbide est très fréquente chez les patients en phase de décompensation). Seulement chez le 25.4% de ces patients, l'absence d'antécédent psychiatrique a pu être confirmée par une hétéroanamnèse complète. Le voyage pathologique est donc à considérer comme le symptôme inaugural du trouble psychiatrique.

Conclusion : Les hospitalisations au département de psychiatrie des HUG pour les voyageurs pathologiques représentent 1% des hospitalisations par année. La prise en charge de ces patients est souvent longue et compliquée. Le « Syndrome de Genève » est le voyage pathologique plus fréquent dans notre ville (71%) et concerne des patients attirés par l'aura de sécurité de la ville. Cette aura est en rapport avec un système de soins de qualité, les banques et les organisations internationales présentes à Genève. Ces patients fuient leur pays d'origine sur pulsion délirante et hallucinatoire et décident de rester dans notre ville nécessitant des soins mais aussi un important aide social. Le status « sans antécédent psychiatrique » est dans le 74.6 % des cas liés à une anamnèse partielle ou à l'absence d'une hétéroanamnèse et comporte de différences de prise en charge. Une base de données internationale permettra d'améliorer le suivi de ces patients. Notre travail est exposé à des biais de sélection en raison de son caractère descriptif et

rétrospectif avec le risque d'une sous-estimation du phénomène et au manque de données sur le voyage pathogènes. Finalement, l'absence de diagnostic de voyage pathologique codifié dans les différentes classifications internationales (DSM et CIM) et la méconnaissance de cette entité clinique ont un impact significatif sur l'identification de ce phénomène rendant le suivi rétrospectif de ces dossiers complexe et difficile.

Ce travail nous a conduit à proposer une réflexion globale pour pouvoir assurer une prise en charge pluridisciplinaire adaptée pour ces patients visant à garantir des soins de qualité et à la réduction de la durée d'hospitalisation grâce à la collaboration avec les ambassades, les services sociaux genevois et les systèmes de santé internationaux.

3. Abréviations

Classification Internationale des Maladies, onzième révision	CIM-11
Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders	DSM
Dossiers Patients Informatisés	DPI
Hôpitaux Universitaires de Genève	HUG
International Psychogeriatric Association	IPA
Placement à Fin d'Assistance - Médicale	PAFA-MED
Service informatique des HUG	INFODESK
Tribunal de Protection de l'Adulte et de l'Enfant	TPAE

4. Avant-propos

Le voyage pathologique est un concept récent et caractéristique de la psychiatrie francophone, décrit pour la première fois au début du XX^{ème} siècle [1].

Plusieurs syndromes avec des noms de villes ou de pays ont été décrits, tels que le syndrome de Jérusalem [2], de Paris [3], de Florence [4-5-6] et le syndrome de l'Inde [7-8]. Initialement, ces syndromes étaient considérés comme l'expression d'une symptomatologie dissociative, mais dans la grande majorité des cas, ils sont en réalité l'expression ou l'éclosion d'une décompensation psychotique [1]. Les voyages pathologiques sont facilités par l'accessibilité accrue et le développement des réseaux de transport, et représentent près de 20% des rapatriements sanitaires [10].

En 2004, Eytan et al. ont caractérisé pour la première fois les voyageurs pathologiques à Genève dans une étude observationnelle [11]. D'après cette étude, 1% des hospitalisations au département de psychiatrie des HUG concerne ces patients [11]. Les prises en charges sont souvent compliquées en raison des barrières culturelles, sociales, asséurologiques et linguistiques ainsi que par la difficulté à recueillir une anamnèse médicale complète. Ces longues prises en charge participent à la surcharge des unités de soins.

Une décennie plus tard, le phénomène semble s'être amplifiée. Genève est réputée pour son système de santé, pour ses organisations internationales et pour sa situation économique, qui en font une forme d'Eldorado moderne. Certains voyageurs pathologiques à Genève sont attirés par cette aura de neutralité et de sécurité.

Malgré l'efficacité du système de santé en Suisse et la présence d'organisations internationales, la prise en charge de ces patients au sein des unités hospitalières des HUG reste compliquée.

Face à ce constat, nous avons effectué une revue de la littérature afin de comprendre les caractéristiques du phénomène de voyage pathologique et de clarifier si les voyageurs pathologiques à Genève avaient des spécificités particulières comparativement aux voyages pathologiques vers d'autres destinations. Nous avons ensuite mené une étude rétrospective pour comprendre l'évolution de ce phénomène dans les services hospitaliers des HUG et ainsi préciser les différentes caractéristiques des voyages pathologiques à Genève.

5. Introduction - Historique du voyage

Le concept de voyage est défini, selon le dictionnaire Larousse, comme « l'action de voyager, de se rendre ou d'être transporté en un autre lieu » [46].

Depuis l'apparition de l'homme sur terre, le voyage fait partie des coutumes humaines. Les populations préhistoriques étaient nomades, poussées à migrer par nécessité de se procurer de la nourriture et de trouver un habitat propice. Au cours des dernières 10 000 années, les populations ont ressenti le besoin de se sédentariser, ce qui marque le début de l'époque moderne. Hormis les mouvements de conquête de certains peuples (tels que les Grecs, les Romains, les Barbares, les Mongols, les Turcs et les grands navigateurs), le voyage à grande échelle n'a été rendu possible qu'avec le développement des transports [13]. En effet, le voyage pour le plaisir ou le tourisme s'est développé en Europe à partir du XVII^{ème} siècle. Grâce à la révolution industrielle du XIX^{ème} siècle, les conditions de voyage se sont améliorées, mais ce n'est qu'après la Deuxième Guerre mondiale et la stabilité politique mondiale qui s'en est suivie que nous avons assisté au début de la démocratisation des voyages [15].

De nos jours, voyager est devenu simple et facile, et les personnes voyagent pour de multiples raisons : touristiques, économiques, professionnelles ou politiques. Les accords internationaux de libre-échange, notamment en Europe, permettent la libre circulation des personnes et facilitent l'installation dans un autre pays. Cependant, cette facilité de déplacement n'implique pas automatiquement une intégration adaptée [16]. Les différences culturelles, la barrière de la langue et le "choc culturel" peuvent entraîner un sentiment de solitude, de rejet, de déception, d'impuissance, ainsi que des angoisses envahissantes, de la dépression, de l'idéation suicidaire et des décompensations psychotiques [15-17-18-19-20]. Les caractéristiques du voyage (raisons du voyage) et du voyageur (âge, expériences précédentes, maîtrise de la langue, présence de fragilités physiques et psychiques) ont un impact sur les possibilités d'intégration dans le nouveau pays [15-21].

La médecine de voyage s'occupe, en outre, de cette thématique.

Dans ce travail de thèse, nous allons nous focaliser sur le voyage pathologique (à différencier du voyage pathogène) ayant pour destination la ville de Genève. Nous allons effectuer un état des lieux à l'aide des connaissances scientifiques actuelles et mettre en évidence les caractéristiques et les raisons de ces patients qui voyagent à Genève, afin d'optimiser les dispositions pour une prise en charge de ces patients "voyageurs" en distinguant le voyage pathologique.

6. Le voyage pathologique

6.1 Historique

Le concept de voyage pathologique a été développé par l'école psychiatrique française à partir du XIX^{ème} siècle [22].

Peu d'articles sur ce sujet ont été trouvés dans la littérature anglo-saxonne, en partie en raison de la traduction ambiguë de « voyage pathologique » en anglais [11].

C'est Esquirol, psychiatre français né en 1772 et décédé en 1840, qui a été le premier à étudier le lien entre les voyages et la psychiatrie. Selon lui, le « voyage », défini comme l'internement de l'aliéné dans un asile, représente la méthode à privilégier pour protéger le patient et son entourage, tout en favorisant un changement dans sa façon de vivre [23]. Toutefois, Esquirol ne mentionne pas encore le concept de voyage pathologique.

En 1850 une commission de la société médicale des États-Unis crée le terme « Drapétomanie », une particularité des esclaves « qui ont tendance à s'enfuir » [24].

Foville, médecin aliéniste français né en 1831 et décédé en 1887, a rencontré plusieurs patients voyageurs lors de son expérience en tant que médecin et directeur de l'asile de Quatre Mares, près de la ville portuaire du Havre. Dans son travail publié en 1875, il explique comment un acte « normalement réfléchi et rationnellement motivé, peut-être aussi, le résultat maladif d'une conception délirante ».

Il distingue cinq catégories de malades voyageurs [25] :

Dipsomanes	« Se cachent dans les bas-fonds sociaux pour satisfaire leur fureur de boire »
Imbéciles	« Vagabondent »
Épileptiques	« Partent inconsciemment 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 »
Déments désorientés	« Cherchent toujours à sortir, à se promener, sans but ou destination déterminé. Nécessitent d'une surveillance »
Aliénés migrants	« Entreprennent de longs voyages qui constituent une des conséquences morbides du délire, un des symptômes de la folie ». « C'est le délire qui les amène à voyager ».

Foville décrit dans son ouvrage 14 cas cliniques de personnes atteintes de troubles mentaux, ayant des comportements de voyageurs pathologiques. Huit d'entre elles sont des « hallucinés persécutés », quatre souffrent de mégalomanie et deux présentent un « délire ambitieux grave ». Ces personnes ont voyagé en raison de pulsions, de délires systématisés et pour diverses raisons telles que fuir des persécutions ou des créanciers exigeants, conquérir de l'argent, de la gloire,

de l'amour (érotomanie), obtenir un titre (délire de filiation) ou accomplir un devoir (mystique). Dans tous les cas, il s'agit d'un acte volontaire, réfléchi, et une conséquence raisonnée d'un délire systématique.

Au XIX^{ème} siècle, les neurologues ont étudié les comportements de fugue, que certains auteurs expliquent comme une forme d'automatisme ambulatoire. Jackson le décrit comme « un manque de contrôle des centres supérieurs sur l'activité des centres inférieurs » [26-27]. Selon Charcot (1825-1893), « l'automatisme ambulatoire » est un « épisode de courte ou moyenne durée, caractérisé par une fuite du domicile et une errance dû à une impulsion subite et irrésistible, qui se résout automatiquement » [27]. Charcot distingue ensuite les « automatismes hystériques et épileptiques ». Les fugueurs hystériques sont rares. Ils maintiennent un caractère organisé des fugues, malgré une amnésie partielle. Ils peuvent se souvenir de la fugue sous hypnose. Les fugueurs épileptiques peuvent présenter un risque auto ou hétéroagressif en raison d'une absence de coordination de mouvements et de notion de la direction de leur fugue [24]. Ces personnes sont complètement inconscientes de ce qui se passe pendant leurs fugues [28], et « l'amnésie est totale et résistante à l'hypnose » [27]. L'anamnèse permet le diagnostic différentiel entre les deux automatismes mais en cas de doute, l'épreuve au Bromure permet de faire le diagnostic différentiel [26]. À la base des automatismes épileptiques, Charcot identifie une forme non convulsive d'épilepsie caractérisée par des impulsions et des accès de colère imprévisibles ou incompréhensibles. Les « automatismes ambulatoires de Charcot » ne décrivent qu'une partie des fugueurs. Si on doit les associer à une pathologie actuelle, classée selon le DSM-5, le trouble dissociatif est le plus proche. Les voyageurs pathologiques ne sont pas identifiés dans la définition donnée par Charcot. Toutefois, le diagnostic différentiel entre un voyage pathologique et une fugue dissociative demeure pertinent.

Le tout premier écrit consacré aux aliénés migratoires est le travail de thèse de médecine rédigé par Philippe Tissié, élève de Charcot et Pitres. Ce dernier y présente le cas d'Albert Dadas, un jeune homme de 26 ans, sans antécédents psychiatriques, qui est admis en 1886 dans le service de psychiatrie de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, où Tissié travaille. Dadas est le fils d'un hypocondriaque, qui deviendra plus tard paralytique et mourra à l'âge de 61 ans, et d'une mère décédée à 50 ans d'une fluxion de poitrine. Il a deux frères et sœurs, l'un de ses frères étant également considéré comme « hypocondriaque » et sa sœur étant en bonne santé. Jusqu'à l'âge de 8 ans, il mène une enfance normale, mais après avoir chuté d'un arbre et perdu connaissance, il commence à souffrir de migraines accompagnées de vomissements et d'acouphènes. À l'âge de 12 ans, Dadas commence son apprentissage chez un fabricant d'appareils à gaz de Bordeaux. Il commence alors à fuguer pour la première fois, se rendant à Arcachon où il est embauché

chez un vendeur ambulant de parapluies. Son frère organise son rapatriement. Dès lors, Dadas fugue régulièrement. À chaque fois, il quitte son travail, commence à marcher et cherche du travail dans la nouvelle ville où il se trouve. Il parcourt presque toute la France et se fait parfois arrêter pour vagabondage. Dans tous les cas, il finit toujours par retourner à Bordeaux. À l'âge de 18 ans, il s'engage dans l'armée mais continue de fuguer. Les fugues deviennent de plus en plus longues et il se retrouve dans des situations de plus en plus complexes, comme son emprisonnement à Moscou. En novembre 1882, il est condamné comme déserteur à trois ans de travaux forcés. En raison de la recrudescence de ses migraines, il est hospitalisé à plusieurs reprises et finalement libéré avant la fin de sa peine pour bonne conduite. De retour à Bordeaux, il reprend son travail à la compagnie du Gaz et rencontre sa future épouse. En juin 1885, quelques jours avant leur mariage, il disparaît à nouveau. Il est retrouvé en septembre à l'hôpital de Verdun, sans pouvoir expliquer les circonstances de son voyage. Vu sa situation clinique, il est renvoyé à l'hôpital Saint-André de Bordeaux où il rencontre le Dr Tissié. Pendant son hospitalisation, Dadas fugue régulièrement. Tissié établit un lien entre la chute de l'arbre, les migraines, les fugues et une activité masturbatoire intense. Il décrit également physiquement Dadas, soulignant sa microcéphalie et sa physionomie « tantôt intelligente, tantôt hébétée ». [31]. Lors de son hospitalisation, Dadas a expliqué qu'avant de fuguer, il ressentait un malaise et une impulsion irrésistible de marcher. Il choisissait sa destination de manière aléatoire et pouvait marcher jusqu'à 70 km par jour sans fatigue, éprouvant un bien-être psychologique important [31]. Il marchait de manière inconsciente et, une fois arrivé à destination, ne se souvenait plus des raisons de sa fugue, demandant de l'aide pour rentrer à Bordeaux. Le bien-être initial était rapidement remplacé par une prise de conscience et un sentiment de désespoir [31]. Tissié a proposé à Dadas des séances d'hypnose pour obtenir des récits de ses voyages et identifier d'autres facteurs déclencheurs [24]. Avec cette méthode, Tissié a également essayé de traiter les fugues et d'améliorer l'observance du traitement. L'efficacité de cette approche était partielle [31]. Tissié a également analysé les rêves de Dadas pour identifier d'autres facteurs qui le poussent à fuir [26]. Selon Tissié, les troubles de Dadas « proviennent d'une idée fixe de voyage, comme une obsession qui s'impose, qui l'envahit et le tourmente » [29-30]. Après une hospitalisation de deux ans, Dadas se marie en 1887 et a une fille l'année suivante. Cependant, sa femme meurt subitement de tuberculose et leur fille est adoptée. Malgré cela, Dadas continue à fuguer et sera suivi par le Dr Tissé jusqu'à sa mort en 1907 [31]. Tissé ne considère pas les voyages de Dadas comme des fugues hystériques, mais en 1891, Pitres, dans son ouvrage « Leçons cliniques sur l'hystérie », explique que Dadas est un fugueur hystérique et montre comment son visage change lors d'une crise [31-32]. Le cas de Dadas répond aux critères

diagnostiques de la fugue dissociative selon le DSM V et la CIM-11 cela ne fait pas de lui un voyageur pathologique [34-49].

En 1893, Etienne Régis invente le terme « dromomanie » pour décrire l'impulsion irrésistible et compulsive de fuguer. Ce terme englobe les fugues épileptiques et hystériques, ainsi que tous les autres types de fugue [24].

En 1895, Fulgence Raymond, qui succède à Charcot, analyse tous les cas publiés par ses prédécesseurs et aborde la possibilité qu'un patient puisse souffrir des deux maladies. Il insiste sur l'importance d'un bon diagnostic différentiel, car l'hystérique doit être traité par l'hypnose et non par le bromure [14].

Au début du XX^{ème} siècle, Benon propose une définition très moderne et proche de la conception actuelle du voyage pathologique. Selon lui, la fugue est le symptôme de troubles mentaux divers, tels que des troubles congénitaux, délirants, sensoriels, interprétatifs, confusionnels, maniaques, démentiels, conscients, etc. Ainsi, ce sont les raisons, les motifs et les causes de la fugue qui sont essentiellement pathologiques [35]. Parmi les causes possibles de la fugue, on considère l'épilepsie de petit mal, un concept repris dans les années 70 par Henry Ey qui évoque la possibilité d'un déplacement au cours d'une absence [36].

En 1903, Wahl présente un cas de voyageur pathologique qui va dans le sens de la définition de Foville. Leon M., un forgeron atteint de délire de grandeur et de persécution, est poussé à voyager pour fuir. Il a voyagé en Europe, au Moyen-Orient et en Asie, en commençant par la Suisse. S'agit-il du premier cas décrit de « Syndrome de Genève » ?

En 1909, le congrès des médecins aliénistes et neurologistes est consacré aux « fugues en psychiatrie ». Bien que la théorie de l'automatisme ambulatoire de Charcot reste la plus reconnue, la fugue commence à être identifiée comme le symptôme de plusieurs entités cliniques différentes. Les travaux de Lasenque (1853-1882) ont montré que l'alcoolisme pouvait être une cause de déambulation avec délire, confusion et amnésie, d'où les concepts d'« automatisme ambulatoire alcoolique », de « somnambulisme alcoolique » ou encore d'« état second alcoolique », ainsi que les « fugues du dipsomane ». Au cours de ce congrès, le voyage pathologique est identifié comme un symptôme des psychoses et des démences. À la même époque, Kraepelin définit la « démence précoce », qui inclut les « fugues de l'hébéphrénique », distinguées des trois autres types de fugues : hystérique, neurasthénique ou psychasthénique et épileptique. Un premier lien entre les voyages pathologiques et les troubles de l'humeur est évoqué dans le concept de « fugues de la mélancolie » et de « manie ambulatoire » [26].

En 1907, dans son livre intitulé « Le délire et les rêves dans la Gradiva », Freud décrit le voyage pathologique de Norbert Hanold, un jeune archéologue allemand qui a été profondément troublé par un bas-relief représentant une femme dans l'une des grandes collections romaines d'antiquités. De retour en Allemagne, il se procure un moulage de la statue qu'il nomme Gradiva et l'accroche dans son bureau. Cette femme hante les rêves de Norbert, qui décide de partir à la recherche de la trace que son pied aurait laissée dans la poussière de Pompéi. Freud avance que Norbert fuit « devant le désir amoureux qui s'éveille en lui » et que « le voyage à Pompéi à la recherche des empreintes laissées sur la cendre par les pieds de Gradiva constitue un acte accompli sous l'emprise d'un délire » [12-38]. Selon les définitions actuelles, il s'agit d'un voyage pathologique lié à un délire érotomaniaque [14].

6.2 Concepts actuels.

6.2.1 Définition de voyage pathologique

Ce concept a été introduit au début du XIX^{ème} siècle par Morel, Briand et Livet [27]. Les voyageurs pathologiques ne sont pas impulsifs ou inconscients, mais répondent à une idée délirante. Le voyage est le résultat de leur pathologie psychiatrique [1-39-40].

Selon Tribolet, un voyage pathologique est un « voyage soudain, imprévu, effectué par un individu sous l'influence d'un trouble psychiatrique ». Il peut être un symptôme inaugural ou évolutif d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire (épisode maniaque ou mélancolique) ou d'un trouble délirant persistant [41]. Le patient utilise le voyage pathologique comme un moyen de faire face à un conflit (intrapyschique ou/et avec son entourage) ou à une réalité insupportable. Il s'éloigne de son lieu de vie, espérant trouver une solution ailleurs qu'il ne peut pas trouver autrement [42-43].

Tableau 1. Type de voyage pathologique selon Tribolet [41]

	Définition	Symptômes
<i>Simple</i>	Le voyage se réalise dans une condition normale mais obéit à une idéation délirante.	Délire paranoïaque (fuir une menace, faire appel à...), érotomaniaque (recherche de l'être aimé) ou mystique (volonté de Dieu).
<i>Secondaire</i>	Le voyage n'est pas lié à l'activité délirante, il est un objectif en lui-même.	Syndrome dissociatif.
<i>Mixte</i>	Association des deux types précédents	Désorganisation du comportement.

Il convient de souligner que peu d'études récentes ont été menées sur ce sujet dans la littérature scientifique. En 1993, Verdoux et ses collègues ont publié une étude portant sur 29 voyageurs

pathologiques hospitalisés en unité d'admission, dont 20 hommes et 9 femmes. Parmi eux, 18 cas de voyage pathologique, 5 cas de voyage pathogène et 6 cas de vagabondage ont été identifiés. Des éléments délirants, tels que des idées de persécution ou de manie, ont été observés chez 22 patients [31-44]. En 2022, Charre et ses collègues ont publié une étude portant sur 219 voyageurs pathologiques admis aux urgences de l'hôpital Saint-Anne à Paris au cours de l'année 2019. La majorité des patients étaient des hommes (65%), avec un âge moyen de 40 ans. La majorité des voyageurs pathologiques (87%) souffrait d'un trouble délirant (F20-29) et un tiers étaient en rupture de traitement ou de suivi. Le voyage n'était pas bien planifié, 62% des patients n'avaient pas prévu d'hôtel ou de lieu de résidence à leur arrivée. L'admission aux urgences est survenue dans les dix premiers jours suivant leur arrivée (75%). La quasi-totalité des patients (95%) a nécessité une hospitalisation, souvent sous contrainte (82%). Les auteurs n'ont pas identifié les raisons du voyage, mais ont mis en évidence la précarité sociale de ces patients et les difficultés importantes de leur prise en charge [109].

6.2.2 Concepts à distinguer

A. Fugue

Selon H. Ey, la fugue désigne une « conduite de déambulation, d'errance, de vagabondage ou de migration qui éloigne le sujet de son foyer ou domicile ». Elle est « inconsciente, automatique, amnésique, incoercible et inexplicable ». La fugue est un symptôme caractéristique de l'épilepsie, des états confuso-oniriques profonds ou des états démentiels.

Dans le cadre de l'épilepsie, la fugue peut survenir avant ou après une crise (bien que cela soit rare), ou encore s'inscrire dans les absences du petit mal (syndrome de Lennox-Gastaut), en dehors des crises. Dans les états confusionnels, la fugue est généralement la conséquence des hallucinations terrifiantes de l'onirisme, et s'accompagne d'une amnésie quasi-totale. Chez les patients atteints de démence, la fugue peut constituer le premier symptôme et être associée à des hallucinations, une désorientation ou encore à des erreurs de reconnaissance [36].

B. Vagabondage

Mot issu du latin *vagabundus*, qui signifie « errant » ou « personne qui mène une vie errante ». Puis, vers 1502, le terme *vagabond* désigne une personne sans domicile fixe [47]. Il s'agit d'un comportement conscient et chronique [22].

C. Errance

Tendance à des déambulations répétitives et aléatoires sans but apparent ou rationnel. Au cours du déplacement la personne ne se préoccupe pas de sa sécurité et de ses besoins physiques [48]. Concernant l'étymologie du mot, l'errance peut se référer au mot latin *errare* (aller ici et là ou,

dans un sens figuré, se tromper) [46]. L'errance peut faire partie des symptômes comportementaux de la démence selon la nomenclature de l'IPA (International Psychogeriatric Association).

Tableau 2. Type d'errance selon la nomenclature de l'IPA

Recherche	La personne cherche quelque chose (sortie, arrêt d'autobus, domicile actuel ou ancien) ou quelqu'un. Les déambulations sont souvent chargées d'angoisse. Les tentatives de raisonnement et d'apaisement de l'entourage peuvent déclencher des réactions agressives.
Fuite	Son errance reflète la non-acceptation ou non-reconnaissance du lieu, ou un désir de liberté
Exploratoire	L'aîné explore en ouvrant les portes, en manipulant les objets ou en fouillant les placards.
Compulsive	La personne présente généralement des atteintes sévères et communique peu. Elle s'arrête rarement et peut marcher jusqu'à épuisement. Le trajet est stéréotypé et linéaire.
Turbulence nocturne	Errance en mode exploratoire, la nuit, accompagnée souvent par des activités d'habillage ou de prise d'aliments, due à une instabilité de sommeil.
De talonnage	L'aîné talonne une personne à cause de l'ennui, du désir de contacts interpersonnels ou pour communiquer un besoin insatisfait.

6.2.3 DSM-5 et CIM-11 : le diagnostic différentiel

Dans les classifications internationales DSM et CIM, le voyage pathologique n'est pas présent en tant que diagnostic codifié. Cependant ces manuels sont précieux pour bien préciser les diagnostics différentiels, car ils identifient des pathologies caractérisées par l'errance et la fugue, entités cliniques qu'il est important d'exclure avant de parler de voyage pathologique [33-34-49].

6.2.3.1 Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Le TSA se caractérise par des déficits persistants dans la capacité d'initier et soutenir l'interaction sociale réciproque et la communication sociale, et par un éventail de comportements et d'intérêts restreints, répétitifs et inflexibles. L'apparition du trouble se produit pendant la période de développement, généralement au début de l'enfance, mais les symptômes peuvent se manifester plus tard, quand les demandes sociales dépassent les capacités du sujet. Les déficits sont suffisamment graves pour causer une déficience dans le fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnelle ou autre. Les déficits sont généralement une caractéristique omniprésente du fonctionnement de l'individu, observables dans tous les contextes, bien qu'ils puissent varier en fonction de la société, de l'éducation ou d'autres contextes. Les capacités cognitives et les habiletés du langage changent dans le spectre et permettent d'identifier les différents sous type du TSA [34]. Dans le DSM-5, le TSA est

décrit aussi comme un trouble unique avec des manifestations allant d'un bout à l'autre d'un même continuum [49].

6.2.3.2 Troubles dissociatifs

Les troubles dissociatifs se manifestent par une perturbation ou une discontinuité de l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement. Ils surviennent souvent après un traumatisme et leur symptomatologie est influencée par la proximité temporelle du traumatisme [49].

Selon la classification CIM-11 de l'OMS [34], les troubles dissociatifs comprennent :

- **Troubles dissociatifs à symptômes neurologiques** caractérisés par la présence de symptômes moteurs, sensoriels ou cognitifs qui provoquent une discontinuité involontaire de l'intégration normale des fonctions motrices, sensorielles ou cognitives et qui ne sont pas attribuables à une maladie identifiée du système nerveux, un autre trouble mental ou comportemental, ou une autre affection médicale.
- **Amnésie dissociative avec ou sans fugue dissociative** : se caractérise par une incapacité à se remémorer des souvenirs autobiographiques importants, habituellement des événements traumatiques ou stressants récents, qui est incohérente avec l'oubli ordinaire.
- **États de transe** : caractérisé par une altération marquée de l'état de conscience de l'individu ou une perte du sens habituel de l'identité personnelle qui sont involontaires et indésirables et qui ne sont pas acceptés dans le cadre d'une pratique culturelle ou religieuse collective.
- **États de possessions** : caractérisés par des états de transe dans lesquels l'identité personnelle est remplacée par une identité "possédante" externe et où les comportements ou les mouvements de l'individu sont vécus comme étant contrôlés par l'agent possédant.
- **Trouble dissociatif de l'identité** : caractérisé par une perturbation de l'identité dans laquelle il y a deux états distincts de la personnalité ou plus (identités dissociatives) associés à des interruptions marquées dans la sensation de soi et de la capacité d'agir. Chaque état de la personnalité inclut son propre schéma d'expérience, de perception, de conception et de relation avec soi, son corps et l'environnement.
- **Trouble dissociatif de l'identité partiel** : caractérisé par une perturbation de l'identité dans laquelle il y a deux états distincts de la personnalité ou plus (identités dissociatives) associés à des interruptions marquées dans la sensation de soi et la capacité d'agir. Un état de la personnalité est dominant et fonctionne normalement dans la vie quotidienne, mais est envahi par un état de la personnalité non dominant ou plus (intrusions dissociatives).

- **Trouble de dépersonnalisation-déréalisation** : la dépersonnalisation se caractérise par le fait de se sentir étrange, irréel, détaché, ou comme si l'on était un observateur extérieur de ses propres pensées, sentiments, sensations, actions ou de son corps. La déréalisation se caractérise par le fait de percevoir les autres personnes, les objets ou le monde comme étranges, irréels ou de se sentir détaché de son environnement.
- **Syndrome dissociatif secondaire**
- **Autres troubles dissociatifs précisés.**
- **Trouble dissociatif, sans précision.**

Dans le DSM-5 [49], la fugue dissociative est un élément caractéristique de l'amnésie dissociative.

Tableau 3. Critères diagnostiques de l'amnésie dissociative selon le DSM V [49]

Critère A. La perturbation principale est constituée par un ou plusieurs épisodes durant lesquels le sujet présente une incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, habituellement traumatiques ou stressants.
Critère B. Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
Critère C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection neurologique ou médicale générale (p. ex., trouble amnésique dû à un traumatisme crânien).
Critère D. La perturbation ne s'explique pas mieux par un trouble dissociatif de l'identité, un trouble de stress post-traumatique, un trouble de stress aigu, un trouble à symptomatologie somatique, un trouble neurocognitif majeur ou léger.

6.2.3.3 Troubles liés à une substance

La plupart des substances psychoactives peuvent être responsable d'un changement comportemental avec une modification de l'activité psychomotrice, des troubles du comportement, une altération du jugement et parfois une baisse de l'état de conscience, d'une confusion, d'un état psychotique et d'une conduite d'errance.

L'intoxication aux substances doit donc être prise en compte dans le diagnostic différentiel d'un voyage pathologique et doit être exclue grâce à une anamnèse détaillée et à des examens complémentaires.

6.2.4 Voyage pathogène

La fonction pathogène du voyage sur l'état psychique du voyageur est reconnue depuis longtemps, comme le « mal du pays », la nostalgie de tout migrant exilé loin de sa patrie initialement décrit chez les mercenaires suisses [50]. En 1926, Sir Ronald Ross, médecin de l'Armée des Indes britanniques, précisait déjà que « les antécédents psychiatriques personnels

ou familiaux contre-indiquaient formellement la vie sous les tropiques car les troubles nerveux ou de la personnalité non apparents dans les pays d'origine étaient accentués par le climat tropical » [51]. La « médecine des voyages » est une discipline médicale apparue il y a une quarantaine d'années [52]. Bien que les risques somatiques liés aux voyages (maladies infectieuses) soient bien connus et que les voyageurs fassent tout pour les prévenir, l'impact psychologique du voyage est souvent mal compris [53-54], malgré les preuves cliniques qui montrent que les pathologies psychiatriques constituent la quatrième cause de rapatriement sanitaire (15-20%) [55-56-57]. Les pathologies délirantes aiguës représentent environ la moitié des cas de rapatriements [45]. Le concept de voyage pathogène est défini comme un voyage qui provoque une décompensation psychique aiguë chez des personnes jeunes sans antécédents psychiatriques connus et qui n'ont pas consommé de toxiques [7-45-58]. Ce phénomène peut concerner les touristes, les travailleurs humanitaires ou les expatriés [55]. Les symptômes sont assez polymorphes, comprenant notamment une anxiété massive avec attaques de panique, un vécu persécutoire, des hallucinations acoustico-visuelles, des épisodes de dépersonnalisation et déréalisation. L'évolution clinique est fréquemment rapide et favorable, avec une rémission complète sans nécessité de médication à long terme [45-52-58-59-60]. Même si la dimension pathogène du voyage est reconnue, les mécanismes psychopathologiques sous-jacents demeurent obscurs [45-12]. Plusieurs théories ont été développées pour tenter de mieux comprendre ce phénomène. Selon Flinn et Singh, la « travel paranoia » pourrait être liée à un changement environnemental, à la présence d'étrangers, à l'inactivité et à un sentiment d'isolement [61-62]. L'approche systémique suggère que la décompensation psychiatrique qui survient pendant un voyage est due à une rupture de l'homéostasie préexistante. Les voyageurs quittent leur zone de confort, se retrouvent seuls et face à l'inconnu. Cela perturbe les mécanismes de défense qui ont bien fonctionné dans un autre contexte [40-60-63-64]. Les fragilités personnelles et les raisons du voyage peuvent être des facteurs prédisposants [67]. Selon l'approche psychanalytique, le fait de faire face à l'imprévu et de se confronter à l'épreuve de la réalité lors d'un voyage, peut réactiver un passé traumatique et causer une décompensation psychotique ou une déréalisation [7-65]. En 1936, Freud a écrit une lettre à Romain Rolland intitulée « Un trouble de mémoire sur l'Acropole », dans laquelle il expose l'auto-analyse d'un phénomène d'étrangeté et de déréalisation qu'il a vécu lors d'un voyage à Athènes avec son frère cadet [66]. D'autres auteurs établissent un lien entre le décalage horaire et les décompensations psychiques, en parlant du « syndrome du jet-lag ». La désynchronisation du rythme circadien qui résulte d'un voyage rapide à travers au moins quatre fuseaux horaires entraîne une perturbation de la production de mélatonine et d'autres neurotransmetteurs [73-74-75-76-77].

En l'absence de fragilités psychiatriques, les symptômes tels que les troubles du sommeil, les difficultés de concentration, l'irritabilité, la fatigue et les troubles gastro-intestinaux ne nécessitent pas de traitement, mais en cas de fragilité psychiatrique ou d'antécédents psychiatriques connus, le décalage horaire peut causer des symptômes thymiques tels que des épisodes dépressifs lors d'un voyage d'est en ouest, ou hypomaniaques lors d'un voyage d'ouest en est, ou encore des symptômes psychotiques [68-69-70-78-79-80-81-82-83].

6.3 Syndromes des voyageurs ou des villes connues

6.3.1 Syndrome de Jérusalem

Jérusalem est une ville ayant une incroyable aura historique et religieuse. Elle a une place centrale dans l'histoire des trois religions monothéistes. Capitale de la « Terre promise » pour les juifs, lieu de la crucifixion pour les chrétiens, troisième ville sainte de l'Islam [12]. Le « Syndrome de Jérusalem » a été décrit pour la première fois par le Dr Bar-El et ses collaborateurs en 2000, mais depuis les années 80, les psychiatres de Jérusalem ont remarqué qu'un nombre important de touristes décompensent sur un mode psychotique et ont décidé de centraliser les patients vers le Kfar Shaul Mental Health Center, pour une évaluation psychiatrique spécifique, ainsi que pour mieux étudier ce phénomène. Entre 1980 et 1993, 1200 personnes ont bénéficié d'une consultation, 470 patients ont eu besoin d'une hospitalisation (une moyenne de 100 patients et 40 hospitalisations par année) c'est-à-dire une incidence de 19,7/100000, un nombre qui risque d'être sous-estimé (par le manque de prise en charge) [2-84-85-86]. Dans une étude publiée en 1991, Bar-El et al. décrivent la situation de 89 patients hospitalisés entre 1986 et 1987 : 32 femmes et 57 hommes, avec un âge moyen de 32.4 ans. Soixante-quatre pourcent des patients décompensent dans les 14 jours qui suivent l'arrivée et 83% présentent un diagnostic de psychose (66% schizophrénie, 14% trouble bipolaire avec symptômes psychotiques et 18.9% trouble psychotique aigu). Quarante-vingt-deux pourcent des patients avaient des antécédents psychiatriques. Les auteurs ne précisent pas la réponse au traitement, une éventuelle prise de toxiques ou de médicaments [85].

Grâce à leurs observations cliniques, ils ont pu en distinguer trois types de syndrome :

Le type 1 : une pathologie psychotique était présente avant l'arrivée dans la ville de Jérusalem, et les symptômes psychotiques étaient la cause du voyage (voyage pathologique). Les auteurs distinguent quatre sous-types différents dans cette catégorie : les individus s'identifiant à un personnage de la Bible (premier sous-type), les individus présentant une idée délirante d'ordre religieuse ou politique (second sous-type), les individus pensant trouver la guérison à Jérusalem

(troisième sous-type), les patients psychotiques présentant une problématique d'ordre familial au premier plan (quatrième sous-type) [2-12-14-84].

Le type 2 : une personne avec un terrain de fragilité psychique du fait d'un trouble de la personnalité ou de la présence d'idées obsessionnelles [2-12-14-84].

Le type 3 : correspond à des manifestations psychiatriques aiguës chez des personnes sans antécédents psychopathologiques (voyage pathogène) et ne représente qu'une minorité des cas rencontrés (42 cas /3,5%). Ce type de voyage a particulièrement intéressé et fasciné les auteurs. Il s'agit d'une forme « discrète » du Syndrome de Jérusalem qui serait due à un état d'excitation religieuse induit par la proximité des lieux saints de Jérusalem ou à un état de « choc mystique » en rapport à la perception de la différence entre les attentes idéalisées de personnes très croyantes, et la réalité du contexte actuel de ces lieux. L'évolution est assez rapide (5-7 jours) et typique en sept phases avec guérison complète après mise à distance physique de la ville, sans besoin de traitement. La personne rencontre d'abord un état d'anxiété, avec agitation, nervosité et tension interne. Il décide de visiter la ville tout seul afin d'accomplir des rituels de propreté et de pureté, se confectionner une tige blanche, crier ou chanter des psaumes, des versets de la Bible ou des hymnes religieux, faire une procession jusqu'à un des lieux saints pour y prier. Ils ne présentent pas d'hallucinations auditives ou visuelles et ils maintiennent le contact avec la réalité. Les patients peuvent se souvenir de leurs actions mais ont une forme de réticence à en parler [2-12-14-84].

En 2000, le 3ème type est mis en discussion par Kalian et Witzum en raison du nombre de cas très limité et de la mise en évidence que certains de ces patients considérés type 3, avaient une pathologie psychiatrique [87-88-89]. Airault dans son étude publiée en 2018 sur l'impact des voyages pathologiques dans la clinique psychiatrique, critique l'étude de Bar-El car les auteurs n'indiquent pas les pourcentages des différents types de voyage pathologique, concernant le traitement reçu, l'éventuelle consommation de toxiques associée ainsi que des informations précises sur le follow-up des patients [84].

6.3.2 Syndrome de Stendhal

Dans une étude menée entre 1980 et 1989 sur 106 touristes sans antécédents psychiatriques, la Dre Magherini, psychiatre responsable du service de santé mentale de l'hôpital Santa Maria Nuova de Florence, décrit « le Syndrome de Stendhal ou de Florence ». Il s'agit surtout de femmes célibataires de moins de 40 ans, européennes (pas italiennes) ayant présenté, pendant leur voyage à Florence, des symptômes psychiatriques aigus nécessitant parfois une prise en charge en milieu psychiatrique [4-5].

Les symptômes présentés ont été distingués en deux sous-groupes [4-5] :

- Psychiques : déréalisation, altérations auditives et visuelles, anxiété majeure, vécu de persécution, dépression ou exaltation de l'humeur avec présence d'hallucinations
- Psychosomatiques : vertiges, suffocation, hypersudation, tachycardie, lipothymie, douleurs, tremblements, confusion et amnésie.

Sur le plan psychopathologique, l'hypothèse élaborée est une « crise d'identité » en lien avec leur histoire personnelle, le voyage et le choc émotionnel dû à la beauté de la ville et de l'art italien. Le voyage, déjà déstabilisant en lui-même, en plus des émotions causées par la vue d'une œuvre d'art, peuvent créer un épuisement ou une rupture de l'intégrité psychique qui permettra aux souvenirs, rêves et tous sentiments refoulés de resurgir. Plus le voyageur est fragile et à distance de son contexte culturel, plus il est dépaysé et donc à risque de décompensation [4].

Les descriptions que la Dre Magherini fait de ses patients sont assez précises [4-5] :

- « Leur humeur s'assombrit, devient dépressive et ils éprouvent une inquiétante impression de dissolution de leurs limites, de morcellement et de sensation de quitter leur propre corps. Ces troubles relativement fugaces, disparaissent sans laisser des séquelles » ;
- Devant le Bacchus de Caravage (peintre italien du moyen âge), un homme « vaincu par une attraction de plus en plus semblable à une intime excitation sexuelle de nature ambiguë » ;
- Une autre patiente réagissant devant le rayonnement solaire que Botticelli (peintre italien du moyen âge) donne à la beauté et à la jeunesse par des actes destructeurs du tableau ;
- Une visiteuse attardée au musée des Offices, hallucinée, voyant et entendant des anges ;

Le terme « Syndrome de Stendhal » a été choisi car Henri Beyle, sous le pseudonyme de Stendhal, dans son œuvre « Rome, Naples et Florence » décrivait son vécu lors de sa visite à Santa Croce : « J'étais dans une sorte d'extase à l'idée d'être à Florence, dans le voisinage des grands hommes dont je venais de voir les tableaux. Absorbé dans la contemplation de la beauté sublime, je la voyais de près, je la touchais pour ainsi dire ». Il ajoutait : « J'étais arrivé à ce point d'émotion où se rencontrent les sensations célestes données par les Beaux-Arts et les sentiments passionnés. En sortant de Santa-Croce, j'avais un battement de cœur [...]. La vie était épuisée chez moi, je marchais avec la crainte de sombrer ». L'écrivain s'assoit alors sur un banc, lit un poème de Foscolo pour se calmer, ce qui apparemment ne change rien [5-90].

Le « Syndrome de Stendhal » est, selon les définitions actuelles et selon nos hypothèses, un voyage pathogène.

6.3.3 Syndrome de l'Inde

Le « Syndrome de l'Inde » a été décrit dans les années '80 par le Dr Airault, psychiatre à l'ambassade française de Bombay, qui a été interpellé par la fréquence des décompensations psychotiques nécessitant le rapatriement sanitaire, chez des jeunes français sans antécédents psychiatriques avant leur arrivée en Inde. Ces jeunes présentaient un vécu d'étrangeté et des idées de persécution à thématique le plus souvent mystique. Aucune consommation de toxiques n'a été mise en évidence [7-8-58-59-84-91]. Le Dr Airault identifie le « Syndrome de l'Inde » comme un voyage pathogène, étant donné que les symptômes apparaissent quelques semaines après l'arrivée en Inde, chez des personnes sans problématiques psychiatriques au préalable. Le début des symptômes sera précédé par un sentiment d'étrangeté avec une composante thymique systématique [84]. Au niveau psychopathologique, il identifie comme cause principale de la décompensation, la perte des repères due aux particularités culturelles du pays. Il évoque aussi, comme cause possible, la confrontation entre les mythes occidentaux du voyage en Inde (grande et merveilleuse civilisation avec un côté mystique et sacré) et la réalité (pauvreté, misère, désorganisation, chaos, valeur du temps éclatée, surpopulation) [7-8-91]. De plus la confrontation à la mort, omniprésente en Inde, est évoquée par d'autres auteurs comme facteur traumatique et pouvant induire la décompensation [84].

L'existence du syndrome de l'Inde comme voyage pathogène est critiquée par Sauteraud, qui identifie les voyages en Inde plutôt comme des voyages pathologiques en mettant en évidence une préférence des psychotiques pour ce pays ou par l'Asie [59].

6.3.4 Syndrome de Paris

Ce syndrome concerne les touristes japonais dans la ville lumière et a été décrit à la fin des années '80 par le Dr Ota, psychiatre japonais ayant exercé à Paris à partir de 1984, dans son article « Voyages et déplacements pathologiques des Japonais vers la France » [92].

Mais d'où vient cette fascination pour la France et surtout Paris ?

A la fin du XIX siècle, pour les Japonais, voyager à Paris pour des études était un symbole de richesse. Après la deuxième guerre mondiale, voyager en France était symbole d'occidentalisation. A partir des années '70, voyager en Europe est devenu de plus en plus accessible aux japonais. La France, et surtout Paris, est le pays européen le plus choisi grâce à l'influence de la publicité qui identifie cette ville comme le « symbole de la culture occidentale » et un « paradis civilisé et raffiné » sur le plan culturel, culinaire, de la mode et de la beauté paysagiste [3-104]. En 1987, six-cent mille japonais ont voyagé en Europe et 80% d'entre eux ont visité la France et Paris. Actuellement l'ambassade japonaise à Paris estime un million de

touristes par an. Malgré cette augmentation, le nombre de personnes nécessitant des soins en milieu psychiatrique à Paris reste stable à une vingtaine de cas par année (en 1987, 24 cas). Donc, pour la majorité des voyageurs, le voyage à Paris se déroule sans incidents particuliers mais les décompensations psychiatriques des Japonais à Paris représentent une réalité clinique qui nécessite de soins spécifiques, mis à disposition grâce à la coopération entre l'hôpital Sainte-Anne et le Dr Ota [3-92-93-95]. Dans l'étude publiée en 2004, Ota et ses collaborateurs présentent les caractéristiques de 63 patients (34 femmes et 29 hommes) hospitalisés à l'hôpital Sainte-Anne à partir du 1988. L'âge était compris entre 20 et 65 ans mais le 50% des patients avait entre 20 et 30 ans. Dans la plupart des cas, ils ont été hospitalisés à la demande d'un tiers via un service d'urgence dans un contexte de troubles du comportement majeurs (déambulations, agitation psychomotrice, bris de voiture, chute de train, auto ou hétéro agressivité, tentative de suicide). Un délire à thématique persécutoire, mégalomane, mystique ou érotomane, des états d'angoisse majeure avec un état d'étrangeté, de déréalisation, de dépersonnalisation, ou de dissociation et une opposition aux soins sont mis en évidence [3]. Les diagnostics retenus, selon les critères du DSM-IV, sont la schizophrénie (23), le trouble schizophréniforme (4), le trouble schizoaffectif (9), un état délirant aigu (11), un trouble psychotique induit par une substance psychoactive (1), un épisode dépressif sévère (4), un épisode maniaque (6), un trouble dû à une affection médicale générale (4) et une phobie sociale (1) [3]. Ces patients ont été traités par des antipsychotiques, des anxiolytiques, et des thymorégulateurs. La prise en charge pluridisciplinaire par l'équipe de l'unité et le Dr Ota a favorisé la prise en compte de la dimension transculturelle. En raison du manque d'assurance, les prises en charge sont plutôt brèves et l'ambassade du Japon à Paris se charge de prévenir les familles et d'organiser le rapatriement sanitaire, des patients seuls ou accompagnés par un membre de la famille (28 patients) [3].

Les auteurs distinguent deux types de « Syndrome de Paris » [3-12-92-94-93-97-98] :

- **Classique (Type 1)** : les circonstances du voyage sont souvent étranges, sous-tendues par une activité ou une croyance délirante. Le patient a des antécédents psychiatriques. La décompensation est subite, parfois même à l'arrivée en France (**voyage pathologique**). Ce type peut être illustré par le cas d'une patiente de 39 ans, hospitalisée en mode non volontaire pour un état délirant aigu à thématique mégalomane, déclarant être partie à Paris pour devenir reine de Suède, de Finlande ou du Danemark. Elle était partie après avoir vu une affiche publicitaire sur les murs du métro de Tokyo. Elle avait alors cru que c'était un message lui destiné. Cette patiente était connue pour une schizophrénie paranoïde. Elle

était suivie depuis ses 19 ans et avait bénéficié de deux hospitalisations. Elle a été hospitalisée pendant deux semaines à Paris et elle est repartie accompagnée par sa famille pour poursuivre ses soins à Tokyo.

- **Retardé (Type 2)** : le patient type est un jeune patient (moins de 30 ans), sans antécédents psychiatriques, qui est parti à Paris pour des raisons de stages ou d'études. Après un début de séjour sans particularités, il commence à présenter, après environ 3 mois, des symptômes psychiatriques comme un état dépressif grave, un état délirant à thème mystique, érotomaniaque ou persécutoire (sentiment d'être victime de préjugés, d'agression ou autre hostilité) ou des symptômes de déréalisation, de dépersonnalisation et d'anxiété associés à des manifestations psychosomatiques ainsi que des troubles majeurs du comportement. Une fragilité psychique préexistante, une rupture avec la famille d'origine (refus de se conformer aux traditions) ainsi que le fait que la personne soit partie du Japon pour fuir des difficultés ont été évoqués comme facteurs prédisposants (**voyage pathogène**).

Les facteurs déclencheurs mis en évidence sont plusieurs :

1. La barrière linguistique est sans doute le principal facteur en cause : les difficultés de communication créent un sentiment d'étrangeté, d'angoisse et d'isolement.
2. Le manque des relations interpersonnelles avec sentiment d'isolement.
3. La différence culturelle surtout concernant la façon de s'exprimer et manifester ses émotions qui génère un sentiment d'incompréhensions.
4. La déception due au contraste entre l'image idéalisée de Paris et la réalité qui crée des angoisses ainsi qu'un sentiment de désillusion et de dépression.
5. Le décalage horaire qui peut causer une déstabilisation psychologique.

6.3.5 Syndrome de New York

Selon le Dr Goleman et le New York Times, le « Syndrome New York » est dû à la différence qui existe entre l'idéalisation dans l'imaginaire de certaines personnes de la ville de New York et la réalité. Les touristes, surtout les Japonais, considèrent New York comme la capitale du monde, où il est possible de commencer une nouvelle vie et où il est facile de s'affirmer et d'avoir du succès (le rêve américain). La confrontation à la réalité, représenté par la modernité de la ville mais aussi par la violence et la difficulté de réaliser ses propres rêves, peuvent créer un sentiment de déception et de dépression pouvant conduire, dans les cas le plus graves, à des tentatives de suicide ou à des symptômes psychotiques associés. Pour ces auteurs, il s'agit donc d'un voyage pathogène [99-100]. Dans une étude de 2003, Katsusa et al., en utilisant les

documents du consulat japonais à New York entre 1997 et 2001, identifient 32 touristes japonais qui ont eu besoin d'une prise en charge psychiatrique dès leur arrivée à New York (75% pendant la première semaine). Dans cette étude, dans 97% des cas, il s'agit d'un voyage pathologique effectué par des patients avec un diagnostic de schizophrénie (78.2%) ou de trouble de la personnalité (14%). Les patients schizophrènes ont choisi New York pour faire appel au FBI car persécuté par le gouvernement japonais, pour se faire soigner par les hôpitaux Américains ou pour se faire libérer des ondes électromagnétiques par la CIA [101].

6.3.6 Syndrome de Venise

Le « Syndrome de Venise » est identifié par le Dr Johnson comme un voyage pathologique effectué à Venise avec la volonté de s'y suicider. Concernant le choix de Venise, le caractère romantique de la ville, associé au déclin et à la décadence, est évoquée par la majorité des voyageurs. Entre 1988 et 1995, Johnson a rencontré 51 patients, hommes et femmes. La plupart d'entre eux venant d'Allemagne, ce qui fait soupçonner aux auteurs, l'influence de l'écrivain Thomas Mann qui a écrit un livre intitulé « Mort à Venise ». Seize d'entre eux sont décédés. Les 35 survivants ont pu expliquer clairement que le but de leur voyage était de se donner la mort à Venise. Concernant le moyen utilisé, la plupart des femmes ont choisi l'abus médicamenteux et la plupart des hommes la défenestration, la noyade ou le saut d'un pont [102]. Une année plus tard, ce sujet est repris par des chercheurs italiens, qui se questionnent sur l'existence du « Syndrome de Venise ou de la lagune ». Ils confirment que la ville de Venise est choisie par des touristes comme ville pour se suicider en raison de son identification comme « ville de la mort » [103].

6.3.7 Syndrome d'Ulysse

Ce syndrome a été décrit par le Pr. Achotegui, directeur du SAPPRI (Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados) de l'Hôpital de Sant Pere Claver à Barcelone et qu'il a présenté lors du 7ème Congrès National de Psychiatrie Espagnole en 2002 [41]. Il s'agit du « syndrome de l'immigrant avec stress multiples et extrêmes ». L'expatrié émigre à la recherche d'une meilleure situation économique ou sociale mais se retrouve parfois dans un pays d'accueil qui pose des conditions et exige des comportements qui peuvent parfois dépasser ses capacités d'adaptation, surtout s'il se trouve dans une situation d'illégalité. La personne peut présenter des symptômes dépressifs associés à des troubles anxieux, dissociatifs et des somatisations. Il s'agit d'un trouble de l'adaptation ou d'un trouble de stress post-

traumatique. L'origine du syndrome est le « 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 [14].

6.3.8 Syndrome de Tahiti

Le « Syndrome de Tahiti » est décrit par le Dr Petit dans son article de 1993. Trois hypothèses pathogéniques (trois mythes) des décompensations lors du voyage sont évoquées [104] :

- **Mythe du Robinson** : les îles désertes permettent aux voyageurs de se retrouver face à face à une nature vierge et rebelle à laquelle le voyageur peut se confronter ou simplement la contempler. Il évoque pour cette motivation un fond psychotique (**voyage pathologique**).
- **Mythe du bout du monde** : les îles lointaines et d'accès difficile peuvent cacher des trésors et les traces de civilisations disparues. Dans ce cas, des idées délirantes d'allure mystique sont à l'origine de ce voyage (**voyage pathologique**).
- **Mythe de la nouvelle Cythère** : le voyageur, comme le navigateur français Louis-Antoine de Bougainville, idéalise Tahiti comme une île paradisiaque mais en y arrivant souffre de désillusion confrontée à la réalité tahitienne : on y retrouve pollution, embouteillage et tensions sociales (**voyage pathogène**).

6.3.9 Syndrome d'Hawaï ou syndrome des noix de coco et des bananes

En 1975, Kimura et ses collaborateurs décrivent des décompensations psychiatriques chez des touristes à Hawaï. Leur hypothèse est que les personnes nécessitant des soins psychiatriques soient parties pour fuir certains problèmes. Le choix d'Hawaï est lié à un stéréotype : « la vie est facile, on y trouve de la nourriture sur les arbres ». Sur place, leurs problèmes ne sont pas réglés et ils sont en plus confrontés aux difficultés liées au voyage, au décalage horaire et à l'adaptation au nouveau lieu [105]. En 1979, Stelzer publie une étude à ce sujet [106]. En analysant les dossiers médicaux des urgences psychiatriques du Queen's Medical Center de Oahu entre février et juin 1976, il a pu identifier 114 étrangers qui ont eu besoin de soins psychiatriques. En fonction de la présence/absence d'un plan précis lors du départ, il les a partagés en deux groupes : 50 qui avaient un projet de départ, identifiés comme « touristes » et 64 qui n'avaient aucun plan de départ, appelés « transitoires ».

Concernant les symptômes présentés, les différences entre les deux groupes sont nettes :

- Anxiété et troubles du sommeil chez 20 « touristes » et un seul « transitoires ».

- Symptômes dépressifs chez 13 « transitoires » et un seul « touriste ». 8 individus ont consulté en raison d'une tentative de suicide ou pour des idées suicidaires actives. Sept « transitoires » et le seul « touriste » ont été hospitalisés.
- Symptômes psychotiques chez 9 « touristes » et 26 « transitoires ». Des éléments délirants d'allure persécutoire ou des angoisses psychotiques étaient décrites chez les « touristes ». Des idées délirantes plus construites étaient présentées par les « transitoires », comme venir à Hawaii pour vivre en mangeant des fruits, ou s'enfuir d'un complot de la CIA, du FBI ou de la police. 19 transitoires ont nécessité une hospitalisation.
- 13 « touristes » et 2 « transitoires » ont bénéficié d'une prise en charge dans un contexte d'intoxication aiguë à l'alcool. Huit « transitoires » ont consulté pour sevrage ou intoxication à d'autres substances.
- Symptômes dissociatifs chez 7 « touristes » et 2 « transitoires ». Un patient du groupe des « transitoires » a été retrouvé confus, errant dans la rue, avec un bracelet d'un hôpital en Californie. L'autre, jeune homme de 35 ans, a été retrouvé errant, confus, amnésique. Pendant l'hospitalisation il a été constaté que le patient était parti après les funérailles de sa mère et son frère décédés à la suite d'un incendie dans leur maison. Un diagnostic de fugue dissociative avec amnésie a été posé. Les jeunes touristes ont développé des états dissociatifs avec symptômes psychotiques. Chez les touristes plus âgés, les symptômes dissociatifs ont été mis en relation avec des syndromes organiques aigus dus aux changements d'environnement. L'influence du « jet-lag » est évoquée.

Les auteurs concluent :

1. Les patients « transitoires » sont des jeunes, célibataires, sans emploi, avec des antécédents psychiatriques, qui effectuent un voyage pathologique à Hawaï appelé par les auteurs « Syndrome des noix de coco et des bananes ».
2. Les patients « touristes » sont plus âgés, mariés, sans antécédents psychiatriques connus. Ils décompensent après leur arrivée à Hawaï en raison d'une faible capacité d'adaptation aux changements. Comme facteur prédisposant sont évoquées une vulnérabilité psychique en lien avec une fragilité, la psychorigidité et des stratégies d'adaptations inadaptées. Le décalage horaire, la fatigue, les sur-stimulations, le nouvel environnement, les nouvelles cultures et habitudes sont les facteurs psychopathogéniques évoqués. Il s'agit donc d'un voyage pathogène [106].

6.4 Voyageurs pathologiques à Genève – L'étude d'Ariel Eytan et al.

Le Dr Eytan et ses collaborateurs ont été les premiers à s'intéresser aux voyageurs pathologiques à Genève dans une étude publiée en 2007 [11]. Ils ont effectué une étude rétrospective sur une période de 4 ans (2000-2004) en analysant tous les dossiers des patients hospitalisés au département de psychiatrie des HUG ayant sur leur certificat d'admission les mots-clés « voyage pathologique ». Sur 11.950 hospitalisations, ils ont retrouvé 76 voyageurs pathologiques. La majorité des patients étaient des hommes (58%), jeunes (75% moins de 50 ans), célibataires (66%), venant d'un autre pays européen (62%), avec des antécédents psychiatriques (84%) et une prise irrégulière du traitement (63%). La plupart des patients voyageaient seuls (92%), directement à Genève (62%) sans avoir de liens particuliers avec la ville (74%). Soixante-trois pour cent d'entre eux ont nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique dans les 48 heures après leur arrivée. Concernant le contexte d'hospitalisation, pour 54% des patients, la police est intervenue en conduisant les personnes aux urgences où il a été indiqué l'hospitalisation. Un délire à thématique persécutoire était présent dans 53% des cas, ainsi que des comportements auto ou hétéro-agressifs (respectivement 17% et 12%). Il s'agit cependant d'hospitalisation de courte durée, moins de 4 jours dans 67% des cas. Concernant les diagnostics retenus, un trouble psychotique et un trouble de l'humeur ont été mis en évidence (respectivement, 58% et 22%). Un traitement antipsychotique a été prescrit dans 72% des cas pour stabiliser l'état clinique et afin de faciliter un rapatriement avec un proche ou un soignant (67% des cas). Il est à noter que seulement 20% de ces patients ont pu retourner seuls dans leur pays et un tiers des situations ont recouru à un transfert vers l'hôpital du pays de résidence. Eytan et al. ont constaté que pour 21% des patients, les organisations internationales présentes à Genève, comme l'ONU (Organisation des Nations Unies), le HCR (Haute Commission des Réfugiés), le WHO (World Health Organisation) et l'ICRC (International Committee of the Red Cross) ont motivé leur voyage. Ce nombre n'est toutefois pas très précis car dans les dossiers analysés, le motif de voyage était facultatif. Ces auteurs ont comparé les deux groupes (voyageurs attirés par l'aura internationale de Genève et les autres) en trouvant des différences significatives concernant les liens particuliers avec la ville (moins fréquent pour le premier groupe), les symptômes délirants (88% VS 44%), les rapatriements (moins fréquents pour le premier groupe) et la nécessité d'intervention de la police (aussi moins fréquents pour le premier groupe).

Pour la définition du voyage pathologique, les auteurs se basent sur une étude française de 1981 [1] qui distingue 3 types de voyage pathologique :

- **Simple** : le voyage obéit à une idée délirante mais sans être intégré, la destination n'est pas importante.
- **Secondaire** : le voyage est intégré dans le système délirant et la destination est fondamentale.
- **Pure** : les hallucinations ou les délires poussent le patient à voyager.

Selon cette définition, la majorité des voyages pathologiques à Genève sont des voyages pathologiques simples, car seulement 21% des patients ont pu être identifié comme ayant une motivation spécifique au voyage à Genève (organisations internationales).

Eytan et al. soulignent les limitations d'une étude rétrospective (sous-estimation du phénomène) :

- Analyse seulement des bons d'admission, qui est un certificat synthétique, rédigé dans un contexte d'urgence, parfois pendant des gardes ;
- Le diagnostic de voyage pathologique n'est pas codifié et n'est pas mentionné dans les classifications internationales (APA, OMS) ;
- Séjours hospitaliers de courte durée qui a limité le recueil de données psychopathologiques et anamnestiques complètes (pour 60 patients, les raisons du voyage étaient inconnues) ;
- Absence d'un groupe contrôle pour éliminer les facteurs non-spécifiques du voyage ;
- Voyageurs pathologiques ne nécessitant pas une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Eytan et al. soulignent aussi le risque de surestimer le phénomène en considérant comme idées délirantes, des déplacements d'individus réellement persécutés dans leur pays.

7. Réflexion autour du phénomène « Syndrome de Genève ».

Le phénomène des voyages pathologiques questionne la communauté scientifique depuis plus d'un siècle. Dans la littérature, nous avons retrouvé plusieurs « Syndromes de ville connues », comme le Syndrome de Jérusalem, de Florence, de Paris, de New York etc.

Malgré sa fréquence, les classifications actuelles (CIM 11, DSM-5) ne mentionnent pas le diagnostic de voyage pathologique. Pour identifier ce phénomène, nous avons utilisé la définition du manuel de Tribolet : le voyage pathologique est « un voyage soudain, imprévu, effectué par un individu sous l'influence d'un trouble psychiatrique » [41]. Cette définition permet clairement de distinguer un voyage pathologique d'un voyage pathogène ou une fugue. La présence de voyageurs pathologiques à Genève a été décrite pour la première fois dans une précédente étude effectuée au début des années 2000 [11]. La prévalence de ce phénomène semble être stable ces dernières années, malgré une démocratisation des voyages. Il existait probablement auparavant mais nous ne disposons pas de données antérieures. Dans notre pratique clinique au sein du département de psychiatrie des HUG, nous sommes souvent confrontés à des voyageurs pathologiques à Genève. La prise en charge de ces patients est compliquée par plusieurs aspects, dont la barrière de la langue, des difficultés de contact avec les ambassades et les réseaux de soins des pays dont sont issus, des raisons financières et asséculogiques.

Pour mieux comprendre ce phénomène, nous nous sommes d'abord questionnés sur les raisons pour lesquelles la ville de Genève attire les voyageurs pathologiques. Dans l'étude d'Eytan et al, la réputation de neutralité de la ville et la présence d'organisations internationales semblaient être les raisons principales. Après révision des dossiers des patients de notre cohorte, nous avons noté que Genève attire plutôt les voyageurs pathologiques grâce à son image de ville riche et sûre. Genève est décrite par nos patients comme une ville où les personnes sont heureuses, en sécurité physique et financière. Les organisations internationales ont un impact sur cette vision mais les patients sont aussi attirés par le système de santé, le système social et les banques qui collaborent à créer cette « aura de sécurité ». Les patients évoquant ces motivations à la base du choix de la ville de Genève sont ceux qui nous avons identifié comme présentant un « Syndrome de Genève ».

La question de notre recherche est d'évaluer des liens entre certains voyageurs pathologiques et la ville de Genève et d'affirmer la pertinence de caractériser ce phénomène en « Syndrome de Genève », un voyage pathologique vers Genève en raison de l'aura de sécurité perçue.

8. Méthode et participants

Nous avons effectué une étude rétrospective transversale et descriptive sur les dossiers des patients ayant effectué un voyage pathologique à Genève, selon la définition de Tribolet [41], admis aux urgences ou hospitalisés au département de psychiatrie des HUG durant une période de dix années (2009 à 2018).

8.1 Objectif

L'objectif est d'effectuer un état des lieux actuel du phénomène du voyage pathologique et comparer nos résultats avec les données de la littérature cantonale, nationale et internationale sur le sujet et sur les autres syndromes de villes identifiées dans la littérature. Ce protocole d'étude a été accepté à la commission cantonale d'éthique et de recherche (CCER 2018-02104).

8.2 Sélection des participants

Ce travail de recherche a été entrepris avec l'aide du service informatique des HUG (INFODESK), qui nous a permis de sélectionner les patients présentant dans leur dossier patient le mot clés « voyage pathologique » et les diagnostics, selon la CIM 10, suivants :

- Psychose (F20 Schizophrénie, F22 Trouble délirant persistant, F25 Trouble schizoaffectif, F23 trouble psychotique aigu polymorphe)
- Trouble de l'humeur (F30.)
- Troubles spécifiques de la personnalité (F60)
- Trouble envahissant du développement (F84)
- Fugue dissociative (F44.1).

Nous avons obtenu une liste comprenant 852 identifiants patients. Après vérification, nous avons inclus dans notre étude 237 patients.

8.3 Critères d'inclusion

- Patients hospitalisés au département de psychiatrie des HUG ou qui ont consulté les urgences psychiatriques des HUG au cours des dix dernières années.
- Motif d'hospitalisation : voyage pathologique à Genève, lors de l'épisode de soins sélectionné.
- Diagnostic : psychose (F20 Schizophrénie, F22 Trouble délirant persistant, F25 Trouble schizoaffectif, F23 trouble psychotique aigu polymorphe), trouble de l'humeur (F30),

troubles spécifiques de la personnalité (F60), troubles envahissants du développement (F84) et fugue dissociative (F44.1).

8.4 Critères d'exclusion

En effectuant la recherche des mots clé « voyage pathologique » à l'aide d'un système informatisé dans les rapports des urgences, les rapports de la psychiatrie de liaison et les lettres de sortie, nous avons retrouvé 852 identifiants patients. Après analyse des dossiers, nous avons remarqué que certains patients n'avaient pas été pris en charge dans un contexte de voyage pathologique à Genève. Nous avons donc identifié les critères d'exclusion suivants :

- Patients inclus par erreur : les mots « voyage pathologique » n'étaient pas présents dans les documents analysés ou présence du seul mot « voyage ».
- Erreurs de numérisation : Absence du dossier de prise en charge psychiatrique ou dossier numérisé deux fois ou deux numéros patients différents pour le même patient ou dossier d'une période antérieure à notre étude numérisé dans le DPI plus tard.
- Patients d'origine suisse ou habitant en suisse ayant des antécédents de voyage pathologique dans des autres villes en suisse ou dans d'autres pays. Dans ces cas les mots « voyage pathologiques » étaient dans l'anamnèse et pas dans le motif de prise en charge actuelle.
- Patients hospitalisés à plusieurs reprises pendant des années différentes. Dans ce cas , les patients qu'à une seule reprise.
- Patients migrants (par exemple, pour des motifs économiques) ou demandeurs d'asile : dans le dossier, nous avons retrouvé uniquement le mot voyage
- Présence d'un document attestant un refus de participer à l'étude

8.5 Données récoltés

Nous avons récolté des dossiers les données suivantes :

1. Données démographiques et épidémiologiques concernant les patients

- Genre
- Âge
- Statut familial et présence d'enfants
- Niveau d'éducation
- Situation professionnelle
- Pays d'origine

- Antécédents psychiatriques (suivi médical, diagnostic et traitements antérieurs)

2. *Conditions d'hospitalisation*

- Arrivée aux urgences ou à l'hôpital psychiatrique
- Prise en charge à l'arrivée
- Symptômes présents (hallucinations, symptômes psychotiques, troubles de l'humeur, idées suicidaires, anosognosie, insight, risque de fugue, désorientation, confusion, violence, agitation, crise clastique)
- Diagnostic retenu
- Durée du séjour
- Traitement prescrit
- Décharge de l'hôpital
- Honos d'entrée et Honos de Sortie

L'échelle Honos-F (Health of the Nation Outcome Scales version française) est remplie par le médecin en charge du patient à l'admission et à la sortie. Elle permet de donner une estimation quantitative de la sévérité du tableau clinique présenté par le patient ainsi que d'évaluer l'évolution clinique. L'examineur doit noter entre 0 et 4 chaque item : 0 indique l'absence de troubles/problèmes et 4 la présence importante avec impact massif sur le fonctionnement du patient. Le delta entre la valeur d'entrée et de sortie est indicatif de l'efficacité de la prise en charge [107].

Cette échelle est composée de 12 items :

1. Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité
2. Lésions auto-infligées non accidentelles
3. Troubles cognitifs
4. Troubles liés à la consommation de drogues ou d'alcool
5. Troubles associés à une maladie physique ou un handicap
6. Troubles liés aux hallucinations et délires.
7. Troubles liés à l'humeur dépressive
8. Autres troubles mentaux et comportementaux
9. Problèmes pour établir des relations sociales significatives
10. Problèmes liés aux activités de la vie quotidienne
11. Problèmes liés aux conditions de vie (logement)
12. Problèmes liés à l'occupation et aux activités
13. Problèmes dans la prise de médication psychiatrique

3. Caractéristiques du voyage à Genève

- Voyage en solo ou avec quelqu'un
- Destination (Genève directement ou d'autres destinations d'abord)
- Moyen de transport
- Durée du séjour à Genève avant l'admission aux HUG
- Motivation du voyage et du choix de la ville de Genève

8.6 Définition du concept du « Syndrome de Genève »

Après avoir analysé les motivations du voyage à Genève, nous avons créé deux groupes :

- « Syndrome de Genève OUI » : composé par 169 patients qui ont choisi la ville de Genève pour son aura de sécurité perçue. Ces patients ont identifié les banques, la présence des quartiers généraux de plusieurs organisations internationales, le système de santé efficace, une activité économique satisfaisante, un taux de chômage bas ou plus vaguement un sentiment de sécurité perçu comme motivation de leur voyage.
- « Syndrome de Genève NON » composé par 68 patients, pour lesquels le choix de Genève était en rapport à des autres facteurs.

8.7 Gestion des données

Les données ont été récoltées dans une base de données Excel, sécurisée et anonymisée, sans accès possible à une identification du patient ou au dossier médical informatisé depuis la base de données.

Nous avons été confrontés à des dossiers parfois incomplets (informations manquantes). Pour cette raison, nous avons créé une colonne « inconnu » pour tous les paramètres recherchés. Les observations manquantes étaient dans des proportions de 0,4 % à 47,6 %. Ainsi, les variables catégorielles avec plus de 5% d'observations manquantes ont été traitées avec une catégorie supplémentaire appelée « inconnu ».

8.8 Analyses statistiques.

En premier lieu, nous avons utilisé les données recueillies pour faire une description générale des caractéristiques des patients en utilisant des moyennes ou des pourcentages.

Une première comparaison de groupes (Syndrome de Genève OUI et NON) est donnée. Nous avons examiné des caractéristiques choisies telles que l'âge, le genre, le statut civil, la situation de logement, la situation professionnelle, le continent d'origine, le type de voyage (seul ou

accompagné), les antécédents psychiatriques, un traitement psychotrope antérieur, la compliance au traitement, une intoxication aux substances, des antécédents de voyage pathologique, l'accès aux soins à Genève, la présence d'un délire de persécution, la décision prise aux urgences, la durée d'hospitalisation, le traitement prescrit, la condition de sortie et le diagnostic retenu. Nous avons ensuite comparé les patients avec et sans antécédents psychiatriques en examinant les mêmes caractéristiques que ci-dessus.

La comparaison de ces groupes a été effectuée à l'aide du test du Chi-carré ou le test exact de Fisher pour les variables catégorielles et le test T-Student pour les variables continues. Nous avons ensuite appliqué la correction de Benjamini Hochberg pour comparaisons multiples à l'aide du package simpleFDR du logiciel opensource R.

Nous avons ensuite ajusté un modèle de régression logistique aux données pour prédire l'appartenance au groupe « Syndrome de Genève », variable dépendante binaire : absence codée « 0 » versus présence codée « 1 ». Nous avons choisi comme prédicteurs l'état civil (célibataire-divorcé-veuf.ve vs marié-en couple vs inconnu), la situation de logement (vit seul vs autre), l'origine (Europe vs autre), l'arrivée aux urgences (par ses propres moyens vs autre), la présence d'un délire à thématique persécutoire (oui vs non) et les conditions de sortie (rapatriement vs fugue vs autres structures à Genève). Nous avons choisi ces prédicteurs selon notre hypothèse concernant la précarité de ces patients ainsi que le besoin d'aide ressenti et le choix de s'installer ensuite à Genève.

Similairement, nous avons recouru à un autre modèle de régression logistique pour mettre en évidence les associations entre la présence d'antécédents psychiatrique et des caractéristiques choisies comme l'état civil (célibataire-divorcé-veuf vs marié-en couple vs inconnu), la situation de logement (vit seul vs autre), l'origine (Europe vs autre), la durée d'hospitalisation (passage aux urgences seulement vs court-terme vs long-terme) le diagnostic (trouble psychotique vs trouble de l'humeur vs autre) et les conditions de sortie (rapatriement vs fugue vs autres structures à Genève). Les prédicteurs choisis sont en lien avec le phénomène des voyages pathologiques et choisis à fin d'identifier des caractéristiques particulières concernant la prise en charge de ces patients.

Dans ces deux modèles le nombre de prédicteurs (6) a été dicté par l'impératif du nombre minimum de 10 évènements par paramètre énoncé par Peduzzi et al. Cette règle, qu'on trouve

dans Hosmer et Lemeshow¹, stipule que le modèle ne devrait pas contenir plus de $p+1 \leq \min(n_1, n_0)/10$ paramètres pour éviter entre autres des problèmes de surestimation et de sous-estimation des variances estimées (p est le nombre de prédicteurs, n_1 et n_0 , la fréquence respective de chaque groupe. Dans notre cas, le groupe le moins représenté a un effectif de 69 pour le Syndrome de Genève et de 63 pour les Antécédents psychiatriques.

La signification statistique des coefficients de régression individuels a été testée à l'aide de la statistique du Chi-carré de Wald. Deux statistiques de qualité de l'ajustement ont été utilisées pour évaluer l'ajustement du modèle logistique : les probabilités prédites exprimées sous la forme d'un pourcentage global de classification correcte et le pseudo R^2 de Nagelkerke. Quant à la statistique Hosmer-Lemeshow, elle teste si le modèle s'ajuste bien aux données. Une valeur de p non significative suggère un bon ajustement. La signification statistique a été fixée à $p \leq 0,05$. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 28.0 et R program.

¹ Hosmer, D. W., Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (Second edition). Wiley.

9. Résultats

Nous avons sélectionné dans la base de données du département de psychiatrie des HUG (unités hospitalières, consultation de psychiatrie de liaison et urgences psychiatriques) tous les patients arrivés à Genève dans un contexte de voyage pathologique pendant la période comprise entre 2009 au 2018

Nous avons obtenu 852 ID patients. Après avoir appliqué nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons sélectionné 237 patients. Nous avons résumé les caractéristiques sociodémographiques de ces patients dans la figure 1 (statut civil) et 2 (situation du logement avant le voyage).

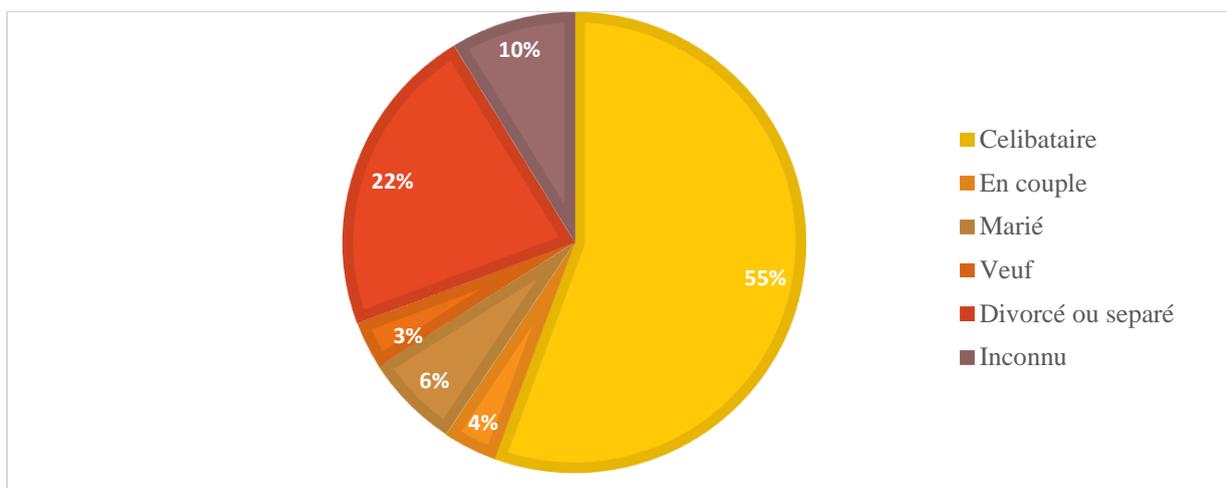


Fig. 1 Répartition du Statut civil

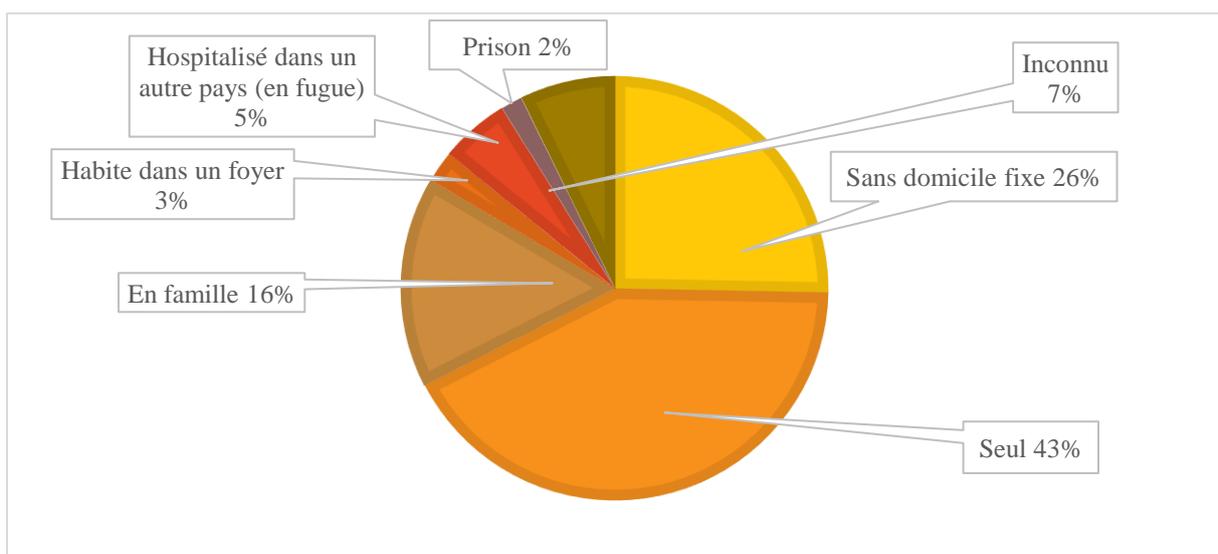


Fig. 2 : Répartition de la Situation de logement avant le voyage

En résumé, 62% des patients étaient des hommes avec un âge moyen de 44.3 ans (14.3), célibataire/divorcé ou veuf pour la majorité d'entre eux (80%), sans enfants (71%), habitant seul (44%) ou sans domicile fixe (26%). Malgré des données manquantes, ces données semblent suggérer que l'isolement est un facteur caractéristique chez ces patients.

Les informations concernant la formation scolaire et la profession exercée par les patients étaient souvent manquantes (respectivement 48% et 32%). Cependant nous avons remarqué que la majorité des patients (37%) était sans activité professionnelle. (Figure 3 et 4).

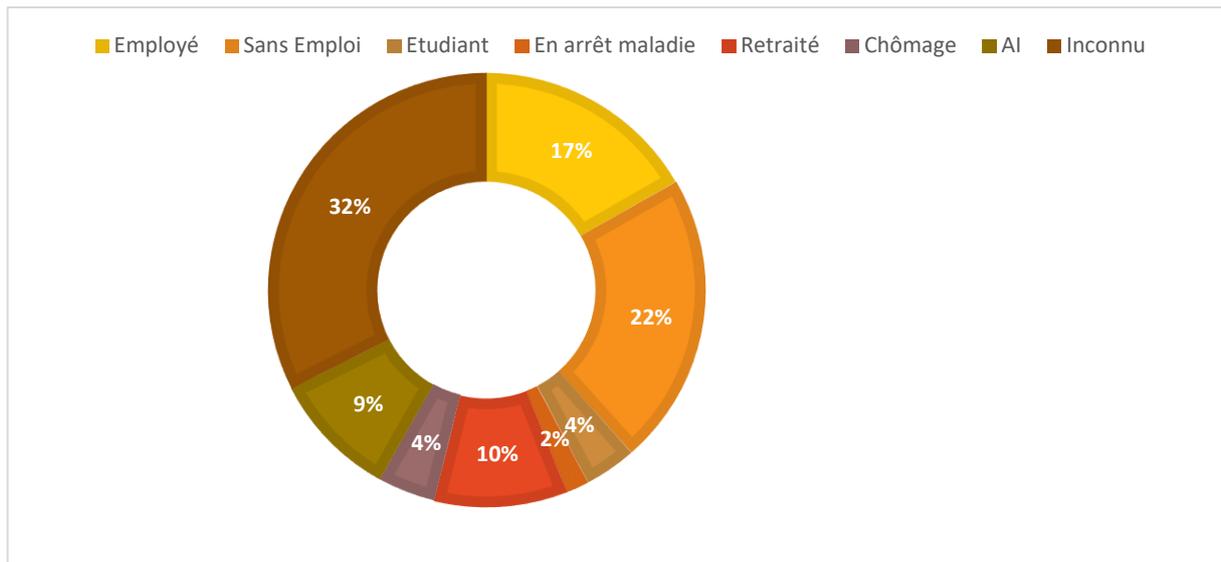


Fig. 3 : Situation professionnelle des patients inclus

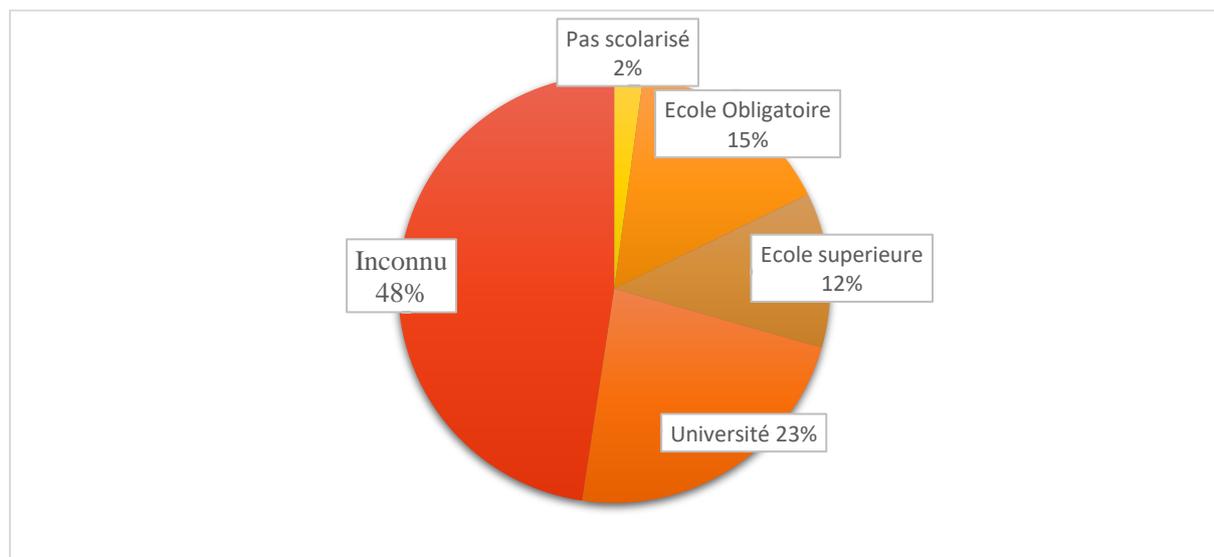


Fig. 4 : Formation scolaire des patients de la cohorte

Nous avons constaté dans cette cohorte que la majorité des patients étaient des européens (73%). Les pays pourvoyeurs de voyageurs pathologiques hors Europe étaient les Etats Unis et le Maroc (Figure 5 et 6).

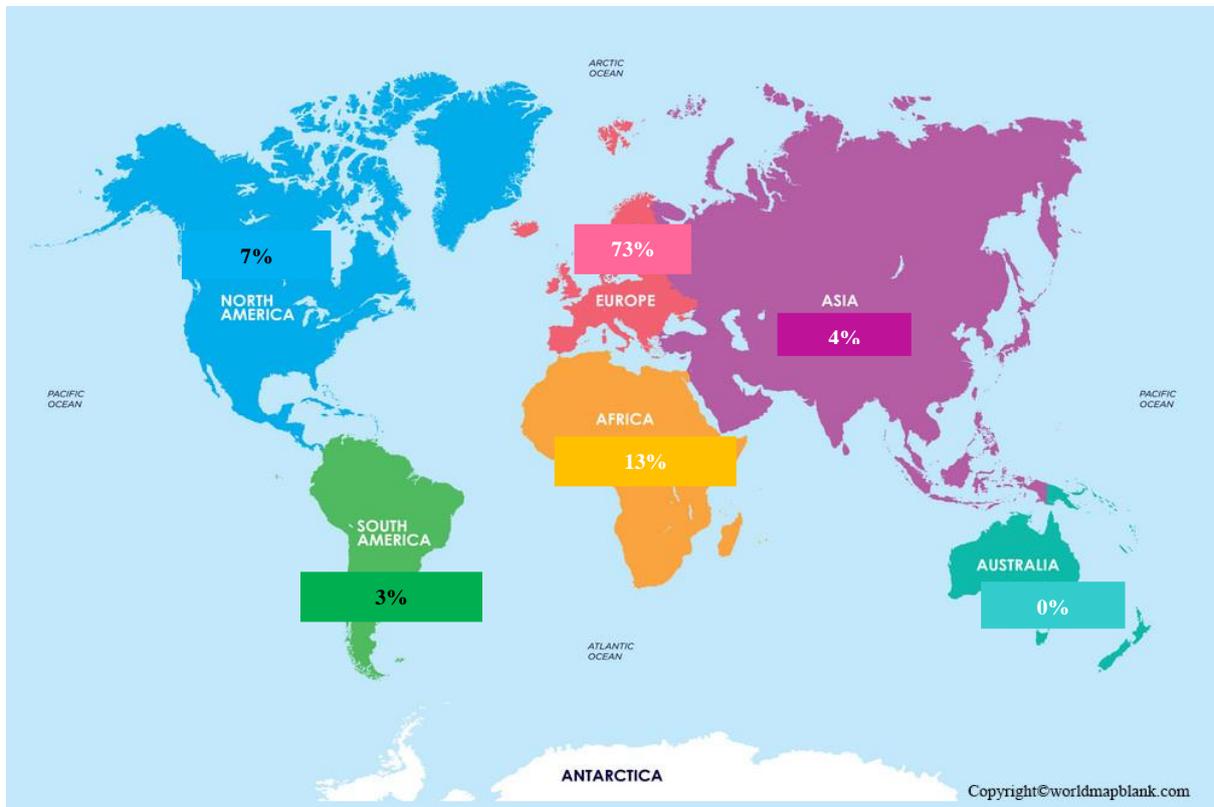


Fig. 5 : Distribution de la cohorte de patients selon le continent d'origine

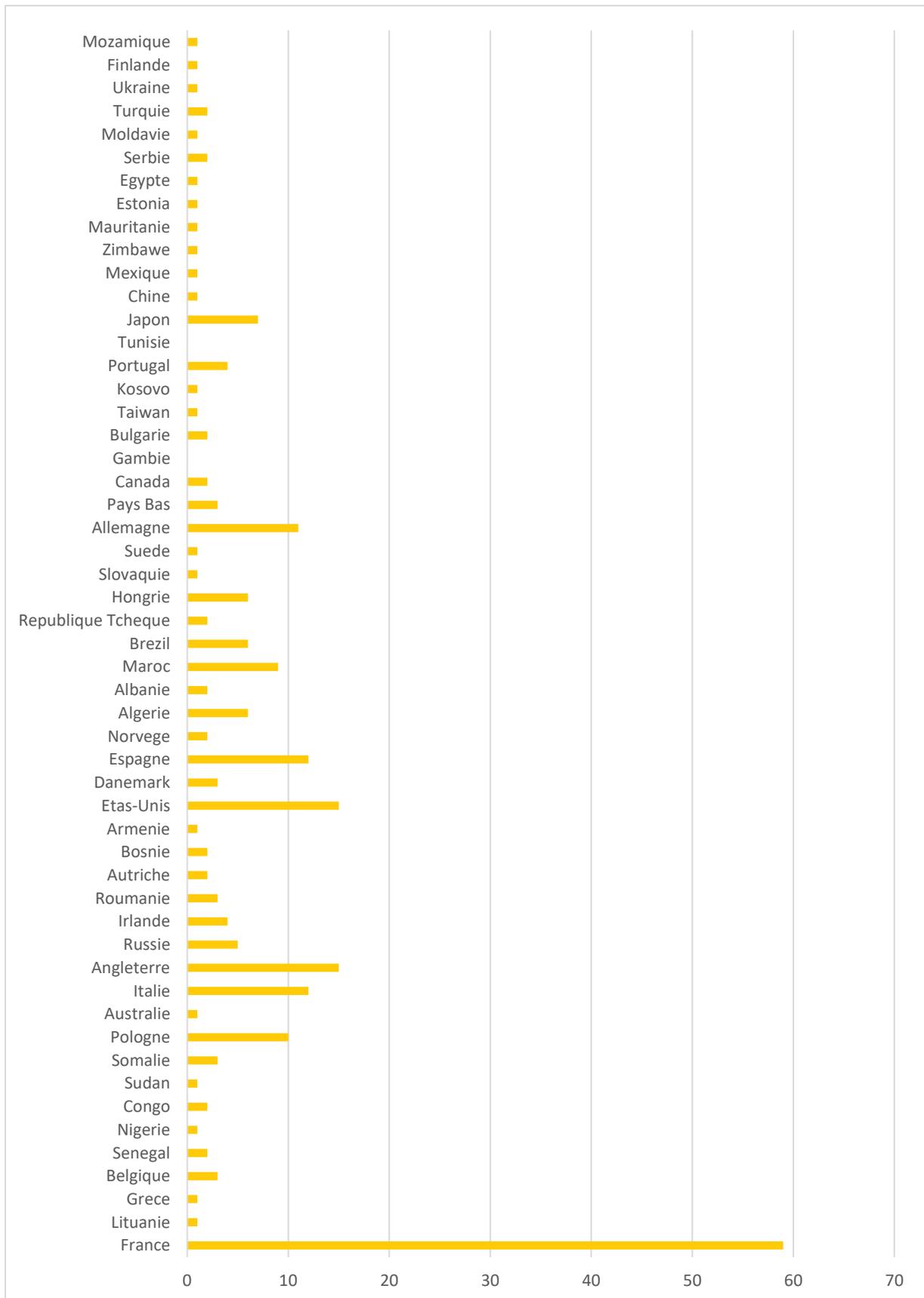


Fig. 6 : Diagramme à bâton indiquant les pays d'origine des patients

Il est important de souligner que la majorité des patients ont été évalués aux urgences psychiatriques des HUG avant leur admission. Les psychiatres des urgences ont indiqué la suite de la prise en charge, en fonction de la situation clinique. Dans le tableau 4, nous mettons en exergue la prise en charge aux urgences et les décisions prises les collègues.

Tableau 4. Prise en charge aux urgences

Arrivée aux urgences	Police	111	47%
	Ambulance	52	22%
	Par ses propres moyens	73	30%
	Autres	24	10%
	Aucun passage aux urgences	7	<1%
Type de soins aux urgences			
	Psychiatrique	219	92%
	Somatique	68	28%
Décision aux urgences			
	Admission ordinaire (AO)	53	22%
	Placement à des fins d'assistance médicale (PAFA-Med)	116	49%
	Pas d'hospitalisation	28	12%
	Transfert dans leur pays	30	11%
	Unité somatique	11	5%

Dans notre cohorte, pour 132 patients (56%), l'intervention de la police, de l'ambulance ou un appel volontaire aux urgences est survenue plus que 2 jours après leur arrivée à Genève.

Concernant la symptomatologie, nous avons constaté la prédominance d'un délire de persécution (72%) ou d'une désorganisation massive du comportement (42%). Le délire à thématique mégalomane est le troisième symptôme le plus fréquent (26%) pour ces patients sélectionnés. Nous avons détaillé les symptômes présentés par cette cohorte de patients aux urgences dans la figure 7.

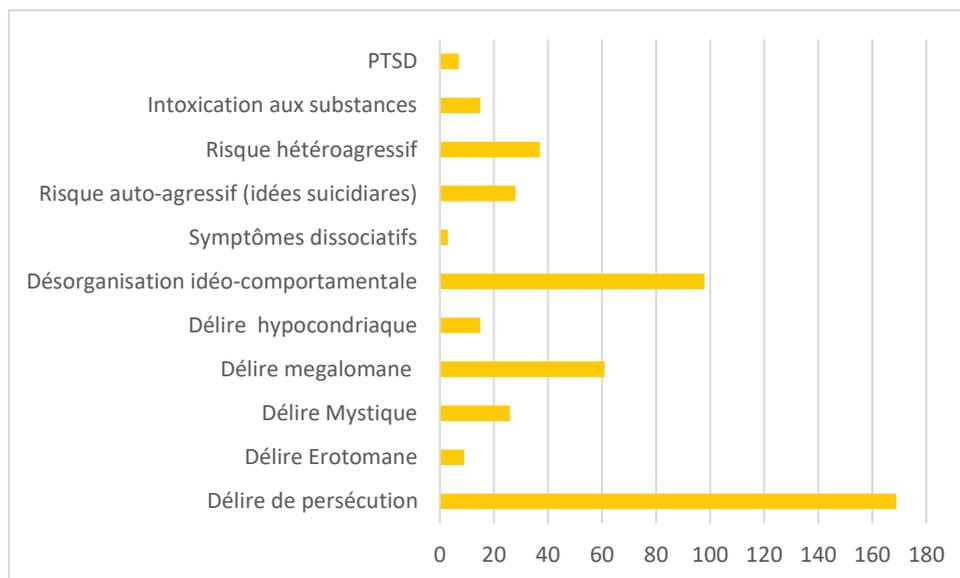


Fig. 7 : Diagramme à bâtons des symptômes retrouvés aux urgences

Il est à souligner que la majorité des patients évalués aux urgences (75%) ont nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique. Pour 43% des patients, la durée du séjour hospitalier a été inférieure à 10 jours. Pour un tiers des patients, la prise en charge a été plus longue, 40 jours en moyenne, avec une durée maximale de 545 jours. Soixante-trois pourcent des patients a nécessité l'instauration d'un traitement psychotrope et dans 48% des cas un traitement antipsychotique associé à des benzodiazépines.

La prise en charge de ces patients a été dans l'ensemble compliquée essentiellement pour 2 raisons. Tout d'abord, en raison d'une collaboration limitée des patients en lien avec leur pathologie. Ensuite, en raison des difficultés de prise de contact auprès des familles, des médecins référents, si présents, ou bien avec l'ambassade du pays d'origine.

Tableau 5. Décision à la fin de la prise en charge hospitalière

Sortie de l'hôpital	
Rapatriement	61%
Fugue	11%
Autres structures de Genève	28%

Dans ce diagramme les diagnostics retenus selon le CIM-10 [34]. Nous pouvons remarquer une nette prédominance des diagnostics de troubles psychotiques et de troubles de l'humeur.

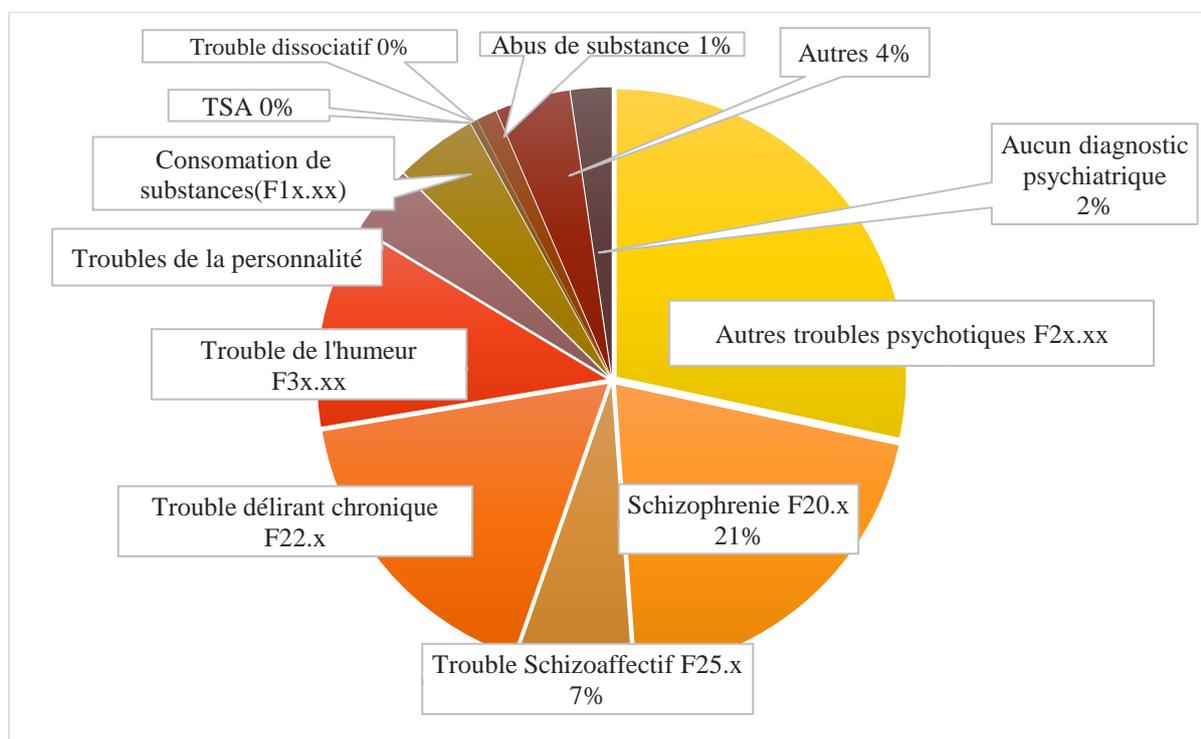


Fig. 8 : Diagnostics selon le CIM-10 (OMS) [34]

Nous avons constaté que la plupart des voyageurs pathologiques à Genève ont des antécédents psychiatriques (74%), bénéficiaient d'un traitement psychotrope (65%) mais, lors du voyage pathologique, sont souvent en rupture de traitement ou de suivi (57%).

Moins de 1% des patients avaient des signes d'intoxication aux substances psychoactives lors de la prise en charge et seulement 5% d'entre eux étaient connus pour une dépendance à des substances psychoactives.

Il est aussi important de constater que 30% des patients de cette cohorte avaient des antécédents de voyage pathologique.

Selon la définition de Tribolet [41], le voyage pathologique est un voyage soudain, imprévu, effectué par un individu souvent en solitaire, sous l'influence d'une idée délirante. Il peut être considéré comme un symptôme inaugural ou évolutif d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire (épisode maniaque ou mélancolique avec risque suicidaire important) ou d'un trouble délirant persistant [41]. Le patient utilise le voyage pathologique pour faire face à un conflit (intrapyschique ou/avec son entourage) ou à une réalité insupportable. Il s'éloigne en espérant trouver ailleurs une solution qu'il n'arrive pas à trouver autrement [42-43]. Les patients de notre cohorte rentrent dans ce tableau clinique, comme illustré dans le graphique suivant.

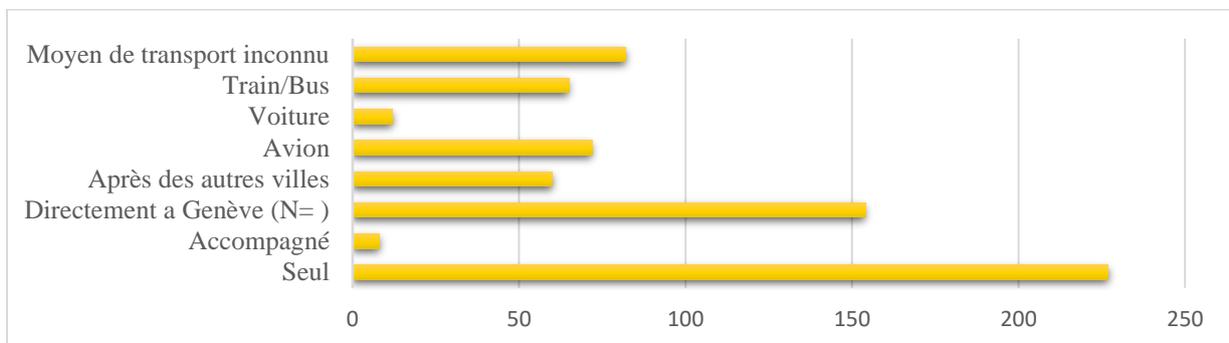


Fig 9. Diagramme à bâton décrivant les caractéristiques du voyage

Pour comprendre ce qui attire les voyageurs pathologiques à Genève et définir le « Syndrome de Genève » il est primordial de comprendre les motivations délirantes, qui les conduisent à choisir la ville de Genève.

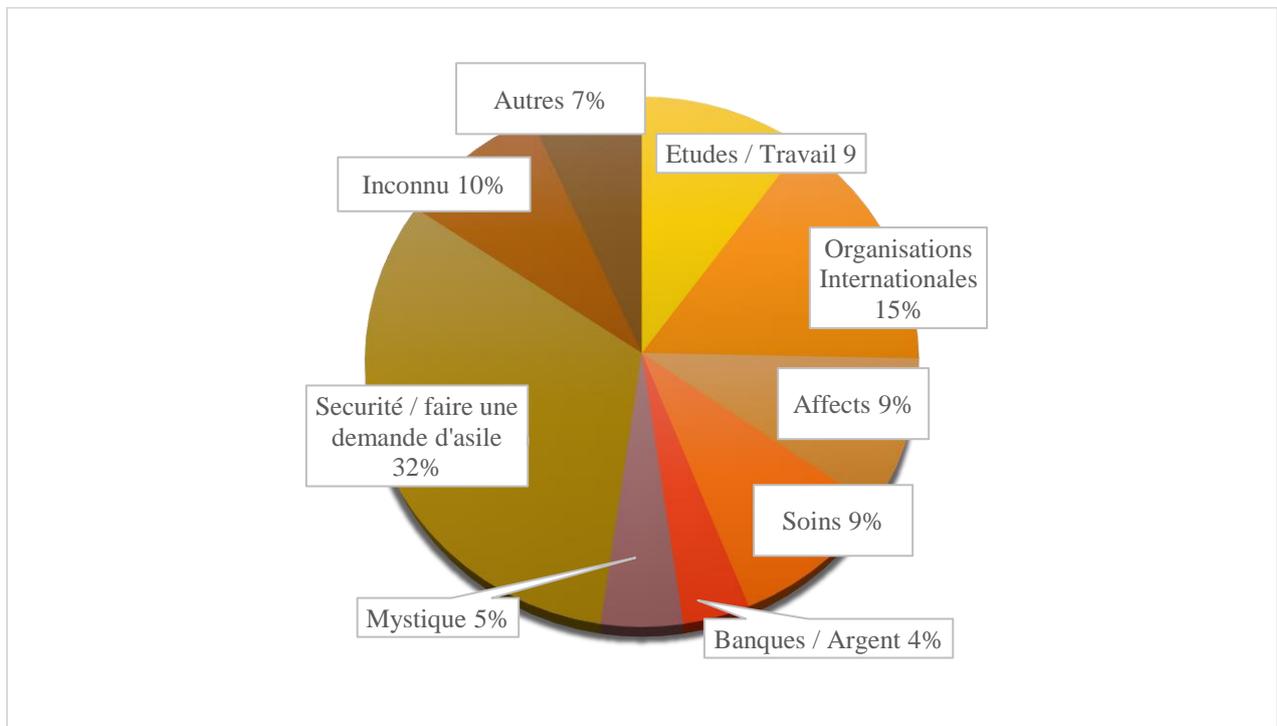


Fig. 10 : Motivation du voyage à Genève

Nous devons aussi préciser que pour 23 patients (10% des dossiers inclus), les raisons du voyage n'étaient pas précisées. Nous avons considéré l'option « autres » en raison du manque d'éléments anamnestiques ou cliniques (p.ex. « Se changer les idées », « rencontrer des extraterrestres », « vacances » ou « faire la fête », « erreur de destination », « sauver la planète », « mesurer la radioactivité », « tuer son agresseur ») ou des motivations non incluses dans les paramètres considérés p.ex. « Se suicider ». Nous avons considéré ces raisons sans rapport avec des spécificités de la ville de Genève.

Après avoir analysé les raisons du voyage à Genève, nous avons créé deux groupes :

- « Syndrome de Genève OUI » composé de 169 patients, qui ont indiqué comme motivation au choix de la ville de Genève les banques, la présence des quartiers généraux de plusieurs organisations internationales, le système de santé efficace, une activité économique satisfaisante et un taux de chômage bas ou plus vaguement un sentiment de sécurité perçu.
- « Syndrome de Genève NON » composé de 68 patients.

Les caractéristiques sociodémographiques et psychopathologiques des deux groupes sont présentées dans le tableau 6.

Tableau 6. Comparaison sur critères spécifiques des patients selon l'appartenance au groupe Syndrome de Genève oui ou non. (Les variables continues sont résumées par la moyenne (déviation standard) et les variables catégoriques en pourcentage. Les p-valeurs ajustées ont été calculées d'après la méthode de Benjamini-Hochberg pour tests multiples à l'aide du package simpleFDR du logiciel opensource R.

	Syndrome de Genève		P-valeur brute	P-valeur ajustée
	Non (n=68)	Oui (n=169)		
Caractéristiques sociodémographiques				
Age	43.6 (14.9)	44.7 (14.1)	0.6	0.7
Genre			0.1	0.2
- Femme	45.6	35.5		
- Homme	54.4	64.5		
Status civil			0.01	0.07
- Célibataire, divorcé ou séparé, veuf	69.1	85.8		
- En couple ou marié	17.6	7.1		
- Inconnu	13.2	7.1		
Situation de logement avant le voyage			0.04	0.1
- Seul	39.7	45.0		
- Avec la famille	23.5	12.4		
- Autre (foyer, prison, hôpital)	8.8	7.1		
- Sans domicile fixe	16.2	29.6		
- Inconnu	11.8	5.9		
Situation professionnelle			0.06	0.2
- Employé	16.2	17.8		
- Etudiant	5.9	3.0		
- Rente (retraite, chômage, AI, arrêt maladie)	20.6	23.7		
- Sans emploi	11.8	25.4		
- Inconnu	45.6	30.2		
Origines			0.03	0.1
- Europe	86.8	73.8		
- Autre	13.2	26.2		
Caractéristiques du voyage				
Type de voyage			0.047	0.1
- Seul	92.6	98.2		
- Accompagné	7.4	1.8		
Histoire clinique				
Antécédents psychiatriques			1.0	1.0
- Non	27.9	26.6		
- Oui	72.1	73.4		
Traitement psychotrope antérieur			0.5	0.6
- Non	38.2	33.7		
- Oui	81.8	66.3		
Compliance au traitement			0.5	0.6
- Non	52.8	58.0		
- Oui	47.1	42.0		
Intoxications aux substances			0.2	0.4
- Non	91.2	94.1		
- Oui	8.8	5.9		
Antécédents de voyage pathologique			0.5	0.6
- Non	75	70.4		
- Oui	25	29.6		

Accès aux soins à Genève				
Arrivée aux urgences			< 0.001	<0.001
- Par ses propres moyens	14.7	36.7		
- Police, ambulance, autre	85.3	63.3		
Délire de persécution :			<0.001	<0.001
- Non	45.6	21.3		
- Oui	54.4	78.7		
Décision aux urgences				
Admission ordinaire			0.3	0.5
- Non	82.4	75.7		
- Oui	17.6	24.3		
Admission non volontaire (PAFA-Med)			0.2	0.4
- Non	44.1	53.8		
- Oui	55.9	46.2		
Transfert			0.9	1.0
- Non	86.8	87.6		
- Oui	13.2	12.4		
Non hospitalisé			0.2	0.4
- Non	92.6	86.4		
- Oui	7.4	13.6		
Unité somatique			1.0	1.0
- Non	95.6	94.7		
- Oui	4.4	5.3		
Hospitalisation et suite des soins				
Durée d'hospitalisation			0.7	0.8
- Passage uniquement aux urgences	22.4	27.1		
- 1-6 jours	35.8	31.3		
- Plus que 7 jours	41.8	41.6		
Sortie de l'hôpital			0.02	0.1
- Rapatriement (domicile ou hôpital)	66.2	58.6		
- Fugue	16.2	9.5		
- Autres structures à Genève	17.6	32.0		
Diagnostics			0.4	0.6
- Trouble psychotique	71.2	74.0		
- Trouble de l'humeur	15.2	9.5		
- Autres	13.6	16.6		
Traitement prescrit				
Antipsychotiques			0.08	0.2
- Non	27.9	40.2		
- Oui	72.1	59.8		
Stabilisateur de l'humeur			0.5	0.6
- Non	86.8	89.9		
- Oui	13.2	10.1		
Benzodiazépines			0.01	0.07
- Non	39.7	57.4		
- Oui	60.3	42.6		
Antidépresseurs			0.7	0.8
- Non	95.6	97.8		
- Oui	4.4	2.4		

Les patients des deux groupes ne présentent pas de différence statistiquement significative concernant les caractéristiques socio-démographiques après correction. Nous n'avons pas retrouvé de différences statistiquement significatives concernant les caractéristiques du voyage et les antécédents psychiatriques étant donné que la majorité des voyageurs pathologiques, quel que soit leur motivation pour le voyage, ont des antécédents psychiatriques connus, voyagent

seuls et sont en rupture de traitement et de suivi lors du voyage. Concernant l'accès aux soins, les patients définis « Syndrome de Genève » consultent plus fréquemment d'une manière volontaire et présentent plus souvent un délire à thématique persécutoire ($p < 0.001$ et $p < 0.001$ respectivement). Nous n'avons pas mis en évidence de différences significatives après correction concernant la décision de prise en charge aux urgences, la durée d'hospitalisation ($p = 0.8$), le diagnostic retenu ($p = 0.6$) et les conditions de sortie de l'hôpital ($p = 0.1$).

En résumé, les patients « Syndrome de Genève » présentent des idées délirantes à thématique persécutoire qui sont la cause du départ de leur pays d'origine et se présentent le plus souvent volontairement aux urgences pour demander de l'aide.

Au tableau 7 sont présentés les résultats de la régression logistique liée au « Syndrome de Genève » où chaque catégorie est comparée à une catégorie de référence notée Réf. Pour des raisons de puissance statistique, nous avons regroupé plusieurs catégories de la variable situation du logement qui ne compte plus que deux catégories.

Tableau 7. Prédiction du Syndrome de Genève par la régression logistique.

Variable	B (SE(B))	Wald	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
					Lower	Upper
Etat civil		3.80	0.1			
- En couple ou marié	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
- Célibataire, divorcé, séparé	1.0 (0.5)	3.6	0.06	2.7	0.96	7.67
- Inconnu	0.5 (0.7)	0.5	0.5	1.7	0.42	6.76
Situation de logement avant le voyage						
- Famille	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
- Autre	0.3 (0.4)	0.5	0.5	1.32	0.6	2.8
Origine						
- Europe	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
- Autre	0.6 (0.5)	1.8	0.2	1.85	0.75	4.58
Arrivée aux urgences						
- Par ses propres moyens	1.0 (0.4)	5.9	0.01	2.8	1.2	6.4
- Autre	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Symptômes présentés aux urgences						
- Délire de persécution	1.1 (0.4)	8.9	0.003	2.9	1.4	5.8
- Autre	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Décharge après hospitalisation						
- Rapatriement	-0.08 (0.4)	3.9	0.1	0.45	0.19	1.066
- Fugue	-1.03 (0.6)	2.9	0.08	0.35	0.11	1.2
- Autres structures à Genève	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Intercept			0.05			
Classification table	Overall percentage correct=74.0					
Nagelkerke	R ² =22.4%					
Hosmer & Lemeshow test	Chi ² = 3.9 and p=0.8					

La régression logistique montre deux prédicteurs significatifs du Syndrome de Genève: l'arrivée aux urgences et le délire de persécution, respectivement. En effet, la possibilité que le patient arrive aux urgences par ses propres moyens était de 2.8 fois plus élevées dans le groupe attribué au Syndrome de Genève comparée à celui qui bénéficie d'une aide extérieure [(p=0.01) et 95% CI = (1.2;6.4)]. De même, les patients qui présentaient, lors de l'évaluation aux urgences, un délire de persécution avait 2.9 fois plus de chance de présenter un Syndrome de Genève comparés à ceux qui n'avaient pas ce type de délire [(p=0.003) et 95% CI = (1.4;5.8)]. En analysant les données, nous avons notés que 73% des voyageurs pathologiques à Genève avaient des antécédents psychiatriques. Ce résultat nous a conduit à nous questionner sur les caractéristiques des patients sans antécédents psychiatriques. Nous avons comparé les deux groupes pour mettre en évidence des éventuelles différences.

Les caractéristiques socio-démographiques et psychopathologiques des deux groupes sont présentées dans le tableau 8.

Tableau 8. Caractéristiques des patients ayant ou pas des antécédents psychiatriques avant leur voyage à Genève. Les variables continues sont résumées par la moyenne (déviation standard) et les variables catégoriques en pourcentage. Les p-valeurs ajustées ont été calculées d'après la méthode de Benjamini-Hochberg pour tests multiples à l'aide du package simpleFDR du logiciel opensource R.

	Antécédents psychiatriques		P-valeur brute	P-valeur ajustée
	Non (n=63)	Oui (n=174)		
Caractéristiques sociodémographiques				
Age	46.9 (15.8)	43.4 (13.7)	0.1	0.2
Genre			0.8	0.9
- Femme	39.7	37.9		
- Homme	60.3	62.1		
Statut civil			0.5	0.7
- Célibataire, divorcé ou séparé, veuf	76.2	82.8		
- En couple ou marié	12.7	9.2		
- Inconnu	11.1	8.0		
Situation de logement avant le voyage			0.002	<0.001
- Seul	44.4	43.1		
- Avec la famille	7.9	18.4		
- Autre (foyer, prison, hôpital)	0	10.3		
- Sans domicile fixe	33.3	23.0		
- Inconnu	14.3	5.2		
Situation professionnelle			0.9	0.9
- Employé	15.9	17.8		
- Etudiant	3.2	4.0		
- Rente (retraite, chômage, AI, arrêt maladie)	22.2	23.0		
- Sans emploi	19.0	22.4		
- Inconnu	39.7	32.8		
Origines			0.8	0.9
- Europe	76.2	78.0		
- Autre	23.8	22.0		

<i>Caractéristiques du voyage</i>				
Type de voyage			0.5	0.7
- Seul	98.4	96.0		
- Accompagné	1.6	4.0		
<i>Histoire clinique</i>				
Traitement psychotrope			<0.001	<0.001
- Non	100	11.5		
- Oui	0	88.5		
Intoxications aux substances			0.07	0.1
- Non	92.1	62.8		
- Oui	7.9	17.2		
<i>Accès aux soins su Genève</i>				
Arrivée aux urgences			0.5	0.7
- Par ses propres moyens	27.0	31.6		
- Police, ambulance, autre	73.0	68.4		
Délire de persécution			0.7	0.8
- Non	30.2	27.6		
- Oui	69.8	72.4		
<i>Décision aux urgences</i>				
Admission ordinaire			0.1	0.2
- Non	84.1	75.3		
- Oui	15.9	24.7		
Admission non volontaire (PAFA-Med)			1.0	1.0
- Non	50.8	51.1		
- Oui	49.2	48.9		
Transfert dans un hôpital du pays de provenance			0.03	0.07
- Non	95.2	84.5		
- Oui	4.8	15.5		
Ne pas hospitalisé			<0.001	<0.001
- Non	76.2	92.5		
- Oui	23.8	7.5		
Unité somatique			0.7	0.8
- Non	93.7	95.4		
- Oui	6.3	4.5		
<i>Hospitalisation et suite des soins</i>				
Durée d'hospitalisation			0.3	0.5
- Passage uniquement aux urgences	31.7	23.7		
- 1-6 jours	35.0	31.8		
- Plus que 7 jours	33.3	44.5		
Sortie de l'hôpital			0.05	0.1
- Rapatriement (domicile ou hôpital)	50.8	64.9		
- Fugue	9.5	11.5		
- Autres structures à Genève	39.7	23.6		
Diagnostic			0.007	0.003
- Troubles psychotiques	71.4	73.8		
- Trouble de l'humeur	3.2	14.0		
- Autre diagnostic	25.4	12.2		
<i>Traitement prescrit</i>				
Antipsychotiques			<0.001	<0.001
- Non	58.7	28.7		
- Oui	41.3	71.3		
Stabilisateur de l'humeur			0.005	0.003
- Non	98.4	85.6		
- Oui	1.6	14.4		
Benzodiazépines			0.001	<0.001
- Non	69.8	46.0		
- Oui	30.2	54.0		

<i>Antidépresseurs</i>			0.7	0.8
- Non	98.4	96.6		
- Oui	1.6	3.4		

Concernant les caractéristiques socio-démographiques, nous ne retrouvons pas des différences statistiquement significatives concernant le genre, l'âge, l'origine et le statut civil entre les deux groupes. Les patients des deux groupes sont plus souvent des célibataires avec une situation professionnelle précaire. Les patients sans antécédents psychiatriques connus vivent plus souvent seuls et dans une situation de précarité étant plus souvent sans domicile fixe, aucun d'entre eux réside dans un foyer et plus souvent leurs conditions de vie sont inconnues. Les patients des deux groupes voyagent dans la majorité des cas seuls (98.4% et 96%). Nous ne remarquons pas de différences statistiquement significatives entre les deux groupes concernant l'arrivée aux urgences et les symptômes présentés lors de l'évaluation, car les patients des deux groupes sont plus souvent accompagnés aux urgences par la police, l'ambulance ou autres instances ($p=0.7$) en raison d'un délire à thématique persécutoire ($p=0.7$). Concernant la décision prise aux urgences psychiatriques, les patients sans antécédents psychiatriques sont moins souvent hospitalisés aux seins des unités psychiatriques des HUG ($p<0.001$). Pour ceux qui sont hospitalisé, il n'y a pas de différences concernant le mode d'hospitalisation (non volontaire 49.2% VS 48.9% $p=1$ et volontaire 15.9% VS 24.7% $p=0.2$) ou la durée d'hospitalisation entre les deux groupes ($p=0.5$) bien que seulement 33% des patients sans antécédents psychiatriques VS 44% des patients avec des antécédents psychiatriques ont bénéficié d'un séjour de plus de 7 jours. Les patients sans antécédents qui sont hospitalisés reçoivent moins souvent une médication psychotrope. Nous ne retrouvons pas de différences statistiquement significatives, après correction, concernant les conditions de sortie de l'hôpital, mais la majorité des patients des deux groupes bénéficie d'un rapatriement dans leur pays d'origine (50.8% vs 64.9%). Nous retrouvons des différences statistiquement significatives concernant le diagnostic retenu ($p=0.003$). Comme il y a trois types de diagnostics, nous avons calculé les résidus standardisés pour mettre en évidence les groupes ayant apporté la plus grande contribution au test du Chi-deux. Ceux dont la valeur dépasse la valeur de 1.96 en valeur absolue contribuent à cette significativité. Après examen de ces valeurs, nous avons noté que le diagnostic de trouble de l'humeur a été plus souvent retenu chez les patients avec des antécédents psychiatriques ainsi que le diagnostic « autre » était moins nombreux dans ce même groupe. Ou autrement, le diagnostic de trouble bipolaire est moins retenu chez les patients sans antécédents psychiatriques connus. Cette évidence est à mettre en lien à la nécessité d'une anamnèse approfondie et d'un suivi de longue durée pour retenir ce diagnostic.

En générale, concernant les patients sans antécédents psychiatriques, il est important de souligner que la majorité d'entre eux n'ont été évalués qu'aux urgences psychiatriques ou ont bénéficié d'un court séjour hospitalier (67%) rendant complexe un recueil anamnestique complet et pouvant expliquer leur status de « sans antécédents psychiatriques connus ». Chez 74.6% des patients, l'absence d'antécédents psychiatrique a été rapportée par le patient, lui-même, sans possibilité de confirmation, mais le tableau clinique présenté, pouvait faire soupçonner une maladie présente depuis une longue date (délire construit, connaissance de traitements psychiatriques, marginalisation) mais nié par le patient (l'absence de conscience morbide est très fréquente chez les patients en phase de décompensation). Seulement chez 16 patients (25.4%), l'absence d'antécédent psychiatrique a été confirmée par une anamnèse et une hétéroanamnèse complète. Pour ces patients, le voyage pathologique peut être considéré comme l'épisode inaugurale d'un trouble psychiatrique.

Ces patients présentaient des caractéristiques particulières :

- Age :
 - Trois sont des jeunes adultes (moins de 30 ans)
 - Huit patients ont plus de 60 ans (le plus âgé 79 ans)
- Diagnostics retenus :
 - Psychose chez 12 patients (psychose non organique ou trouble psychotique aigu chez 5 patients, trouble délirant chez 6 patients dont 1 sur cause organique, schizophrénie chez 1 patient)
 - Trouble bipolaire, épisode maniaque chez 2 patients
 - Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques chez 1 patient
 - Trouble de la personnalité schizoïde et PTSD chez un patient
- Suite des soins : la majorité des patients (12/16) a été rapatrié dans son pays d'origine.

Dans le tableau 9 est présentée la régression logistique relative aux antécédents psychiatriques. Nous avons considéré une régression logistique pour cette variable dans le seul but de comparer les associations trouvées dans le tableau 8 après la correction de Benjamini-Hochberg.

Tableau 9. Antécédents psychiatriques et certaines variables choisies analysée dans une régression logistique

Variable	B (SE(B))	Wald	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
					Lower	Upper
<i>Etat civil</i>			0.1			
- Marié, vivant avec le conjoint	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
- Célibataire, divorcé, séparé	0.96 (0.5)	3.2	0.07	2.6	0.91	7.5
- Inconnu	0.12 (0.7)	0.0	1.0	1.0	0.23	4.4

Situation de logement avant le voyage						
- Famille/autre	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
- Autre	-0.41 (0.4)	1.12	0.27	0.66	0.31	1.39
Origine						
- Europe	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
- Autre	-0.51(0.4)	1.39	0.24	0.60	0.25	1.41
Durée de l'hospitalisation			0.12			
- Urgence seulement	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
- Court-terme	-0.004 (0.4)	0.00	1.0	1.0	0.42	2.36
- Long-terme	0.78 (0.45)	2.95	0.9	2.19	0.9	5.34
Diagnostic			0.008			
- Troubles psychotiques	1.49 (0.5)	7.3	0.007	4.4	1.5	12.8
- Troubles de l'humeur	2.33 (0.8)	8.1	0.004	10.3	2.1	51.5
- Autres	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Décharge après hospitalisation			0.7	0.7		
- Rapatriement	0.32 (0.4)	0.6	0.7	1.4	0.63	2.98
- Fugue	0.06 (0.6)	0.01	0.4	1.06	0.3	3.8
- Autres structures à Genève	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Intercept			0.02			
Classification table	Overall percentage correct =75.1					
Nagelkerke	R ² =13.8%					
Hosmer & Lemeshow test	Chi ² =4.0 and p=0.9					

Nous remarquons que les diagnostics psychiatriques à la sortie du patient présentent des associations significatives avec la variable dépendante. Les personnes ayant des antécédents psychiatriques avant d'entreprendre le voyage à Genève étaient plus susceptibles d'avoir un diagnostic de troubles psychotiques et de troubles de l'humeur comparés aux autres troubles (p=0.007 et p=0.004 respectivement).

10. Cas cliniques.

Pour étayer nos résultats nous avons décidé de donner des illustrations cliniques de patients avec un « Syndrome de Genève ». Il s'agit de patients hospitalisés au sein de différentes unités de la clinique de Belle-Idée du 2009 au 2018.

10.1 Monsieur F.

Monsieur F. est un patient de 50 ans d'origine américaine, enfant unique, qui a grandi avec son cousin à la suite du décès de son père et à l'abandon de sa mère biologique. Le patient aurait travaillé jusqu'en 1999 pour une fabrique de tabac en tant qu'informaticien et par la suite pour l'armée américaine. Monsieur s'est fait licencier en 2004 de son travail chez Dell, puis a retravaillé 2 ans dans une autre entreprise qui l'a aussi licencié. Il ne peut pas nous dire les motifs de ses licenciements. Actuellement il bénéficie d'une assurance invalidité. Depuis le décès de ses grands-parents en 2005, il a perdu tous contact avec sa famille et ses amis et il est devenu SDF aux USA. Le patient rapporte avoir été victime de torture (substances chimiques et choses électromagnétiques sur sa tête) aux USA à partir des années 2000. Après avoir tenté de recevoir de l'aide en différents pays (Canada, Suède et Danemark), il arrive à Genève où il a demandé de l'aide à un organisme internationale (l'ONU), et devant cette situation, il lui a été conseillé de consulter les urgences pour bénéficier d'un suivi médical (scanner cérébral et thoracique) et bénéficier de soins spécialisés pour les victimes de torture. Il reste à Genève ou il est SDF. Lors de son évaluation aux urgences et de sa confrontation au tableau clinique, le patient s'agite. Il est finalement hospitalisé en PAFA-Med à la clinique de Belle-Idée pour soins psychiatriques. Le patient bénéficie d'une hospitalisation de 8 jours au sein de la clinique. Lors de l'hospitalisation, malgré l'instauration d'un traitement neuroleptique à dose efficace, le délire à thématique persécutoire reste présent. Un diagnostic d'autres troubles délirants persistants, paranoïa quérulente (F22.8x-003) est retenu. Le patient décide de rester à Genève. Un placement en abris d'urgence avec la mise en place d'un suivi psychiatrique dans l'unité des HUG dédiée aux patients sans assurance maladie.

10.2 Madame S.M.

Madame S.M. est une femme de 44 ans, d'origine finlandaise, célibataire et sans enfants. Elle est l'aînée d'une fratrie de quatre dont deux frères et une sœur de 30 ans. Sa mère s'est remariée quand la patiente avait 6 ans et de cette union, des jumeaux sont nés. Elle n'a pas fini sa scolarité. Elle habite loin de sa famille avec qui elle n'a plus de contact, en raison d'éléments délirants

mystiques et persécutoires. Elle vivait de « petits boulots » avant de bénéficier d'une rente d'invalidité. Madame S.M. est connue pour un trouble délirant (F.22). Elle a déjà séjourné en Suisse dans le passé. Actuellement, la patiente nous explique être venue à Genève dans le but d'informer l'ONU, les médias et les différentes ambassades d'une mise en danger mondiale par des terroristes. Ces personnes l'auraient kidnappée et lui auraient placé un implant sur son dos (lipome) pour la surveiller et l'empêcher de les dénoncer. Madame S.M. aurait fait appel à la mission d'Israël pour demander de l'aide. En raison de ses propos, la police est intervenue en conduisant la patiente aux urgences psychiatriques. Après évaluation, une hospitalisation non volontaire a été indiquée. La patiente reste hospitalisée 3 semaines au sein de la clinique de Belle-Idée. L'hospitalisation est initialement compliquée par une symptomatologie délirante résistante au traitement avec adhésion complète de la patiente au délire. Grâce au suivi et au traitement instauré, la patiente devient plus collaborante et plus critique envers son délire. Elle accepte le rapatriement en Finlande, ce qui est organisé à l'aide de l'ambassade et de ses parents.

10.3 Madame R.Q.

Mme R.Q, 58 ans, née aux Etats-Unis. La patiente effectue, depuis plusieurs années, de nombreux voyages, principalement en Grèce et avec plusieurs refus d'entrée sur le territoire israélien. Elle est actuellement à Genève dans le cadre d'un voyage pathologique, pour rendre visite à sa famille, une riche famille de banquiers suisse. Elle nous explique avoir voyagé à travers plusieurs pays (Iran, Turquie, Albanie et Israël). Après avoir erré trois jours dans l'aéroport, elle est amenée aux urgences psychiatriques après une altercation avec la Police. Elle présente une tenue excentrique (2 manteaux en fourrure, nombreuses bagues, chapeau haut en fourrure bariolée de pinces et de plumes d'oiseaux), son discours est accéléré, digressif et par moments incohérent. Elle présente un délire de grandeur et de persécution bien systématisé. Elle explique être née en Israël, mais avoir été kidnappée, puis emmenée aux USA, d'où elle a fui. Elle nous informe être recherchée par Interpol. Cette symptomatologie floride a nécessité une hospitalisation en PAFA-Med. Elle ne reste hospitalisée que 4 jours en raison d'un refus de soins et en l'absence de critères de mise en danger pour justifier un traitement et une prolongation de l'hospitalisation sous contrainte. La patiente quitte la clinique de Belle-Idée pour s'installer à Genève, en situation précaire et sans domicile. Elle bénéficiera de plusieurs hospitalisations par la suite et restera pendant plusieurs années à Genève en situation de grande précarité. Le diagnostic retenu est un trouble délirant chronique.

10.4 Madame K.O.

Madame K.O. est une femme de 57 ans, fille unique, d'origine russe, qui ne parle pas français. Elle est mère de 2 enfants. Elle n'a plus de contacts avec sa mère. Son père est décédé en 2001. La patiente est veuve de son premier mari. Elle nous a rapporté avoir fait carrière dans la police financière Russe en obtenant grade de lieutenant-colonel, la patiente serait retraitée depuis 2002. Concernant ses antécédents psychiatriques, la patiente n'aurait jamais été hospitalisée mais dit avoir été adressée à plusieurs reprises chez des psychiatres. Les premières idées délirantes seraient apparues au moment du départ à la retraite de la Police financière russe quand elle a commencé à travailler comme consultante juridique pour une société privée. Elle aurait démissionné en raison d'harcèlement subi par son chef. Cette idéation se serait péjorée les deux dernières années dans le contexte de son divorce et du fait d'être obligée cohabiter avec son ex-mari. Dans ce contexte, elle a décidé de voyager en Europe. Après plusieurs nuits à l'hôtel à Genève, elle décide de chercher un abri. La patiente se présente d'elle-même aux urgences en demandant de voir un chirurgien pour lui enlever une « pouce » dans la fesse gauche. Afin de prouver qu'elle a un corps étranger, elle montre une échographie, effectuée à Moscou, qui confirme la présence d'une masse écho-dense de 5 mm dans le muscle fessier gauche avec l'hypothèse d'une probable calcification. Un autre bilan somatique est réalisé, mais, en absence d'indications, les collègues refusent l'intervention, ce qui entraîne une colère de la patiente, qui nécessite alors d'une évaluation psychiatrique. La patiente a pu expliquer être victime depuis longtemps d'harcèlement par une organisation terroriste. La patiente ne connaît pas les raisons ou les personnes concernées mais elle est persuadée être persécutée au sein de l'hôpital. Elle affirme aussi avoir été droguée avant son admission par un homme de cette organisation. Elle explique ne pas pouvoir entrer en Russie et ne pas vouloir que l'on contacte ses proches car ils sont aussi en danger. Elle sait qu'en Suisse elle n'a pas droit à l'asile et aimerait poursuivre son voyage et s'installer dans un pays anglophone pour y travailler. En raison de la décompensation psychotique une hospitalisation en PAFA-Med a été indiquée. Depuis le début de l'hospitalisation, la patiente a un sentiment de persécution vis-à-vis de l'équipe soignante. La patiente ne reste que 2 jours et demande sa sortie qui lui est accordée en absence de critères de dangerosité immédiate. Le diagnostic retenu est un trouble délirant persistant, sans précision (F22.9). A la sortie, son projet est de quitter la Suisse et continuer son voyage pour s'installer dans un pays chaud ou elle pourra vivre avec une retraite minimum. Le retour à Moscou ne serait pas envisageable en raison du conflit avec son ex-mari.

10.5 Monsieur M.J.

Monsieur M.J. est un patient de 25 ans, américain, célibataire et sans enfant. Ses parents auraient divorcé lorsque le patient avait 7 ans. Son frère et lui auraient ensuite été élevé par sa mère. Un mois après avoir obtenu son diplôme du lycée, en 2010, le patient serait parti à l'étranger pour travailler comme enseignant d'anglais. Il serait toutefois retourné aux Etats-Unis moins d'un an après, lors du suicide de son frère. Il se serait installé en Arizona et aurait obtenu son brevet d'agent immobilier, occupation qu'il aurait tenu par la suite pendant une période non précisée. Le patient aurait quitté l'Arizona il y a 2 ans, à la suite d'une "décharge électromagnétique qui a tout changé". Ce "CHOC" aurait paralysé son cerveau et aurait permis qu'il soit "sodomisé". Il aurait voyagé en Amérique Centrale, d'où il semble avoir été rapatrié. Il se serait installé à New York en 2016, où il aurait habité dans un foyer pour des SDF et aurait eu différents emplois. Il n'aurait pas de vrai réseau social à New York et aurait coupé tout lien avec sa famille en Arizona. Il explique avoir essayé de prendre contact à maintes reprises avec des institutions de son pays (telles que le FBI) pour leur demander de l'aide, mais il ne se serait jamais senti pris en considération. Le patient décide donc de venir à Genève pour demander l'asile, Genève étant l'endroit "idéal pour vivre pendant une guerre au cours de laquelle il subit des atrocités", où il pourrait trouver de l'aide et être reconnu comme victime. Il est interpellé par la police dans la cathédrale, où il se serait agité lorsqu'on lui aurait demandé de la quitter. À la suite d'évaluation médicale, une hospitalisation est décidée. Le patient est resté hospitalisé pendant 4 mois. En début d'hospitalisation, le patient présentait un tableau psychotique floride, avec des idées délirantes bien systématisées à thématique mystique et de persécution, une désorganisation idéo-comportementale, des barrages de la pensée, des hallucinations auditives et tactiles, un vécu de pensées imposées et de vol de la pensée, ainsi qu'une irritabilité parfois voilée par une attitude de séduction. Le discours était tangentiel et imprégné de convictions délirantes avec quelques néologismes. Après introduction d'un traitement neuroleptique, le tableau clinique s'améliore malgré des éléments délirants qui subsistent. Dans un premier temps le patient reste focalisé sur son idée de s'installer en Suisse, où il se sent plus protégé. Les explications sont néanmoins délirantes et axées sur son vécu de persécution de la part des instances religieuses. Puis, progressivement, le patient est capable d'envisager un retour aux Etats-Unis. Un rapatriement est organisé à l'aide de l'ambassade des Etats-Unis à Berne. Le jour de la sortie, il est accompagné par un membre de l'équipe soignante jusqu'à l'aéroport, afin de prendre le vol vers les Etats-Unis. Une équipe mobile de santé mentale l'attendra à son arrivée à New York.

11. Discussion

11.1 Résultats principaux.

Le voyage pathologique est défini comme « un voyage soudain et imprévu, effectué par un individu sous l'influence d'un trouble psychiatrique » [41].

Dans le département de psychiatrie des HUG, nous notons une prévalence de 1% de patients par an (n=237 sur 10 ans) admis au sein de la clinique de psychiatrie de Belle-Idée avec motif de consultation ou d'hospitalisation de « voyage pathologique ».

L'objectif premier de ce travail de thèse était de caractériser le phénomène de voyage pathologiques à Genève afin d'améliorer la prise en charge de ces patients. En analysant les dossiers des patients, nous avons remarqué l'existence de deux types de voyageurs pathologiques à Genève. Un premier groupe, que nous avons appelé « Syndrome de Genève », attiré par l'aura de sécurité de notre ville et un deuxième groupe pour lequel le choix de Genève était en rapport à d'autres facteurs. Cette « aura de sécurité » est en rapport à l'image de Genève comme ville riche, neutre, siège de plusieurs organisations internationale, avec un système fiscal et de santé solide.

Nous avons retrouvé que le voyageur pathologique type est un homme (62%), européen (73%), voyageant seul (95%), ayant des antécédents psychiatriques (74%). Nous avons observé que la plupart des patients présentait une décompensation psychotique (72%) avec une désorganisation idéo-comportementale (42%) qui a nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique (75%) de durées variables (40% entre 1 semaine à 6 semaines).

Nous avons noté que les patients du groupe « Syndrome de Genève » se présentent plus souvent volontairement aux urgences (37% VS 15%) pour demander de l'aide en raison d'une symptomatologie délirante à thématique persécutoire.

Concernant les patients sans antécédents psychiatriques il est important de souligner qu'ils sont tous des voyageurs pathologiques selon la définition de Tribolet car la status de voyageur pathologique était un de nos critères d'inclusion. Il est aussi important de souligner que pour la majorité d'entre eux (67%) l'absence d'antécédents psychiatriques peut être mise en lien avec une durée de séjour limitée que ne permette pas de recueillir une anamnèse fiable. Par exemple, nous avons retrouvé que pour 14.3% des patients sans antécédents psychiatriques connus leurs conditions de vie sont inconnues. Nous estimons que cet élément est à mettre en lien avec la pauvreté d'informations recueillies en raison de l'absence de contacts avec l'entourage ou des

caractéristique intrinsèque du trouble même, comme l'absence de conscience de maladie, la méfiance et la désorganisation idéo-comportementale. Pour les patients ou la condition de vie est connue nous remarquons qu'ils vivent plus souvent seuls et dans une situation de précarité étant plus souvent sans domicile fixe et qu'aucun d'entre eux réside dans un foyer. La condition de sans domicile fixe peut faire questionner à niveau sociétale mais aussi faire soupçonner une maladie présente depuis longtemps mais inconnue à nos soins, causant une marginalisation des patients psychiatriques, réalité souvent caractéristique de beaucoup de pays. Un questionnement concernant donc la réelle absence de antécédents psychiatrique est obligatoire. En analysant les diagnostics retenus et le tableau clinique présenté, chez 74.6 % des patients des antécédents psychiatriques peuvent être facilement soupçonnés mais pas confirmés. Seulement pour 25.4 % de ces patients l'absence d'antécédent psychiatrique a pu être confirmée après une anamnèse avec les proches ou contact avec les ambassades. Pour ces patients, le voyage pathologique à Genève peut être considéré comme un symptôme inaugural d'une psychose ou d'un trouble de l'humeur. Il s'agit dans la plupart des cas, des patients jeunes (moins de 30 ans) ou en âge plus avancée (plus de 60 ans). Dans la littérature scientifique, il est établi que la psychose à différentes tranches de développement et plus fréquemment se déclenche ou avant les 30 ans ou après les 60 ans [33-34]. Ces patients, grâce au contact avec les familles ont pu être rapatrié, en évitant une marginalisation. Cela nous permet de rebondir sur l'importance d'inclure la famille dans les prises en charge de tous patients psychiatriques. Un autre élément qui est important à souligner est que les patients sans antécédents psychiatriques sont moins souvent hospitalisés aux seins des unités psychiatriques des HUG et reçoivent moins souvent à la sortie un traitement psychotrope. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'avoir un diagnostic psychiatrique connu puisse influencer l'évaluation aux urgences et l'estimation de la nécessité de soins en milieu hospitalier. Il s'agit d'une forme de stigmatisation qui peut constituer un biais pour la prise en charge de ces patients.

11.2 Le voyage pathologique dans la littérature.

Dans la littérature scientifique internationale, nous avons retrouvé peu d'études concernant les voyages pathologiques. Les hypothèses que nous pouvons évoquer sont en rapport avec l'ambiguïté de la traduction en anglais de « voyage pathologique » [11] et à l'absence de codification de ce diagnostic dans les manuels diagnostics internationaux. Les rares études retrouvées dans la littérature anglo-saxonne se basent sur les définitions françaises. Cependant, la psychiatrie francophone s'est intéressée à ce phénomène depuis le début du XXème siècle. Malgré cet intérêt limité pour ce phénomène, plusieurs centres psychiatriques dans le monde

publient des études descriptives sur les patients présentant des voyages pathologiques. En effet, à partir des années 90, nous ne retrouvons que deux études générales sur le voyage pathologique. Celui de Verdoux et al. en 1993 qui inclue aussi des voyages pathogènes et fournit des informations descriptives sur les données sociodémographiques et psychopathologiques des patients. Mis à part l'existence fréquente d'un délire à thématique persécutoire, comme dans notre cohorte, nous ne pouvons pas faire de comparaison avec notre étude en raison de la paucité des informations décrites et de la méthodologie différente de cette étude [44].

Une seconde étude, plus récente publiée en 2022 par Charre et al. des urgences de l'hôpital Saint Anne de Paris, souligne l'absence de consensus international sur ce sujet ainsi que la nécessité d'une définition plus précise du phénomène pour améliorer la prise en charge de ces patients. Les données sociodémographiques et psychopathologiques de cette étude sont comparables à celles que nous avons retrouvées chez nos patients. Ces auteurs ont identifié, en une année, 217 patients. Ce nombre absolu est évidemment important, mais les auteurs n'indiquent pas la prévalence du phénomène ni le nombre total de consultation aux urgences de l'hôpital Saint-Anne de Paris [109]. Le flux de population à Paris, bien plus conséquent que celui de Genève, pourrait expliquer en partie cette différence. Dans ces deux études, il n'y a pas eu des comparaisons entre les patients avec et sans antécédents psychiatriques antérieurs.

11.3 Le voyage pathologique à Genève dans la littérature.

L'unique étude retrouvée dans la littérature concernant les voyages pathologiques à Genève est l'étude effectuée par Eytan et al en 2007 [11]. Cette étude s'intéresse au phénomène des voyages pathologiques entre 2000 et 2004. La première différence que nous avons retrouvée avec cette étude concerne la méthode de sélection des patients. Cette différence de méthode explique le nombre inférieur de patients retrouvé par Eytan et al., traduisant donc une prévalence moindre que celle que nous avons identifiée avec l'inclusion des dossiers des urgences psychiatriques. L'hypothèse initiale d'une augmentation de la prévalence des voyages pathologique avec les années en raison de la démocratisation des voyages est donc infirmée. Une autre différence fondamentale entre l'étude d'Eytan et notre travail, est la définition du voyage pathologique utilisée [1-41]. Malgré ces différences, nous retrouvons des caractéristiques sociodémographiques et psychopathologiques similaires chez nos patients et ceux d'Eytan et al. Les caractéristiques du voyage sont aussi comparables. Le délai entre l'arrivée à Genève et l'accès aux soins est cependant différent : moins de 48 heures pour la plupart des patients d'Eytan et al, et plus de 48 heures chez nos patients. Eytan et al,

n'identifient pas un « Syndrome de Genève » mais distinguent les patients en deux groupes : le groupe « Genève internationale », comportant des patients qui ont indiqué que la présence d'organisations internationales était la raison de leur venue à Genève (21%) et, un second groupe, comportant des raisons diverses de leur choix pour Genève. Dans notre cohorte, seulement 15% des patients ont indiqué l'existence d'organisations internationales comme raison de leur venue à Genève. Le groupe « Genève international » de l'étude précédente partage cependant les mêmes caractéristiques sociodémographiques et psychopathologiques de notre groupe « Syndrome de Genève ». Une des caractéristiques les plus significatives partagées entre les deux groupes est que les patients consultent spontanément les urgences pour demander de l'aide car ils se considèrent en danger dans leur pays. Une autre particularité de ces voyageurs pathologiques est qu'ils décident davantage de s'installer à Genève après leur hospitalisation et sont moins demandeurs que les autres voyageurs pathologiques de rapatriements sanitaires. Dans cette étude, il n'y a pas eu des comparaisons entre les patients avec et sans antécédents psychiatriques antérieurs.

11.4 Le « Syndrome de Genève » et les syndromes décrits dans la littérature.

Nous retrouvons dans la littérature scientifique, plusieurs syndromes similaires, portant le nom de villes de portée historique, internationale, artistique ou nourrissant l'imaginaire collectif et culturels de certaines régions du monde. Nous nous sommes interrogés sur l'existence de caractéristiques communes avec les voyageurs pathologiques à Genève, cité de Calvin. Il est à noter que la comparaison entre nos résultats et ceux de ces études a été souvent compliquée en raison de données manquantes et des études aux méthodologies différentes et hétérogènes.

Un premier point à clarifier est que certains « syndrome de ville », comme le Syndrome de Jérusalem type 2 et 3, le Syndrome de Florence, le Syndrome de Paris type 2 et le groupe des « touristes » du Syndrome d'Hawaii, sont des voyages pathogènes. Les patients de ces études ou de ces sous-groupes n'avaient pas d'antécédents psychiatriques et décompensaient, après plusieurs mois de vie dans le pays hôte, en raison de difficultés liés au changement d'environnement et d'intégration. Aucun d'entre eux avait choisi la ville sur pulsion délirante. Donc aucune comparaison avec nos patients est significative [2-3-4-5-12-14-84-85-86-92-105-106].

La comparaison avec le Syndrome d'Ulysse est aussi sans lien directe, car les patients de cette cohorte ont tous un status de réfugié ou de migrant, un de nos critères d'exclusion [41].

Le Syndrome de l'Inde reste controversé, car les différents auteurs qui l'ont décrit ne sont pas consensuels sur sa définition. Ils le citent tantôt comme un voyage pathologique, tantôt comme un voyage pathogène [7-8-84-91]. Les auteurs ne présentent pas les caractéristiques sociodémographiques des patients donc nous ne pouvons effectuer aucune comparaison.

Les caractéristiques sociodémographiques et psychopathologiques des patients de notre étude sont globalement similaires à ceux rapportés du Syndrome de Jérusalem type 1. La différence la plus importante est la thématique du délire, persécutoire dans notre cohorte, mystique pour le Syndrome de Jérusalem [2-12-14-84-85-86].

Concernant le Syndrome de Paris de type 1, les caractéristiques sociodémographiques des patients des deux études sont complètement différentes, car le Syndrome de Paris concerne essentiellement une population japonaise, et a majorité de femmes. Les caractéristiques psychopathologiques sont par ailleurs similaires : antécédents psychiatriques connus, hospitalisation non volontaire, conscience morbide faible, délire de persécution bien construit et diagnostics retenus (schizophrénie (23), trouble schizophréniforme (4), trouble schizoaffectif (9), état délirant aigu (11)). Le rapport entre le délire et la ville de Paris est peu décrit par les auteurs d'articles [3-92].

Le Syndrome de New York concerne aussi essentiellement des personnes d'origine japonaise. La rapidité de la décompensation, portant sur un délai entre l'arrivée et l'accès aux soins, est presque immédiate pour le Syndrome de New York, alors qu'il est plus long chez nos patients. Les diagnostics retenus sont cependant comparables. La caractéristique commune la plus intéressante entre les syndromes de New York et Genève, porte sur l'aura de sécurité de la ville. Les raisons pour lesquelles les Japonais ont cette vision de la ville de New York ont été peu approfondies par les auteurs [99-100-101].

D'autres syndromes sont assez atypiques et singulier, comme le Syndrome de Venise, concernant essentiellement une population de femmes d'origines allemandes, qui ont choisi cette ville pour mourir par suicide. La présence d'antécédents psychiatriques n'est pas claire et les auteurs n'indiquent pas les diagnostics retenus [102-103].

Concernant l'étude sur le Syndrome de Tahiti, les auteurs ne présentent pas les caractéristiques sociodémographiques et psychopathologiques des patients ce qui rend impossible toute comparaison [104].

Les patients identifiés comme « transitoires » dans l'étude sur le Syndrome d'Hawaï [105-106] sont similaires aux voyageurs pathologiques à Genève : sont des jeunes, célibataires, sans

emploi et avec des antécédents psychiatriques qui ont décompensé en arrivant à Hawaii. Comme chez nos patients, un délire à thématique persécutoire était le symptôme typique, mais 5% des cas présentaient des symptômes dépressifs, non relevés chez nos patients. Les critères d'inclusion de cette étude sont différents de notre travail, ce qui peut expliquer une prévalence plus élevée du phénomène (64 patients par année). En effet dans cette étude, les patients qui ont consulté pour des symptômes induits par la consommation de substances psychoactives ou par le sevrage ont été considéré comme « transitoires ». En excluant ces derniers, les prévalences deviennent comparables.

11.5 Implication clinique.

Le « syndrome de Genève » est un phénomène qui participe à la surcharge des unités hospitalières du département de psychiatrie. Il concerne des patients ayant principalement des antécédents psychiatriques connus, souvent en rupture de traitement et de suivi qui décident de quitter leur pays sur pulsion délirante ou hallucinatoire. Ce phénomène reste stable sur les années et demande une prise en charge adaptée. Comme précédemment suggéré dans les études sur le Syndrome de Paris, une prise en charge pluridisciplinaire avec des soignants maîtrisant l'ethnopsychiatrie et incluant toutes les instances (ambassades, association ou réseaux pour les étrangers) pourra faciliter la prise en charge et la gestion de ces patients en réduisant les obstacles cliniques et les coûts de l'hospitalisation. Il est important de se questionner au niveau sociétal sur la possibilité d'améliorer cet aspect afin de réduire la durée du séjour et faciliter les rapatriement si possible ou l'intégration de ces patients dans la société.

La présence de voyageur pathologique sans antécédents psychiatriques connus qui reçoivent des soins de qualité différente doit nous faire réfléchir à la création d'une base de données médicale européenne qui permettra d'améliorer la traçabilité de ces patients et une prise en charge plus rapide et adaptée sans pour autant causer une forme de stigmatisation. En effet nous devons nous questionner si la présence d'antécédents psychiatrique est une variable qui peut influencer le nombre d'hospitalisation ou autrement si l'avoir des antécédents psychiatriques connus influence l'estimation de la nécessité de soins en milieu hospitalier.

Nous souhaitons finalement souligner que pendant les années de la pandémie mondiale de la COVID-19 (2020-2021) nous avons constaté une nette réduction des voyageurs pathologiques à Genève en lien avec les restrictions et les réductions des voyages entre les pays. Le retour à une situation habituelle et l'arrêt des mesures de confinement, nous nous trouvons face à une

nouvelle augmentation du phénomène. Cette constatation nous permet d'émettre l'hypothèse d'un lien entre l'accessibilité aux déplacements et la prévalence des voyages pathologiques.

11.6 Limitations.

La limitation la plus importante de ce travail est le caractère descriptif et rétrospectif de notre étude, ce qui peut induire un potentiel biais de sélection, avec le risque d'une sous-estimation du phénomène, notamment des patients souffrant de ce phénomène qui n'ont pas nécessité d'hospitalisation ou ceux qui ont été caractérisés dans le spectre psychotique sans la mention de voyage pathologique ou bien la présence d'informations incomplètes. En effet, en utilisant le dossier patient informatisé de notre institution, nous avons inclus dans notre étude que les patients qui présentaient une symptomatologie floride. Nous ne pouvons pas exclure qu'il y a toute une partie de patient avec le « Syndrome de Genève » qui n'a pas nécessité une médicalisation de l'épisode en cours, malgré possiblement des contacts avec d'autres soignants ou des ambassades/consulats/organisations internationales ou autres associations.

Aussi, notre cette étude présente un biais de sélection qui est la non prise en compte d'éventuels voyageurs pathogènes avec le risque de négliger les facteurs de décompensation liés au voyage-même ou aux conditions de la ville d'accueil. Pour pallier ce biais, il est intéressant d'explorer dans une nouvelle étude l'existence de voyages pathogènes à Genève. Par ailleurs, Genève est une ville qui attire des migrants et des requérants d'asile, ce qui peut constituer un autre biais de sélection, raison de l'exclusion de ces patients.

La présence dans notre cohorte de patients considérés « sans antécédents psychiatriques connus » en raison d'une anamnèse incomplète (seulement chez 25.4% des patients l'absence d'antécédents psychiatriques a été confirmée après une anamnèse approfondie) souligne aussi la difficulté de mener une étude approfondie sur dossier.

Finalement, l'absence de diagnostic de voyage pathologique codifié dans les différentes classifications internationales (DSM et CIM) et la méconnaissance de cette entité clinique ont un impact significatif sur l'identification de ce phénomène rendant le suivi rétrospectif de ces dossiers complexe et difficile.

Cependant, ce travail reste important car il permet une réflexion approfondie sur ce phénomène qui pourra permettre une meilleure connaissance et une prise en soins adaptée de ces patients. Ce travail aussi peut être une base initiale pour le développement d'une future étude prospective avec une méthodologie rigoureuse, prenant en compte les spécificités cliniques identifiés, qui

nous permettrait d'avoir des éléments pertinents concernant cette catégorie de patients, et d'accélérer la détection des cas, et leurs prises en soins.

11.7 Conclusions et Perspectives.

Les résultats de ce travail de thèse nous permettent de clarifier la notion du « Syndrome de Genève », et d'établir que c'est le type le plus fréquent des voyages pathologiques dans cette ville. Le patient type du « Syndrome de Genève » à son arrivée à Genève, demande spontanément de l'aide, pour des angoisses en lien avec des idées délirantes de persécution bien structurées. Le « Syndrome de Genève » est une réalité clinique importante, qui a un impact non négligeable sur la surcharge hospitalière locale ainsi que sur le plan économique. Les hospitalisations de ces patients sont souvent longues et ces patients, qui vivent dans un état de précarité important, ne sont pas en mesure d'honorer les factures et les frais de leurs soins. Une prise en charge plus globale ainsi qu'un investissement social et de santé publique pourrait aider les institutions de santé à améliorer la qualité de vie et des soins de ces patients. La collaboration avec les ambassades et autres institutions est essentielle comme démontré dans les études d'Ota et al. [3-92-93-95] pour réduire la durée d'hospitalisation et faciliter l'intégration ou le rapatriement.

Le constat que les voyageurs pathologiques sans antécédents psychiatriques connus bénéficient de moins d'hospitalisation en psychiatrie et reçoivent moins de traitements psychotropes nous permet de confirmer l'importance de la création d'une base des données internationales qui permettra une meilleure identification des patients et de leur fournir rapidement des soins adaptés. Une base des données internationale permettra d'avoir accès aux informations socio-démographique et psychopathologiques permettant l'instauration rapide d'un traitement efficace et bien toléré ainsi que l'accès aux coordonnées des proches et du réseau de soins pour organiser au mieux la suite de prise en charge. Pour les patients qui ont eu leur premier contact avec la psychiatrie pendant leur voyage pathologique à Genève, il sera autant plus important de prévoir des rapatriement efficaces et rapides pour favoriser une bonne adhérence aux soins dans leur pays d'origine en évitant la marginalisation et la chronicisation. En outre, le rapport entre antécédents psychiatrique et hospitalisation doit aussi nous faire questionner sur le phénomène de stigmatisation qui afflige les patients psychiatriques qui sont d'autant plus facilement hospitalisés s'ils sont connus ayant des troubles psychiatriques.

Nous espérons que la reconnaissance d'un « Syndrome de Genève » pourra permettre aux autorités politiques et sanitaires de mettre en place un programme de soin dédié à ces voyageurs

pathologiques, en collaboration avec le réseau de soin cantonal et international. De plus il est important de sensibiliser les organisations internationales et les autres associations pour accueil des migrants et de touristes, de l'existence de ce syndrome pour pouvoir identifier encore plus précisément ces patients et définir un projet commun.

La réalisation d'une étude sur les voyages pathogènes à Genève sera d'ailleurs intéressante afin de mieux comprendre les différentes pathologies du voyage à Genève et mettre en place un programme de soins réellement spécifique pour les patients voyageurs.

Pour conclure, il est de notre avis, important, d'évaluer la présence de voyageurs pathologiques dans d'autres villes internationales comme Londres ou Bruxelles ou dans des autres villes en Suisse. L'aura de sécurité ressentie est caractéristique de Genève ou des autres villes sont perçues de la même façon par les patients ? Evoquer un « Syndrome de Genève » est-il correct ou devons-nous élargir le concept à un « Syndrome Suisse » ? L'approche dans ces autres villes pourra-t-il nous inspirer ? Toutes ces questions seront importantes à traiter pour une meilleure compréhension de ces troubles encore peu étudiés.

12. Références

1. Caroli F, Masse G. Le Notion de Voyage Pathologique. *Ann Med Psychol (Paris)* 1981 ; 139:828–32.
2. Yair Bar-El, Rimona Durst, Grezory Katz, Josef Zislin, Ziva Strauss and Haim Y. Knobler. Jerusalem syndrome ; *British journal of psychiatry* (2000), 176 :86-90.
3. Viala A, Ota H, Vacheron MN et al. Les Japonais en voyage pathologique à Paris : un modèle original de prise en charge transculturelle. *Nervure. J de Psychiatrie* 2004;27:31-4.
4. Magherini G. *Sindrome di Stendhal*. Ed. Ponte Alle Graziani, Ed Française Usher; 1989.
5. M. Godefroy. *Syndrome de Stendhal. Psychopathologie de l'esthétique. L'Encéphale* 44 (2018) 299-300
6. Nicholson T, Pariante C, McLoughlin D *Stendhal syndrome: a case of cultural overload. BMJ Case Report* 2009 ; online publication, doi: 10.1136/bcr.06.2008.0317.
7. Airault R. *Fous de L'Inde : Délires d'Occidentaux et Sentiment Océanique*. Paris : Payot & Rivages, 2002.
8. Airault R. *La Recherche du Sentiment Océanique : Manifestations psychopathologiques et demandes de soins chez les migrants occidentaux en Inde. Thèse pour le Doctorat en Médecine Université Paris* 1991. 68-77.
9. Tannok C. and Turner T. *Psychiatric tourism is overloading London beds-BMJ* 1995 vol 311-806
10. Charles Vermersch, Pierre Alexis Geoffroy, Thomas Fovet, Pierre Thomas, Ali Amad. *Voyage et troubles psychotiques : clinique et recommandations pratiques. Presse Med.* 2014;43:1317-1324
11. Ariel Eytan, Sophie Favre, Marianne Gex-Fabry, Laurence Borrás, François Ferrero and Gilles Bertschy. *Pathological Journeys or Help Seeking Behavior: The Case of Travelers to Geneva, An International City - The Open Psychiatry Journal*, 2007,1:26-30.
12. Blanché Heloise - *Le voyage, entre occasion pathologique et outil thérapeutique en psychiatrie : approches historiques, cliniques et psychopathologiques. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.*
13. Charles Vermersch - *Voyage au centre de la psychose - Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine*
14. Federico A. Caro - *Voyage pathologique : historique et diagnostics différentiels - Mémoire du DEA.*

15. Stewart L. and Leggat P.A - Culture shock and travelers - J Travel Med 1998;5 :84-88
16. Furnham A, Bochner S. Culture shock: psychological reactions to unfamiliar environments. London: Methuen and Co., 1986
17. Biacken PJ, Coll PG. Psychiatric illness in two Asian students. Irish J Psychiatry 1956; 7(2):18-21.
18. Stack S. The effects of interstate migration on suicide. Int J Soc Psychiatry 1980; 26(1):17-26.
19. Oberg K. Culture shock: adjustment to new cultural environments. Practical Anthropol 1960; 7:77-182.
20. Befus - CPA multilevel treatment approach for culture shock experienced by sojourners. Int J Intercult Relations 1988 ; 12(4): 381-400
21. Brink PJ, ed. Transcultural nursing: a book of readings. Toronto: Prentice-Hall:126-138.
22. Garnier M. et Delamare V. 1997. Dictionnaire des termes de médecine. Éditeur Maloine. Paris.
23. Esquirol, J.E.D. 1989. Des maladies mentales. Chapitre traitement de la folie, page 66 et 313. Edition originale 1838. Frénésie éditions. Paris.
24. Hacking I. 2002. Les fous voyageurs. Editions : Les empêcheurs de penser en rond - Le Seuil. Paris.
25. Foville A. Les aliénés voyageurs ou migrants. Etude clinique de certains cas de lypémanie. Dans : Annales médico-psychologiques 1875. Vol. 5, N°13 Pages 5-45.
26. Arveiller J. Le voyage automatique. Fugues, vagabondage et psychiatrie. L'Evolution psychiatrique 1996; 61(3):579-612
27. De Freitas M. 1983. La notion de voyage pathologique. Mémoire pour le titre d'assistant étranger. Faculté de médecine de Créteil.
28. 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
29. Tissié PA. Les aliénés voyageurs. Essai médico-psychologiques. Bordeaux : thèse faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; 1887 n29, 116p.
30. Tissié PA. Les aliénés voyageurs. In : le cas Albert. Avec une introduction de Serge Nicolas. Paris : Le Harmattan ; 2005
31. Bénézech M. Deux aliénés remarquables à Bordeaux : Albert Dadas et Pauline Herzl. Ann Med Psychol 2012 ; 170: 364-36843.
32. Pitres A. Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme faites à l'hôpital Saint André de Bordeaux, Paris : Doin ; 1891, vol2.

33. American psychiatric association. 2000/2004. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Texte révisé. Traduction française. Paris : Masson.
34. World Health Organization: The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines: WHO; 2018.
35. Benon R. 1908. Fugue et vagabondage. Dans : Annales médico-psychologiques. Vol 8. Pages 305-312.
36. Ey H., Bernard P. et Brisset CH. 1974. Manuel de psychiatrie. Masson. Paris.
37. Wahl. 1903. Trois observations de dégénérés migrants. Annales médico-psychologiques. Vol. 61. N°18. Pages 425-436.
38. Freud S. Le délire et les rêves dans la Gradiva de W. Jensen. Paris: Gallimard; 2011.
39. Briand M., Morel J. et Livel L. 1914. Trois cas de migrations pathologiques. Dans : Annales médico-psychologiques. Vol 2. Page 238.
40. 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.
41. Tribolet S. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. HdF. 07.2005.
42. Trystram D., Durnad J. et Pascal N. 1993. Les enfants du Boeing : Voyage pathologique? Voyage pathogène? Annales médico-psychologiques. Vol 151. N°8. Pages 573-577.
43. Scharbach H. 1993. Errances et voyages pathologiques. Annales médico-psychologiques. Vol 151. N°8. Pages 577- 580.
44. Verdoux H, Goumilloux R, Bourgeois M. Voyages et pathologie psychiatrique : une série de 29 cas. Ann Med Psychol 1993;151:581-5.
45. Zittoun C., Recasens C. et Dantchev, N. 1994. Psychopathologie et voyage : les rapatriements sanitaires psychiatriques. Annales médico-psychologiques. Vol 152. N°10. Pages 696-700.
46. Nouveau Larousse Médical. 1988 Sous la direction de Domart A. Librairie Larousse. Paris. Page 439.
47. Lafont B, Vallet D et Plouznikoff M. 1998. Sémiologie de conduites de fugue. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Psychiatrie. Elsevier Paris. 37-113-A-10, 6 p.
48. Strubel D., Corti M. – La déambulation chez les patients déments – Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement – Décembre 2008 – N°4
49. American psychiatric association. DSM-V Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française. Janvier 2016

50. Garré J-B. Psychiatrie du voyage, voyages de psychiatres, voyage en psychiatrie. Actes de la XIXème journée de psychiatrie de Fontevraud 2004. Disponible sur : <http://psyfontevraud.free.fr/AARP/2004/garre2004.htm>
51. Ross R. Preservation of Personal Health in Warm Climat. 1926. Cité par : Airault R., Fous de l'Inde, 2002.
52. Quirot, Benoît. Voyager ou l'autre scène : contribution à une approche psychanalytique de la psychopathologie du voyageur. 116 p. Mémoire de D.E.A.: 1994.
53. Institut de veille sanitaire. Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2015. Bulletin épidémiologique hebdomadaire juin 2015 9;(21-22).
http://www.invs.sante.fr/beh/2015/reco/pdf/2015_reco.pdf
54. Société de Médecine des Voyages <http://www.medecine-voyages.fr/index.php5>
55. Girault V. Psychopathologie des voyages. La Presse médicale. 2002;31(38):1818-9.
56. Boutineau Christophe. L'assistance médicale privée aux touristes en voyage à l'étranger, étude à travers la société TMS assistance. Thèse d'exercice : Médecine: France; 1987.
57. Sauteraud A. et al. Voyages : les psychotiques préfèrent l'Asie. Annales médico-psychologiques. 1993;151(8):591-5.
58. Airault R. Voyages et risques de décompensations psychiatriques. Actualité et dossier en santé publique. 2011 sept;(76):43-5.
59. Airault R. De l'imprévu du voyage à l'usage du monde. Psychiatrie française. 1999 Juill;30(2):20-8.
60. Talbot-Lengellé C. La folie des voyages. Santé Mentale. 1996 sept;(10):14-5.
61. Flinn D. Transient psychotic reactions during travel. Am J Psychiatry 1962; 119:173-174.
62. Singh H. A case of psychosis precipitated by confinement in long distance travel by train. Am J Psychiatry 1961; 117:936-937.
63. Vérébély B, Weil J-P. Psychiatrie-Assistance: La folie en voyage. L'Information Psychiatrique. 1982 déc;58(10):1265-73.
64. Goutal M. Vacillation des limites. Nervure, journal de psychiatrie. 1993;6(7):25-6.
65. Recasens C. Troubles psychiques et séjours à l'étranger : du voyage pathologique au voyage thérapeutique. Gazette médicale. 1996;103(6):8-14.
66. Freud S. Un trouble de mémoire sur l'Acropole, Lettre à Romain Rolland. Presses Universitaires de France ; 1985. p. 221-30.
<http://www.circee.org/?freud-deja-vu-acropole-rolland>
67. Katz G., Durst R, Zislin J, Knobler H, Knobler HY: Jet-lag causing or exacerbating psychotic disorders. Harefuah 2000;138 (10):809-812.

68. Katz G., Durst R, Zislin J, Knobler H, Knobler HY: Psychiatric aspects of jet-lag: review and hypothesis *Med Hypotheses* 2001;56 (1):20-23.
69. Shapiro S. A study of psychiatric syndromes manifested at an international airport. *Compr Psychiatry* 1976; 17:453-456.
70. Shapiro S. Airport wandering as a psychotic symptom. *Psychiatria Clin* 1982; 15:173-176.
71. Jauhar P., Weller M. Psychiatric morbidity and time zone changes: A study of patients from Heathrow airport. *Br J Psychiatry* 1982; 40:231–234.
72. Young D. Psychiatric morbidity in travelers to Honolulu, Hawaii. *Compr Psychiatry* 1995; 36:224-228.
73. Zetin M., Potkin S., Urbaneck M. Melatonin in depression. *Psichtr Ann* 1987; 17:676-681.
74. Rubin R., Heist K., McGeoy S., Hanada K., Lesser I. Neuroendocrine aspects of primary endogenous depression XI. Serum melatonin measures in patients and matched control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:558-567.
75. Sekula K., Lucke J., Heist K., Czambel K., Rubin R. Neuroendocrine aspects of primary endogenous depression XV: Mathematical modeling of nocturnal melatonin secretion in major depressives and normal controls. *Psychiatry Res* 1997; 69:143-153.
76. Healy D. Rhythm and blues. Neurochemical, neuropharmacological and neuropsychological implications of hypothesis of circadian rhythm dysfunction in the affective disorders. *Psychopharmacology* 1987; 93:271-285.
77. Redfern P. Can pharmacological agents be used effectively in the alleviation of jet lag? *Drugs* 1992; 43:146-152.
78. Wehr T. Goodwin F. Biological rhythms and psychiatry. *American handbook of psychiatry*, vol VII. New York: Basic Books, 1981.
79. Wehr T., Wirz-Justice A. circadian mechanisms in affective illness and in antidepressant drug action. *Pharmacopsychiatry* 1982; 15:31-39.
80. Maurizi C. A mechanism of mania and chemistry of dreams: A hypothesis. *South Med J* 1984; 77:1491-1493.
81. Wrigt J. Mania following sleep deprivation. *Br J Psychiatry* 1993; 163:678-679.
82. Wu J., Bunney W. The biological basis of antidepressant response to sleep deprivation and relapse: Review and hypothesis. *Am J Psychiatry* 1990; 147:14-21.
83. Wehr T., Sack D., Rosenthal N. Sleep reduction as final common pathway in the genesis of mania. *Am J Psychiatry* 1987; 144:201-204.
84. Airault R. and Valk T.H. Travel-related psychosis (TrP): a landscape analysis. *Journal of travel medicine*, 2018, 1-7.

85. Bar-El I, Witztum E, Kalian M, Brom D. Psychiatric hospitalization of tourists in Jerusalem. *Compr Psychiatry* 1991; 32:238-44.
86. Chosen M *Jerusalem on the Map: Basic Facts and Trends 1967- 1996*. Jerusalem: The Jerusalem Institute for Israel Studies, 1998.
87. Kalian M, Witztum E. Comments on Jerusalem syndrome. *The British Journal of Psychiatry* 2000, 176(5):492.
88. Kalian M, Witztum E. Jerusalem syndrome or paranoid schizophrenia? *Psychiatric Services* [en ligne]. 2000 nov;51(11):1453-4.
89. Lerner V., Kalian M. and Witztum E. Creativity and insanity: the enigmatic medical biography of Nikolai Gogol. *Journal of Medical Biography* 2000 May;8(2):110-6
90. Stendhal. *Rome, Naples et Florence*. Paris : Paris Michel Levy Ed.; 1854. p. 206-7
91. Airault R. L'Inde et les occidentaux, particularités des accidents psychopathologiques dans ce pays. *Humeurs*. 1990;(5):8-11.
92. Ota H. Voyages et déplacements pathologiques des Japonais vers la France. *Nervure, journal de psychiatrie*. 1998 sept (6):12-6
93. Ribeyre P., *Voyages pathologiques des Japonais à Paris*. Thèse de Doctorat en Médecine. Paris ; 1991.
94. Georgen A. *Paris ou le choc de la réalité*. Slate 2011
95. Chrisafis A. Paris syndrome hits Japanese. *The Guardian*, 25 octobre 2006
96. Xaillé A. *Voyage pathologique - Voyager rend-il fou ?* Assistance publique- Hôpitaux de Paris, 21.11.2002
97. Uemoto M., Morigana N., Onishi M. et coll., *Maladies mentales chez les Japonais en région parisienne : à propos des voyages pathologiques et des vagabondages* *Seishin Igaku* 1983-20:597
98. Doi T., *Le jeu de l'Indulgence*. Paris L'Asiathèque ;1988.
99. Goleman D. *Analyzing the New York Syndrome*. *The New York Time* 04.11.1984
100. <https://www.nytimes.com/1984/11/04/magazine/analyzing-the-new-york-syndrome.html>
101. Katsuta Y., Nishimatsu Y., Saito T. et Endo S. Psychiatric intervention for japanes national in New York. *J Nippon Med Sch* 2003 ; 70(2):141-150.
102. Johnston, Bruce. 2000. "Romance of Venice makes it Suicide City." *The Telegraph*, November.

103. Stainer, D., F. Ramacciotti, and G. Colombo. 2001. "Death in Venice. Does a Laguna Syndrome Exist?" *Minerva Psichiatrica* 42: 125-140.
104. Petit Y, Jubert F, Fourcade M-L., Amadeo S. Voyages pathologiques à Tahiti : mythes et réalités cliniques. *Annales médico-psychologiques*. 1993;151(8):588-90.
105. Kimura SP, Mikolashek PL, Kirk SA: Madness in paradise: psychiatric crises among newcomers in Honolulu. *Hawaii Med J* 407, 1977 341275-278, 1975
106. Strelzer J. Psychiatric emergencies in travelers to Hawaii. *Comprehensive Psychiatry* 1979 ; 20 (05):463-468.
107. https://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20140128_HoNOS_konzentrierter-Ratingbogen_FR.pdf
108. Dutray B et Moulin S. L'inde bouleversante : manifestations psychiques au cours des voyages touristiques. *La pensée sauvage – L'autre* 2005/1 vol 6 : 59-69.
109. Charre M, Pham-Scottez A et Gourevitch R. Voyages pathologiques : actualités du concept et caractérisation d'une cohorte dans un service d'urgences psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Volume 180, Issue 5, May 2022, Pages 392-397.