

# Santé psychique

## 10.1 Généralités

Les voyages internationaux sont souvent une source de stress. Séparés de leur famille et des soutiens sociaux qu'ils connaissent bien, les voyageurs sont confrontés à des cultures et à des langues étrangères et doivent faire face aux menaces souvent déconcertantes et mal connues qui pèsent sur leur santé et leur sécurité. Un stress important peut engendrer des problèmes physiques, sociaux et psychologiques. Pour ceux qui sont exposés à davantage de facteurs de stress, le risque de problèmes psychiques peut être plus grand. Sous l'effet du stress d'un voyage, les troubles mentaux préexistants peuvent s'aggraver. En outre, le voyage peut faire apparaître pour la première fois un trouble mental chez les sujets prédisposés.

Les médecins qui s'occupent des voyageurs dans leurs pays d'origine et à l'étranger doivent savoir que les ressources de santé mentale diffèrent, aussi bien dans les pays qu'entre eux (services d'urgence, personnel, lits, moyens d'étude des cas, par exemple), de même que le type et la qualité des médicaments. Les cliniciens et le personnel de soutien culturellement « compatibles » peuvent être rares ou inexistant et ne pas comprendre la langue du voyageur, de sorte qu'il faut faire appel à des interprètes. L'environnement juridique dans lequel exerce un clinicien peut également être très variable. Les lois applicables à l'usage de substances illicites varient considérablement et les peines peuvent être très sévères dans certains pays. Compte tenu des différences d'infrastructure de santé mentale et de système juridique, la première décision qu'un clinicien peut être amené à prendre est de savoir si un voyageur peut être soigné sur le lieu de destination ou s'il faut le rapatrier.

Les agents de santé qui soignent les troubles mentaux doivent connaître – et protéger et respecter – les droits de leurs patients, conformément aux conventions internationales et à la législation nationale. Ils doivent notamment les informer de leurs droits concernant le traitement, de leur état de santé et des traitements possibles et obtenir leur consentement éclairé pour toute intervention diagnostique ou thérapeutique, le cas échéant.

Les troubles mentaux ne sont pas rares chez les voyageurs. Dans l'ensemble, les problèmes de santé mentale figurent parmi les principales causes de mauvaise santé

chez les voyageurs et l'« urgence psychiatrique » est l'une des raisons médicales les plus fréquentes d'évacuation par voie aérienne, avec les traumatismes et les maladies cardio-vasculaires.

## 10.2 Précautions à prendre lors d'un voyage

Bien qu'il soit impossible de prévoir certains des événements qui provoquent un stress, on peut prendre des précautions pour réduire le stress lié aux voyages. Une bonne information avant le départ (par exemple nature et durée du séjour, mode de déplacement, caractéristiques du lieu de destination et difficultés auxquelles on peut s'attendre) permet au voyageur de garder son assurance et de faire face à l'inconnu. S'il est bien informé, il peut aussi mettre au point des stratégies pour réduire les risques au maximum. S'informer avant de partir aide à limiter le risque de troubles psychologiques ou d'aggravation d'un trouble mental existant.

Environ 1 sur 10 000 voyageurs sous prophylaxie antipaludique par méfloquine souffre de troubles neuropsychiatriques (convulsions, psychose et encéphalopathie). Les sujets ayant des antécédents de troubles neuropsychiatriques, notamment de dépression, d'anxiété généralisée, de psychose ou de convulsions, doivent se voir prescrire un autre traitement en remplacement de la méfloquine.

Il faut aider les voyageurs sujets au stress et à l'anxiété, surtout à l'occasion d'un voyage aérien, à mettre en place des mécanismes de parade. Les personnes qui ont peur de prendre l'avion peuvent suivre les cours spécialisés dispensés par les compagnies aériennes, le cas échéant.

Étant donné les conséquences que peut avoir une urgence psychiatrique survenant à l'étranger, il convient de s'enquérir des antécédents ou des traitements psychiatriques lors de toute consultation préalable à un voyage. Les voyageurs qui ont des antécédents importants de trouble mental doivent bénéficier de conseils médicaux et psychologiques spécifiques. Ceux qui prennent des psychotropes doivent poursuivre le traitement pendant le voyage. Dans certains pays, le fait de transporter un psychotrope (par exemple, une benzodiazépine) sans être muni de l'ordonnance médicale est un délit. Il est donc vivement recommandé aux voyageurs d'avoir sur eux une lettre d'un médecin certifiant que les médicaments ou autres produits médicaux qu'ils transportent leur sont nécessaires (chapitre 1), de même que des documents indiquant l'affection clinique dont ils sont atteints et le détail de leur traitement (par exemple, des copies d'ordonnances). Tous ces documents doivent de préférence être rédigés dans une langue comprise dans le pays de destination. Les voyageurs qui séjournent à l'étranger pendant longtemps (par exemple, les expatriés ou certains hommes d'affaires) peuvent apprendre des

techniques d'autosurveillance et des stratégies de réduction du stress avant leur départ ou pendant leur séjour. Si l'on soupçonne un usage abusif de médicaments, il faut insister sur le fait que la qualification légale de pareil usage varie énormément selon les pays.

Si elles prennent les précautions qui s'imposent, la plupart des personnes souffrant d'un trouble mental dont l'état est stable et qui sont suivies par un spécialiste sont en mesure de voyager à l'étranger.

## 10.3 Troubles mentaux

### 10.3.1 Troubles anxieux

Dans une étude réalisée par Matsumoto & Goebert, environ 3,5 % de toutes les urgences médicales en vol survenues aux États-Unis ont été rangées dans la catégorie des troubles mentaux. Dans 90 % des cas, on a diagnostiqué un état anxieux, et dans seulement 4 % des cas, un trouble psychotique.

#### *Phobie de l'avion*

La phobie de l'avion est une phobie spécifique. Une phobie spécifique est une peur intense et incapacitante de quelque chose qui ne présente que peu ou pas de danger réel. Les phobies spécifiques sont caractérisées par la peur manifeste d'un objet ou d'une situation donnée, ou par l'évitement marqué de cet objet ou de cette situation. Ces symptômes ou l'évitement, et la conscience que ces sentiments ou ces actions sont excessifs ou déraisonnables, causent une détresse émotionnelle importante. En général, les gens qui ont une phobie de l'avion redoutent ou évitent les voyages aériens et peuvent souffrir d'anxiété anticipatoire lorsqu'ils sont confrontés à l'évocation concrète d'un vol, à la nécessité de prendre l'avion et aux préparatifs d'un voyage en avion. Ce type de phobie peut beaucoup limiter la capacité d'une personne à embrasser certaines carrières ou à s'adonner à des loisirs loin de chez elle. La phobie de l'avion peut être associée à d'autres phobies spécifiques. De plus, les phobiques ont souvent recours à des anxiolytiques ou à l'alcool pour surmonter leur peur.

La phobie de l'avion répond bien à un traitement psychologique fondé sur l'exposition. Avant de commencer le traitement, la personne peut avoir besoin d'être renseignée sur la technologie et l'entretien des appareils, le contrôle de l'espace aérien ou la formation des pilotes, aspects qui peuvent lui faire craindre une éventuelle catastrophe. Le traitement habituel de 2 jours consiste exclusivement à déterminer la hiérarchie des motifs d'anxiété et à pratiquer une désensibilisation. Les nouvelles techniques de réalité virtuelle grâce auxquelles les thérapeutes

peuvent créer des conditions plus réalistes pour désensibiliser les phobiques sont une aide dans cette approche de brève durée. Toutefois, le matériel nécessaire n'est pas toujours disponible dans la plupart des pays. Les autres techniques qui peuvent aider les passagers à surmonter leur peur de l'avion sont basées sur la maîtrise de soi, la relaxation et le rejet des pensées négatives. On peut apprendre ces techniques dans des manuels d'autothérapie comportementale et cognitive, ou auprès de psychothérapeutes formés à la thérapie comportementale et cognitive.

### *Attaques de panique*

Parmi les urgences psychiatriques survenant chez les voyageurs, les cas d'anxiété suffisamment intense pour donner lieu à une consultation dans un service des urgences sont fréquents. Les attaques de panique sont caractérisées par l'apparition brutale d'une anxiété intense, accompagnée de signes et de symptômes d'hyperactivité autonome et parfois d'essoufflement, de douleurs thoraciques, de suffocation, de nausée, de déréalisation et de la peur de mourir. La crise atteint son pic en l'espace de 10 minutes, parfois beaucoup plus rapidement, et peut durer jusqu'à 30 minutes. Ces crises peuvent se produire dans le cadre d'un trouble panique ou par suite de l'abus de substances, par exemple sous l'effet du cannabis ou d'un sevrage alcoolique. Des attaques de panique peuvent également survenir chez les personnes qui ont la phobie de l'avion; les personnes sujettes à ces attaques se sentent parfois plus à l'aise si elles occupent un siège côté couloir.

Les attaques de panique se déclenchent souvent au cours ou à la suite de périodes marquées par une accumulation d'événements stressants qui peuvent être en rapport avec le fait de voyager. Étant donné que la caféine, certaines drogues illicites et même certains médicaments en vente libre contre le rhume peuvent aggraver les symptômes des troubles anxieux, les personnes qui souffrent d'anxiété grave doivent les éviter.

## 10.3.2 Troubles de l'humeur et tentatives de suicide

### *Dépression*

Le stress lié à un voyage international ou au fait de vivre à l'étranger, l'isolement loin de la famille et des soutiens sociaux habituels, les réactions à une culture et à une langue étrangères peuvent tous contribuer à l'apparition d'une dépression, du moins chez les individus sensibles. Les problèmes peu fréquents mais très graves associés à la dépression sont le risque de suicide et la survenue de symptômes psychotiques.

La dépression se caractérise par une humeur déprimée persistante ou un manque d'intérêt se prolongeant plusieurs semaines. Les déprimés sont relativement inac-

tifs, asthéniques et peu motivés. Parmi les symptômes associés, on peut citer des problèmes de sommeil, une perte de l'appétit et une perte de poids (il arrive que certains dorment ou mangent davantage), des sentiments d'inutilité et de désespoir, une idéation suicidaire ou des pensées de mort, une perte de la concentration et des troubles de la mémoire. Certaines personnes peuvent présenter des traits psychotiques, tels que des délires ou des hallucinations, qui correspondent en général à leur humeur. Les épisodes dépressifs peuvent être isolés ou récurrents, ou faire partie d'un trouble affectif bipolaire. Le traitement, s'il est indiqué, doit être mis en route et suivi par un clinicien qualifié.

### *Risque de suicide*

Il faut évaluer chez les personnes déprimées la fréquence et la persistance de l'idéation suicidaire; les projets qu'elles font pour tenter de se suicider; la facilité d'accès à des moyens de mettre fin à leurs jours en cas de tentative; le sérieux de leurs intentions; leurs antécédents personnels de tentative de suicide (létalité potentielle, chances d'être découvert); les antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide; les traits psychotiques ou l'abus de substances; les grands événements malheureux qui ont pu avoir lieu récemment; et les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, état civil et emploi). Si le risque de suicide semble important, une hospitalisation immédiate dans un établissement de santé mentale (ou une évacuation vers l'établissement le plus proche) peut être la meilleure solution. L'hospitalisation dans les services non psychiatriques d'hôpitaux généraux pour empêcher les tentatives de suicide est déconseillée. Elle peut néanmoins être nécessaire pour prendre en charge les conséquences physiques d'une tentative de suicide; en ce cas, le patient doit être surveillé attentivement pour éviter tout acte autodestructeur.

Quoi qu'il en soit, les cliniciens essaieront de mettre en place des mesures de prévention du suicide, qui peuvent comprendre l'organisation d'une présence auprès du sujet 24 heures sur 24 (membre de la famille, infirmière privée, etc.) et l'élimination de tous les moyens évidents de suicide (armes à feu, médicaments, couteaux, pesticides, substances toxiques, etc.) tant que le sujet a des idées suicidaires ou cherche à se suicider. On limitera l'accès à l'alcool et à d'autres substances psychoactives et on évaluera les symptômes de sevrage. Il est recommandé de maintenir des contacts réguliers avec les personnes qui admettent spontanément avoir des idées suicidaires, qui ont envisagé de se suicider au cours du mois précédent ou tenté de se suicider au cours de l'année précédente. Les suicidaires qui ont des traits psychotiques ou de graves problèmes liés à l'abus de substances doivent être adressés à un spécialiste. Il est à noter que ceux qui survivent à une

tentative de suicide peuvent avoir besoin d'une assistance juridique dans les pays où la loi interdit le suicide.

### Manie

Bien que relativement peu fréquent, l'état maniaque peut constituer une urgence à l'étranger. Il fait partie d'un trouble affectif bipolaire qui comprend également des épisodes dépressifs. Un épisode maniaque est caractérisé par une humeur anormalement exaltée, euphorique ou irritable, qui persiste pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. Les maniaques ont souvent une estime de soi exagérée, une énergie abondante, un besoin de sommeil diminué, une libido renforcée et peu de discernement quant à la nature de leur trouble. Ces symptômes peuvent conduire à des erreurs de jugement concernant les décisions à prendre dans différents domaines de la vie (par exemple finances, vie sexuelle, carrière, utilisation de substances). Parfois, les sujets présentent des symptômes psychotiques tels qu'incohérence, délire et hallucinations. Les états hypomaniaques sont des versions moins graves que la manie qui, en général, ne nécessitent pas d'hospitalisation. Il n'est pas rare que des voyageurs entreprennent un voyage dans un moment d'euphorie.

À l'étranger, le traitement vise fréquemment l'hospitalisation, si elle est possible, ou la stabilisation de l'état en attendant une évacuation médicale ou un rapatriement. L'internement sur le critère de danger imminent pour soi-même ou pour les autres n'est pas toujours possible et le manque de discernement de la personne peut rendre difficile le consentement au traitement. Il est souvent nécessaire de faire appel à la famille ou à une organisation parrainante pour amener l'intéressé à coopérer. Les médecins doivent procéder à une évaluation médicale comprenant des examens et des tests pour déterminer si le sujet fait un mauvais usage de substances (par exemple de stimulants comme les amphétamines ou la cocaïne) pouvant engendrer des symptômes maniaques.

### 10.3.3 Troubles psychotiques

Un état psychotique se caractérise par des délires, des hallucinations, un trouble de la pensée ou des modifications graves du comportement (par exemple négligence de soi et catatonie). La psychose est un état que l'on peut rencontrer dans beaucoup de troubles mentaux différents, notamment la manie, la dépression et de nombreux troubles liés à l'utilisation de substances. La présence d'une psychose, surtout chez une personne qui ne souffre pas d'un trouble mental chronique ou qui n'a pas eu d'épisode auparavant, est une urgence psychiatrique.

### *Trouble psychotique aigu et transitoire*

Le trouble psychotique aigu et transitoire se caractérise par l'apparition brutale de symptômes de psychose et il est relativement bref (jusqu'à 3 mois). Étant donné l'association connue entre stress et trouble psychotique aigu et transitoire, il n'est pas surprenant que ce type de troubles aient été décrits en relation avec le stress dû au voyage. On suppose que l'isolement lors des voyages au long cours, l'abus de substances, l'apport irrégulier d'aliments et de liquides et l'insomnie peuvent contribuer à leur survenue. Par ailleurs, des facteurs culturels et individuels peuvent être importants du point de vue étiologique. Certaines manifestations psychotiques peuvent être en rapport avec des endroits ayant une signification historique, artistique ou religieuse. Un voyageur peut être submergé dans des lieux de pèlerinage tels que La Mecque, Jérusalem et Saint-Jacques-de-Compostelle et dans les lieux sacrés de l'Inde. Dans bien des cas observés sur ces sites et dans d'autres lieux, l'état psychotique évolue rapidement, sans aucun antécédent de ce type, et les symptômes disparaissent rapidement avec le traitement. Il faut savoir toutefois que certaines personnes qui semblent avoir développé une psychose dans ces situations particulières peuvent en fait présenter une exacerbation ou une récurrence de psychoses préexistantes telle la schizophrénie.

La prise en charge dépend du diagnostic, qui doit être précis. Un état psychotique peut résulter de troubles de l'humeur, de troubles liés à l'utilisation de substances (par exemple cannabis), d'une schizophrénie et d'affections médicales générales (un neuropaludisme, par exemple) ou de la prise de médicaments (la méfloquine, par exemple), qu'il faut donc exclure pour pouvoir poser le diagnostic. On prêtera particulièrement attention au risque de violence ou de suicide. Si l'hospitalisation ou l'orientation vers un spécialiste sont impossibles, le clinicien doit alors avoir recours à un environnement sûr et confiné permettant un contrôle fréquent.

### *Schizophrénie*

Les rapports faisant état de cas de voyageurs atteints de schizophrénie se trouvant dans des aéroports internationaux ou des ambassades (quand ils ont besoin d'assistance) sont loin d'être rares. Il arrive que des voyageurs schizophrènes soient arrêtés par la police pour comportement « très étrange » ou « suspect » et que la police ou la famille contacte l'ambassade. La schizophrénie se caractérise par des symptômes psychotiques qui peuvent croître ou décroître avec le temps (les symptômes peuvent disparaître pendant des périodes prolongées, surtout avec un traitement). Des symptômes négatifs tels qu'un affect abrasé, une absence de motivation, une pauvreté de la pensée et du discours sont également présents pendant de longues périodes, même en l'absence de psychose. La schizophrénie débute souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Étant donné la nature

chronique du trouble et l'âge relativement précoce de son apparition, il est peu probable qu'un voyage en lui-même puisse être considéré comme un facteur causal. Les schizophrènes abusent souvent de substances et peuvent présenter des troubles concomitants dus à cette pratique.

#### 10.3.4 Troubles dus à l'utilisation de substances psychoactives

Une grande variété de troubles plus ou moins graves sont imputables à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives. Le mauvais usage de toutes sortes de substances s'observe dans la population des voyageurs internationaux. Dans une étude effectuée sur 1008 jeunes routards (18-35 ans), Bellis et al. ont rapporté que plus de la moitié de l'échantillon (55,0 %) consommaient au moins une drogue illicite durant leur voyage. Ils ont constaté une forte augmentation de la fréquence de la consommation d'alcool dans le pays visité par rapport à la consommation dans le pays d'origine (la proportion d'individus buvant au moins 5 fois par semaine était presque deux fois supérieure – 40,3 % contre 20,7 %).

La dépendance aux substances psychoactives se caractérise par le manque (un désir puissant ou une envie compulsive de prendre la substance); une difficulté à contrôler le comportement d'addiction (début, fin ou degrés d'utilisation); un syndrome de sevrage physiologique (ou l'utilisation de la même substance ou d'une substance étroitement apparentée pour soulager ou éviter cet état) lorsque la consommation a cessé ou diminué; une tolérance aux effets de la substance (il faut des doses plus fortes pour obtenir les effets produits à l'origine par des doses plus faibles); l'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt (car il faut davantage de temps pour obtenir la substance ou la consommer, ou pour se remettre de ses effets); et la poursuite de la consommation malgré ses effets nocifs évidents. Il est peu probable qu'un voyage soit l'un des principaux facteurs à l'origine de la dépendance à des substances. Cependant, le fait d'être dans des endroits nouveaux et parfois exotiques, libéré des contraintes familiales et sociales de son pays d'origine, et d'avoir facilement accès à des substances bon marché peut déclencher des rechutes chez des sujets en rémission.

Les sujets dépendants à certaines substances qui partent en voyage emportent parfois de petites doses de ces substances (ou un substitut comme la méthadone) pour éviter un syndrome de sevrage. La possession ou l'utilisation d'une substance psychoactive est considérée comme un délit grave dans un nombre assez important de pays. Les voyageurs doivent donc se soumettre à un traitement du sevrage et de la dépendance avant le départ. Il arrive que des personnes qui abusent de substances psychoactives consultent des professionnels de santé à l'étranger ou leur soient amenés pour intoxication ou un syndrome de sevrage.

### *Intoxication*

Une intoxication aiguë est une affection transitoire liée à la dose consommée d'alcool ou d'une autre substance psychoactive et qui entraîne des perturbations de la conscience, du processus cognitif, de la perception, de l'affect, du comportement ou des fonctions psychophysiologiques. Presque toujours, l'intoxication alcoolique (l'ébriété) ne constitue pas en elle-même une urgence psychiatrique, sauf si la personne devient violente ou suicidaire. Mais l'intoxication par des stimulants, des hallucinogènes, de la phencyclidine, des produits inhalés et du cannabis se solde plus communément par des états psychotiques qui peuvent constituer une urgence psychiatrique. Étant donné la complexité du traitement de ces états d'intoxication, l'hospitalisation ou le traitement dans une salle d'urgence pendant plusieurs heures est préférable à un traitement ambulatoire.

### *Syndrome de sevrage*

Les états de sevrage peuvent également être des urgences psychiatriques. Le sevrage d'alcool ou de substances sédatives ou hypnotiques se caractérise généralement par une hyperactivité autonome, des tremblements, des insomnies, de l'anxiété et de l'agitation. Mais il arrive qu'ils se compliquent de convulsions ou d'un delirium tremens, affection marquée par un délire, une hyperactivité autonome sévère, des hallucinations saisissantes, des productions délirantes, des tremblements sévères et de l'agitation, et qui entraîne une mortalité importante. Les personnes qui présentent un syndrome de sevrage doivent toujours être examinées à la recherche d'affections médicales concomitantes et de l'utilisation d'autres substances qui pourraient compliquer le diagnostic ou la prise en charge. Un soutien psychosocial, le cas échéant, aide les patients à diminuer progressivement leur consommation.

Même des contacts brefs avec un patient chez lequel on a décelé un abus de substances offrent l'occasion au professionnel de santé d'intervenir pour réduire les effets nocifs. Il faut prodiguer à la personne des conseils personnalisés, l'inciter à arrêter ou diminuer sa consommation, lui indiquer comment se procurer du matériel d'injection propre et adopter un comportement sexuel à moindre risque et l'informer sur les facteurs de risque d'overdose accidentelle. Un suivi doit également lui être proposé. Certaines personnes en état d'intoxication et la plupart de celles présentant un syndrome de sevrage sont très probablement dépendantes à la substance en question. Il faut leur conseiller de suivre un traitement à long terme dans leur pays d'origine.

## 10.4 Autres sujets de préoccupation pertinents

### 10.4.1 Accès de fureur en avion

Le comportement répréhensible et agressif d'un passager au cours d'un voyage est devenu un sujet de préoccupation considérable, dont la fréquence semble augmenter, même s'il reste relativement peu courant. La fureur en avion peut aller de menaces verbales à l'encontre de l'équipage et d'autres passagers à une agression physique et d'autres comportements antisociaux. Certaines formes d'agression physique sont courantes lors d'accès de fureur dans les avions mais les traumatismes graves sont rares. Les accès de fureur en vol – tout comme la fureur au volant – sont souvent le fait d'hommes jeunes. Bien qu'elle puisse parfois être attribuée à un trouble mental, les principaux facteurs à l'origine de cette fureur sont l'alcool et l'abus de substances (par exemple en cas d'intoxication ou de manque), les altercations avec le personnel de cabine, la promiscuité, les retards et le manque d'informations en cas de problème pendant le voyage. La prévention peut passer par la formation du personnel de bord.

### 10.4.2 Choc culturel et choc culturel à rebours

Un voyage met souvent au contact de nouvelles cultures et oblige à s'adapter à une langue, à des coutumes et à un mode de vie différents. L'adaptation à la nouvelle culture est particulièrement importante lorsqu'on part à l'étranger pour long-temps (par exemple en cas d'expatriation ou d'émigration). Un bouleversement culturel peut provoquer chez certaines personnes une détresse sévère, appelée « choc culturel ». Cette affection survient lorsqu'on est plongé soudainement dans une nouvelle culture à laquelle on se sent totalement étranger. On peut alors se heurter à des dilemmes, ne sachant pas quelles habitudes conserver, changer ou adopter. Les enfants et les jeunes adultes qui immigrent s'adaptent souvent plus facilement que les personnes d'âge mûr ou avancé car ils apprennent la nouvelle langue et continuent à mûrir dans la nouvelle culture. Si la personne fait partie d'une famille ou d'un groupe qui immigre ensemble et si le changement est planifié et positif, le stress peut être moins important. En outre, s'il est possible de conserver certaines mœurs quand on s'intègre dans la nouvelle culture, le stress est également moindre.

Les réactions symptomatiques sont compréhensibles et englobent l'anxiété, la dépression, un sentiment d'isolement, de crainte et de perte d'identité au fur et à mesure de l'ajustement. La connaissance de soi, le temps qui passe, le soutien des amis, des membres de la famille et des collègues aident en général à réduire la détresse qu'engendre l'adaptation à de nouvelles cultures et à des situations mal

connues. Les professionnels de santé que consultent les personnes dans la détresse peuvent les aider à comprendre que leurs réactions sont naturelles et que la détresse va disparaître à mesure qu'elles s'adaptent à la nouvelle culture. Le fait de s'engager dans des activités dans la communauté d'accueil et de chercher à faire connaissance avec ses voisins et ses collègues peut atténuer le choc culturel.

Le retour dans le pays d'origine peut également poser des difficultés psychologiques aux personnes qui ont voyagé et vécu à l'étranger pendant longtemps, surtout si ces séjours ont été particulièrement agréables ou si elles s'attendent à une vie moins stimulante et moins épanouissante. Certains voyageurs jeunes ou qui sont partis longtemps peuvent éprouver un fort désir de rester dans la nouvelle culture et craindre de rentrer chez eux. Chez d'autres, un sentiment de perte et un état de deuil peuvent s'installer après le retour, lorsqu'eux-mêmes et leur famille réalisent que les choses ont changé et que le fait d'avoir vécu des expériences différentes les a éloignés les uns des autres. Cela peut susciter des sentiments de surprise, de frustration, de confusion, d'anxiété et de tristesse, état souvent appelé choc culturel à rebours. Quelquefois, les amis et la famille peuvent même être blessés et surpris par la réaction de la personne qui revient. Une bonne connaissance de soi et la capacité d'expliquer la situation peuvent aider toutes les personnes concernées à avoir de nouveau des réactions et des relations saines.

### Pour en savoir plus

Bellis MA et al. Effects of backpacking holidays in Australia on alcohol, tobacco and drug use of UK residents. *BMC Public Health*, 2007, 7:1 (disponible à l'adresse: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-1.pdf>).

Committee to Advise on Tropical Medicine and Travel (CATMAT). Travel statement on jet lag. *Canada Communicable Disease Report*, 2003, 29:4-8.

*Faits saillants du tourisme: édition 2007*. Madrid, Organisation mondiale du Tourisme, 2007.

Gordon H, Kingham M, Goodwin T. Air travel by passengers with mental disorder. *Psychiatric Bulletin* 2004, 28:295-297.

Lavernhe JP, Ivanoff S. Medical assistance to travellers: a new concept in insurance – cooperation with an airline. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 1985, 56:367-370.

Matsumoto K, Goebert D. In-flight psychiatric emergencies. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 2001, 72:919-923.

Sanford C. Urban medicine: threats to health of travellers to developing world cities. *Journal of Travel Medicine*, 2004, 11:313-327.

Sugden R. Fear of flying – Aviophobia. In: Keystone JS et al., eds. *Travel Medicine*. Edinburgh, Mosby, 2004, 361-365.

Tran TM, Browning J, Dell ML. Psychosis with paranoid delusions after a therapeutic dose of mefloquine: a case report. *Malaria Journal*, 2006, 5:74.

Valk TH. Psychiatric disorders and psychiatric emergencies overseas. In: Keystone JS et al., eds. *Travel Medicine*. Edinburgh, Mosby, 2004, 367–377.

Waterhouse J et al. Jet lag: trends and coping strategies. *Lancet*, 2007, 369:1117–1129.