

## Psychological health<sup>1</sup>

International travel is often a stressful experience. Travellers face separation from family and familiar social support systems, and must deal with the impact of foreign cultures and languages, as well as bewildering,

---

<sup>1</sup> This is a reproduction in full of new chapter 10 on Psychological health published in *International travel and health 2009* (available at <http://www.who.int/ith/en/index.html>; accessed April 2009).

## Santé psychique<sup>1</sup>

Les voyages internationaux sont souvent une expérience stressante. Les voyageurs doivent affronter la séparation d'avec la famille et les soutiens sociaux qu'ils connaissent bien, et faire face au retentissement qu'ont sur eux des cultures et des langues

---

<sup>1</sup> Cet article est la reproduction intégrale du nouveau chapitre 10 sur la santé psychique publié dans *Voyages internationaux et santé 2009* (disponible sur <http://www.who.int/ith/en/index.html>; consulté en avril 2009).

unfamiliar threats to health and safety. Coping with high levels of stress may result in physical, social and psychological problems. Those who encounter a greater range of stress factors may be at greater risk for psychological problems. Under the stress of travel, pre-existing mental disorders can be exacerbated. Furthermore, for those people with a predisposition towards mental disorder such a disorder may emerge for the first time during travel.

Physicians caring for people in their home country or overseas should be aware of the differences (both within and among countries) in the availability of mental health resources (for example, emergency facilities, staff, beds, investigative facilities, as well as the type and quality of medication). Culturally compatible clinicians and support staff may be rare or non-existent, and they may not understand the native language of the traveller, so access to interpreters may be necessary. The legal environment within which a clinician practises may also vary widely. Laws dealing with the use of illicit substances vary considerably and penalties may, in some countries, be quite severe. As a result of these differences in the infrastructure for providing mental health care and in the legal system, the first decision a clinician may have to make is whether the traveller's care can be managed at the travel destination or whether the traveller requires repatriation.

### **Mental disorders and travel**

Mental disorders are not rare among travellers. Overall, mental health issues are among the leading causes of ill health among travellers, and "psychiatric emergency" is one of the most common medical reasons for air evacuation, along with injury and cardiovascular disease.

### **Prevention of mental disorders**

Although some of the events that cause stress cannot be predicted, taking precautions may reduce travel-related stress. Travellers should gather proper information before travel (for example, on the nature of their journey, such as the mode of travel or the length of the journey, or on the characteristics of their destination and the expected difficulties); this will enable them to maintain their self-confidence and to cope with the unfamiliar. It also allows them to develop strategies to minimize risks. Gathering information before travel helps to reduce the risk of suffering psychological disturbances or aggravating a pre-existing mental disorder.

Patients with a history of neuropsychiatric disorder, including psychosis, depression, seizures or generalized anxiety disorder, should not be prescribed mefloquine but an alternative regimen.

Travellers subject to stress and anxiety, especially concerning air travel, should be helped to develop coping mechanisms. Individuals who are afraid of flying may be referred to specialized courses run by airlines, if available.

étrangères, ainsi qu'aux menaces souvent déconcertantes et mal connues qui pèsent sur leur santé et leur sécurité. Le fait de devoir supporter un niveau de stress important peut engendrer des problèmes physiques, sociaux et psychologiques. Ceux qui se heurtent à une série de facteurs de stress plus importants peuvent être exposés à un risque accru de problèmes psychiques. Sous l'effet du stress d'un voyage, des troubles mentaux préexistants peuvent être exacerbés. En outre, le voyage peut faire apparaître pour la première fois une prédisposition à un trouble mental.

Les professionnels qui prennent en charge les voyageurs étrangers doivent savoir qu'il existe des différences considérables (aussi bien dans les pays qu'entre eux) dans la disponibilité des ressources de santé mentale (par exemple établissements d'urgence, personnel, lits, moyens d'enquête, type et qualité des médicaments). Il est possible que des cliniciens et du personnel de soutien culturellement «compatibles» soient rares ou absents et il se peut qu'ils ne comprennent pas la langue du voyageur – de sorte qu'il peut s'avérer nécessaire de faire appel à des interprètes. L'environnement juridique au sein duquel un clinicien pratique peut également être très variable. Les lois applicables à l'usage de substances illicites montrent des variations considérables et peuvent, dans certains pays, être très sévères. Suite à des différences d'infrastructure enregistrées dans le système juridique et celui de la santé mentale, la première décision qu'un clinicien peut être amené à prendre est de savoir si une personne donnée peut ou non être prise en charge sur le lieu de destination du voyage, ou s'il faut la rapatrier.

### **Troubles mentaux et voyages**

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.

### **Prévention des troubles mentaux**

Bien qu'il soit impossible de prévoir les événements susceptibles de provoquer un stress, il existe de nombreuses façons de réduire le stress lié aux voyages en prenant certaines précautions. Une bonne information avant le voyage (par exemple nature du séjour, caractéristiques du lieu de destination et difficultés auxquelles on peut s'attendre) permet au voyageur de garder toute son assurance et de faire face à l'inconnu lorsqu'il voyage. Souvent, cela lui permet de développer des stratégies de réduction des risques. L'information avant de partir permet de réduire le risque de présenter des troubles psychiques ou une aggravation d'un trouble mental préexistant.

Les sujets ayant des antécédents de troubles neuropsychiatriques, notamment de psychose, de dépression, de convulsions ou d'anxiété généralisée, ne doivent pas se voir prescrire de la méfloquine mais un autre schéma thérapeutique.

Les voyageurs sujets au stress et à l'anxiété, surtout dans le cadre d'un voyage aérien, doivent recevoir une aide afin d'apprendre à développer des mécanismes leur permettant d'y faire face. Les sujets qui ont peur de prendre l'avion peuvent être adressés à des cours spécialisés organisés par les compagnies aériennes, s'il y en a.

Given the potential consequences of a psychiatric emergency arising while travelling overseas, enquiry into psychiatric history or treatment should be a standard part of any pre-travel consultation. Travellers with a significant history of mental disorder should receive specific medical and psychological advice. Those using psychotropic medication should continue the medication while travelling. In certain countries, it is a criminal offence to carry a prescription psychotropic medication (for example, benzodiazepine) without proof of prescription. It is thus highly advisable that travellers carry a letter from a physician certifying the need for medicine or other medical items, or both, as well as documents about their clinical conditions and details about treatment, such as copies of prescriptions. All these documents should be in a language that is understood in the country of travel. If travellers will be abroad for long periods of time (for example, if the traveller is an expatriate or a business traveller), they can be taught self-monitoring techniques and stress-reduction strategies before departure or during their stay. If drug misuse is suspected, the large variation in the legal status of drug misuse among countries should be emphasized.

If the appropriate precautions are taken, most people affected by a mental disorder whose condition is stable and who are under the supervision of a medical specialist are able to travel abroad.

## Mental disorders

### Anxiety disorders

In a study by Matsumoto and Goebert, about 3.5% of all medical in-flight emergencies in the United States were categorized as being caused by mental disorder. In 90% of the in-flight emergencies caused by mental disorder, the diagnosis was an anxiety state, and in only 4% was it a psychotic disorder.

**Phobia of flying.** Extreme fear of flying may be a symptom of a specific phobia. A specific phobia is an intense, disabling fear of something that poses little or no actual danger. Specific phobias are characterized by marked fear of a specific object or situation or marked avoidance of such objects or situations. In specific phobias, significant emotional distress is caused by these symptoms or avoidance of the situation as well as by the recognition that these feelings or actions are excessive or unreasonable. People with phobia of flying usually dread or avoid flying, and may have anxious anticipation when confronted with vivid descriptions of flights, the need to fly and the preparations necessary for flying. This fear may severely limit a person's ability to pursue certain careers or enjoy leisure away from home. Phobia of flying may coexist with other specific phobias. Additionally, anxiolytic medication or alcohol is often used to cope with this fear.

The phobia of flying responds well to exposure-based psychological treatment. Before starting treatment, the person may need to be educated about aircraft technol-

Etant donné les conséquences que peut avoir une urgence psychiatrique dans un environnement étranger, une enquête raisonnable sur les antécédents psychiatriques ou les traitements antérieurs doit faire partie intégrante de toute consultation préalable à un voyage. Les voyageurs qui présentent des antécédents importants de trouble mental doivent bénéficier d'un avis médical et psychologique spécifique. Ceux qui prennent des psychotropes doivent poursuivre leur traitement pendant le voyage. Dans certains pays, c'est un délit de transporter un psychotrope (par exemple une benzodiazépine) sans avoir l'ordonnance médicale avec soi. Il est donc tout à fait conseillé que ces sujets aient sur eux une lettre d'un médecin certifiant que ces médicaments et/ou autres produits médicaux leur sont nécessaires, de même que les principaux documents relatifs aux affections cliniques qu'ils présentent et le détail de leur traitement (par exemple copies des ordonnances). Tous ces documents doivent être rédigés dans une langue comprise dans le pays de destination. Si le voyageur vit à l'étranger pendant longtemps (par exemple les expatriés et certains hommes d'affaires), on peut lui enseigner des techniques d'autosurveillance et des stratégies de réduction du stress avant son départ ou au cours de son séjour. Si l'on soupçonne un usage abusif de médicaments, il faut insister sur l'importance des différences rencontrées selon les pays dans le statut juridique de l'utilisation abusive des médicaments.

Malgré les précautions mentionnées ci-dessus, la plupart des gens atteints d'un trouble mental dont l'état est stable – et qui sont suivis par un spécialiste – sont en mesure de voyager à l'étranger.

## Troubles mentaux

### Troubles anxieux

Dans une étude réalisée par Matsumoto et Goebert (2001), près de 3,5% de toutes les urgences médicales en vol aux Etats-Unis ont été rangées dans la catégorie des troubles mentaux. Dans 90% de ces derniers, le diagnostic était celui d'un état anxieux, et dans seulement 4% il s'agissait d'un trouble psychotique.

**Phobie de l'avion.** La phobie de l'avion est une phobie particulière. Une phobie particulière est une peur intense de quelque chose qui ne présente que peu ou pas de danger réel. Les phobies spécifiques sont caractérisées par une peur manifeste d'un objet ou d'une situation donnée, ou par une stratégie d'évitement marquée de cet objet ou de cette situation. Une détresse émotionnelle importante est due à ces symptômes ou à cet évitement, et il y a une reconnaissance du fait que ceux-ci sont excessifs ou déraisonnables. En général, les gens qui présentent une phobie de l'avion redoutent ou évitent de voler et peuvent présenter un phénomène d'anticipation anxieuse lorsqu'ils sont confrontés à des descriptions très évocatrices de vols, à la nécessité de prendre l'avion et aux préparatifs nécessaires à un voyage en avion. Ce type de phobie peut gravement limiter la capacité d'une personne à poursuivre certaines carrières ou à apprécier des loisirs très loin de chez eux. La phobie de l'avion peut être associée à d'autres phobies particulières. Un problème supplémentaire vient de la forte prévalence de la consommation d'anxiolytiques ou d'alcool pour surmonter cette 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 qu'on lui enseigne des éléments de

ogy and maintenance, control of airspace or pilot training; worries about these issues may make him or her vulnerable to fears of possible disasters. In a typical 2-day treatment regimen, the emphasis focuses exclusively on identifying the anxiety hierarchy and practising desensitization. New virtual reality technologies that allow therapists to create more realistic environments for desensitization aid this brief approach. However, the equipment to support this approach may not be available in most countries. Other techniques that may help passengers overcome their fear of flying are based on self-control, relaxation and challenging negative thoughts. These techniques may be learnt from cognitive behavioural self-help books or from psychotherapists trained in cognitive behavioural therapy.

**Panic attacks.** Anxiety that is intense enough to lead to an emergency room visit has been noted frequently among psychiatric emergencies occurring in travellers. Panic attacks are characterized by an abrupt onset of intense anxiety with concomitant signs and symptoms of autonomic hyperactivity. Associated feelings of shortness of breath, chest pain, choking, nausea, derealization and fear of dying may be present. The attack peaks within 10 minutes, sometimes much more quickly, and may last for 30 minutes. These attacks may occur as a part of a panic disorder or as a result of substance abuse, such as during cannabis use or alcohol withdrawal. Panic attacks may also occur in those with a phobia of flying. People who experience panic attacks may feel more comfortable in an aisle seat when travelling by plane.

The onset of panic attacks often occurs during or following periods of increasingly stressful life events, and these events may be related to travelling. Since caffeine, certain illicit drugs and even some over-the-counter cold medications can aggravate the symptoms of anxiety disorders, they should be avoided by people suffering severe anxiety.

#### Mood disorders and suicide attempts

**Depression.** The stressors of international travel or overseas residence, isolation from family and familiar social support systems, and reactions to a foreign culture and language may all contribute to depression, at least in people who are susceptible. Uncommon but serious problems associated with depression are the risk of suicide or the occurrence of psychotic symptoms, or both.

Depression is characterized by persistent depressed mood or lack of interest occurring over a number of weeks. People who are depressed tend to be relatively inactive, anergic and unmotivated. Associated symptoms may include difficulty sleeping and loss of appetite and weight (occasionally people may sleep or eat more), feelings of worthlessness and hopelessness, suicidal ideation or thoughts of death, and poor concentration and memory impairment. Some people may have psychotic features, such as delusions or hallucinations, which are usually consistent with their mood. Depressive episodes

technologie aérienne, d'entretien des avions, de contrôle de l'espace aérien, ou relatifs à la formation des pilotes, sans lesquels elle peut craindre un éventuel désastre. Dans le traitement de 2 jours habituel, on met exclusivement l'accent sur le fait de repérer la hiérarchie des éléments anxieux et de pratiquer une désensibilisation. Les nouvelles techniques de réalité virtuelle, qui permettent aux thérapeutes de créer des environnements plus réalistes pour la désensibilisation, sont une aide dans cette approche par l'information. Toutefois, le matériel nécessaire à cette approche n'est pas toujours disponible dans la plupart des pays. D'autres techniques qui peuvent aider les passagers à surmonter leur peur de l'avion sont basées sur la maîtrise de soi, la relaxation et l'opposition aux pensées négatives. On peut apprendre ces techniques à l'aide de manuels d'aide à l'autothérapie comportementale et cognitive, ou auprès de psychothérapeutes formés à la thérapie comportementale et cognitive.

**Attaques de panique.** Parmi les urgences psychiatriques rencontrées chez les voyageurs, on note fréquemment une anxiété suffisamment intense pour conduire à une consultation dans un service des urgences. Les attaques de panique sont caractérisées par l'apparition brutale d'une anxiété intense, accompagnée de signes et de symptômes d'hyperactivité autonome. Il peut y avoir des sensations associées: essoufflement, douleur thoracique, suffocation, nausée, déréalisation et peur de mourir. La crise atteint son pic dans les 10 minutes, parfois beaucoup plus rapidement, et peut durer jusqu'à 30 minutes. Ces attaques peuvent se produire dans le cadre d'un trouble panique ou suite à l'abus de substances toxiques, par exemple sous l'effet du cannabis ou d'un sevrage alcoolique. Des attaques de panique peuvent également survenir chez les personnes sujettes à la phobie de l'avion; elles se sentiront un peu mieux si elles sont assises en bordure d'allée.

Les attaques de panique se déclenchent souvent au cours ou à la suite de périodes où les événements stressants de la vie se sont accumulés, et ces derniers peuvent être en rapport avec le fait de voyager. Comme la caféine, certaines drogues illicites, voire certains médicaments en vente libre contre le rhume, peuvent aggraver les symptômes des troubles anxieux; les gens qui souffrent d'anxiété grave doivent les éviter.

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

**Depression.** Les facteurs de stress des voyages internationaux ou de la résidence à l'étranger, l'isolement par rapport à la famille et aux soutiens sociaux habituels, les réactions vis-à-vis d'une culture et d'une langue étrangères peuvent tous contribuer à l'apparition d'une dépression, du moins chez l'individu sensible. Les problèmes peu fréquents mais très graves associés à la dépression sont le risque de suicide et/ou la survenue de symptômes psychotiques.

La dépression est caractérisée par une humeur déprimée persistante ou un manque d'intérêt se prolongeant plusieurs semaines. Les sujets atteints de dépression sont relativement inactifs, 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 en général correspondent bien à leur

may occur as a single episode, as recurrent episodes, or as part of bipolar affective disorder. Treatment, if indicated, should be initiated and monitored by a trained clinician.

**Suicide risk.** People who are depressed should be assessed in terms of the frequency and persistence of suicidal ideation, their plans for a suicide attempt, whether they have easy access to lethal means for an attempt, the seriousness of their intent, their personal history of suicide attempts (for example, the potential lethality, the chance of discovery), whether there is a family history of suicide or suicide attempts, whether they have psychotic features or are misusing substances, or both, whether they have had major recent adverse life events and their sociodemographic details (for example, their sex, age, and marital and employment status). If the risk of suicide appears to be substantial, immediate hospitalization or evacuation to the nearest adequate facility may be the best option. If these options are not immediately available, clinicians should try to implement suicide prevention measures; these may include arranging for a 24-hour attendant (for example, a family member or private duty nurse), removing any obvious means of suicide (for example, firearms, medications, knives, toxic chemicals), and checking frequently on the person's status. Access to alcohol and other psychoactive substances should be reduced, and an evaluation for withdrawal symptoms should be undertaken. Suicidal individuals who exhibit psychotic features or severe problems with substance misuse should be referred to a specialist. Of note, survivors of suicide attempts may require legal assistance in those countries where attempting suicide is illegal.

**Mania.** Although relatively uncommon, mania may pose an emergency overseas. The manic state is seen as part of a bipolar affective disorder in which people also have depressive episodes. A manic episode is characterized by an abnormally elevated, euphoric or irritable mood that persists for days or weeks. People with mania frequently present with inflated self-esteem, abundant energy, a decreased need for sleep, heightened libido and negligible insight into the nature of their disorder. These symptoms may lead to poor judgement that affects decisions in various spheres of life (for example, financial, sexual, career, or in terms of substance use). Occasionally, patients develop psychotic symptoms, such as incoherence, delusions and hallucinations. Hypomanic states are less serious versions of mania that usually do not require hospitalization. It is common to find travellers who have initiated a trip because of their elevated mood.

Treatment delivered overseas is frequently aimed at either hospitalization, if possible, or stabilization pending medical evacuation or repatriation. Committing a person to care under the criterion of posing imminent danger to self or others is not always possible, and the person's lack of insight may make voluntary consent to treatment difficult to achieve. Frequently, some sort of leverage from family or a sponsoring organization is

humeur. Les épisodes dépressifs peuvent être des épisodes isolés ou récurrents, ou faire partie d'un trouble affectif bipolaire. Le traitement, s'il est indiqué, doit être initié et suivi par un spécialiste clinicien.

**Risque suicidaire.** Chez les personnes déprimées, il faut évaluer la fréquence et la persistance de l'idéation suicidaire; les plans qu'elles font pour des tentatives de suicide; 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 tentatives de suicide (létalité potentielle, chances de les découvrir); les antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide; les traits psychotiques et/ou l'utilisation abusive de substances toxiques qu'elles présentent; les grands événements malheureux de leur vie ou leurs anniversaires; et les renseignements sociodémographiques les concernant (sexe, âge, état civil et situation par rapport à l'emploi). Si le risque de suicide semble être important, une hospitalisation ou une évacuation immédiate vers l'établissement le plus proche peut être la meilleure solution. Si ces solutions ne sont pas immédiatement applicables, les cliniciens essaieront de mettre en œuvre des mesures de prévention du suicide, qui peuvent comprendre l'organisation d'une présence auprès du sujet 24 heures sur 24 (par exemple membre de la famille, infirmière privée), l'élimination de tous les moyens évidents de suicide (armes à feu, médicaments, couteaux, produits toxiques) et des vérifications fréquentes de l'état de la personne. L'accès à des substances toxiques doit être réduit et accompagné d'une évaluation des symptômes de sevrage. Les sujets suicidaires qui montrent des traits psychotiques ou des problèmes graves d'utilisation abusive de substances toxiques doivent être adressés à un spécialiste. Il est à noter que ceux qui survivent à des tentatives de suicide peuvent se retrouver à devoir demander une assistance juridique dans les pays où il est illégal d'essayer d'attenter à ses jours.

**Manie.** Bien que relativement peu fréquent, l'état maniaque peut constituer une urgence à l'étranger. Il fait partie d'un trouble affectif bipolaire dans lequel les personnes présentent également des épisodes dépressifs. Un épisode maniaque est caractérisé par une humeur anormalement exaltée, euphorique ou irritable, persistant pendant plusieurs jours ou semaines. Les personnes atteintes de manie présentent souvent une estime de soi exagérée, une énergie abondante, un besoin de sommeil diminué, une libido renforcée et peu de discernement sur la nature de leur trouble. Ces symptômes peuvent conduire à des erreurs de jugement pouvant affecter les décisions à prendre dans les différentes sphères de la vie (par exemple financière, sexuelle, carrière, abus de substances toxiques). 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 de trouver des voyageurs qui ont entrepris un voyage dans un moment d'euphorie.

Dans un environnement étranger, le traitement vise fréquemment à obtenir une hospitalisation si elle est possible, ou à stabiliser l'état du sujet en attendant une évacuation médicale ou un rapatriement. L'internement en application des critères 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 un consentement volontaire au traitement. Il est souvent nécessaire de faire

necessary to obtain the person's cooperation. Physicians should carry out a medical evaluation that includes assessment and tests for substance misuse (for example, the use of amphetamines or cocaine), since misuse can cause manic symptoms.

#### Psychotic disorders

A psychotic state is characterized by delusions, hallucinations, thought disorder or severe changes in behaviour (for example, severe self-neglect or catatonia). Psychosis is a state that may occur in many different mental disorders, including mania, depression and many substance use disorders. The presence of psychosis, especially in a person who is not suffering from a chronic mental disorder, or who has never had prior episodes, represents a psychiatric emergency.

**Acute and transient psychotic disorder.** Acute and transient psychotic disorder is characterized by rapid onset of symptoms of psychosis and a relatively brief duration ( $\leq 3$  months). Given the known association between stress and acute and transient psychotic disorder, it is not surprising that such disorders have been described in relation to travel stress. It is hypothesized that the isolation of long-distance travel, substance misuse, irregular food and fluid intake and insomnia may contribute to their occurrence. On the other hand, cultural and individual factors may also be important from the etiological perspective. Some psychotic manifestations may be related to places with historical, artistic or religious significance. A traveller may become overwhelmed at pilgrimage centres such as Mecca, Jerusalem and Santiago de Compostela, as well as at a variety of holy places in India, among others. In many cases reported from these and other specific sites, the psychotic state evolved rapidly; there was no prior history of such problems; and symptoms resolved quickly with treatment. However, it should be recognized that some people who seemingly develop psychosis in these specific situations might be experiencing an exacerbation or recurrence of pre-existing psychoses, such as schizophrenia.

Management depends upon accurate diagnosis. Since psychotic states may occur as a result of mood disorders, substance use disorders (involving, for example, cannabis), schizophrenia and general medical conditions (for example, cerebral malaria) or medications (for example, mefloquine), these factors must be excluded. Due attention should be paid to the risk of violence or suicide. If hospitalization and referral to a specialist are not possible, then the clinician should use a safe, contained environment that allows for frequent monitoring.

**Schizophrenia.** Reports of finding travellers with schizophrenia at international airports or at embassies when in need of assistance are by no means rare. Travellers with schizophrenia may be arrested by police for

appel à la famille ou à l'organisation parrainante pour qu'ils exercent une forme de pression afin d'obtenir la coopération de la personne. Les médecins doivent procéder à une évaluation médicale (y compris une évaluation et des tests de recherche de substances toxiques), l'usage abusif de certaines substances toxiques (par exemple de stimulants comme les amphétamines ou la cocaïne) pouvant engendrer des symptômes maniaques.

#### 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 désorganisation et catatonie). La psychose est un état que l'on peut rencontrer dans de nombreux troubles mentaux différents, notamment la manie, la dépression et de nombreux troubles liés à l'abus de substances toxiques. La présence d'une psychose, surtout chez une personne qui ne souffre pas d'un trouble mental chronique ou qui n'a jamais présenté d'épisode antérieur, représente une urgence psychiatrique.

**Trouble psychotique aigu et transitoire.** Le trouble psychotique aigu et transitoire est caractérisé par l'apparition brutale de symptômes de psychose et une durée relativement brève ( $\leq 3$  mois). Étant donné l'association connue entre stress et trouble psychotique aigu et transitoire, il n'est pas surprenant que ces troubles aient été décrits en relation avec le stress dû au voyage. On suppose que l'isolement des voyages à longue distance, l'utilisation abusive de substances toxiques, l'apport irrégulier d'aliments et de liquides et l'insomnie peuvent contribuer à leur survenue. Par ailleurs, des facteurs culturels et individuels peuvent également être importants du point de vue étiologique. Certaines manifestations psychotiques peuvent être liées à des endroits ayant une signification historique, artistique ou religieuse. Un voyageur peut être submergé dans des lieux de pèlerinage tels que La Mecque, les lieux sacrés de l'Inde et du Pérou, à Jérusalem et Saint-Jacques-de-Compostelle en Espagne. Dans bien des cas rapportés dans ces occasions et dans d'autres situations particulières, l'état psychotique a évolué rapidement, il n'y avait aucun antécédent de ce type et les symptômes ont disparu rapidement avec le traitement. Toutefois, il convient de reconnaître que certaines personnes qui semblent avoir développé une psychose dans ces situations particulières peuvent aussi 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 s'installer suite à des troubles de l'humeur, à des troubles liés à l'abus de substances toxiques (par exemple cannabis), à une schizophrénie et à des affections médicales générales (par exemple neuropaludisme) ou à la prise de médicaments (par exemple méfloquine), autant de facteurs qu'il faut donc exclure afin de pouvoir poser le diagnostic. Une attention particulière doit être accordée au risque de violence ou de suicide. Si l'hospitalisation ou l'orientation vers un spécialiste ne sont pas possibles, le clinicien doit alors avoir recours à un environnement sûr et confiné permettant une surveillance fréquente.

**Schizophrénie.** Les rapports faisant état de cas de voyageurs présentant une schizophrénie retrouvés dans des aéroports internationaux ou des ambassades (lorsqu'ils ont besoin d'assistance) ne sont nullement rares. Par exemple, ils peuvent

“very strange” or “suspicious” behaviour, and police or family members may contact the embassy. Schizophrenia is characterized by psychotic symptoms that can wax and wane over time. (Symptoms may remit for extended periods, especially with treatment.) Negative symptoms, such as flat affect, lack of motivation, and poverty of thought and speech, are also present for extended periods of time, even in the absence of psychosis. Schizophrenia often begins in the teens or early adulthood. Given the chronic nature of the disorder and the relatively early age of onset, it is unlikely that travel in itself can be considered a causative factor. Individuals with schizophrenia often misuse substances and may have coexisting substance use disorders.

#### Disorders due to psychoactive substance use

A wide variety of disorders of differing severity are attributable to the use of  $\geq 1$  psychoactive substances. Misuse of all substances is encountered among the population of international travellers. In a study of 1008 young backpackers (aged 18–35 years), Bellis et al. reported that more than half of the sample (55.0%) used at least 1 illicit drug when backpacking. Individuals showed a significant increase in the frequency of alcohol consumption in the country in which they were travelling compared with their behaviour in their home country. (The proportion of individuals drinking  $\geq 5$  times per week almost doubled, from 20.7% to 40.3%.)

Dependence on psychoactive substances is characterized by craving (a strong desire or sense of compulsion to take the substance); difficulties in controlling substance-taking behaviour (in terms of its onset, termination or levels of use); physiological withdrawal state (or use of the same or a closely related substance for relieving or avoiding this state) when substance use has ceased or been reduced; tolerance (increased doses of the psychoactive substances are required in order to achieve effects originally produced by lower doses); progressive neglect of alternative pleasures or interests because of the use of the psychoactive substance (an increased amount of time is necessary to obtain or take the substance or to recover from its effects); and persisting with substance use despite clear evidence of overtly harmful consequences. Travel is unlikely to be a key determinant of the development of substance dependence. However, being in new and sometimes exotic places and freed from the familial and social restraints of home, as well as having easy access to cheap substances may trigger a relapse in individuals who are in remission.

People with substance dependence who plan to travel sometimes carry small doses of the substances (or a substitute such as methadone) to avoid withdrawal syndrome. Psychoactive substance possession or use is considered a serious crime in quite a few countries. Travellers should be treated for withdrawal and dependence before departure. Travellers who misuse sub-

également se produire lorsque des voyageurs atteints de schizophrénie sont arrêtés par la police pour des comportements «très étranges» ou «suspects». 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 abasé, une absence de motivation, une pauvreté de la pensée et du discours sont également présents pendant des périodes prolongées, 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 des troubles 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 sujets atteints de schizophrénie font souvent un usage abusif des substances toxiques et peuvent présenter des troubles coexistants liés à l'abus de ces substances.

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

Une grande variété de troubles de diverses gravités sont imputables à l'utilisation d'une ou plusieurs substances psychoactives. L'usage abusif de toutes sortes de substances toxiques se rencontre dans la population des voyageurs internationaux. Dans une étude effectuée sur 1008 jeunes routards (âgés de 18 à 35 ans), Bellis et al. ont rapporté que plus de la moitié de l'échantillon (55,0%) consommaient au moins 1 drogue illicite durant leur voyage. Les sujets montraient une augmentation nette de la fréquence de la consommation alcoolique dans le pays dans lequel ils voyageaient, par comparaison avec leur comportement dans leur propre pays. La proportion d'individus buvant  $\geq 5$  fois par semaine a presque doublé, passant de 20,7 à 40,3%.

La dépendance aux substances psychoactives est caractérisée par le manque (un désir irrésistible ou une envie compulsive de prendre la substance); des difficultés à contrôler le comportement de prise de substance (début, fin ou degrés d'utilisation); un état de sevrage physiologique (ou l'utilisation de la même substance ou d'une substance étroitement apparentée pour soulager ou éviter cet état) lorsque l'abus a cessé ou a été réduit; un phénomène de tolérance (il faut des doses accrues de substances psychoactives pour obtenir les effets produits à l'origine par des doses plus faibles); désintérêt progressif pour d'autres plaisirs ou sujets à cause de cet abus de substance psychoactive (car il faut davantage de temps pour obtenir la substance ou la prendre, ou pour se remettre de ses effets); et la persistance de l'abus malgré des signes évidents de ses conséquences manifestement nocives. Il est peu probable qu'un voyage soit un déterminant essentiel du développement de la dépendance à des substances. Cependant, le fait d'être dans des endroits nouveaux et parfois exotiques, libéré de la famille et des contraintes 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 présentant une dépendance qui envisagent de voyager transportent parfois de petites doses de ces substances (ou d'un substitut comme la méthadone) pour éviter un syndrome de sevrage. La possession ou l'utilisation d'une substance psychoactive est considérée comme un crime grave dans un certain nombre de pays. Les voyageurs doivent donc se soumettre à un traitement du sevrage ou de la dépendance avant le départ. Les

stances may present or be brought to health-care professionals abroad due to intoxication or with withdrawal syndromes.

**Intoxication.** Acute intoxication is a dose-related transient condition that occurs following the administration of alcohol or another psychoactive substance, resulting in disturbances in level of consciousness, thought processes, perception, affect, behaviour or psychophysiological functions. Almost always, alcohol intoxication (that is, drunkenness) by itself does not become a psychiatric emergency, unless the person becomes violent or suicidal. However, intoxication with stimulants, hallucinogens, phencyclidine, inhalants and cannabis more commonly result in psychotic states that may present as a psychiatric emergency. Given the complexity of treating these states of intoxication, hospitalization or treatment in an emergency room over the course of hours may be preferred.

**Withdrawal.** Withdrawal states may also present as psychiatric emergencies. Withdrawal from alcohol or sedatives or hypnotics is usually characterized by autonomic hyperactivity, tremors, insomnia, anxiety and agitation. But occasionally it may be associated with seizures or delirium tremens, a condition marked by delirium, severe autonomic hyperactivity, vivid hallucinations, delusions, severe tremors and agitation; delirium tremens is associated with significant mortality. People presenting with withdrawal should always be evaluated for concurrent medical conditions and for the use of other substances that might complicate management or diagnosis.

Even brief contact with patients following the detection of substance misuse offers the health-care professional opportunities to intervene to reduce harm. The person should be given advice about reducing or stopping the consumption of substances, on how to obtain clean injecting equipment, on safer sexual behaviour and on risk factors for accidental overdose. Some people presenting with intoxication, and most people presenting with withdrawal, are likely to be dependent on the substance. They should be advised to obtain long-term treatment in their country of origin.

#### Other relevant areas of concern

**Rage.** Passenger misconduct of an aggressive nature during travel has become a matter of considerable public concern, and it seems to be increasing in frequency, although it is still not very common. Rage may vary from verbal threats aimed at crew and fellow passengers to physical assault and other antisocial behaviour. Some physical aggression has been common in air rage but serious injuries have not been frequent. Air rage – like road rage – is predominantly attributed to young males. Although occasional instances may be ascribed to mental disorder, the main factors associated with rage are alcohol and substance misuse (for example, intoxication or withdrawal), arguments with travel attendants,

voyageurs qui font un usage abusif de substances psychoactives peuvent se présenter ou être amenés chez des professionnels des soins de santé à l'étranger en raison d'une intoxication ou d'un syndrome de sevrage.

**Intoxication.** Une intoxication aiguë est une affection transitoire liée à la dose qui survient suite à la consommation d'alcool ou d'une autre substance psychoactive, et qui entraîne des troubles de la conscience, du processus cognitif, de la perception, de l'affect, du comportement ou des fonctions psychologiques. Presque toujours, l'intoxication alcoolique (état d'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 montrer un tableau clinique d'urgence psychiatrique. Étant donné la complexité du traitement de ces états d'intoxication, on privilégiera peut-être l'hospitalisation ou le traitement dans une salle d'urgence pendant plusieurs heures.

**Sevrage.** Les états de sevrage peuvent également montrer des tableaux d'urgence psychiatrique. Le sevrage de l'alcool ou de substances sédatives/hypnotiques se caractérise généralement par une hyperactivité autonome, des tremblements, des insomnies, de l'anxiété et de l'agitation. Mais il arrive qu'ils soient associés à des convulsions ou à un delirium tremens – une affection marquée par un délire, une hyperactivité autonome sévère, des hallucinations saisissantes, des productions délirantes, des tremblements sévères et de l'agitation –, lesquels entraînent une mortalité importante. Les personnes qui présentent un syndrome de sevrage doivent toujours être évaluées à la recherche d'affectations médicales concomitantes et d'un abus d'autres substances qui pourraient compliquer la prise en charge ou le diagnostic.

Même des contacts brefs avec un professionnel des soins de santé suite à la détection d'un abus de substance toxique offrent des occasions d'interventions pour réduire les effets nocifs. La personne doit recevoir des conseils sur les limites de consommation des substances recommandées, sur la façon d'obtenir un matériel d'injection propre, sur les comportements sexuels à moindre risque et sur les facteurs de risque de l'overdose accidentelle. Certaines personnes présentant une intoxication et la plupart de celles présentant un syndrome de sevrage sont très probablement dépendantes de la substance en question. Il faut leur conseiller d'obtenir un traitement à long terme dans leur pays d'origine.

#### Autres sujets de préoccupation pertinents

**Fureur.** Le comportement répréhensible de nature agressive d'un passager au cours d'un voyage est devenu un sujet de préoccupation publique considérable, dont la fréquence semble augmenter, encore qu'il ne soit pas très courant. La fureur peut aller des menaces verbales vis-à-vis de l'équipage et des autres passagers à des agressions physiques et autres comportements antisociaux. Certaines agressions physiques sont assez courantes dans les avions mais les traumatismes graves sont rares. La fureur en vol – tout comme la fureur au volant – est souvent imputable aux hommes jeunes. Bien que, dans certains cas, elle puisse être attribuée à un trouble mental, les principaux facteurs associés à cette fureur sont l'alcool et l'abus de substances toxiques (par exemple en cas



crowding, delays and lack of information about problems with the journey. Prevention efforts may involve training transport staff.

**Culture shock and reverse culture shock.** Travel often leads to encounters with a new culture that necessitates adjustment to different customs, lifestyle and languages. Adapting to the new culture is particularly important when travelling for a long period (such as during expatriation or migration). Major cultural change may evoke severe distress in some individuals and is termed culture shock. This condition arises when individuals suddenly find themselves in a new culture in which they feel completely alien. They may also feel conflict over which of their lifestyles to maintain or change, or which new lifestyle to adopt. Children and young-adult immigrants often adapt more easily than middle-aged and elderly immigrants because they learn the new language and continue to mature in the new culture. If a person is part of a family or a group making the transition and the move is positive and planned, stress may be lower. Furthermore, if selected cultural mores can be safely maintained as people integrate into the new culture, then stress will be minimized.

Reactive symptoms are understandable and include anxiety, depression, isolation, fear and a sense of loss of identity as one adjusts. Self-understanding, the passage of time, and support from friends, family members and colleagues usually help to reduce the distress associated with adapting to new cultures and unfamiliar experiences. Distressed individuals who present to health professionals may be helped to understand that experiencing these reactions is natural and that distress will subside as they adapt to the new culture. Joining activities in the new community and actively trying to meet neighbours and co-workers may lessen culture shock.

Returning home may also be a psychological challenge for people who have been travelling and living abroad for a prolonged period of time, especially if overseas travel has been particularly enjoyable or if their future life is expected to be less exciting and fulfilling. In some younger or long-term travellers, a strong desire to remain within the new culture and a dread of returning home may be seen. In others, a sense of loss and bereavement may set in after the return, when travellers and their relatives realize that things have changed, and that through their differing experiences they have grown further apart. This may lead to feelings of surprise, frustration, confusion, anxiety and sadness. This is often termed reverse culture shock. Sometimes, friends and relatives may themselves be hurt and surprised by the reaction of those who have returned. Self-understanding and the ability to explain the situation may help all parties restore healthy reactions and relationships.

d'intoxication ou de manque), les litiges avec le personnel de cabine, la promiscuité, les retards et le manque d'informations. Les efforts de prévention peuvent comporter une formation du personnel de transport.

**Choc culturel et choc culturel à rebours.** Les voyages conduisent souvent à rencontrer une nouvelle culture, ce qui nécessite un ajustement à des coutumes, un mode de vie et des langues différentes. L'adaptation à la nouvelle culture est particulièrement importante lorsqu'on part à l'étranger pour longtemps (par exemple en cas d'expatriation ou de migration). Un grand changement culturel peut susciter une détresse sévère, appelée choc culturel, chez certains sujets. Cette affection survient lorsque des sujets se retrouvent soudainement dans une nouvelle culture à laquelle ils se sentent totalement étrangers. Ils peuvent également ressentir une situation conflictuelle pour savoir lesquelles de leurs habitudes conserver, changer ou adopter. Les enfants et les jeunes adultes qui immigreront s'adaptent souvent plus facilement que les personnes d'âge mûr ou les personnes âgées car ils apprennent la nouvelle langue et continuent de gagner en maturité dans la nouvelle culture. Si la personne fait partie d'une famille ou d'un groupe qui opère la transition et si ce changement de culture est positif et planifié, le stress peut être moins important. En outre, si certains «plus» culturels choisis peuvent être conservés sans danger lorsque les personnes s'intègrent à la nouvelle culture, le stress est également minimisé.

Des symptômes réactifs sont compréhensibles et ils se manifestent par de l'anxiété, de 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 aideront en général à réduire la détresse associée à l'adaptation à de nouvelles cultures et aux expériences mal connues. Les sujets qui présentent une détresse et vont consulter des professionnels de la santé peuvent être aidés à comprendre que le fait de ressentir ces réactions est naturel et que la détresse va disparaître à mesure qu'ils s'adaptent à la nouvelle culture. Le fait de s'engager dans des activités dans la nouvelle communauté et d'essayer activement de rencontrer des voisins et des collègues va amoindrir le choc culturel.

Le fait de rentrer dans leur pays peut également poser des problèmes psychologiques aux gens qui voyagent et vivent à l'étranger pendant des périodes prolongées, surtout si ces séjours ont été particulièrement agréables ou s'ils s'attendent à une vie future moins excitante et moins enrichissante. Chez certains voyageurs plus jeunes ou qui sont partis longtemps, un fort désir de rester dans la nouvelle culture, une crainte de rentrer chez eux peut s'observer. Chez d'autres, une sensation de perte et un état de deuil peuvent s'installer après le retour, lorsqu'eux et leur famille réalisent que les choses ont changé et que leurs expériences, qui ont été très différentes, les ont éloignés les uns des autres. Cela peut conduire à des sentiments de surprise, de frustration, de confusion, d'anxiété et de tristesse. C'est ce qu'on appelle souvent le 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 l'ensemble des parties à restaurer des réactions et des relations saines.

## Further reading

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. (available at <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-1.pdf>; accessed April 2009).

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

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.

*Tourism highlights: 2007 edition*. Madrid, World Tourism Organization, 2007.

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. ■

## Pour en savoir plus

Bellis MA, Hughes KE, Dillon P, Copeland J, Gates P. Effects of backpacking holidays in Australia on alcohol, tobacco and drug use of UK residents. *BMC Public Health*, 2007, 7:1. (disponible sur <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-1.pdf>; consulté en avril 2009).

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

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: 919-23.

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. Dans: Keystone JS et al., eds. *Travel Medicine*. Edinburgh, Mosby, 2004: 361-365.

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

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, Reilly T, Atkinson G, Edwards B. Jet lag: trends and coping strategies. *Lancet*, 2007, 369:1117-29. ■

### How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to [listserv@who.int](mailto:listserv@who.int). The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

### Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à [listserv@who.int](mailto:listserv@who.int) en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message **subscribe wer-reh** to [listserv@who.int](mailto:listserv@who.int)

Fax: (+4122) 791 48 21/791 42 85

Contact: [wantzc@who.int/wer@who.int](mailto:wantzc@who.int/wer@who.int)

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à [listserv@who.int](mailto:listserv@who.int)

Fax: +41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: [wantzc@who.int/wer@who.int](mailto:wantzc@who.int/wer@who.int)