

VOYAGE PATHOLOGIQUE ET PRECARITE : UNE ETUDE DESCRIPTIVE TRANSVERSALE SUR LA PREVALENCE DES PHENOMENES D'ERRANCE DANS LA POPULATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES DE L'HOPITAL SAINT-PIERRE

PATHOLOGICAL TRAVEL AND PRECARIOUSNESS: A CROSS-SECTIONAL DESCRIPTIVE STUDY ON THE PREVALENCE OF WANDERING PHENOMENA IN THE PSYCHIATRIC EMERGENCY POPULATION OF SAINT-PIERRE HOSPITAL

Barbara SALVATI^(a), Rodolphe VAN WIJNENDAELE^(b), Pierre FOSSION^(a), Jan SNACKEN^(a), Nora KORAICHI^(a), Cassandra GOIS^(c), Christophe LEYS^(c)

(a) Service des Urgences psychiatriques, CHU Saint-Pierre

(b) Clinique César de Paepe

(c) Université libre de Bruxelles (ULB)

Résumé

Introduction : Cette étude a pour objectif la description des phénomènes d'errance liés à des raisons psychopathologiques ou socio-économiques, via l'analyse des données cliniques et sociales de deux groupes de patients en errance pris en charge aux urgences psychiatriques de l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles : la population des voyageurs pathologiques (VP) et celle des sans-domicile-fixe (SDF).

Méthode : il s'agit d'une étude rétrospective transversale qui compare les caractéristiques cliniques et psychosociales de deux groupes, les voyageurs pathologiques et les patients SDF en situation de grande précarité vus aux urgences psychiatriques pendant l'année 2015.

Résultats : L'étude montre un pourcentage de patients paranoïaques plus important dans le groupe de voyageurs que dans le groupe de patients SDF. A l'inverse, le pourcentage de consommateurs de substances et de troubles de la personnalité est plus élevé parmi le groupe de SDF.

Conclusion : Les patients en voyage pathologique sont caractérisés par une clinique psychotique avec des hallucinations, des idées paranoïaques et de référence plus importantes que le groupe de patients en grande précarité, qui par contre se caractérise par un pourcentage plus faible de psychotiques mais plus important de patients dépendants aux substances. On retrouve un nombre de patients en voyage pathologique parmi les patients en grande précarité. La prise en charge s'avère plus urgente avec un plus grand nombre d'hospitalisations pour les voyageurs pathologiques, le plus souvent sous contraintes par rapport au groupe de SDF.

Mots-clés : voyage pathologique, SDF, psychose, précarité, errance.

Summary

Introduction : The objective of this study is to describe the phenomena of wandering linked to psychopathological or socio-economic reasons, through the analysis of clinical and social data from two groups of wandering patients cared in to the psychiatric emergency service of St Pierre Hospital in Brussels: the population of pathological travelers (VP) and the population of the homeless (SDF)

Method: This is a retrospective study that compares the clinical and psychosocial characteristics of two groups, pathological travelers and homeless patients in very precarious situations seen in psychiatric emergencies during 2015.

Results: The study shows a higher percentage of paranoid patients in the travel group than in the homeless group. Conversely, the percentage of substance users and personality disorders is higher among the homeless group.

Conclusion: Patients on a pathological journey are characterized by a psychotic clinic with hallucinations, paranoid and reference ideas more important than the group of patients in great precariousness, which on the other hand is characterized by a lower percentage of psychotic but more important percentage of substance-dependent patients. We found a number of patients on pathological travels among the SDF patients.

Management is more urgent with a greater number of hospitalizations for pathological travelers, most often under constraints compared to the homeless group.

Key words : Pathological travel, homeless, psychosis, precariousness, wandering..

Samenvatting

Inleiding : Het doel van dit onderzoek is om de fenomeen van omzwervingen die aan psychopathologische of sociaaleconomische factoren gekoppeld zijn te beschrijven, via de analyse van medische et sociale gegevens van twee categorieën van patiënten van de UMC Sint-Pieter in Brussel : de pathologische reizigers et de daklozen.

Methodologie : Het is een retrospectieve studie die de klinische en sociaaleconomische eigenschappen van de twee groepen vergelijkt: de pathologische reizigers en de daklozen die de spoedgellendienst van de UMC Sint-Pieter in Brussel in 2015 ontving.

Uitslag : Dit onderzoek bewijst een groter percentage van paranoïde patiënten bij de pathologische reizigers dan bij de daklozen. Maar het percentage van drugsverbruikers et van persoonlijkheidsstoornissen is groter bij de daklozen.

Conclusies : Patiënten die pathologische reizigers zijn werden gekarakteriseerd door een psychotische toestand met hallucinaties, paranoïde ideeën en referentie ideeën dan daklozen. Terwijl het percentage van psychotische patiënten was lager bij de daklozen, maar die bevolking had meer problemen met drugs. Er zijn ook veel daklozen die ook pathologische reizigers zijn. De behandeling is meer dringend voor de pathologische reizigers. Het gaat ook vaker voor hen om gedwongen opnamen.

Trefwoorden : Pathologische reizen, daklozen, psychose, onzekere, zwerven.

INTRODUCTION

Dans les services d'urgences d'un grand hôpital cosmopolite, on retrouve souvent des patients en errance pour des raisons économiques ou liées à une pathologie psychiatrique.

Dans la littérature, on retrouve une association entre l'errance et la psychose à travers différents processus.

Le plus caractéristique est celui du voyage pathologique (VP)¹. Il s'agit de voyages effectués dans le cadre d'un délire, c'est-à-dire en réponse et en lien logique avec celui-ci. Il s'agit en fait d'un agir psychotique. Le processus a été assez peu étudié de manière formelle, mais on retrouve régulièrement des situations de ce type dans les services d'urgences. Une étude faite aux Urgences de Saint-Pierre sur les mises en observation (MEO) retrouve ainsi un nombre conséquent de voyageurs pathologiques parmi les patients qui ont dû être hospitalisés sous contrainte (MEO)². Un recensement fait sur des patients vus à la consultation de Médecins du Monde retrouve également ce phénomène³.

Différentes études montrent que le début des processus psychotiques est souvent marqué par de changements de lieux de vie^{4,5} ou par des processus d'errance⁶. Des échantillons de patients schizophrènes montrent une tendance, pour une partie conséquente d'entre eux, à la marginalisation et à l'errance⁷. Ces études recouvrent vraisemblablement ces différents phénomènes.

Une autre recherche révèle que l'incidence des troubles psychotiques et de la schizophrénie est plus élevée dans les communautés plus défavorisées sur le plan socio-économique⁵. Les événements difficiles de la vie peuvent influencer sur les schémas de migration réduisant les déplacements vers des quartiers moins défavorisés chez les personnes atteintes de maladie mentale⁸.

Ces phénomènes sont à distinguer du processus de dégringolade sociale (*social drift*) qui est également décrit dans les psychoses et qui correspond à une diminution du statut social dans les suites de la pathologie⁸.

L'errance peut aussi se manifester en raison de problématiques socio-économiques. Il s'agit souvent de patients sans-domicile-fixe (SDF) qui arrivent aux urgences psychiatriques pour les raisons les plus variées.

Les patients SDF présentent un large éventail de troubles psychopathologiques, mais parmi ceux-ci, un grand nombre de psychotiques sont repérables^{7,9}.

Etant donné l'instabilité socio-économique et l'errance dans le processus de soin qui en dérive, les services d'urgences s'avèrent être un lieu de soins adéquat pour les patients en grande précarité¹⁰.

L'ensemble de ces études montrent donc la présence d'un nombre relativement important de voyageurs pathologiques pour lesquels l'aspect psychiatrique est à l'origine du voyage¹. Le processus semble assez différent de celui des patients SDF qui se trouvent souvent dans cette situation pour des raisons complexes dont l'aspect psychiatrique n'est qu'un des éléments⁷.

Nous avons voulu étudier les différentes formes d'errances aux urgences de l'Hôpital Saint-Pierre afin d'essayer de caractériser la population des voyageurs pathologiques et de la distinguer de celle des patients sans domicile fixe.

Notre hypothèse de départ est qu'il existe une différence clinique entre les deux groupes, en particulier un plus grand nombre de paranoïaques dans le groupe des voyageurs que dans le groupe des SDF et un plus grand nombre de toxicomanes parmi les SDF.

On s'attend aussi à trouver un nombre important de voyageurs pathologiques parmi les SDF.

HISTORIQUE DU VOYAGE PATHOLOGIQUE

Les premiers cas de voyages chez une personne atteinte de maladie mentale ont été décrits à la fin du XIX^e siècle¹. Les pathologies indiquées comme responsables des comportements bizarres des voyageurs étaient l'épilepsie et l'hystérie.

Dans son article, Caro¹ présente les auteurs qui se sont intéressés aux voyages dans un contexte pathologique. En 1875, Foville décrit 5 types de voyageurs : les imbéciles, les épileptiques, les déments, les dipsomanes et les aliénés migrants ou aliénés hallucinés¹. On retrouve dans ce dernier cas le voyage comme expression du délire, de filiation, érotomane ou paranoïde. Plusieurs termes ont été utilisés par la suite par différents auteurs pour indiquer le voyage dans un contexte pathologique. En 1887, Tissé parle d'automatisme ambulatoire de l'hystérique, dans une thèse, les aliénés voyageurs, dans laquelle il analyse le cas d'Albert Dadas, un ouvrier atteint d'une compulsion à la fuite qui voyagera dans plusieurs pays sans en avoir conscience. Le travail de Tissé a été repris dans le livre de Ian Hacking (2002)¹¹ dans lequel l'auteur parle d'une épidémie de fugue, qui suscitait l'intérêt des médecins de l'époque. En 1893, Etienne Régis introduit le terme de dromomanie pour indiquer une impulsion de fuite¹. C'est en 1914 qu'une première définition de voyage pathologique apparaît, quand Livet, Morel et Briand le différencient de la fugue délirante par l'absence d'impulsivité et de troubles de la conscience¹.

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DU VOYAGE PATHOLOGIQUE

La question des diagnostics différentiels est traitée par Caro¹. Dans le voyage pathologique, le voyage est le symptôme de la psychose et suit la décompensation. Il se manifeste chez les patients présentant une décompensation d'un trouble psychiatrique (psychotique ou bipolaire) et le délire devient le moteur du voyage.

Le voyage pathologique est à distinguer des troubles dissociatifs, en particulier des fugues dissociatives et des

décompensations pendant ou après le voyage (le voyage précède la décompensation)¹. Les fugues dissociatives font partie du spectre des troubles dissociatifs et sont caractérisées par un déplacement brutal, une altération de l'état de la conscience, une amnésie concernant les éléments importants de sa vie, une perte de la mémoire identitaire et dans certains cas l'acquisition d'une nouvelle identité. La fugue s'arrête souvent de manière brutale et l'amnésie disparaît par la suite¹. Dans les voyages pathogènes, la décompensation se manifeste souvent pendant ou après le voyage chez des personnes qui n'ont pas de pathologies psychiatriques et représentent un état de crise à évolution favorable¹. Des exemples sont le syndrome de Jérusalem, le syndrome de Stendal, le syndrome d'Ulysse, le Syndrome de New York et la décompensation pendant ou après le jet-lag. Plusieurs états psycho-organiques peuvent aussi être à l'origine d'un déplacement pathologique (épilepsie, démence, infections, amnésie, ou encore syndrome de Wernicke-Korsakov), et sont caractérisés par une confusion et une altération des fonctions cognitives, un trouble du contact ou du comportement et un début soudain des symptômes avec possible amnésie de l'épisode après récupération¹.

LA NOTION DE SDF ET DE PRECARITE

Le terme clochard vient du latin « cloppus » qui signifie boiter, le clochard serait donc celui qui ne va pas droit. Au XIX^e siècle, être de la cloche signifiait appartenir au groupe des sans-abri¹³. Le mot clochard renvoie à l'imaginaire de celui qui vit dans la rue, lieu public devenu théâtre d'exposition de sa vie intime. Ces « fous de l'exclusion », coupés de la société, ne sont plus à la recherche d'un emploi, d'un lieu de séjour ou d'une inscription dans une vie socialement acceptée¹³. En 2008, Furtos¹² parle d'un « syndrome d'auto-exclusion » pour indiquer le sentiment d'être isolé, de ne pas appartenir à la communauté humaine qui s'inscrit dans un groupe social. Pour lui, le traumatisme serait celui de ne pas être reconnu et respecté comme être humain par son propre groupe d'appartenance¹³.

Le terme SDF est apparu pour la première fois dans les années 80 après la crise pétrolière des années 70. Le SDF est un citoyen lambda qui a perdu son travail à la suite de la crise économique et s'est retrouvé à la rue¹³. Un terme similaire, STIF, était déjà présent aux USA et faisait référence aux anciens travailleurs devenus pauvres et à la rue à la suite de la crise économique des années 30¹³. Aujourd'hui le terme SDF indique celui qui n'a pas de domicile fixe, qui est sans un abri stable. Parmi les sans-abris une différence peut être repérée entre le clochard et le psychotique à la rue : si les deux fréquentent les mêmes lieux d'hébergement, les mêmes services d'urgences, les lieux bondés, le psychotique est souvent isolé, il traverse le groupe sans en faire réellement partie¹³. Il est pris par des rituels pour combler ses besoins primaires mais il se suffit de très peu, guidé par son monde interne, en étant un parmi d'autres¹³.

INTERET ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Notre intérêt pour cette population de précaires et de voyageurs est né de notre travail aux urgences du CHU Saint-Pierre, hôpital public du centre-ville bruxellois. Il s'avère qu'une bonne partie de la patientèle de cet hôpital est précaire, sans domicile fixe pour des raisons variées. Parmi cette population, on retrouve des malades mentaux, entre autres des voyageurs pathologiques. Pour mieux caractériser cette population nous avons réalisé une étude rétrospective observationnelle et transversale.

L'étude a été réalisée dans le Service des Urgences psychiatriques de l'Hôpital Saint-Pierre.

Nous avons revu tous les patients enregistrés aux urgences psychiatriques de l'hôpital Saint-Pierre en 2015. Nous avons analysé chaque dossier médical pour repérer ceux qui correspondent à nos critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion sont : la présence d'un voyage pathologique OU le fait d'être SDF c'est-à-dire sans-abri OU ayant une adresse de Foyer d'accueil transitoire pour SDF au moment de l'évaluation.

Les patients qui vivaient en foyer ou chez des proches de façon stable ont été exclus de l'étude.

Nous avons créé deux fichiers pour ces deux catégories de patients et nous avons repris les données de base sociales (logement, revenu, âge, sexe) et cliniques (diagnostic et quelques symptômes cibles) et l'orientation au sortir des urgences. Ces données sont des variables quantitatives discrètes, le plus souvent dichotomiques (présence ou absence d'un symptôme).

La grande difficulté, dans les études rétrospectives, est de s'assurer de la fiabilité des données recueillies et de l'interprétation des données des dossiers.

Sur le plan statistique, nous avons évalué le nombre de voyages pathologiques et des SDF dans la population clinique totale. Nous avons repéré les caractéristiques cliniques des deux populations par des statistiques descriptives.

Nous avons étudié la population de voyageurs pathologiques et de SDF en termes de diagnostic et de caractéristiques cliniques et sociales (statistiques descriptives).

Nous avons comparé le pourcentage de patients présentant un trouble psychotique, un trouble bipolaire ou un diagnostic de schizophrénie dans la population des voyageurs pathologiques et dans la population de SDF non voyageurs (test de Khi carré). Nous avons évalué le pourcentage des patients présentant un aspect paranoïaque dans les deux groupes.

Vu qu'il s'agit de données binaires non pairées et quantitatives discrètes, nous avons utilisé le test de Khi carré.

RESULTATS

LE NOMBRE DES PATIENTS, LE SEXE ET LA RÉGION D'ORIGINE (TABLEAU 1) :

Sur 2.250 passages d'urgence en 2015, nous avons sélectionné 178 patients, dont 40 en voyage pathologique et 138 SDF.

Parmi les 178 patients, on trouve 33 % de femmes et 67 % d'hommes.

En particulier, on note un pourcentage plus élevé d'hommes dans le groupe des SDF égal à 70% et un pourcentage équivalent d'hommes et de femmes dans le groupe des VP.

L'âge moyen des voyageurs est de 38 ans ($ET = 12$), non loin de la moyenne du SDF qui est de 37 ans ($ET = 12$).

En ce qui concerne l'origine dans le groupe des patients SDF, 58 % sont d'origine belge, 10 % proviennent d'autres pays européens et 32 % proviennent de pays hors Europe.

Parmi les voyageurs pathologiques, on trouve un pourcentage équivalent de patients en provenance de Belgique, 38 %, et d'autres pays européens, 38 %, contre 24 % en provenance de pays non européens. Il y a une différence statistiquement significative dans la fréquence de provenance des deux groupes ($p < 0,001$).

TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTS (N=178).

Caractéristiques	SDF (n =138)		VP (n=40)	
	n	%	n	%
Genre				
Homme	97	70	22	55
Femme	41	30	18	45
Age				
Moyenne	37		38	
Écart-type	12		12	
Origine				
Belge	76	58	14	38
Européens	13	10	14	38
Non-européens	42	32	9	24

SDF = sans domicile fixe ; VP = voyageurs pathologiques

DIAGNOSTIC DE PSYCHOSES, DE TROUBLE BIPOLAIRE ET DE TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ (TABLEAU 2)

Pour ce qui concerne l'AXE I, parmi les patients VP, 90 % ont un diagnostic de psychose ou TBP, en particulier 45 % ont un diagnostic de schizophrénie, 20 % de bipolarité et 25 % de trouble psychotique NS. Dans le groupe des SDF, en revanche, on retrouve 31 % des diagnostics de psychose et TBP, dont 16

% de schizophrénie, 5 % de trouble bipolaire et 10 % de trouble psychotique NS. La différence dans la fréquence des troubles de l'AXE I est statistiquement significative entre les deux groupes ($p < 0,001$).

En ce qui concerne le diagnostic d'AXE II, le pourcentage de diagnostics de troubles de la personnalité est de 5 % chez les VP contre 16 % chez les SDF. La différence entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative.

TABLEAU 2 : DIAGNOSTICS DE PSYCHOSES, DE TBP ET DE TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ.

	SDF (n=138)		VP (n = 40)	
	n	%	n	%
Axe I : Psychoses et TBP ^a	41	31	36	90
Troubles psychotiques NS	13	10	10	25
Schizophrénie	21	16	18	45
Trouble bipolaire	7	5	8	20
Axe II : Troubles de la personnalité ^b				
Présence	22	16	2	5

SDF = sans domicile fixe ; VP = voyageurs pathologiques

^a χ^2 (3, N=171) = 43,17, $p < .001$

^b χ^2 (2, N=176) = 5,89, $p = .053$

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES (TABLEAU 3)

En ce qui concerne les caractéristiques cliniques, 82 % des voyageurs pathologiques présentent des idées paranoïaques soit des délires paranoïdes florides comparativement à 20 % des SDF.

Les hallucinations sont présentes chez 57 % des voyageurs pathologiques comparativement à 18 % des SDF.

Les voyageurs pathologiques ont un pourcentage plus élevé d'idées de référence 51,5 % et de mégalomanie, 26 %, par rapport aux SDF parmi lesquels on ne trouve que 6 % d'idées de référence et 3 % de mégalomanie. Comme nous pouvons le constater dans le TABLEAU 3, il y a une différence

statistiquement significative entre les deux groupes ($p < 0.001$). Cependant, il n'y a pas de différence statistiquement significative par rapport aux affects dépressifs, à l'agressivité et aux idées suicidaires entre les deux groupes.

ABUS DE SUBSTANCES (TABLEAU 3)

En ce qui concerne le profil de consommation d'alcool et de drogues, on constate que 31 % des patients en VP consomment de l'alcool et des drogues alors que la valeur monte à 57 % dans le groupe des SDF. La différence entre les deux groupes en ce qui concerne la consommation de substances est statistiquement significative ($p = .009$).

TABLEAU 3 : CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES PATIENTS.

	% SDF	% VP	N valide	N manquant
Paranoïa ^a	20	82	177	1
Hallucinations ^b	18	57	173	5
Idées de référence ^c	6	51,5	157	21
Mégalomanie ^d	3	26	176	2
Affects dépressifs ^e	43	25	177	1
Idées suicidaires ^e	16	15	177	1
Agressivité ^e	26	32,5	176	2
Abus de substance ^f	57	31	158	20

SDF = sans domicile fixe ; VP = voyageurs pathologiques

^a $\chi^2 (1, N=177) = 51,76, p < .001$

^b $\chi^2 (1, N=173) = 21,94, p < .001$

^c $\chi^2 (1, N=157) = 42,35, p < .001$

^d $\chi^2 (1, N=176) = 21,41, p < .001$

^e $p > .05$

^f $\chi^2 (1, N=158) = 6,85, p = .009$

HOSPITALISATION VOLONTAIRE ET SOUS CONTRAINTE (TABLEAU 4)

Dans cette étude, nous avons analysé la prise en charge des patients qui sont venus aux urgences et leur orientation à la sortie.

Nous avons constaté que 62,5 % des patients VP étaient hospitalisés et que 47,5 % avaient nécessité un recours à

l'hospitalisation sous contrainte via la MEO.

En revanche, dans le groupe SDF, seuls 17 % des patients ont nécessité une hospitalisation, dont 8 % via la procédure de MEO.

Nous avons constaté aussi que dans le groupe des VP, seulement 46 % ont accepté les soins proposés, contre 84 % des patients SDF. La différence entre les deux groupes en ce qui concerne la fréquence d'hospitalisation, la compliance et la fréquence de MEO est statistiquement significative ($p < .001$).

TABLEAU 4 : HOSPITALISATION VOLONTAIRE ET SUR CONTRAINTE.

	% SDF	% VP	N valide	N manquant
Hospitalisation ^a	17	62,5	176	2
Acceptation des soins ^b	84	46	171	7
Mise en observation ^c	8	47,5	178	0

SDF = sans domicile fixe ; VP = voyageurs pathologiques

^a $\chi^2 (1, N=176) = 32,39, p < .001$

^b $\chi^2 (1, N=171) = 23,38, p < .001$

^c $\chi^2 (1, N=178) = 34,58, p < .001$

DURÉE DE L'ERRANCE

La durée de l'errance était difficile à évaluer précisément en raison du manque d'information fiable, mais la plupart des patients en voyage pathologique étaient partis depuis quelques jours ou quelques semaines. Dans le groupe de patients en voyage pathologique ont été trouvés 7 patients (équivalent à 17,5 %) en errance depuis plusieurs mois et pour lesquels un domicile fixe n'a pas été repéré.

CAS CLINIQUES

Mme G., un voyage pathologique terminé en errance à la rue

Il s'agit d'une patiente de 50 ans atteinte de schizophrénie paranoïde de longue date. Cette patiente a été rencontrée via le SAMU social où la patiente logeait depuis une semaine suite à un voyage pathologique en provenance de l'Allemagne. La patiente était déjà connue pour schizophrénie paranoïde en Allemagne, elle avait déjà été hospitalisée dans son pays mais avait signé une décharge lors de sa dernière hospitalisation et ensuite était partie en Belgique dans un contexte de voyage pathologique. Suite au contact avec le service des urgences, une première hospitalisation a été organisée. Dans le service, la patiente montrait un délire floride d'allure paranoïde et de filiation. Une réadaptation thérapeutique a été réalisée. A noter que la patiente avait un administrateur de biens en Allemagne. Le projet de sortie de la patiente était d'être rapatriée en Allemagne, mais au moment de la sortie la patiente a refusé d'y retourner, obligeant le service à prendre contact avec le SAMU social pour qu'elle puisse au moins avoir une place et ensuite être rapatriée.

Dans les jours suivants, la patiente a fait plusieurs passages aux urgences, où elle s'est montrée décompensée et non compliant aux traitements. Elle a ensuite été hospitalisée une deuxième fois à l'Hôpital Saint-Pierre

Suite à l'échec d'une nouvelle tentative de rapatriement, elle sera à nouveau orientée au SAMU social. La patiente continuera son errance aux Urgences psychiatrique de Saint-Pierre où une procédure Nixon a été lancée. La patiente a été hospitalisée sous contrainte mais la tentative de la rapatrier en Allemagne a échoué suite à l'ambivalence psychotique de la patiente et l'opposition des agents de l'ambassade à rapatrier une patiente « contre sa volonté ». A noter que la patiente s'était dit favorable à retourner dans son pays mais changeait d'avis au moment du transfert.

Ce scénario s'est répété plusieurs fois pendant plusieurs hospitalisations dans différents hôpitaux et, au fur et mesure des années, toutes les tentatives de rapatrier la patiente ont échoué ainsi que les tentatives de réinsertion sociale. La patiente se trouve à ce jour en errance entre les hôpitaux psychiatriques et la rue depuis plusieurs années dans une condition de précarité sociale liée à sa déstructuration psychique, étant donné l'impossibilité de compliance thérapeutique à long terme.

Mr C., un voyageur en fuite de la NASA

Il s'agit d'un patient de 31 ans originaire du Portugal mais en provenance de la Hollande où il s'était rendu pour « fuir la NASA » et où il avait été hospitalisé pour ensuite fuir dans

un contexte de délire de persécution. Il est ensuite arrivé aux urgences de Saint-Pierre dans le même contexte et dans le but « d'être protégé de la NASA ». Dans ce contexte il a accepté l'hospitalisation proposée.

L'hospitalisation s'est déroulée avec difficultés, le patient se montrant méfiant et paranoïaque malgré le traitement. Poussé par son délire il refusait une médication, se baladait avec des couteaux pour ensuite essayer de fuir vers un autre pays, dans l'idée délirante que la NASA avait atterri à l'Hôpital Saint-Pierre. Une procédure Nixon s'est avérée nécessaire et le patient a été hospitalisé sous contrainte.

DISCUSSION

Comme indiqué dans d'autres études sur les patients SDF^{9,14}, on trouve dans ce groupe un pourcentage élevé de patients de sexe masculin, 70 % : ce chiffre est similaire à celui rapporté dans une étude de 2006¹⁴ dans laquelle le pourcentage d'hommes SDF était de 83 %.

L'âge moyen dans le groupe SDF est de 37 ans, semblable à celui de l'étude de Cougnard¹⁴ qui est de 35 ans.

Dans le groupe des voyageurs pathologiques, on trouve un pourcentage similaire d'hommes et de femmes et un âge moyen légèrement supérieur à celui du groupe des SDF : 38 ans. En ce qui concerne l'origine, on trouve un pourcentage significatif de Belges parmi les SDF, 58 %.

Le groupe de voyageurs, en revanche, est composé de patients venant pour la plupart (62 %) d'autres pays européens et extra-européens. On retrouve un pourcentage de psychoses et troubles bipolaires très élevé (90 %) dans ce groupe. Ces données sont conformes à la définition du voyage pathologique, un agir psychotique dans lequel un patient se déplace vers d'autres villes ou pays poussé par un délire auquel il adhère pleinement¹. Parmi eux, on retrouve 20 % de patients présentant un trouble bipolaire. Ce résultat est conforme à celui d'une étude réalisée en 2018 qui montre qu'une partie des épisodes psychotiques liés aux voyages, allant de 19 à 33 % peuvent se conformer au diagnostic de trouble bipolaire¹⁵.

Pour ce qui concerne la fréquence des troubles psychotiques parmi les SDF, l'étude de Cougnard (2006) montre une fréquence du 33 %¹⁴, ressemblant à la fréquence dans notre étude, 26 %.

Parmi ce groupe de patients précarisés seul 16 % des patients présentaient un diagnostic de troubles de la personnalité.

Le problème de l'abus de substances chez les patients SDF est connu dans la littérature et, selon une méta-analyse sur les patients SDF, la dépendance à l'alcool et aux substances est le trouble psychiatrique le plus courant chez les patients SDF⁹.

Une étude de 2006¹⁴ sur la prise en charge des urgences psychiatriques des patients SDF montre un pourcentage de 73 % d'abus de substances dans cette population.

Dans une étude similaire on retrouve 25 % de patients souffrant d'alcoolisme et 22,5 % de problèmes de toxicomanie actuelle ou ancienne¹⁰, pour un total de 47 % de patients présentant une consommation de substances, un pourcentage similaire à celle trouvée dans notre étude, soit 57 %.

Quant aux autres caractéristiques cliniques des patients SDF,

on note la présence de 20 % de patients paranoïaques et de 18 % de patients avec hallucinations. Nous pouvons supposer qu'il s'agit de patients qui présentent une problématique psychotique de longue date et une déconstruction psychique qui a empêché un parcours correct de soin et de réinsertion sociale.

La prise en charge s'est avérée plus complexe pour les voyageurs pathologiques, par définition poussés par un délire psychotique auquel ils adhèrent totalement. Les caractéristiques cliniques de ces patients, en fait, sont superposables à celle d'un tableau psychotique, avec un pourcentage élevé d'idées de référence, d'hallucinations, de mégalomanie, et 82 % de délires paranoïdes.

Nous avons constaté que dans le groupe des VP 62,5 % des patients étaient hospitalisés et que 47,5 % avaient nécessité un recours à l'hospitalisation sous contrainte via la MEO. Parmi ces patients en voyage pathologique, moins de la moitié a accepté les soins proposés.

Ce résultat est conforme aux caractéristiques cliniques des patients en VP, qui présentent une adhérence au délire avec une fréquence plus élevée de non-compliance thérapeutique.

Dans ce même groupe, en effet, on retrouve un pourcentage de psychose et de bipolarité de 90 %.

Ce résultat est conforme à une étude réalisée aux Urgences psychiatriques de Saint-Pierre qui montre un pourcentage élevé de patients bipolaires et psychotiques hospitalisés sous contrainte².

En fait, on peut s'attendre à ce que les patients en voyage pathologiques arrivent aux urgences à un stade avancé de décompensation, de sorte que les soins volontaires s'avèrent difficiles et le recours à une hospitalisation forcée devienne une nécessité.

La prise en charge et l'hospitalisation permet une stabilisation du patient avec un rapatriement et une réinsertion sociale.

Certains de ces patients qui n'arrivent pas rapidement dans un réseau de soins restent dans l'errance pendant des mois voire des années. Ce sont des patients qui, socialement déconnectés, deviennent SDF. On retrouve cette réflexion dans l'étude de Folsom⁷, selon qui les personnes atteintes d'une maladie

mentale grave sont plus à risque que la population générale de devenir SDF.

En revanche les patients SDF se sont montrés demandeurs de soins, avec une acceptation des soins de 84 % et un bas pourcentage d'hospitalisation.

En ce qui concerne la durée de l'errance, celle-ci est difficile à évaluer, étant donné l'incomplétude des informations et la typologie des patients, précaires par définition. La plupart des patients semblaient être en errance depuis des semaines.

Dans le groupe de patients en voyage pathologique, 7 patients, (équivalent à 17,5 %) étaient en errance depuis plusieurs mois sans aucun domicile fixe.

Ce résultat est en accord avec une étude similaire réalisée dans le centre d'accueil de soins et d'orientation de Médecins du Monde qui confirme la présence d'un nombre important de voyages pathologiques parmi les populations extrêmement précarisées³.

Une dernière réflexion peut être faite sur la spécificité des services d'urgences et sur leur capacité à prendre en charge une population aussi fragile et fascinante que celle des voyageurs pathologiques et des SDF. En effet, ce sont des patients qui, pour différentes raisons, se retrouvent sans repères, et pour lesquels le service d'urgences devient un point d'accrochage et de repères dans un parcours de vie fait de ruptures et d'instabilité¹⁰.

C'est dans ce service que commence la prise en charge, autrement impossible dans un système de consultations vu l'instabilité psycho-sociale de cette population.

La faiblesse de notre étude réside dans son caractère rétrospectif. Les données ont été récoltées à partir des dossiers rédigés par des médecins différents, avec une variabilité de la quantité et de la qualité des informations en fonction du médecin rédigeant la note. Les informations sont souvent lacunaires et les données ont été récoltées par deux auteurs différents.

La richesse de l'étude consiste dans la population étudiée, celle du Service d'Urgences d'un grand hôpital cosmopolite, et dans son originalité, compte tenu de la pauvreté de la littérature à ce sujet.

CONCLUSION

En conclusion, cette étude a permis la caractérisation clinique de ces deux groupes de patients en errance pour des raisons socio-économiques ou psychopathologiques.

Les patients en voyage pathologique sont caractérisés par une clinique psychotique avec des hallucinations, des idées paranoïaques et de référence plus importantes que le groupe de patients en grande précarité qui, par contre, se caractérise par un pourcentage plus faible de psychotiques mais plus important de patients dépendants aux substances. On retrouve un nombre de patients en voyage pathologique parmi les patients en grande précarité.

La prise en charge s'avère plus urgente avec un plus grand nombre d'hospitalisations pour les voyageurs pathologiques, le plus souvent sous contrainte par rapport au groupe de SDF.

Peu d'études ont été réalisées sur des patients en voyage pathologique et sur les SDF.

Ceci est principalement dû à une instabilité socio-économique et psychologique qui ne permet pas de créer un lien thérapeutique stable chez ces patients.

La prise en charge de ces patients en grande précarité et voyageurs pathologiques commence aux urgences, mais dans le groupe des voyageurs on trouve un pourcentage important d'hospitalisations.

Une étude intéressante pourrait être menée lors de l'hospitalisation de ces patients pour suivre le parcours de soin et le projet thérapeutique. Une étude longitudinale effectuée sur ces patients pourrait aussi mettre en évidence le pourcentage de voyageurs qui échappent au réseau de soins et se retrouvent à la rue et sans abri.

En ce qui concerne les SDF, il s'agit d'une population difficile à suivre en ambulatoire, pour laquelle les urgences psychiatriques restent un lieu de soin de première ligne.

Une étude prospective permettrait une plus grande exhaustivité dans la caractérisation clinique de cette population.

REFERENCES

- Caro F. Déplacement pathologique : historique et diagnostics différentiels. *L'information psychiatrique* 2006 ; 82(5) : 405-14.
- Caspar P, Constant H, Mimouna R, Chalant F, Lamote M, Zombek S *et al.* Caractérisation d'une population de patients hospitalisés sous contrainte juridique à partir de l'unité de «psychiatrie d'urgence» du CHU Saint Pierre pendant un an. *Acta Psychiatrica Belgica*. 2012 ; 112(2).
- Van Wijnendaele R, Nadeau C, Kaszuba M, Snacken J. Voyages pathologiques dans une population de migrants : une étude rétrospective. *L'Encéphale*. 2018 ; 44(4) : 392-3.
- Tarricone I, Braca M, Allegri F, Barrasso G, Bellomo A, Berlincioni V *et al.* First-episode psychosis and migration in Italy (PEP-Ita migration): a study in the Italian mental health services. *BMC psychiatry*. 2014 ; 14(1) : 186.
- Kirkbride JB. Hitting the floor: understanding migration patterns following the first episode of psychosis. *Health & place*. 2014 ; 28 : 150-2.
- Singh G, Shah N, Mehta R. The clinical presentation and outcome of the institutionalized wandering mentally ill in India. *JCDR*. 2016 ; 10(10) : VC13.
- Folsom DP, Hawthorne W, Lindamer L, Gilmer T, Bailey A, Golshan S *et al.* Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *Am J Psychiatry*. 2005 ; 162(2) : 370-6.
- Tunstall H, Shortt NK, Pearce JR, Mitchell RJ. Difficult life events, selective migration and spatial inequalities in mental health in the UK. *PLoS one*. 2015 ; 10(5) : e0126567.
- Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*. 2008 ; 5(12) : e225.
- Trouvé M, Claudel H. Urgences psychiatriques et précarité : étude descriptive et comparative sur la prise en charge de sujets SDF. *L'information psychiatrique*. 2011 ; 87(2) : 89-94.
- Hacking I, Bouillot F. Les fous voyageurs. Paris : La Découverte - Les Empêcheurs de penser en rond ; 2002.
- Furtos J. Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs. 2008. (DEPRECIATED).
- Jan O. Ce qu'errer veut dire. Étude psychopathologique et anthropologique de l'errance à partir des cliniques de la grande précarité. Proposition du concept d'errance essentielle. Doctoral dissertation, Université de ROUEN ; 2016.
- Cougnard A, Grolleau S, Lamarque F, Beitz C, Brugere S, Verdoux H. Psychotic disorders among homeless subjects attending a psychiatric emergency service. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006 ; 41(11) : 904-10.
- Airault R, Valk TH. Travel-related psychosis (TrP): a landscape analysis. *J Travel Med*. 2018 ; 25(1) : tay054.

AUTEUR CORRESPONDANT

BARBARA SALVATI

CHU Saint-Pierre

Service des Urgences psychiatriques

Rue Haute, 322

1000 Bruxelles

E-mail : salvatibara85@gmail.com