

unisanté

Centre universitaire
de médecine générale
et santé publique · Lausanne

Fatigue

Causes psychiatriques

*Dr Konstantinos Tzartzas
Unité de Psychiatrie de Liaison
Unisanté
15 septembre 2022*

A light gray silhouette of a city skyline is visible at the bottom of the slide. It includes various building shapes, a prominent bridge with arches, and a church with a tall spire on the left side.

Plan de présentation

1. Souffrance multidimensionnelle
2. Fatigue - Troubles psychiatriques
3. Hypothèses neurobiologiques
4. Répercussions psychosociales
5. Influence dans la relation Médecin – Patient
6. Evaluation et gestion
7. Conclusion

1. Souffrance multidimensionnelle

- Fatigue
 - Rapport à **soi** et au **monde** (*externe – interne / société*)
 - «Expérience **corporelle et émotionnelle** désagréable»

- Fatigue psychique - notion simple mais **polysémique**
 - Manque d'énergie / «Vidé»
 - Neurasthénie
 - Epuisement
 - Ennui
 - Ralentissement
 - Clinophilie
 - Désintérêt

1. Souffrance multidimensionnelle

- Regard **externe** (*objectivant*) VS **vécu** rapporté (*subjectif*)
- Traiter la fatigue vs prendre en charge un **patient fatigué**
- Fatigue – **Signal** / Crise (*pas nécessairement néfaste*)

2. Fatigue – Troubles psychiatriques

- Symptôme important mais peu spécifique
- Présente dans de nombreuses pathologies / Circularité somato-psychique
- 6A72 Dysthymie
- 6A70 Episode dépressive unique
- 6B43 Trouble d'adaptation
- 6C20 Troubles de détresse physique et de l'expérience corporelle

2. Fatigue - Troubles psychiatriques

- 6D8 Démence
- 6A25.1 Symptômes négatifs du trouble psychotique primaire
- 6B42 Trouble du deuil prolongé
- 6C4 Troubles dus à l'utilisation de substances psychoactives (*OH, cannabis, opioïds, sédatives, etc.*)
- QD85 Burnout / Boreout / Fatigue de compassion
- 6B00 Trouble d'anxiété généralisée
- 6B4Y Autres troubles spécifiquement associés au stress (*exhaustion disorder*)
- Traitements psychotropes (*benzodiazépines, antiépileptiques, antipsychotiques, certains antidépresseurs*)

3. Hypothèses neurobiologiques

- Cerveau - 20 % de consommation énergétique
- Ganglions de la base
 - Faciliter les mouvements désirés (motivation)
 - Inhibant les mouvements non désirés
 - Impliqués aux émotions
- Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) / Stress - Anxiété

3. Hypothèses neurobiologiques

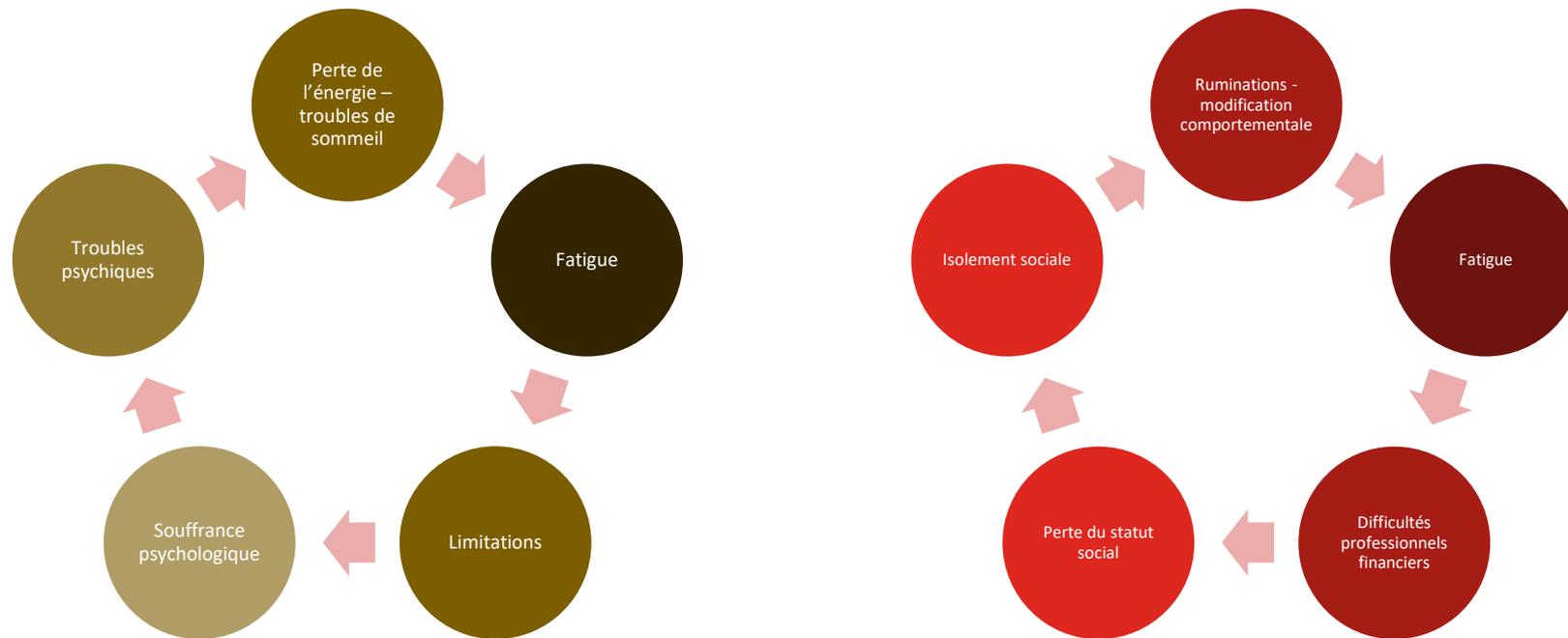
- Dépression / Psychose - niveaux plus élevés de:
 - Cytokines pro-inflammatoires (IL-1, IL-6, TNF-a) (*comme en fibromyalgie et fatigue chronique*)
- Lien «bidirectionnel» - Troubles psychiques, fatigue et inflammation
- Substrats neurobiologiques (*dépression, anxiété, psychose*)
 - Voie glutamatergique (*fatigue mentale*),
 - Neurotrophines (BDNF) (*fatigue chronique*)
 - Monoamines (*fatigue*)

4. Répercussions psychosociales

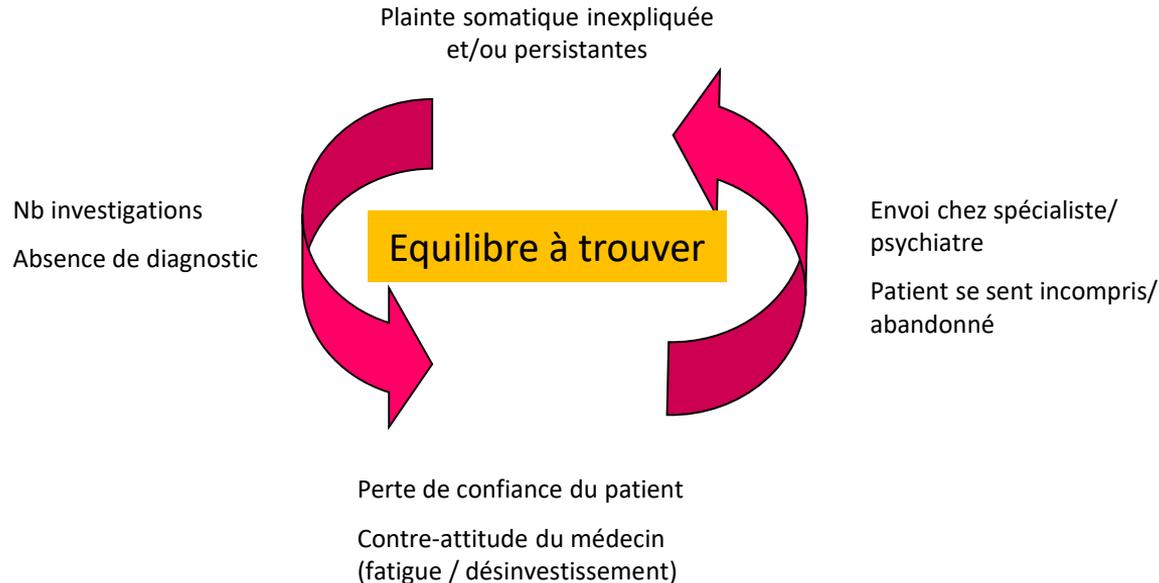
- **Répercussions psychiques :**
 - Confrontation aux **limites** – Risque de dépression
 - **Incertitude** - Anxiété face au manque de «contrôle»
 - **Fixations** – Tendances obsessionnelles
 - Tensions internes / Irritabilité – troubles du comportement / **relationnels**
- **Répercussions socio - économiques:**
 - **Isolement** social
 - Sentiment **d'incompréhension** – d'exclusion - stigmatisation
 - **Incapacité** de travail (*limitations fonctionnelles*)
 - Perte du «**statut social**» préalable
 - Difficultés **financiers** - anxiété

4. Répercussions psychosociales

«Cercles vicieux»



5. Influence dans la relation Médecin - Patient



5. Influence dans la relation Médecin - Patient

- Fatigue – «objet central» de la consultation et de la relation :
 - Demandes
 - Attentes
 - Communication
 - Histoire (*médicale et personnelle*)
- Limites de la médecine – Incertitude / Impuissance **vs** Défi
- Risque de **fatigue de compassion**
- **Deuils** à faire (*pour le patient et pour le thérapeute*)
- «Coordination» relationnelle à trouver

6. Evaluation et gestion

- **Ré-contextualiser** - Conditions de vie / situation socio-financière
- Compréhension des « facteurs de **crise** » (*histoire du symptôme*)
- Origines – Variation des expressions **culturelles** de la souffrance
- Dépistage des **comorbidités** psychiatriques et organiques
- Attention aux psychotropes et/ou **dépendances**
- Observer **dynamique** relationnelle – **liens – conflits** sous-jacents
- Négocier un **cadre** (*rythme / durée des séances / objectifs / limites du MG*)

6. Evaluation et gestion

- Approche **pragmatique** (*arrêt maladie / contact avec proches - rôle de MG*)
- **Psychothérapie** (*travailler les conflits sous-jacents / contact avec émotions*)
- Traitement médicamenteux (*symptomatique*)
- **Physiothérapie** (*approche psychocorporelle et déstigmatisation*)
- Distraction – Activités qui donnent **plaisir**
- PEC **multidisciplinaire** (*biopsychosociale - réseau de soins*)
- **Partage** – Supervisions / Intervisions / Groupes Balint / Cercles de Qualité
- **Communication** (*engagement – empathie – éducation – enrôlement*)

7. Conclusion

- Place à la subjectivité / Approche centrée sur la personne
- Investigation biopsychosociale et culturelle (*relation avec corps*)
- Fatigue – Signal / Crise (*histoire / signification*)
- Trouble psychiatrique sous-jacent
- Relation médecin-patient (communication, dynamique, confiance)
- Attention à ses propres émotions – «*Deuil du thérapeute*» - Fatigue de compassion
- Intégrer l'entourage / PEC multidisciplinaire – «Ne pas rester seul»

Discussion ouverte