

La fatigue : prise en charge clinique

Marc Girard, MD, CSPQ

Reine Gagné, BSc. Sciences infirmières; Paul-André Arseneault, psychologue

Section médecine de l'adolescence, Hôpital Ste-Justine

Les adolescents consultent souvent pour fatigue. Une fatigue d'apparition récente peut être causée par une maladie infectieuse, le plus souvent virale, comme un syndrome grippal ou une mononucléose infectieuse. Une fatigue persistante résulte rarement d'une maladie organique identifiable, mais plutôt d'un mode de vie fatiguant ou d'un contexte psycho-affectif épuisant. Ce texte discute particulièrement de la fatigue qui persiste et n'est pas expliquée par une cause purement organique.

L'anamnèse et l'examen constituent les outils privilégiés pour s'assurer que la fatigue n'est pas en relation avec une maladie physique.

Anamnèse

Au moment de l'évaluation médicale, on poursuit deux objectifs: éliminer l'organicité et obtenir suffisamment d'informations pour soulever des hypothèses étiologiques au symptôme de l'adolescent dans le cas d'une évaluation médicale négative.

L'adolescent est d'abord rencontré seul. Il s'agit dans un premier temps de bien *documenter le symptôme* et d'y prêter attention. La clarté et la précision du malaise, son début bien identifié oriente vers une lésion organique. Les malaises d'origine organique respectent des cycles biologiques: la fatigue est pire en fin de journée. Au contraire, dans les troubles somatoformes, les cycles sont aberrants: la fatigue disparaît en soirée. Comment l'adolescent évalue-t-il son état ces jours-ci? Il est peut-être en voie d'amélioration. A-t-il connu un épisode semblable antérieurement? Chez la fille, il est important d'évaluer la fréquence et l'abondance des menstruations, parce qu'une déficience en fer peut être responsable de la fatigue.

Une fois le symptôme documenté, il s'agit de préciser *l'interprétation* qu'en fait l'adolescent, tout en évitant à ce stade d'initier notre propre interprétation. Perçoit-il qu'un facteur émotif puisse aggraver son mal? Fait-il des liens entre son malaise et un stress quelconque? Il faut voir aussi *comment le symptôme a été géré* depuis son apparition: les consultations, les investigations et leurs résultats parfois partiellement connus par l'adolescent, les traitements tentés, les professionnels psychosociaux impliqués actuellement ou dans le passé, le recours aux pratiques alternatives, mais aussi les stratégies adaptatives par lesquelles l'adolescent tente de composer avec son malaise: réduction des activités, moyens de détente, automédication.

Les antécédents familiaux sont riches d'informations. La présence de troubles similaires chez les parents n'est pas rare. Par exemple: l'adolescent fatigué a un père en arrêt de

travail en raison d'un épuisement professionnel, l'adolescente accusant une fibromyalgie a une mère impotente à la suite d'une lombalgie chronique.

Pour enrichir notre compréhension de sa situation, il faut savoir *qui est cet adolescent qui consulte?* Quelle est sa personnalité, son mode de vie? Comment évolue-t-il dans son développement? Qu'a-t-il vécu de pénible dans sa vie? Quelle est son expérience antérieure de la santé? Quel est l'impact du symptôme: une incapacité fonctionnelle, une tâche développementale entravée, un gain secondaire? Il faut également identifier comment l'adolescent ressent et compose avec les tensions quotidiennes et ses préoccupations personnelles. Les verbalise-t-il? Se libère-t-il dans la musique, l'écriture? L'agir lui sert-t-il de soupape? Présente-t-il des éléments dépressifs ou anxieux? On explore donc :

- *La vie scolaire.* Que vit l'adolescent à l'école, quels sont ses liens avec les élèves et les professeurs? Que représente pour lui le passage du primaire au secondaire? L'adolescent rentre-t-il régulièrement à la maison à cause de la fatigue? Il n'est évidemment pas souhaitable que la vie scolaire s'organise à la maison. Pour celui qui ne va plus à l'école depuis des mois, le retour en classe est-il envisagé et selon quelles modalités?
- *La vie parmi les pairs.* Quelle est la qualité de sa socialisation? L'adolescent s'amuse-t-il dans la vie?
- *Dans sa famille.* Dans quel climat familial évolue l'adolescent? Comment y sont accueillis ses mouvements d'autonomisation? Y a-t-il un événement particulier? Quelle est l'attitude de ses parents et leur interprétation de sa situation médicale?
- *Hygiène de vie de l'adolescent.* Quelle est la qualité de l'alimentation et du sommeil? Quelle place est réservée à la détente, à l'activité physique? Comment s'exerce le développement de ses compétences? Quel usage fait-il des médicaments, du café, du tabac, de l'alcool, des drogues? Y a-t-il des conduites à risque? Certains adolescents dans l'agir peuvent présenter des symptômes de somatisation à partir du moment où ils se retrouvent encadrés.

Parmi les nombreuses informations recueillies, l'histoire vise à répondre à certaines questions essentielles dont:

Depuis quand la fatigue est-elle présente?

Quelle est son intensité?

Est-elle continue ou intermittente?

Quel est son impact sur les activités scolaires, sportives et sociales?

Quelles sont les habitudes de sommeil, d'alimentation, d'abus de drogues?

Y a-t-il eu une variation récente du poids?

Quelle est la charge de travail scolaire?

Quelles sont les caractéristiques de l'entraînement sportif?

En plus du travail scolaire, l'adolescent effectue-t-il un travail? Lequel? Dans quelles conditions?

Y a-t-il un élément de stress scolaire, familial ou social?

Examen physique et investigation

Un examen physique complet est fait bien qu'il soit habituellement normal chez l'adolescent fatigué.

Certains parents sont à la recherche d'une maladie que les médecins n'identifient pas. Centrés sur le symptôme, ils n'en sont pas encore à considérer l'état émotif de l'adolescent. D'autres parents constatent, à travers les consultations, qu'aucune maladie n'explique finalement l'invalidité qu'a pu développer leur adolescent. La perception et la réponse des parents au symptôme sont des éléments clés dans l'évaluation et les chances de réussite des interventions. Une anxiété élevée de la part des parents, un surinvestissement du symptôme et une incapacité de définir des limites et des exigences face à l'adolescent rendront les interventions plus difficiles.

L'investigation. Si l'adolescent n'a jamais été investigué et si l'anamnèse et l'examen ne révèlent aucun indice de maladie, les seules explorations envisagées sont l'hémogramme, l'examen du sédiment urinaire à la recherche de glucose et de protéines dans l'urine. D'autres examens ne doivent être réalisés que pour confirmer une suspicion clinique (exemples: sérologie pour la mononucléose infectieuse, tests de fonction thyroïdienne s'il y a des indices cliniques d'hypothyroïdie, radiographie pulmonaire s'il y a une toux chronique, etc.).

Pour les adolescents déjà investigués, la majorité d'entre eux n'ont pas besoin d'explorations complémentaires, contrastant avec l'attente élevée de la part des parents pour la poursuite d'analyses de laboratoire. A ce titre, la multiplicité des analyses ou la répétition inutile d'une même analyse est fréquente. Et curieusement, l'adolescent apparaît plus soucieux face aux investigations à venir qu'aux répercussions de sa fatigue sur son mode de vie et son développement.

Les parents

Après l'examen physique, les parents sont rencontrés. La version des parents est en général plutôt conforme à celle de l'adolescent. Les parents font aussi part de leurs propres observations, expriment leur inquiétude, leur interprétation du symptôme, l'impact du symptôme sur leur vie et sur celle de la famille. Mais, au même titre que les adolescents, les parents ne sont pas tous au même point dans leur cheminement. Et l'adolescent, sa mère et son père n'en sont pas toujours au même point non plus.

Traitement et suivi

Dans les quelques cas où une maladie est identifiée, celle-ci est traitée de la façon habituelle.

L'intervention repose surtout sur la *crédibilité* accordée à l'adolescent et à son symptôme. D'abord et avant tout, le médecin pose son diagnostic et *statue sur l'état de santé* réel de l'adolescent sans rajouter d'investigations inutiles. Le médecin doit convaincre souvent l'adolescent et ses parents que l'investigation a été suffisante et n'a pas à être poursuivie. Dorénavant doit être assurée une *prise en charge globale* et continue de l'adolescent, par une même personne ou équipe; tant que l'adolescent consulte à différents endroits et poursuit des investigations dispersées, il est difficile pour lui d'envisager un travail à un autre niveau.

Beaucoup de temps sera ensuite consacré à *informer* l'adolescent de la nature physiologique ou fonctionnelle de son malaise. Il faut identifier, avec ces adolescents et leurs parents, leurs nombreuses appréhensions en regard de leur santé comme dans d'autres domaines, tout en cherchant à obtenir que *l'adolescent s'approprie son malaise* et se reconnaisse compétent à le solutionner. Cette recherche, faite avec l'adolescent, aboutit à proposer des *liens* entre son malaise et ce qu'il vit quotidiennement. A l'adolescent et à ses parents, on suggère que le malaise peut être un langage, une manière d'exprimer quelque chose dont il faudrait décoder le *sens*.

On aide ainsi adolescent et parents à *élargir leur définition de la santé*. Un adolescent en bonne santé fréquente assidûment l'école, crée des liens, s'engage dans des activités extra scolaires artistiques ou autres, s'amuse, fait de l'exercice, vide le frigo, dort bien, sait faire appel aux autres dans les difficultés qu'il ne peut résoudre seul et dispose de plusieurs cordes à son arc pour composer avec la fatigue, la douleur, la peine ou la frustration. L'adolescent en bonne santé se développe. Ceci amène à analyser, avec l'adolescent en présence de ses parents, en quoi consiste *les tâches du développement* à cet âge. On situe où en est l'adolescent dans ce travail, compte tenu entre autres de son âge et de son degré de maturation physique. C'est toujours un temps fort de la rencontre-synthèse, adolescent-parents-médecin et/ou infirmière, que ce moment où l'on reconnaît les enjeux propres à cette étape du développement de même que les compétences acquises par l'adolescent et qu'il doit normalement continuer d'enrichir.

Tenant compte des besoins de l'adolescent, de son mode de vie et de ses goûts, il ne faut pas hésiter à lui *prescrire* des conduites, dans le but de l'aider à *élargir son éventail de stratégies* adaptatives: s'inscrire à une activité artistique, sportive ou sociale, pratiquer une activité parent-adolescent, verbaliser à son père ou à sa mère son besoin de les voir plus souvent ou de modifier le mode de communication, rester à l'école jusqu'à la fin de la journée même si on est fatigué, etc. Il est étonnant de constater que plusieurs s'efforcent d'être fidèles à ce type de consignes.

Il faut savoir utiliser *le temps*. On reverra l'adolescent de proche en proche, entre autres pour lui témoigner qu'on croit en son malaise, qu'on l'accompagnera dans ses efforts pour retrouver sa vigueur et qu'on lui accorde le temps de trouver, d'expérimenter et de faire des progrès. Par ailleurs, seul le temps permet à l'adolescent d'abandonner son symptôme progressivement, dans la dignité et sans perdre la face.

Pour certains, on demandera l'avis du psychologue ou du psychiatre. Il s'agit, entre autres, des adolescents qui présentent des éléments dépressifs ou anxieux, des adolescents dont le fonctionnement quotidien, particulièrement scolaire, est sévèrement entravé, des adolescents dont la socialisation est déficiente ou encore des adolescents qui ont une difficulté particulière à se distancier de leurs parents. Soulignons d'abord que le diagnostic médical précis est le pré-requis à la référence. Le psychologue ou psychiatre sera à même d'intervenir dans la mesure où l'adolescent et ses parents auront été rassurés quant à la santé physique du jeune. Le médecin a présenté son diagnostic en expliquant clairement une possible étiologie psychogénique ou le besoin d'un soutien psychologique.

La référence doit s'inscrire dans une démarche volontaire de l'adolescent; il importe de créer un espace où il peut se l'approprier. Un court délai entre la fin de l'évaluation médicale et le premier contact avec le psychothérapeute permet à l'adolescent d'y réfléchir et de prendre position. Plus l'adolescent manifeste une attitude d'ouverture face à l'hypothèse psychogénique, plus la référence s'en trouve facilitée. Avec les adolescents qui offrent plus de résistance, il faudra d'abord les aider à reconnaître leur souffrance psychologique et à élaborer une demande qui leur soit personnelle. Pour le psychothérapeute, il est bon de proposer une première démarche exploratoire de trois ou quatre entretiens. Face à l'adolescent peu motivé, il importe de solliciter son adhésion tout en reconnaissant à la fois l'impasse dans laquelle il se trouve et les pressions souvent exercées par ses parents inquiets; il faut convenir avec lui qu'après ce premier engagement, il choisira de poursuivre (si nécessaire) ou non. L'évaluation psychologique touche toutes les sphères de la vie de l'adolescent. Son but demeure le même que dans toute autre problématique, à savoir donner un sens à l'expérience subjective, à la vie psychique. Dans le cadre de l'évaluation, une importance particulière est accordée aux symptômes physiques, au contexte de leur apparition, au vécu émotif qui y est associé et aux réactions de l'entourage de façon à permettre à l'adolescent de lier ensemble vie affective et malaises physiques.

Conclusion

L'adolescent recherche un mode d'expression pour dire ses difficultés, ses limites et ses impasses. Son corps devient un lieu d'expression privilégié. L'opposition, le passage à l'acte, l'abus de drogues demeurent les modes les plus spectaculaires mais aussi les plus surreprésentés lorsque l'on parle des adolescents. Le professionnel de la santé est davantage sollicité par les malaises physiques, les gestes suicidaires ou les troubles de la conduite alimentaire. Ces modes d'expression plus internalisés expriment une difficulté tout aussi majeure et demandent une aide programmée. Au delà du langage utilisé, nous devons dépasser le symptôme, éviter les réponses stéréotypées ou les investigations paracliniques inutiles si ce n'est auto-aggravantes. Il nous faut surtout reconnaître et travailler les besoins d'autonomie et d'écoute de ces adolescents en partageant avec eux les pistes de solutions..

Le syndrome de la fatigue chronique

(tiré et adapté de : *Syndrome de fatigue chronique; lignes directrices. Collège des médecins du Québec, 1999*)

Définition

Ce syndrome a été décrit récemment, d'abord chez l'adulte, puis chez l'adolescent. **Même si ce syndrome est très rare chez les adolescents, nous le décrivons ici parce qu'il est important de le connaître pour ne pas le confondre avec la fatigue simple et persistante, trouble somatoforme beaucoup plus fréquent à l'adolescence.** Il est fondamental de préciser que les critères de classification ont avant tout été élaborés dans le but d'harmoniser la recherche fondamentale et la recherche clinique. Les critères de classification adoptés en 1994 par le Centre for Disease Control sont:

- 1) la présence d'une fatigue persistante, inexplicée, non soulagée par le repos et entraînant une réduction marquée de l'activité professionnelle, sociale ou personnelle;
- 1) la présence concurrent *d'au moins quatre* des symptômes suivants depuis au moins six mois, et dont *l'apparition n'a pas été précédée par le début de la fatigue*:
 - troubles de la mémoire à court terme ou troubles de la concentration suffisamment importants pour provoquer une réduction marquée des activités habituelles du patient (et non exclusivement scolaires).
 - pharyngite non exsudative,
 - ganglions cervicaux ou axillaires douloureux,
 - myalgies, arthralgies multiples sans évidence de gonflement ni de rougeur des articulations,
 - céphalées d'apparition nouvelle,
 - sommeil non réparateur,
 - sensation de malaise post-exercice durant plus de 24 heures.

Epidémiologie

L'estimation de la prévalence varie selon les pays et les critères utilisés. Ainsi, aux États-Unis, d'après certaines études, le taux se situerait entre 0,004% et 0,01% (soit de 4 à 10 cas par 100 000 adultes), pouvant monter jusqu'à 0.3 à 1%. La majorité des personnes atteintes seraient jeunes, dans la trentaine et souvent très instruites, d'où le terme "Yuppie flu". Selon le CDC, les femmes représentent environ 80% des cas. Aucune donnée dans la littérature médicale ne suggère une quelconque contagiosité.

Étiologie

Agents infectieux et facteurs immunologiques. Aucun virus connu n'a été directement mis en cause jusqu'à maintenant. Certaines théories semblent favoriser le principe qu'une

infection virale, dont l'agent est inconnu, puisse agir comme facteur déclenchant d'une réponse immunitaire exagérée de l'organisme. Une fois activé, le système immunitaire resterait dans un état d'hyperactivité durant une période longue. Cette hyperactivité se traduirait par la production exagérée de certaines cytokines, notamment les interleukines 1 et 2, le TNF-alpha, et peut-être d'interférons, induisant certains symptômes du SFC.

Facteurs psychologiques. La fatigue est un symptôme fréquent dans les désordres psychiatriques. En général, on retrouve une association importante entre les symptômes de fatigue prolongée et la présence de troubles affectifs, anxieux ou relationnels. De plus, la détresse psychologique et la dépression démontrent une présence accrue de symptômes somatiques. Ces deux constatations invitent à un dépistage précoce de troubles psychologiques afin d'optimiser le traitement et, du coup, la réponse thérapeutique ainsi que la qualité de vie du malade. La plupart des patients atteints du SFC préfèrent toutefois l'explication physique à l'explication psychologique pour comprendre la symptomatologie; à cause de cette résistance, certains médecins évitent à tort d'aborder les facteurs psychologiques avec leurs patients.

Composantes multifactorielles. Devant l'absence d'étiologie infectieuse et d'éléments objectifs pour expliquer l'importance des symptômes, il apparaît difficile d'envisager une étiologie exclusivement organique. D'autant plus que la fatigue et les multiples symptômes somatiques dans le SFC s'avèrent des critères diagnostiques pour plusieurs désordres psychiatriques. Le modèle le plus accepté actuellement serait qu'un ensemble de composantes multifactorielles soit à l'origine du syndrome de fatigue chronique. L'association des facteurs prédisposants, déclenchants, perpétuants et exacerbants chez certains individus serait donc une des théories les plus plausibles pour comprendre les manifestations cliniques du SFC.

Diagnostic différentiel et investigation de base

Il est très important de souligner qu'il n'existe aucun test biologique spécifique pour diagnostiquer le SFC. Aucune anomalie spécifique au niveau des paramètres biologiques n'a été détectée. Initialement, certaines analyses de base sont requises : formule sanguine complète; vitesse de sédimentation; glycémie; créatinine sérique; alanine aminotransférase (ALT); électrolytes (Na, K); protéines totales, albumines et globulines; calcium et phosphore sériques; urine; bilan thyroïdien (TSH).

Traitement

L'approche thérapeutique repose sur l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique. Après avoir établi son diagnostic, le clinicien doit transmettre l'information pertinente au malade, et le rassurer. Puisqu'il n'existe pas de traitement spécifique à visée curative pour le SFC, le rôle du médecin consiste à soutenir le patient dans sa démarche vers la reprise graduelle de ses activités dans toutes les sphères de la vie quotidienne. Par ailleurs, le médecin doit se garder de douter de la véracité des symptômes que présente le patient. Pour bien le soutenir, le médecin doit prêter une oreille attentive aux plaintes qu'il exprime tout en insistant sur l'importance de la mobilisation en dépit de la présence des

symptômes présentés. Dans son rôle de soutien, le médecin ne doit pas viser la résolution des symptômes, mais plutôt l'adaptation des habitudes de vie à la condition présentée par le patient.

Même s'il n'existe pas de traitement spécifique pour le SFC, il est possible d'envisager un traitement symptomatique ciblant les symptômes suivants; la douleur musculaire (anti-dépresseurs tricycliques, relaxants); les troubles du sommeil; les symptômes affectifs. Tous les cas nécessitent une approche pragmatique à la pharmacothérapie (dosage progressif, évaluation de toutes médications prises, monitoring des résultats, essai sur période suffisante, entente sur les objectifs poursuivis, etc.).

Conclusion

La majorité des adolescents qui présentent un fatigue persistante accompagnée ou non de d'autres symptômes ne souffrent pas du syndrome de fatigue chronique. Ce diagnostic doit être réservée à une minorité d'adolescents qui présentent les critères du syndrome et ont fait l'objet d'un évaluation globale rigoureuse.