

Comment aborder la médecine préventive chez les personnes en situation de handicap ?

Dr^s CÉCILE LEVALLOIS^{a,*}, CAMILLE MOSER^{b,*}, GÉRARD PFISTER^c et BARBARA BROERS^b

Rev Med Suisse 2020; 16: 1801-6

Le bilan de santé est l'occasion pour le médecin interniste généraliste d'effectuer des mesures préventives et de dépistage. Comme tout autre patient, la personne en situation de handicap doit y avoir accès sans discrimination. Les recommandations de prévention pour les personnes atteintes de handicap suivent celles de la population générale avec quelques spécificités, notamment la prévention du surhandicap sensoriel, l'attention aux problèmes de santé sous-estimés dans cette population, ainsi que les problèmes spécifiques en lien avec l'étiologie du handicap. Dans cet article, plusieurs obstacles à la mise en pratique des mesures préventives comme les barrières participative et émotionnelle du soigné, du soignant et environnementales seront abordés. Finalement, des conseils pratiques pour la prise en charge de cette patientèle seront proposés.

Preventive care in adults with disabilities

The health check-up is an opportunity for the general practitioner to carry out preventive measures and screening. Like any other patient, adults with intellectual and developmental disabilities must have access to it without discrimination. The preventive recommendations for people with disabilities follow those of the general population with some specificities, in particular the prevention of sensory disability, attention to the underestimated health problems in this population and those associated with the handicap. Here several types of barriers to the implementation of preventive measures such as patient's participatory and emotional barriers, the caregiver's barriers and the environmental barriers will be discussed. Finally, practical advice for the management of these patients will be presented.

INTRODUCTION

L'implication du médecin pour soigner une personne en situation de handicap est déterminante pour la qualité des soins en médecine préventive et curative. Les protocoles usuels, la communication, l'examen clinique, la gestion de l'incertitude, les stratégies d'investigation, l'éthique et la balance bénéfice-risque peuvent être perturbés par le handicap.

^a Service de médecine interne et de réadaptation, HUG, 1211 Genève 14,

^b Service de médecine de premier recours, HUG, 1211 Genève 14, ^c Ancien médecin consultant à la Fondation Clair Bois en faveur des personnes polyhandicapées
cecile.levallois@hcuge.ch | camille.moser@hcuge.ch | g-pfister@bluewin.ch
barbara.broers@hcuge.ch

* Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

Dans cet article, nous nous intéresserons à la médecine préventive chez la personne en situation de handicap, puis aux nombreux obstacles en lien avec le handicap: physiques, psychiques, techniques, éthiques et liés à la méconnaissance.

VIGNETTE CLINIQUE

Mlle X., 22 ans, consulte son médecin traitant pour un contrôle de santé de routine, accompagnée de son éducatrice. Elle est atteinte d'une trisomie 21 avec une déficience intellectuelle modérée et une malformation cardiaque (communication interauriculaire). Elle se plaint de douleurs abdominales récurrentes dans un contexte de constipation. Son éducatrice voudrait mieux gérer le transit et avoir un «protocole douleur» adapté.

La patiente a pris 9 kg en une année. Elle se plaint souvent de fatigue. Elle a aussi des symptômes manifestes de reflux: remontées acides avec trouble du comportement autoagressif (elle se tape la poitrine et se mord le poing). Elle a souvent une mauvaise haleine: Mlle X. se brosse les dents seule pour favoriser l'autonomie malgré ses troubles de la motricité fine. Il n'y a pas de suivi dentaire régulier.

Au niveau social, Mlle X. vit actuellement en foyer et a un petit ami depuis une année au sein de son foyer. Elle a pour projet professionnel de travailler en atelier protégé dans la restauration. L'équipe éducatrice évalue actuellement son comportement par rapport aux envies compulsives de grignotage.

Comment aborder la médecine préventive dans cette situation?

MÉDECINE PRÉVENTIVE

La médecine préventive est définie par l'ensemble des interventions réalisées dans le but d'éviter la survenue d'une condition délétère pour la santé (prévention primaire), pour détecter une maladie asymptomatique à un stade précoce (prévention secondaire) ou prévenir la détérioration ou les complications d'une maladie déjà connue (prévention tertiaire).

Elle comprend 4 types d'intervention: 1) l'immunisation permettant de prévenir jusqu'à 15 maladies infectieuses; 2) le dépistage permettant l'identification de maladies asymptomatiques et de facteurs de risque (pathologies cardiométaboliques, cancers, dépression, démence, situations d'abus et de

TABLEAU 1		Critères de dépistage appliqués aux personnes en situation de handicap⁴
MST: maladie sexuellement transmissible.		
Critères de dépistage	Potentielles différences chez les personnes en situation de handicap avec déficience intellectuelle	
Maladie grave avec des conséquences importantes	Idem	
Maladie progressive avec un traitement précoce plus efficace qu'un traitement tardif	Dépendant de l'atteinte du déficit cognitif, le traitement de la maladie peut être logistiquement difficile ou inefficace si identifié	
Maladie avec une phase préclinique asymptomatique détectée facilement par un test de dépistage	Les personnes en situation de handicap avec déficience intellectuelle peuvent avoir une phase préclinique plus longue en raison de leur fonctionnement cognitif les empêchant d'identifier des symptômes ou de les rapporter	
Maladie avec une phase préclinique de longue durée et prévalente dans la population dépistée pour limiter les faux positifs ou négatifs	Les personnes en situation de handicap avec déficience intellectuelle peuvent avoir une prévalence différente de certaines maladies (MST; obésité) comparées au reste de la population générale	

violence); 3) le conseil comportemental ayant pour but de modifier des habitudes de vie (entretien motivationnel pour arrêter le tabac, l'alcool, promotion de pratiques sexuelles sûres et de l'activité physique) et 4) la chimioprévention, qui est l'utilisation de médicaments pour prévenir une maladie (exemple: antibioprophyllaxie et endocardite chez un porteur de valve).¹

Le bilan de santé ou «check-up» est l'opportunité pour le médecin de discuter de ces interventions préventives. Le programme *Evidence-Based Preventive Medicine* (EviPrev) a établi en 2015 les recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical. Elles sont fondées sur le travail du groupe d'experts américains de médecine préventive (US Preventive Services Task Force (USPSTF)) et adaptées au contexte suisse.^{2,3}

MÉDECINE PRÉVENTIVE ET HANDICAP

Pour que le dépistage d'une maladie soit approprié, elle doit: 1) être grave et avoir des conséquences importantes, 2) être progressive avec un traitement précoce plus efficace qu'un traitement tardif, 3) avoir une phase préclinique asymptomatique pouvant facilement être détectée par un test de dépistage et 4) avoir une phase préclinique avec une relativement longue durée et être prévalente dans la population dépistée. Comme mis en évidence dans le **tableau 1**, pour les personnes en situation de handicap, ces critères ne sont pas toujours rencontrés.⁴ De plus, la prévalence de certaines maladies est peu connue, rendant l'établissement de guidelines spécifiques difficile. Les recommandations de prévention suivent celles de la population générale avec certaines spécificités.⁵ Une attention particulière doit être apportée aux symptômes sous-estimés et prévalents dans cette population, à la prévention du sur-handicap physique, psychique et social, ainsi qu'aux problèmes de santé en lien avec l'étiologie du handicap. Les recommandations ainsi que les spécificités sont étayées dans le **tableau 2**.

Symptômes et problèmes de santé prévalents et sous-estimés

De manière générale, il convient de se rappeler que divers symptômes habituellement verbalisés par le patient sont difficiles à exprimer pour une personne en situation de handicap. Par exemple la douleur peut être exprimée par un «comportement défi», inhabituel. Elle n'est parfois pas identifiée, sous-estimée, voire banalisée.

Les troubles digestifs comme la constipation et le reflux gastro-œsophagien sont très fréquents et gênants chez la personne en situation de handicap. Les parodontopathies sont extrêmement prévalentes en l'absence de programme systématique de dépistage (plus de 80%),⁶ parfois douloureuses et à terme entraînent une perte prématurée des dents. Le brossage des dents efficace quotidien, le contrôle régulier chez le dentiste doivent être instaurés et les soins d'urgence (carie douloureuse, traumatisme dentaire...) effectués dans un délai raisonnable.

TABLEAU 2		Médecine préventive et handicap
AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; CAGE: Cut-Annoyed-Guilty-Eye; CT: Computed Tomography; DOTIP: Détecter, Offrir, Traiter, Informer, Protéger; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPHQ: Electronic Personal History Questionnaire; VIH: virus de l'immunodéficience humaine; HPV: Human Papillomavirus; IMC: indice de masse corporelle; Pap-test: Papanicolaou Test; SUM-ID: Substance Use and Misuse in Intellectual Disability; TA: tension artérielle; UPA: unité-paquets-années.		
Procédure	Population générale	Spécificité pour adulte en situation de handicap
Visite annuelle	À tout âge: anamnèse + examen clinique	À chaque consultation: dépister la constipation, la douleur, le reflux gastro-œsophagien, les autres affections courantes sous-estimées
Dépistage du cancer		
Cancer du sein	Dépistage biannuel chez la femme de 50 à 74 ans	Peser le pour et le contre: • Modalité de réaliser des examens • Enjeux du dépistage: traitement curatif ou palliatif? Suivi? Cancer colorectal: ne pas banaliser la constipation Cancer du col: risque à pondérer et intervalle de dépistage à individualiser en fonction de l'anamnèse sexuelle
Cancer du col de l'utérus	Frottis du col avec Pap-test et test HPV 1x/3 ans de 21 à 70 ans	
Cancer colorectal	De 50 à 70 ans (coloscopie/10 ans ou sang occulte/2 ans ou sigmoïdoscopie/5 ans)	
Cancer de la prostate	À discuter	
Cancer du poumon	CT low dose 1x/an pour fumeur ou ex-fumeur (> 30 UPA, arrêt < 15 ans, âge 55-80 ans)	

TABLEAU 2 Médecine préventive et handicap (suite)

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; CAGE: Cut-Annoyed-Guilty-Eye; CT: Computed Tomography; DOTIP; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPHQ: Electronic Personal History Questionnaire; HIV: Human Immunodeficiency Virus; HPV: Human Papillomavirus; IMC: indice de masse corporelle; Pap-test: Papanicolaou Test; SUM-ID: Substance Use and Misuse in Intellectual Disability; TA: tension artérielle; UPA: unité-paquets-années.

Autres recommandations de dépistage

IMC	Dépistage de l'obésité et de la malnutrition, gain ou perte de poids	Pesée systématique en consultation si possible ou anamnétique récent Risque augmenté en cas de sédentarité, de troubles endocriniens, de la satiété et de la déglutition Obésité plus fréquente dans certains syndromes (trisomie 21, Prader-Willi)
Hypertension artérielle	Mesure ambulatoire, à répéter si TA > 140/90 mm Hg	Si la personne est sédentaire, les facteurs de risque cardiovasculaire sont majorés et les affections plus précoces
Dyslipidémie	Homme: dès 35 ans, 1x/5 ans ou plus fréquemment Femme avec facteurs de risque cardiovasculaire: dès 45 ans, 1x/5 ans ou plus fréquemment	
Diabète type II si IMC > 25 kg/m ²	1x/3 ans de 40 à 70 ans	
Ostéoporose	1x/2 ans chez la femme de plus de 65 ans ou risque fracturaire	Risque augmenté en cas de sédentarité, traitement (exemple: antiépileptique), carence en vitamine D, certaines affections (exemple: trisomie 21) Dès 40 ans si vit en institution, dès 45 ans si vit dans la communauté
Maladies cardiovasculaires	Anévrisme de l'aorte abdominale 1 fois unique chez l'homme fumeur ou ancien fumeur, de 65 à 75 ans	Idem
Affections dentaires	Pas de dépistage recommandé chez l'adulte	S'assurer du brossage efficace Dépistage annuel
Exposition solaire	Dosage de la vitamine D si exposition solaire insuffisante	Carence en vitamine D plus fréquente et ostéoporose plus précoce

Dépistage des maladies infectieuses

Gonocoque	Pour toute femme sexuellement active à risque	Risque à pondérer en fonction de l'anamnèse sexuelle
Hépatite B, syphilis, VIH	Pour tout homme ou femme à risque	
Chlamydia	Pour toute femme à risque	

Contrôle de la vue et de l'audition

Évaluation de la vue	Pas de dépistage recommandé chez l'adulte	Rythme de suivi à adapter, y compris chez le sujet aveugle, test de Snellen au cabinet 1x/an
Dépistage du glaucome et cataracte	Pas de dépistage recommandé chez l'adulte	Dès 40 ans, biannuel
Évaluation de l'audition	Dépistage non recommandé chez l'adulte	Dès la naissance, rythme de suivi à adapter Bouchons de cérumen plus fréquents 1x/6 mois, test de chuchotement tous les ans Audiogramme 1x/5 ans dès 45 ans

Santé mentale

Dépression	Questionnaire (exemple: EPHQ, EPDS): intervalle non défini	«Comportement défi»: trouble du sommeil, de l'appétit, changement de poids, de comportement
Démence	Non recommandé	Dans la trisomie 21: dépistage dès 40 ans
Addictions	Alcool avec questionnaire (exemple: AUDIT, CAGE): intervalle non défini, dépistage à tout âge Substances illicites: non recommandé	Idem, avec outil adapté (SUM-ID)
Maltraitance/violences/négligence	Dépistage des violences domestiques (exemple: protocole DOTIP)	À dépister à chaque consultation

Vaccination

Calendrier vaccinal	Mise à jour	Idem
---------------------	-------------	------

Affections spécifiques

Affections associées		Dépister les affections possibles associées à la maladie responsable du handicap ou dépister de manière systématique pertinente (malformation cardiaque, malformation rénale, apnées du sommeil, hypertrophie amygdalienne, troubles endocriniens, troubles de la déglutition, vieillissement précoce...)
----------------------	--	---

L'inactivité physique et l'obésité sont fréquentes chez les personnes en situation de handicap. Elles sont associées au diabète, aux dyslipidémies et à l'hypertension artérielle. Le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire, le suivi du poids et le conseil de mesures hygiéno-diététiques appropriées sont recommandés comme dans la population générale.⁷

L'ostéoporose semble être plus prévalente chez les personnes en situation de handicap en lien avec la sédentarité, la médication (antiépileptiques), la trisomie 21 et l'hypovitaminose D. Un dépistage est préconisé au plus jeune âge.

Les questions en lien avec la vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap ne doivent pas être négligées: désir de grossesse, contraception, prévention des infections sexuellement transmissibles. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, les recommandations sont controversées. Il semblerait que les personnes en situation de handicap soient moins actives sexuellement que les femmes du même âge dans la population générale, et donc moins susceptibles d'être infectées par le papillomavirus humain. Il existe probablement des différences entre les personnes vivant en institution ou dans la communauté. La décision du dépistage et de l'intervalle des tests de Papanicolaou doit être individualisée en se basant sur l'anamnèse sexuelle.⁴

L'aspect social (lieu de vie, proches aidants, occupation), le dépistage régulier des abus ou de maltraitance,⁸ de la consommation de substances (alcool, tabac, cannabis) et la polymédication sont recommandés, éventuellement avec des questionnaires adaptés.⁹

Prévention du surhandicap sensoriel

La vue et l'ouïe sont les premières voies d'entrée de la compréhension du monde qui nous entoure pour permettre les apprentissages et l'interaction. L'accompagnant peut rapporter des changements de comportement comme l'absence de réponse habituelle à l'appel du nom ou le décrochage dans l'acquisition de la lecture. Ceci permet de déceler les «urgences» sensorielles et d'adapter la prise en charge, en plus des contrôles réguliers requis.

Les guidelines canadiens de 2018 pour les soins primaires des personnes en situation de handicap proposent de dépister les impactions de cérumen tous les 6 mois, de faire le test de chuchotement et de Snellen tous les ans au cabinet, de référer à l'ophtalmologue tous les 2 ans dès 40 ans pour le dépistage du glaucome et de la cataracte et à l'oto-rhino-laryngologue (ORL) pour un audiogramme tous les 5 ans dès 45 ans.¹⁰

Problèmes de santé en lien avec l'étiologie du handicap

Certaines pathologies spécifiquement associées avec l'étiologie du handicap sont à dépister, comme les cardiopathies, les apnées du sommeil, l'hypertrophie amygdalienne ou les leucémies dans la trisomie 21.

Pour chaque patient, la connaissance du syndrome associé au handicap, s'il est identifié, permet de cibler le dépistage et d'améliorer la prise en charge. Le dépistage systématique est important dans les syndromes non étiquetés (par exemple les

troubles endocriniens, du comportement alimentaire, l'échocardiographie, etc.).

En réponse à la vignette clinique, des conseils pratiques s'appuyant sur les recommandations de prévention et adaptés à la situation clinique sont proposés dans le **tableau 3**.

Obstacles à la mise en pratique des mesures préventives

Il existe plusieurs obstacles à la réalisation d'une médecine équitable dans le domaine du handicap. On peut identifier des facteurs limitants intrinsèques au patient, tels que des problèmes physiques, psychiques et cognitifs. Il existe aussi des facteurs extrinsèques comme le temps à disposition pour la consultation, les compétences professionnelles du médecin, la qualité du réseau handicap, l'environnement et la réalité de la discrimination de la personne en situation de handicap. Identifier ces obstacles peut permettre de les dépasser.

Barrière participative du soigné

Parfois la personne en situation de handicap ne parle pas. L'écoute des accompagnants et l'observation sont essentielles: les changements de comportement, les mimiques, les vocalises, les gestes.

Barrière émotionnelle du soigné

La personne en situation de handicap peut avoir de l'appréhension à la consultation médicale, de l'incompréhension ou ressentir de l'agression. Le médecin peut anticiper ces difficultés en proposant des consultations avec les proches aidants ou soignants habituels puis planifier suffisamment de temps pour la consultation. Des supports pédagogiques peuvent aider à la communication.¹¹

Barrières des soignants

La formation des médecins pour la prise en charge de cette population est souvent insuffisante. Le manque de connaissances peut rendre le médecin réticent à la prise en charge de ces patients qui présentent des problématiques de santé complexes, par peur de se sentir dépassé ou non compétent. De plus, la plupart des médecins n'ont qu'un faible nombre de personnes en situation de handicap dans leur patientèle, ce qui limite le développement d'une expertise dans le domaine.¹²

L'attitude et le comportement des soignants constituent une barrière fonctionnelle à la bonne prise en charge des patients. Un exemple illustrant cette barrière est le fait que, comparativement aux femmes non atteintes de handicap, les femmes en situation de handicap sont moins susceptibles de bénéficier de mesures préventives en santé sexuelle. Les raisons exactes sont peu claires mais l'attitude péjorative que la société porte sur la sexualité des femmes avec des handicaps entre très certainement en compte.¹²

Une communication directe avec les personnes en situation de handicap est cruciale. Celles-ci peuvent se sentir peu écoutées et discriminées, comme les exemples ci-après tirés de deux articles: «Parfois le personnel de soutien ne fait que jacasser et ne m'écoute ou ne m'aide pas»¹³ et «J'aimerais qu'ils reconnaissent que je suis là... lorsque mon mari

TABLEAU 3
Réponse à la vignette clinique

VIH: virus de l'immunodéficience humaine; HPV: Human Papillomavirus; HTA: hypertension artérielle; IMC: indice de masse corporelle; ORL: oto-rhino-laryngologique; Pap-test: Papanicolaou Test; US: ultrasonographie.

Procédure	Vignette clinique
Visite annuelle	Anamnèse + examen clinique Dépistage de la constipation, la douleur et ses étiologies, le reflux gastro-œsophagien, les autres affections courantes sous-estimées et non mentionnées spontanément par le patient et son accompagnant Prévoir un protocole «douleur» incluant un outil d'évaluation adapté de la douleur et un traitement
Dépistage du cancer	
Cancer du col de l'utérus	Selon l'anamnèse sexuelle, l'adresser en consultation de gynécologie pour un frottis du col utérin avec Pap-test et test HPV Proposer le vaccin contre le papillomavirus
Autres recommandations de dépistage	
IMC	Peser et mesurer la patiente (petite taille dans la trisomie 21) Dépister les facteurs de risque d'obésité: régime alimentaire déséquilibré et sédentarité Proposer une prise en charge adaptée: suivi diététique, encourager l'activité physique, conseils comportementaux
Hypertension artérielle	HTA moins fréquente chez les personnes atteintes de trisomie 21 mais plus fréquente en contexte d'obésité. Prendre les constantes
Dyslipidémie	À dépister si IMC > 25 kg/m ²
Diabète de type II	À dépister si IMC > 25 kg/m ²
Ostéoporose	Doser la vitamine D si exposition solaire insuffisante Pas de surrisque d'ostéoporose chez cette patiente qui marche
Affections dentaires	Vérifier l'absence de pathologie dentaire aiguë urgente Proposer la supervision du brossage des dents par un éducateur 2 x/jour Adresser la patiente à un dentiste
Dépistage des maladies infectieuses	
Gonocoque, hépatite B, syphilis, VIH, chlamydia	Selon l'anamnèse sexuelle, proposer le dépistage des infections sexuellement transmissibles, discuter désir/risque de grossesse et contraception éventuelle
Contrôle de la vue et de l'audition	
Évaluation de la vue et de l'audition	Dépister la baisse de la vue et de l'audition par l'anamnèse de la patiente et de l'accompagnant Autoscopie systématique (bouchons de cérumen et otite séreuse chronique fréquente) Adresser la patiente pour un contrôle ophtalmologique et ORL
Santé mentale	
Dépression	Anamnèse comportementale: «Comportement défi» (trouble du sommeil, de l'appétit, changement de poids, de comportement) Anamnèse sociale: rechercher les facteurs déclenchant ou aggravant une dépression
Consommation de substances	Discuter usage et connaissance des substances (tabagisme actif ou passif, alcool, cannabis...)
Maltraitance/violences/négligence	Évoquer le sujet pour ouvrir la discussion si besoin Rechercher les signes indirects de maltraitance/violences/négligence (hématome, défaut d'hygiène...)
Vaccination	
Calendrier vaccinal	Mise à jour des vaccins Proposer le vaccin contre le papillomavirus
Affections spécifiques de la trisomie 21	
Malformations cardiaques	Prévention tertiaire: avis cardiologique notamment pour dépister l'hypertension artérielle pulmonaire et l'évolution de la cardiopathie
Syndrome d'apnées du sommeil Hypertrophie amygdalienne	Polysomnographie Consultation ORL
Laxité atlanto-axoïdienne Scoliose	Dépistage radiologique avant la consultation dentaire Avis orthopédique selon clinique
Malformations de l'appareil rénovésical	US de l'appareil rénovésical 1 fois dans la vie
Cataracte congénitale	Dépistage ophtalmologique
Maladies autoimmunes: intolérance au gluten ou maladie cœliaque, hypothyroïdie, diabète	Dépistage biologique à adapter selon la clinique
Leucémies	Selon clinique Bilan biologique annuel
Démence	Dépistage dès 40 ans

m'accompagne... ils parlent au-dessus de moi comme si... j'étais invisible».¹⁴

Considérer la personne en situation de handicap et ses proches aidants comme des partenaires de soins, demander quelles sont ses attentes, clarifier sa compréhension, s'adresser directement à elle, et expliquer de manière adaptée la situation sont donc des éléments clés d'une bonne communication.

Barrières environnementales

Les barrières structurelles compromettent l'accès physique des personnes en situation de handicap (transport, accès aux chaises roulantes, portes lourdes, accès aux WC, table d'examen inadaptée): plus la personne en situation de handicap rencontre des barrières environnementales, moins elle participe à la médecine préventive. Par exemple, les mammographies de dépistage sont moins souvent effectuées par les personnes en situation de handicap.¹⁵ Il est donc nécessaire de connaître les structures sanitaires et d'identifier les professionnels de santé dont les pratiques sont adaptées aux personnes en situation de handicap moteur, psychique, mental ou sensoriel. La connaissance du réseau permet d'éviter les prises en charge inadaptées avec hospitalisations et vécus traumatisants qui peuvent déboucher sur une régression de l'autonomie de la personne en situation de handicap.

CONCLUSION

La médecine préventive chez une personne en situation de handicap requiert une attention particulière pour garantir l'équité des soins.

Il existe peu de données épidémiologiques sur cette population, rendant difficile l'élaboration de recommandations institutionnelles et nationales de dépistage adaptées au handicap. On s'appuie alors sur les données internationales.

La loi fédérale LHand de 2004 vise à éliminer les inégalités frappant les personnes handicapées. Son application est une évidence par exemple pour assurer l'accès aux transports publics. Dans le domaine médical, le développement de groupes d'experts pourrait permettre de mutualiser les connaissances pour élaborer des recommandations adaptées à nos populations, diffuser ces informations, donner des outils aux médecins non experts et proposer de former les professionnels de santé.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les recommandations de prévention pour les personnes en situation de handicap suivent celles de la population générale
- Les spécificités inhérentes à ce groupe de population comprennent:
 - la prévention du surhandicap sensoriel: surdité et troubles visuels
 - l'identification de problèmes de santé sous-estimés et prévalents dans cette population: la douleur, les troubles digestifs, les parodontoses, l'obésité, l'ostéoporose, la vie affective et sexuelle, l'aspect social, les consommations de substances, les abus et la polymédication
 - la prise en compte des problèmes spécifiques en lien avec l'étiologie du handicap
- D'un point de vue pratique, il faut identifier les facteurs limitants intrinsèques au patient et extrinsèques entravant la prise en charge, adapter sa communication avec le patient en écoutant ses demandes et celles des accompagnants et travailler en équipe multidisciplinaire avec tout le réseau impliqué dans les soins de la personne atteinte de handicap

1 Fletcher SW, Fletcher RH, Elmore JG, et al. Evidence-based approach to prevention. UpToDate 2020.

2 Cornuz J, Auer R, Neuner-Jehle S, et al. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical. Rev Med Suisse 2015;11:1936-42.

3 www.uspreventiveservicestaskforce.org

4 **Wilkinson JE, Culpepper L, Cerreto M. Screening Tests for Adults with Intellectual Disabilities. J Am Board Fam Med 2007;20:399-407.

5 **Preventive Health Recommendations for adults with intellectual disability. Guidelines for community practitioners [En ligne]. Révisée en 2019. Disponible

sur: shriver.umassmed.edu/sites/default/files/MA%20DDS%20health%20screening%20brochure_2019_final.pdf

6 *Mbassi A, Hubert D, Bekono A. Bucco-dental hygiene, clinical forms of carious lesions and periodontal diseases in disabled children in two specialized centres of Yaoundé. Health Sciences and Diseases 2018;19(Suppl. 1):24-31.

7 Spanos D, Melville CA, Hankey CR. Weight management interventions in adults with intellectual disabilities and obesity: a systematic review of the evidence. Nutr J 2013;12:132.

8 Wacker J, Macy R, Barger E, Parish S. Sexual assault prevention for women with intellectual disabilities: a critical review of

the evidence. Intellect Dev Disabil 2009;47:249-62.

9 Didden R, Van Der Nagel J, Delforterie M, et al. Substance use disorders in people with intellectual disability. Curr Opin Psychiatry 2020; 33:124-9.

10 **Sullivan WF, Diepstra H, Heng J, et al. Primary care of adults with intellectual and developmental disabilities 2018 Canadian consensus guidelines. Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien 2018;64:254-79.

11 santebd/projet-santebd/santbd

12 Parish SL, Moss K, Richman EL. Perspectives on health care of adults with developmental disabilities. Intellect Dev Disabil 2008;46:411-26.

13 Perry J, Felce D, Kerr M, et al. Contact with primary care: the experience of people with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil 2014;27:200-11.

14 **Mele N, Archer J, Pusch BD. Access to breast cancer screening services for women with disabilities. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005;34:453-64.

15 Caban M, Kuo YF, Raji M, et al. Predictors of mammography use in older women with disability: the patients' perspectives. Med Oncol 2011;28(Suppl. 1):S8-14.

* à lire

** à lire absolument