

Médecine générale et handicap

General medicine and disability

Madoki F.

Le Potelier des Pilifs

RESUME

La prise en charge médicale de personnes porteuses de handicap (PPH) se fait le plus souvent sur des personnes porteuses de handicap mental. Cette rencontre entre le praticien et ce type de patient est la plus exemplative des difficultés des professionnels de santé à appréhender les personnes " différentes ". Une meilleure évaluation des signes, la prise en compte de l'entourage et une systématisation de la prise en charge ont montré leur intérêt.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 275-7

ABSTRACT

The medical care of people with disabilities (PD) is most often done on people with mental disabilities. This meeting between the practitioner and this type of patient is the most illustrative of the difficulties of health professionals to apprehend " different " people. A better evaluation of the signs, considering the entourage and a systematization of the care showed their interest.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 275-7

Key words : disability evaluation, general practitioners, mental handicap

INTRODUCTION

La prise en charge de patients vulnérables est un souci commun à tous les médecins. Le patient " ordinaire " peut exercer son autonomie comme acteur de sa santé. Le dialogue s'instaure naturellement avec le praticien.

Le patient " extra-ordinaire " posera un véritable défi au médecin : celui d'exercer son art face à un patient incapable de l'alimenter en informations pertinentes. La méfiance, la crainte, l'agressivité peuvent même s'installer devant un médecin trop pressé ou trop peu communicant.

Les patients déficients sont-ils moins bien soignés que les autres ?

LE PATIENT PORTEUR DE HANDICAP MENTAL EN CONSULTATION

Le patient différent qui arrive à la consultation est le plus souvent porteur d'un handicap (PPH) mental. Loin d'être marginale, la question concerne l'ensemble de la profession médicale car le PPH a " le droit de faire " toutes les maladies somatiques répertoriées par l'art médical.

Elle intéresse aussi une frange importante de notre population. Il y a 13 % de personnes handicapées en Belgique soit 1.300.000 personnes ! Si l'on cible plus particulièrement la maladie ou le handicap mental, ce taux passe à 3 % de la population belge¹.

En analysant la répartition des bénéficiaires d'une invalidité dans notre système d'assurance national en 2005, nous remarquons que les personnes porteuses de handicap mental ou psychologique sont majoritaires (34 %), alors que celles porteuses de troubles physiques ou locomoteurs représentent respectivement 28,6 et 27,4 %².

Pour mieux cerner encore la question, nous pouvons nous interroger sur ce que recouvre la notion de handicap mental ou déficience intellectuelle. Voici ce qu'en dit l'Organisation mondiale de la Santé : " on entend par déficience intellectuelle la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social). Un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement "³.

Il apparaît donc que la présence de patients porteurs de handicap mental est loin d'être anecdotique dans la consultation médicale. Cela demande-t-il une approche particulière de la part du praticien ? La prise en charge médicale du patient porteur d'un handicap mental reste exemplative dans l'évaluation de la bienveillance du corps médical. Prendre en charge correctement le PPH n'est finalement rien d'autre que de lui permettre d'exercer l'un de ses droits fondamentaux.

UNE PRESTATION APPROFONDIE

Dans la formation médicale, un point d'attention spécifique est porté sur l'anamnèse, censée orienter la consultation en vue d'établir un diagnostic et un plan d'action. Mais qu'en est-il des patients présentant un handicap mental, incapables d'interactions classiques avec le médecin ? Bien souvent, seule une hétéro-anamnèse sera accessible. Les informations disponibles via les aidants sont alors de la première importance. Elles seront utiles au praticien pour interpréter de manière adéquate les éléments cliniques. Il faut cependant admettre que, dans une grande majorité de cas, cela se passe autrement. En effet, les besoins de soins de cette population sont habituellement perçus avec un faible niveau d'urgence par le médecin⁴. Leur habitude à consulter fréquemment pour des situations objectivement moins urgentes⁵ déforce leur demande.

Une fois ce cadre posé, la question de l'analyse de la demande apparaît. Bien souvent, le praticien n'intervient que dans le champ de la demande exprimée ou du moins perçue. Il s'agira de trouver uniquement une solution au problème posé. Si une pareille attitude peut ne pas prêter à conséquence chez le patient lambda, l'expérience montre qu'il ne faut pas manquer ce rendez-vous avec le patient présentant un handicap mental. Ainsi, il ne sera pas sensible aux différentes campagnes organisées autour de la médecine préventive. Il ne sera pas davantage capable d'aiguiller le médecin sur une douleur naissante ou une modification du fonctionnement de son corps. Là où le patient lambda aura droit à une séance de rattrapage (souvent à son initiative), le patient porteur de handicap ne repassera plus par la case consultation. Le soignant doit rester à la manœuvre avec une approche professionnelle systématique.

En Australie, la prise en charge des PPH mental via un programme incluant un bilan de santé complet a démontré son intérêt dans une vision de médecine préventive. C'est ainsi qu'en comparaison avec le groupe témoin, le dépistage d'un déficit de la vue se faisait 6,6 fois plus, le dépistage d'un trouble de l'audition 30 fois plus. De même, la mise à jour du statut vaccinal et la prévention des affections gynécologiques par le test de Papanicolaou se sont trouvés considérablement améliorés. Enfin, cette approche a permis, du fait de son caractère systématique, de dépister 1,6 fois plus d'affections nouvelles⁶. Plus récemment, cette approche

systématisée a permis d'augmenter le taux d'examen de dépistage du cancer du sein. Ce dernier a été réalisé 3,9 fois plus souvent que dans la population contrôlée⁷.

Les tests visuels et auditifs ont une importance capitale dans l'intégration sociale et environnementale des patients. Le repérage spatiotemporel et le déplacement à moindre risque dépendent d'une prise en compte précoce de ces affections qui auront pu faire l'objet de rééducations ciblées. Il est en effet important de prévenir l'effet cumulatif d'incapacités surajoutées. Les handicaps cumulés ont un effet multiplicateur sur les incapacités surajoutées⁸.

Il semblerait donc que les patients avec un handicap mental soient moins bien pris en charge sur le plan médical.

LA DOULEUR SOUVENT SOUS-ESTIMÉE

A quoi le médecin doit-il être attentif ? Quels signes spécifiques, d'apparence anodine, peuvent aiguiller valablement le diagnostic ? Ecouter les aidants et les accompagnants est essentiel afin de dépister une symptomatologie algique. Les patients porteurs de handicap mental ressentent bien la douleur mais l'exprimeront de manières diverses.

Tout particulièrement lorsque son patient n'a pas accès au langage, le praticien sera attentif aux manifestations corporelles durant l'examen clinique. Ainsi, durant la palpation, il pourra être témoin d'une modification de l'expression du visage, d'une réaction de défense ou d'une tentative de retirer la main de l'examineur. Il pourra également remarquer une agressivité soudaine, un changement brutal de comportement ou d'habitude. Tout ceci constitue des comportements à problème qui sont bien souvent la marque de la présence d'une douleur chez le PPH mental⁸. Les cartes peuvent se brouiller encore davantage si l'on tient compte du fait que la perception de la douleur peut être tout à fait particulière. Par exemple chez les psychotiques, 82,5 % des cas avec un infarctus du myocarde n'ont ressenti aucune symptomatologie douloureuse à la phase initiale de l'affection⁹. Enfin, il est utile de rappeler l'incidence de la médication sur le ressenti de la douleur. Il n'est pas rare de trouver chez ces patients des médicaments pour des pathologies connexes. Les psychotropes tels l'halopéridol interfèrent par exemple avec les récepteurs endorphiniques.

Pour évaluer l'intensité de la douleur, l'utilisation d'échelles d'évaluation peut être utile. Elles doivent être simples et adaptées au patient. Il en existe plusieurs mais celles qui semblent avoir fait leurs preuves sont¹⁰ :

- L'Échelle Verbale Simple (EVS) : " est-ce que vous avez mal ? " ;
- Le *Face Pain Scale* ou l'échelle des six visages classiquement utilisée en pédiatrie ;
- Les échelles d'hétéroévaluation : ECPA ou Doloplus.

MORBI-MORTALITE DES PERSONNES HANDICAPEES MENTALES

Les PPH vieillissent aussi. L'amélioration des conditions de vie du siècle dernier a vu une diminution de la mortalité. Cette baisse des décès s'est principalement marquée aux âges extrêmes de la vie en épargnant plus de jeunes que de vieux. Tout gain d'espérance de vie aux premiers âges s'est traduit par une espérance de vie plus grande aux âges avancés¹¹. Les enfants nés avec un handicap mental ont donc bénéficié de ce gain d'espérance de vie pour venir grossir les rangs des adultes. Il faudra tenir compte de cette donnée car le nombre de personnes âgées avec un handicap mental ne cessera d'augmenter.

Cependant, les personnes porteuses de handicap ont une probabilité augmentée de décès prématuré par rapport à la population générale¹². L'écart d'espérance de vie à la naissance est de 30 ans mais a tendance à s'amenuiser en avançant dans les âges. Comme dans la population normale, les filles ont une espérance de vie supérieure à celle des garçons, à l'exception notable des personnes présentant une trisomie 21¹³.

Le quotient intellectuel est un facteur prédictif de la longévité¹⁴. De même, l'espérance de vie est elle-même significativement corrélée au niveau intellectuel. Une étude réalisée en 2002 en Australie établit une mortalité différenciée en fonction de la déficience intellectuelle passant de 74 à 67,6 puis 58,6 années selon la présence d'une déficience légère, modérée ou sévère¹⁵.

CONCLUSION

Le patient porteur d'un handicap mental reste le modèle de la consultation médicale d'un patient " différent ". Prendre son temps et préparer le patient porteur de handicap mental à la consultation, s'adapter à ce dernier en expliquant chacune des étapes de la consultation ou de l'acte médical, être attentif aux modifications du faciès en cours d'examen pouvant correspondre à une douleur, tels sont les points d'attention à avoir pour optimiser la prise en charge de ces patients si particuliers⁸.

La pratique de différents dépistages et la recherche ciblée d'affections - notamment de handicaps associés - gagneraient à être plus systématique. Les handicaps associés sous-diagnostiqués entraveront fortement les capacités d'intégration. Pour ce faire, l'utilisation d'outils de prise en charge serait d'une grande aide. Le défi de la gestion du vieillissement de la population en termes de santé publique est exacerbé quand on parle de PPH.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil régional de la Formation. (Consulté le 01/06/19). Les personnes handicapées et l'emploi : Données statistiques. Awiph-Novembre 2002. [Internet]. <http://crf.wallonie.be/images/site1/edit/PDF/classeur-awiph.pdf>
2. Étude sur la compilation de données statistiques sur le handicap à partir des registres administratifs des états membres : applica&cesep&european center. Rapport final Novembre 2007
3. Organisation mondiale de la Santé. (Consulté le 01/06/19). Définition : les déficiences intellectuelles. [Internet]. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>
4. Huisman SA. Primary health care for people with an intellectual disability; room for improvement. Ned Tijdschr Geneesk. 2018;162.pii:D2627.
5. Heutmakers M, Leusink GL. People with intellectual disabilities and GP cooperatives; more contact moments, less urgent. Ned Tijdschr Geneesk. 2018;162.pii:D2570.
6. Lennox N, Bain C, Rey-Conde T, Purdie D, Bush R, Pandeya N. Effects of a comprehensive health assessment programme for Australian adults with intellectual disability: a cluster randomized trial. Int J Epidemiol. 2007;36(1):139-46.
7. Byrne.JH, Ware SR, Lennox NG. Health actions prompted by health assessment for people with exceed actions recorded in general practitioners' records. Ast J Prim Health. 2015;21(3):317-20.
8. YouTube. (Consulté le 01/06/19). Djéa Saravane - Autisme et soins médicaux. [Internet]. <https://www.youtube.com/watch?v=qvCyER-PrdA>.
9. Marchand WE. The practice of medicine in a neuropsychiatric hospital. Archives Neurol Psychiat.1958;80:599-611.
10. Saravane D. Etat des lieux de la prise en charge de la douleur des patients souffrant de pathologie psychiatrique. <https://www.cnr.fr/IMG/pdf/SARAVANE.pdf>
11. Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem Fund Q. 1971;49(4):509-38.
12. Maaskant MA, Stumans F, Haveman M, Frederiks C. L'espérance de vie des personnes avec un handicap mental vivant en institution aux Pays-Bas. Revue européenne du handicap mental. 1995;2(5):5-14.
13. Azéma B, Martinez N. les personnes handicapées vieillissantes : espérance de vie et de santé ; qualité de vie. Une revue de la littérature. Revue française des affaires sociales. 2005;2:295-333.
14. Whalley LJ, Deary IJ. Longitudinal cohort study of childhood IQ and survival up to age 76. British Medecine Journal. 2001;322:1455-9.
15. Bittles AH, Petterson BA, Sullivan SG, Hussain R, Glasson EJ, Montgomery PD. The influence of intellectual disability on life expectancy. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002;57(7):M470-2.

Correspondance :

F. MADOKI
Le Potelier des Pilifs
Rue du Craetveld, 124
1120 Neder-over-Heembeek
E-mail : francois.madoki@skynet.be

Travail reçu le 30 avril 2019 ; accepté dans sa version définitive le 20 juin 2019.