



**HAL**  
open science

# Mise en place d'une animation d'éducation thérapeutique chez les patients atteints de la goutte

Quentin Aunave

► **To cite this version:**

Quentin Aunave. Mise en place d'une animation d'éducation thérapeutique chez les patients atteints de la goutte. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04387642

**HAL Id: dumas-04387642**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04387642>**

Submitted on 11 Jan 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2023

**MISE EN PLACE D'UNE ANIMATION D'ÉDUCATION  
THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LA GOUTTE**

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
SPÉCIALITÉ : OFFICINE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE  
Le 14/12/2023

Par M. Quentin AUNAVE

*[Données à caractère personnel]*

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Dr Serge KRIVOBOK

Membres :

M. le Pr Benoît ALLENET (directeur de thèse)

Mme le Dr Laura DELCHER

Mme Marion PEREZ

M. Jean SISTI

*L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

## ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2023 / 2024

Doyen de la Faculté - Pr Michel SÈVE  
Vice-Doyen Pédagogie - Dr Pierre CAVAILLÈS  
Vice-Doyen Recherche – Pr Walid RACHIDI

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
PU-PH	ALLENET	BENOÎT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	Oui
AHU	AMEN	AXELLE		
Professeur Emérite	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	
MCF	BATANDIER	CÉCILE	GIN-U1216 INSERM	
PU-PH	BEDOUCH	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	Oui
MAST	BELLET	BÉATRICE	-	
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS	
PU	BOUMENDJEL	AHCÈNE	LRB -INSERM U 1039	Oui
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA	Oui
MCF	BRIANÇON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	Oui
PU-PH	BUSSER	BENOÎT	IAB-UMR 5309 CNRS- INSERM U1209	Oui
Professeur Emérite	CALOP	JEAN		
MCF	CAVAILLÈS	PIERRE	IAB-UMR 5309 CNRS- INSERM U1209	
MCU-PH	CHANOINE	SÉBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS	
MAST	COMBE	JÉRÔME	-	
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-	
Professeur Emérite	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCF Emérite	DELÉTRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	
PR	DEMEILLIERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
ATER	DETRAIT	MAXIMIN		
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	Oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
CDD	DURVILLE	SABINE		
PU-PH	FAURE	PATRICE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PRCE	FITE	ANDRÉE	-	
MCU-PH	GARNAUD	CÉCILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-	
PU-PH	GERMI	RAPHAËLE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	Oui
MCF	GÈZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF Emérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	GONINDARD	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553	Oui
MCF	GRENIÉ	MATTHIAS	LECA – UMR CNRS 5553	
Professeure Emérite	GRILLOT	RENÉE	-	
MCF	GUIEU	VALÉRIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCU-PH	HENNEBIQUE	AURÉLIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	Oui
AHU	IHL	CORDELIA		
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042	
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039	
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	Oui
AHU	LEO	CAROLINE		
MAST	LOGEROT	SOPHIE		
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-	
MCU-PH	MINOVÉS	MÉLANIE	HP2 – INSERM U1042	
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	Oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	Oui
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS	Oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
AHU	PERRIER	QUENTIN		
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
ATER	PEYRONNEL	CÉLIAN		
PU	RACHIDI	WALID	BGE/BIOMICS/ CEA	Oui
PU	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	Oui
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-	Oui
PU-PH	SÈVE	MICHEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
AHU	TRUFFOT	AURÉLIE		
MCF	VANHAVERBEKE	CÉCILE	DPM – UMR 5063 CNRS	
AHU	VITALE	ELISA		
MCF	WARTHER	DAVID	DPM – UMR 5063 CNRS	
Professeur Emérite	WOUESSIDJEWÉ	DENIS	DPM – UMR 5063 CNRS	

**AHU** : Assistant Hospitalo-Universitaire  
**ATER** : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches  
**BCI** : Biologie du Cancer et de l'Infection  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
**CIB** : Centre d'Innovation en Biologie  
**CRI** : Centre de Recherche INSERM  
**CNRS** : Centre National de Recherche Scientifique  
**DCE** : Doctorants Contractuels Enseignement  
**DPM** : Département de Pharmacochimie Moléculaire  
**HP2** : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire  
**IAB** : Institute for Advanced Biosciences  
**IBS** : Institut de Biologie Structurale  
**LAPM** : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes  
**LBFA** : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée  
**LCBM** : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux  
**LCIB** : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie  
**LECA** : Laboratoire d'Ecologie Alpine  
**LPSS** : Laboratoire Parcours Santé Systémique  
**LR** : Laboratoire des Radio pharmaceutiques  
**MAST** : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel  
**MCF** : Maître de Conférences des Universités  
**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**PAST** : Professeur Associé à Temps Partiel  
**PRAG** : Professeur Agrégé  
**PRCE** : Professeur certifié affecté dans l'enseignement  
**PU** : Professeur des Universités  
**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**SyMMES** : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé  
**TIMC-IMAG** : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation  
**UMR** : Unité Mixte de Recherche  
**UVHCI** : Unit of Virus Host Cell Interactions

## REMERCIEMENTS

*Au président du jury,*

Mr le Docteur Serge Krivobok (MCF), veuillez recevoir mes sincères remerciements d'avoir accepté de me faire l'honneur et le plaisir de présider le jury de thèse.

*Au directeur de thèse,*

Mr le Professeur Benoît Allenet (PU-PH), je tiens à vous remercier pour votre accompagnement, votre soutien et votre implication tout au long de ce travail. Un grand merci pour vos conseils, votre aide et votre disponibilité qui ont permis la réalisation de cette thèse.

*Aux membres du jury,*

Mme le Docteur Laura Delcher, merci de m'avoir poussé à étudier ce sujet, merci pour ton aide au cours de la rédaction de cette thèse et merci pour ta confiance. Et surtout merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Marion Perez, merci pour ton implication et tes conseils qui m'ont permis d'amener une plus-value à ce travail. Merci de me faire l'honneur d'être présente au sein de ce jury.

Jean Sisti, merci pour avoir pris de ton temps pour m'aider dans ce travail. Merci pour ton implication, tes conseils et ta bienveillance. Merci de me faire l'honneur d'être présent au sein de ce jury.

*Aux patients* ayant pris de leur temps pour répondre à l'entretien et pour répondre présent le jour de l'animation.

*Aux professionnels de la Maison de Santé - Santé en Vercors* et plus particulièrement à Valérie Mouton, merci pour ta réactivité et ton travail, qui ont permis un bon déroulement de l'animation.

*A mes amis,*

Aux amis Ardéchois, Willy, Tom, Marvin, Mathieu, Amandine, Marien, Audrey, Méric, Sonia et Mareva, merci pour votre présence sans faille durant toutes ces années lycéennes et universitaires.

A mes amis Pharma, Mathieu, Léo, Guillaume, Maxime G, Maxime S, Lucas, Johan et Gautier. Le Naruto Gang, merci pour ces belles années, on s'est quand même bien marré.

A la Coloc du 35 Quai Jongkind, Arnaud et Guillaume, merci pour ces moments partagés.

Perrine et Mathieu, vous êtes de sacrés copains.

*A mes collègues,*

Merci à l'équipe de la Pharmacie Laurier, à l'équipe de la Grande Pharmacie du Touvet, à l'équipe de la Pharmacie du Parc et à l'équipe de la Pharmacie du Val de Lans. Merci pour m'avoir encadré, aidé et formé tout au long de mon cursus. Encore merci pour votre patience.

*A ma famille,*

Maman et Papa, sans vous je ne serais pas là, et sans vous toutes ces années et cette thèse n'existeraient pas. Merci pour votre soutien et votre présence, je vous aime fort.

Mamie et Bernard, merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées dès le plus jeune âge. Je vous en remercie. Je vous aime fort.

Papy, merci pour les moments partagés devant un match de foot, pour une blague pendant un repas et pour tes histoires. Je t'embrasse.

Camille, merci ma grande sœur. Merci pour l'apprentissage des chorégraphies ou des déguisements en tout genre. Plus sérieusement, merci d'être toi, je t'aime fort.

Jeremy, Alice et Flavie. Prenez bien soin de ma sœur.

Papy Milou et Mamie Thérèse, merci pour tout. Je pense fort à vous.

*A ma belle-famille,*

Philippe, une grosse pensée pour vous.

Béatrice, merci pour la relecture de cette thèse. Vous, Lucas, Augustine, Mig, Julia, Amaury et Marius, merci pour tout, vous êtes ma deuxième famille.

*A toi Léonie,*

Il y a cinq ans, nos chemins se sont croisés sur les bancs de la fac.

Nous avons partagé tant de moments intenses et surmonté épreuves et défis. Aujourd'hui, nous faisons face à ce nouveau challenge, sache que ta force m'impressionne. Je suis là et serais là à chaque étape, prêt à affronter l'avenir avec toi. Je t'aime de tout mon cœur, aujourd'hui et pour toujours.

Merci pour ton aide tout au long de ces années et pour la relecture de cette thèse.

Oui *Toco*, je vais parler de toi, merci d'être là petit chat !

# TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>5</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>8</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>11</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>12</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b>	<b>14</b>
<b>LISTES DES UNITÉS</b>	<b>16</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>17</b>
1. La goutte	19
1.1 Épidémiologie	19
1.1.1 Prévalence dans la population générale	19
1.2 Étiologie de la goutte	19
1.2.1 Augmentation de la production de l'acide urique	20
1.2.2 Diminution de l'excrétion de l'acide urique	20
1.3 Les facteurs de risque de la goutte	21
1.3.1 Facteur génétique	21
1.3.2 Hyperuricémie	22
1.3.3 L'âge et sexe	23
1.3.4 L'alimentation	23
1.3.5 Les médicaments	25
1.3.6 Le syndrome métabolique	26
1.3.7 Masse corporelle	26
1.4 Physiopathologie de la goutte	27
1.4.1 Physiopathologie de la crise de goutte	27
1.4.2 Physiopathologie intra-critique	29
1.4.3 Physiopathologie de l'inflammation chronique goutteuse	29
1.5 Clinique	30
1.5.1 Hyperuricémie asymptomatique	30
1.5.2 La crise de goutte	30
1.5.3 Période intra-critique	31
1.5.4 Goutte chronique	31
1.6 Diagnostic	32
1.6.1 Examen microscopique	34

1.6.2 Critères cliniques	35
1.6.3 Critères biologiques	36
1.6.4 Imagerie	37
1.6.4.1 Radiographie	37
1.6.4.2 Échographie	37
1.6.4.3 Tomodensitométrie (TDM)	39
1.6.4.4 Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM)	40
1.7 Les complications de la goutte	40
1.7.1 Atteinte cutanée	40
1.7.2 Atteinte articulaire	41
1.7.3 Atteinte rénale	41
1.7.3.1 La lithiase urique	42
1.7.3.2 Néphropathie uratique aiguë	42
1.7.3.3 Néphropathie uratique chronique	42
1.7.4 Atteinte cardiaque	43
1.8 Prise en charge et suivi d'un patient goutteux	44
1.8.1 Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte	44
1.8.2 Prise en charge non médicamenteuse	46
1.8.3 Prise en charge médicamenteuse	47
1.8.3.1 Traitement de la crise	48
1.8.3.2 Traitement de fond	56
1.8.4 Suivi du patient	63
2. L'éducation thérapeutique des patients atteints de la goutte	64
<b>MÉTHODE</b>	<b>68</b>
1. Enquête qualitative	68
1.1 Sélection des patients	68
1.2 Recueil des données	69
1.3 Analyse des données	69
2. Construction de l'animation d'éducation thérapeutique	69
2.1 Construction de la séance	69
2.2 Mise en œuvre et preuve de concept	70
<b>RÉSULTATS</b>	<b>71</b>
1. Enquête qualitative	71

1.1 Perception de la maladie	72
1.2 Les causes de la maladie	74
1.3 Les moyen de prévention	76
2. Animation d'éducation thérapeutique	77
2.1 Construction de la séance	77
2.2 Mise en œuvre et évaluation	78
<b>DISCUSSION</b>	<b>80</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>86</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>91</b>
1. ANNEXE 1 : Séance d'animation	91
1.1 Tract pour présenter l'animation	91
1.2 Grille des objectifs	92
1.3 Module 1 : Physiopathologie de la maladie	93
1.4 Module 2 : Facteurs de risques	95
1.5 Module 3 : Mes lignes de conduite	99
1.6 Fiche évaluation patient - Questionnaire de satisfaction	102
1.7 Grille observation par un tiers	104
1.8 Fiche patient « Ma fiche sur la goutte »	105
2. ANNEXE 2 : Enquête qualitative	106
2.1 Guide pour l'entretien	106
2.2 Retranscription des entretiens	106
Entretien 1 - Domicile	107
Entretien 2 - Officine	113
Entretien 3 - Officine	121
Entretien 4 - Officine	127
Entretien 5 - Bureau du patient	139
<b>SERMENT DE GALIEN</b>	<b>144</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Recommandations EULAR pour le diagnostic de goutte.....	33
Tableau 2. Score de diagnostic élaboré par Janssens (35).....	36
Tableau 3. Posologie des AINS .....	49
Tableau 4. Posologie des corticoïdes .....	51
Tableau 5. Posologie de la colchicine en fonction de l'indication souhaitée.....	53
Tableau 6. Posologie du canakinumab.....	55
Tableau 7. Posologie de l'allopurinol. ....	57
Tableau 8. Dose maximale d'allopurinol en fonction de la clairance de la créatinine. .....	58
Tableau 9. Posologie du fébuxostat.....	59
Tableau 10. Posologie du probénécide. ....	60
Tableau 11. Posologie de la benzbromarone. ....	62
Tableau 12. Caractéristiques des patients de l'étude .....	71
Tableau 13. Caractéristiques des entretiens .....	71
Tableau 14. Grille des objectifs lors de la séance. ....	92

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Régulation de l'uricémie. ....	21
Figure 2. Principe de formation des cristaux d'urate ou d'acide urique soluble selon l'uricémie. ....	23
Figure 3. Classement des aliments à proscrire, à limiter ou à favoriser/préférer.....	25
Figure 4. Représentation schématique de l'inflammation uratique au cours du temps. ....	27
Figure 5. Tophus du pavillon de l'oreille droite. ....	29
Figure 6. Arthrite de la première articulation métatarso-phalangienne .....	31
Figure 7. Cristaux d'urate monosodique de forme effilée à bouts pointus à biréfringents forte et négative en lumière polarisée .....	35
Figure 8. Aspect échographique du double contour au cours de la goutte. Aspect en double contour (tête de flèche) au niveau de plusieurs articulations. Noter, par comparaison avec une MTP1 normale, une deuxième bande hyperéchogène présente à différent degré d'an .....	38
Figure 9. Scanner double énergie (reconstruction 3D) mettant en évidence de multiples dépôts d'urate (en vert) dans le cadre d'une polyarthrite goutteuse sévère .....	39
Figure 10. Aspect de la distribution des tophi sur la face dorsale des mains. Voir la rétraction du troisième doigt droit et le grand tophus de la métacarpo-phalangienne du deuxième doigt, en déviation ulnaire .....	41
Figure 11. Prise en charge de la goutte .....	47
Figure 12. Principe de la baisse lente de l'uricémie dans la prévention de crise de goutte modérée .....	56
Figure 13. Logigramme des résultats .....	72
Figure 14. Tract « Éducation thérapeutique. La goutte, venez en parler ».....	91
Figure 15. Module 1 : Fiche à trous à compléter pour décrire la physiopathologie de la maladie.....	94
Figure 16. Module 2 : Deux jeux de cartes pour prendre conscience des facteurs de risques. ....	98
Figure 17. Module 3 : Le coloriage de bulles où sont inscrites des solutions pour la prise en charge de la maladie.....	101
Figure 18. Fiche autoévaluation patient et questionnaire de satisfaction. ....	103

Figure 19. Grille observation par un tiers.....	104
Figure 20. Fiche patient "Ma fiche sur la goutte" .....	105
Figure 21. Guide entretiens semi-directifs pour les patients goutteux.....	106

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

MTP	Méta-Tarso-Phalangienne
ETP	Éducation thérapeutique du patient
SFR	Société française de rhumatologie
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
HGPRT	Hypoxanthine-Guanine PhosphoRibosyl-Transférase
G6PD	Glucose-6-Phosphate Déshydrogénase
ATP	Adénosine Triphosphate
FJHN	Néphropathie Hyperuricémique Familiale Juvénile
R5P	Ribose-5-Phosphate
IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
PNN	PolyNucléaires Neutrophiles
UMS	Urate Mono Sodique
IL-1 $\beta$	Interleukine 1 Bêta
IPD	InterPhalangiennes Distales
CRP	Protéine C Réactive
VS	Vitesse de Sédimentation
DC	Double Contour
TDM	TomoDensitoMétrie
DECT	Dual-Energy Computed Tomography
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
AVC	Accidents vasculaires cérébraux
THU	Traitement HypoUricémiant

AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
COX	Cyclo-OXygénase
IPP	Inhibiteur de la Pompe à Protons
MTE	Marge Thérapeutique Étroite
ARA II	Antagonistes des Récepteurs à l'Angiotensine II
HTA	Hypertension Artérielle
DT2	Diabète de Type 2
NYHA	New York Heart Association
CYP3A4	CYtochrome P450 3A4
AVK	Anti Vitamine K
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire
pH	Potentiel Hydrogène
DFGe	Débit de Filtration Glomérulaire estimé
IPP	Inhibiteur de la Pompe à Protons
DRESS	Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms
TSH	Taux Sanguin de Thyroestimuline
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
ATU	Autorisation Temporaire d'Utilisation
HBA1c	Hémoglobine glyquée
BPM	Bilan Partagé de Médication
BPPC	Bonnes Pratiques de Pharmacie Clinique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
QUILAM	Questionnaire d'identification des leviers pour accompagner l'adhésion du patient à son traitement médicamenteux
ORL	OtoRhinoLaryngologie

## LISTES DES UNITÉS

μmol	Micromole
mg	Milligramme
kg	Kilogramme
L	Litre
g	Gramme
j	Jour
h	Heure

## INTRODUCTION

La goutte est un rhumatisme inflammatoire chronique mal connu et mal compris, dont la prévalence ne cesse d'accroître (1). Elle s'articule de phases de latences et de phases inflammatoires : la crise de goutte ou l'accès goutteux. La goutte est en réalité une maladie liée à une surcharge en acide urique dans le sang qui conduit à l'hyperuricémie. Cela entraînera ensuite des dépôts de cristaux d'urate de sodium dans les articulations et les tissus. A court terme, ces derniers sont responsables d'une « crise de goutte » très douloureuse qui touche les articulations du membre inférieur, comme l'articulation métatarso-phalangienne (MTP). A plus long terme, on observe chez ces patients des douleurs articulaires chroniques pouvant conduire à un handicap, de l'hypertension artérielle, des tophi, des complications rénales ou cardiovasculaires.

La prise en soin repose d'une part sur des mesures hygiéno-diététiques telles que la pratique d'une activité physique adaptée, une hydratation abondante et une perte de poids, si nécessaire. Ainsi que sur la prise de médicaments visant à soulager le patient en cas d'accès goutteux (traitement de crise) ou visant à diminuer le taux d'acide urique dans le sang pour atteindre une uricémie en dessous de 60 mg/L (traitement de fond ou traitement hypouricémiant).

Pour favoriser l'efficacité de cette prise en soin, limiter l'iatrogénie médicamenteuse associée et réduire la survenue d'une crise, le patient doit bénéficier d'un suivi, thérapeutique et éducatif. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est au cœur de ce processus.

Actuellement, malgré les Recommandations de la Société Française de Rhumatologie (SFR) de 2020, la prise en charge de la goutte reste globalement insuffisante (1). En effet, la mauvaise image que la goutte renvoi ; la croyance en une pathologie aiguë plus que chronique ; ainsi qu'une diffusion d'information inadaptée sur la prévention ne permettent pas une prise en charge optimale.

Aujourd'hui, le pharmacien d'officine, professionnel de santé ancré dans le territoire, travaille en étroite proximité avec le patient et en collaboration avec d'autres professionnels de santé compétents (médecins, infirmier(e)s, diététicien(ne)s).

Parfois, ce travail interprofessionnel peut se faire au sein d'une même unité comme les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). De plus, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 ; la convention nationale pharmaceutique de 2012 et ses avenants ainsi que le travail des syndicats et des sociétés savantes, ont permis d'inscrire les soins pharmaceutiques dans la pratique. Ces derniers visent à renforcer la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient (1,2). En effet, son rôle est extrêmement important dans l'éducation thérapeutique du patient, qui est un outil très performant face aux pathologies chroniques. L'éducation thérapeutique permet au patient d'acquérir des connaissances et des compétences dont ils ont besoin dans la gestion de leur maladie (5,6). Cependant, il n'existe pas de programme formalisé visant la goutte, comme nous pouvons l'observer pour d'autres pathologies chroniques comme l'asthme ou le diabète. La goutte ne faisant pas partie des affections de longue durée définies par l'Assurance Maladie n'est, de fait, pas une cible « classique » des programmes d'ETP. De plus, le patient goutteux est une bonne cible d'ETP étant donné que la goutte est le seul rhumatisme inflammatoire duquel le patient peut guérir moyennant la prise d'un traitement au long cours adapté (7).

Dans cette situation, l'objectif de cette thèse est de mettre en place un dispositif éducatif afin de permettre aux patients goutteux de devenir acteurs de leur pathologie.

Cette thèse sera divisée en deux parties :

Dans une première partie, nous envisagerons la goutte dans son ensemble, les facteurs de risque de la maladie, la physiopathologie, le diagnostic et sa prise en charge.

Dans une deuxième partie, nous construirons l'ingénierie de formation à destination des patients. Dans un premier temps, nous réaliserons une analyse de besoins auprès de patients goutteux. Cela nous permettra de définir les objectifs de notre dispositif éducatif, puis nous pourrons construire les modules de l'animation. Enfin, nous effectuerons un prétest, ce qui nous permettra de l'évaluer.

# **1. La goutte**

La goutte est une arthropathie microcristalline, une maladie de surcharge en acide urique. Elle est la conséquence d'une hyperuricémie, c'est-à-dire, d'un taux d'acide urique dans le sang supérieur à 60 mg/L ou 360 µmol/L (8). La goutte est une maladie chronique qui s'articule par des phases de latences et des phases inflammatoires et douloureuses, on parle de crise de goutte ou d'accès goutteux. Nous verrons qu'il y a deux raisons principales à cette augmentation, soit un défaut d'élimination de l'acide urique, soit un excès d'apport exogènes ou endogènes d'acide urique. Chez certains patients, on retrouve l'association des deux phénomènes.

## **1.1 Épidémiologie**

### **1.1.1 Prévalence dans la population générale**

La crise de goutte est le rhumatisme inflammatoire intermittent le plus fréquent chez l'Homme. Il s'agit d'un rhumatisme affectant 1 à 2% de la population et dont la prévalence semble augmenter (9,10). Pour la France, la prévalence est de 0,9 % (11).

## **1.2 Étiologie de la goutte**

Comme nous l'avons vu précédemment, la goutte et l'hyperuricémie qui en est associée peuvent provenir soit d'une augmentation de la production de l'acide urique, soit d'une diminution de l'excrétion de celui-ci, soit de l'association de ces deux phénomènes. A noter que l'acide urique est éliminé à environ 70% par le rein et 30% par voie digestive (12).

### **1.2.1 Augmentation de la production de l'acide urique**

L'augmentation de la production de l'acide urique peut être :

- d'origine idiopathique
- due à un déficit enzymatique avec accélération de synthèse en purines
- due à un apport excessif en purines par l'alimentation
- due à une augmentation du métabolisme des purines en cas de psoriasis, de syndrome myélo/lymphoprolifératif
- d'origine génétique par un déficit enzymatique avec accélération de synthèse en purines (syndrome de Lesh Nyhan, déficit en hypoxanthine-guanine phosphoribosyl-transférase (HGPRT))
- due à un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD) dans lequel on observe une production excessive de ribose-5-phosphate (R5P)
- due à une accélération de dégradation de l'Adénosine Triphosphate (ATP) tel que les maladies de stockage du glycogène
- due aux chimiothérapies (12)

### **1.2.2 Diminution de l'excrétion de l'acide urique**

La diminution de l'excrétion de l'acide urique peut être :

- due à une origine génétique en lien avec des polymorphismes touchant les transporteurs de l'acide urique
- due à une néphropathie hyperuricémique familiale (FJHN)
- due à une maladie rénale chronique : liée à une réduction de la masse fonctionnelle, à une insuffisance glomérulaire ou à une diminution de la clairance de l'acide urique
- due à l'inhibition de la sécrétion tubulaire d'urates en cas d'acidose lactique, d'acidocétose, de prééclampsie, de prise de salicylates à faible dose, de thiazidiques, de ciclosporines, ...
- due à une augmentation de la réabsorption tubulaire d'urates en cas de déshydratation, de prise de médicaments comme les diurétiques ou de résistance à l'insuline
- due à des mécanismes inconnus comme une exposition au plomb, une hypertension artérielle, une hyperparathyroïdie, une béryllose (12)

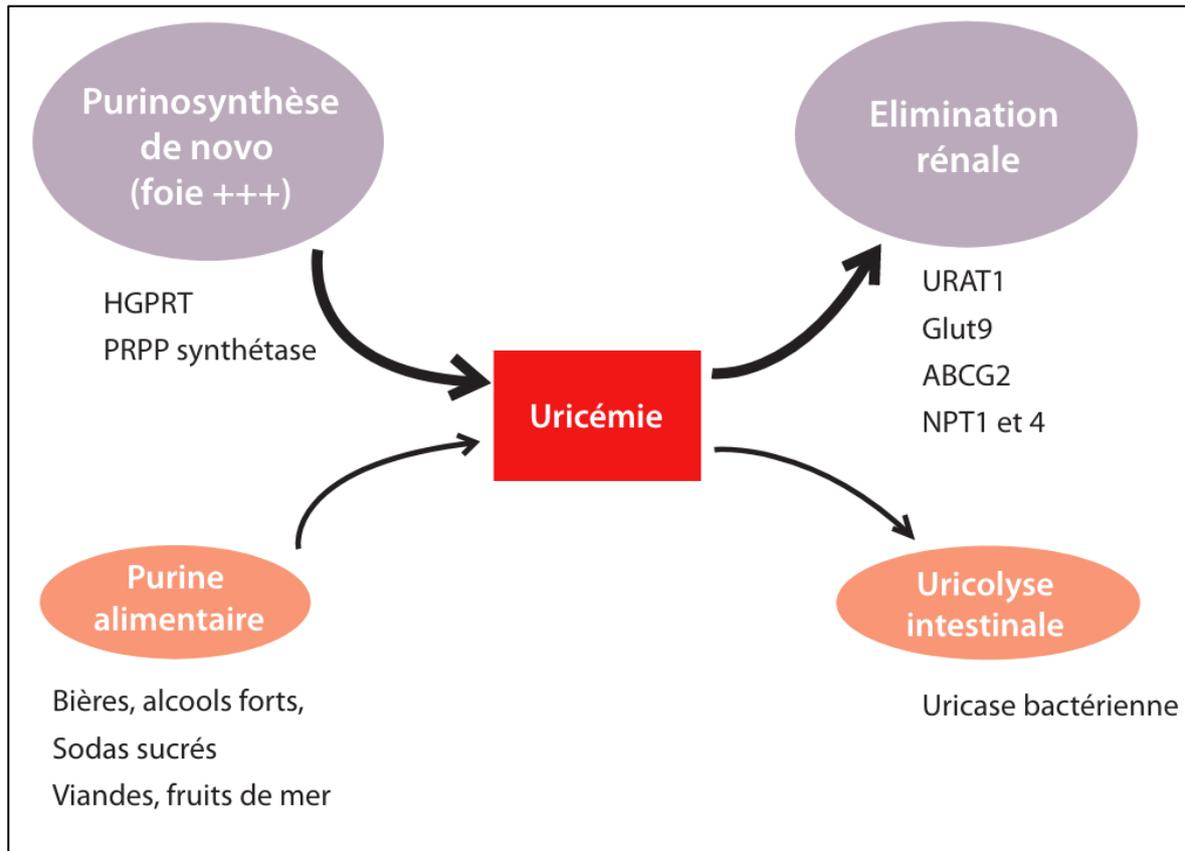


Figure 1. Régulation de l'uricémie (13).

## 1.3 Les facteurs de risque de la goutte

### 1.3.1 Facteur génétique

Le facteur génétique n'est pas à négliger. En effet, environ 40 % des goutteux ont un parent atteint par la maladie (14). Plusieurs gènes avec de rares allèles mutants sont à l'origine de goutte familiale. Les gènes incriminés sont des gènes codants pour des transporteurs rénaux et gastro-intestinaux de l'acide urique ( $SLC_{2A9}/GLUT_9$ ,  $ABCG_2$ ,  $SLC_{22A11}/OAT_4$ ,  $SLC_{22A12}/URAT_1$ ,  $SLC_{17A1}/NPT_1$ ) (15).

L'un des gènes le plus étudié à cet égard est le gène  $SLC_{22A12}$  qui code pour le transporteur  $URAT_1$ . Les mutations peuvent réduire l'activité de ce transporteur et ainsi diminuer l'excrétion rénale de l'acide urique et augmenter le risque d'hyperuricémie et donc de goutte (16).

### 1.3.2 Hyperuricémie

L'hyperuricémie est le principal facteur de risque de la goutte. L'hyperuricémie est caractérisée par une augmentation des taux sanguins en acide urique. La valeur de l'hyperuricémie varie en fonction de l'âge et du sexe de la personne. Généralement, on parle d'hyperuricémie lorsque le taux d'acide urique est supérieur à 420 micromoles par litre ( $\mu\text{mol/L}$ ) ou à 70 milligrammes par litre ( $\text{mg/L}$ ) dans le sang chez l'homme (8), et supérieur à 360  $\mu\text{mol/L}$  ou à 60  $\text{mg/L}$  chez la femme (17). Dans cette thèse, nous prendrons la valeur de 360  $\mu\text{mol/L}$  comme valeur seuil des hyperuricémies. C'est autour de cette valeur que le risque de développer une goutte clinique semble apparaître (8). Cependant, il faut savoir que tout patient ayant une hyperuricémie ne va pas forcément développer de goutte. En effet seulement 10 à 15% d'entre eux peuvent développer la maladie (14).

Cette hyperuricémie peut entraîner une favorisation et/ou aggravation des maladies cardiovasculaires, des difficultés à équilibrer une hypertension artérielle ou être associée à un syndrome métabolique (hyperglycémie, hyperlipidémie, augmentation du périmètre abdominal voir obésité) (18,19). Comme le dit les recommandations de la SFR, il est donc important de dépister et de prendre en charge toutes ces maladies, les facteurs de risques cardiovasculaires, le syndrome métabolique et l'insuffisance rénale chez un patient goutteux (20).

Comme nous pouvons voir sur la figure 1 ci-dessous, au-delà du seuil de 360  $\mu\text{mol/L}$  ou 60  $\text{mg/L}$ , l'acide urique soluble se transforme en cristaux d'urates pouvant déclencher une crise de goutte.

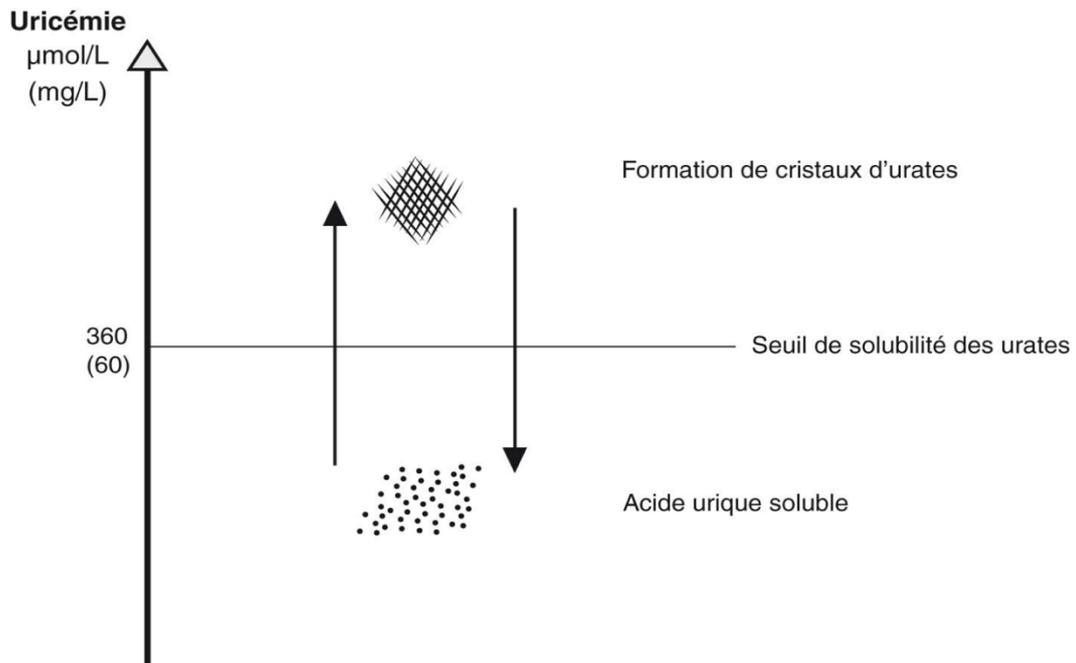


Figure 2. Principe de formation des cristaux d'urate ou d'acide urique soluble selon l'uricémie (11).

### 1.3.3 L'âge et sexe

On observe une augmentation de la prévalence de la goutte avec l'âge (14). En ce qui concerne le sexe, la goutte est une maladie qui touche dix fois plus les hommes que les femmes. Cela s'explique par l'action uricosurique des œstrogènes (21,22). Cependant, cette différence s'atténue avec l'âge. En effet, la femme ménopausée ou sous diurétique a autant de risque d'avoir la goutte à âge égal (23).

### 1.3.4 L'alimentation

Concernant l'alimentation, la consommation de certains aliments élève le taux d'acide urique dans le sang (24). La concentration de purines et la quantité consommée amène à un classement d'aliments à proscrire, à limiter fortement ou à limiter modérément. Les boissons à proscrire sont la bière avec ou sans alcool (13), les alcools forts titrant à plus de 40 degrés (25) tel que le whisky ainsi que les sodas. Il est conseillé de consommer le vin rouge, blanc ou pétillant de façon raisonnable (1 à 2

verres par jour) (26). Globalement, il est donc important de réduire de manière significative la prise d'alcool. Quelle que soit la forme, tous les alcools sont déconseillés.

Le fructose, qui est naturellement présent dans les fruits, dans les jus de fruits ou sous forme ajoutée dans les sodas, se dégrade directement en acide urique. Attention également aux sodas « sans sucre » car certains en sont parfois riches. Une étude à court terme a comparé les différentes formes d'apports en fructose. Elle n'a pas permis de mettre en évidence une forme corrélée à une élévation de l'uricémie, toutes les formes augmentent l'uricémie (27). Cependant, les fruits sont essentiels à notre organisme pour leur apport en fibres, minéraux et vitamines. Il est donc important de consommer des fruits à raison de deux par jour, comme nous le conseille les recommandations.

Il est préférable de limiter la consommation des aliments riches en purine. On retrouve par exemple la viande rouge, les abats, la charcuterie, les fruits de mer, les poissons gras, le fromage affiné et les sucreries. Attention, limiter ne veut en aucun cas dire exclure. En effet, il est important de continuer à consommer une quantité raisonnable de poisson et de viande en suivant les recommandations (28).

Concernant les végétaux, la plupart d'entre eux ne posent pas de problème car les purines végétales ne sont pas dégradées en acide urique (29). Cependant, certains végétaux comme les asperges, les épinards, l'oseille, les champignons, les lentilles et le chou-fleur contiennent de l'acide oxalique. Cet acide oxalique se transforme directement en acide urique et participe à l'augmentation de l'uricémie.

Il faut conseiller aux patients de favoriser la consommation de produits laitiers, de légumes, d'œufs, d'infusion, de café et d'aliments riches en vitamine C sous forme de supplémentation (dès 500 mg/j) ou sous forme de fruits frais, comme la cerise ou la fraise (25). Cette dernière est meilleure pour la santé compte tenu de son niveau élevé de vitamine C et de son faible taux de glucide, qui semblent protéger de la goutte grâce à leur propriété anti-inflammatoire (24,30). Une consommation d'eau est à promouvoir chez les patients goutteux. En effet, un apport hydrique d'au moins deux litres d'eau par jour permettra d'augmenter l'élimination rénale de l'acide urique (29).

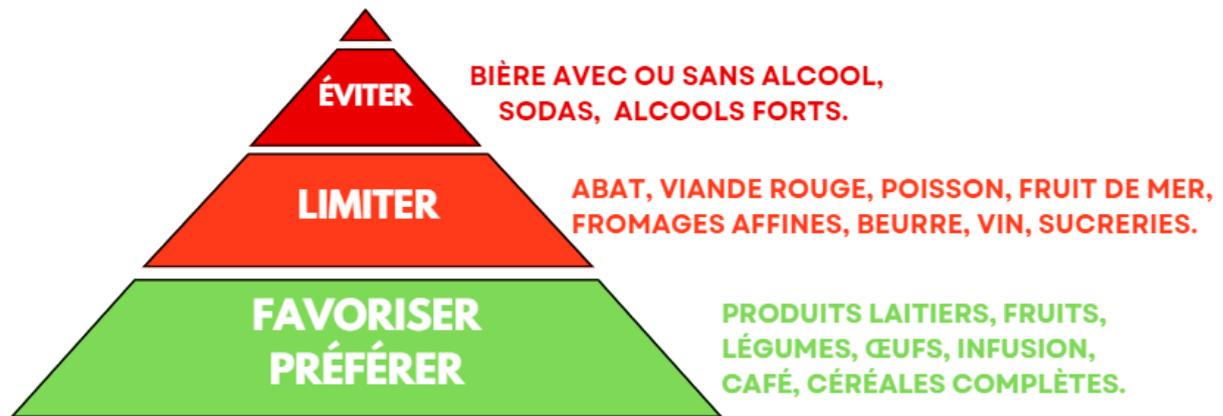


Figure 3. Classement des aliments à proscrire, à limiter ou à favoriser/préférer.

En résumé, il est donc important d'être conscient de l'impact de l'alimentation sur la goutte, que ce soit par la qualité ou la quantité d'aliments consommés. Il reste néanmoins indispensable de manger de façon équilibrée, variée et adaptée à ses besoins. Les patients ne sont pas tous égaux, la consommation de certains aliments peut dépendre de leur sensibilité. De plus, en cas de crise de goutte, il est nécessaire de limiter la consommation de ces aliments pour faciliter la guérison et éviter la récurrence.

La prise de conscience alimentaire et l'hygiène de vie, doivent être amenées de manière non contraignante afin d'obtenir une meilleure coopération des patients et un changement d'habitudes sur du long terme. Il est intéressant de rappeler que l'alimentation est un facteur de risque externe et modifiable sur lequel le patient peut être acteur.

### 1.3.5 Les médicaments

Plusieurs médicaments peuvent être responsables d'une hyperuricémie iatrogène. Les principaux médicaments incriminés sont les diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide, pirétanide) (23), les diurétiques thiazidiques (hydrochlorothiazide, méthyclothiazide, cyclétanine, indapamide) (31), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), l'aspirine à faible dose, le pyrazinamide, la ciclosporine et l'éthambutol. Leurs interactions avec les transporteurs peuvent entraîner une hyperuricémie.

### **1.3.6 Le syndrome métabolique**

Un syndrome métabolique est diagnostiqué chez un patient si celui-ci dispose d'au moins trois des cinq critères suivants : un périmètre abdominal supérieur à 94 cm chez les hommes et supérieur à 80 cm chez les femmes ; un taux de triglycérides à jeun supérieur à 1,7 mmol/l ou à 150 mg/dl ; un taux de HDL-cholestérol supérieur à 1,03 mmol/l ou 40 mg/dl chez l'homme et 1,29 mmol/l ou 50 mg/dl chez la femme ; une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 130 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 85 mm Hg ; un taux plasmatique de glucose à jeun supérieur à 6,1 mmol/l soit 110 mg/dl ou 5,6 mmol/l soit 100 mg/dl (32).

L'hyperuricémie et la goutte sont fortement associées au syndrome métabolique. Cette association peut s'expliquer par l'hyperinsulinisme, c'est-à-dire, une augmentation de la sécrétion d'insuline par le pancréas. Cette insuline va permettre la réabsorption tubulaire d'urate et va contribuer à l'augmentation de l'acide urique dans le sang (14).

### **1.3.7 Masse corporelle**

L'association entre goutte et obésité est connue depuis très longtemps, on observe chez ces patients une élévation de l'uricémie. C'est pourquoi il faut encourager les patients à pratiquer une activité physique régulière et adaptée (33). Une perte de poids fait diminuer l'uricémie et réduit le risque de goutte (14). Cependant, une perte de poids trop rapide ou un jeûne peuvent déclencher une crise de goutte. En effet, la diminution de la masse musculaire augmente la concentration de purine dans le sang (25).

## 1.4 Physiopathologie de la goutte

La goutte est une maladie de surcharge en acide urique. L'acide urique est le produit final de dégradation des protéines, il n'a pas de rôle physiologique chez l'Homme. Il est éliminé à 70 % par les reins et à 30 % par la flore intestinale où il est transformé en allantoiné par les bactéries intestinales pourvues d'uricase (13).

La goutte est une maladie chronique qui s'articule en plusieurs phases :

- Une phase d'hyperuricémie asymptomatique
- Une phase aiguë : la crise de goutte
- Une phase intra-critique
- Une phase chronique

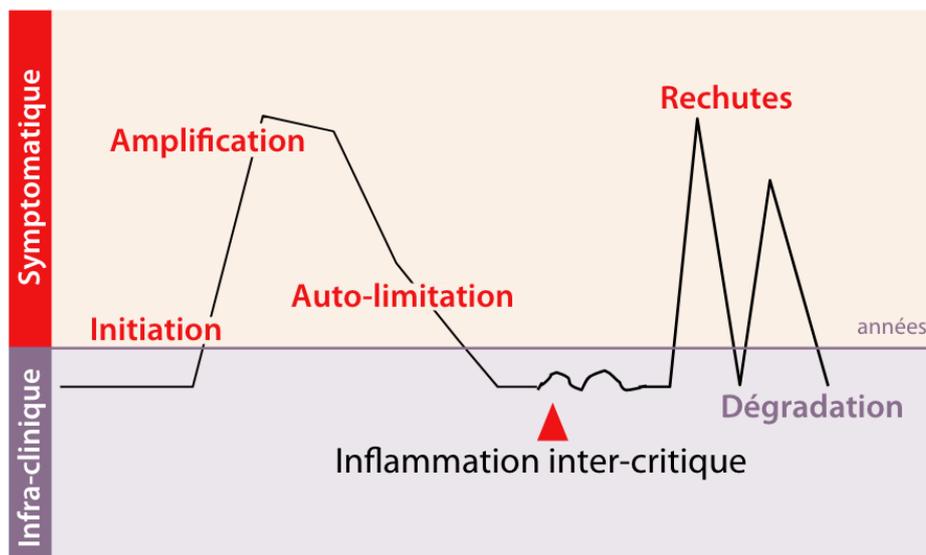


Figure 4. Représentation schématique de l'inflammation uratique au cours du temps (34).

### 1.4.1 Physiopathologie de la crise de goutte

Lors d'une crise de goutte, on observe une réaction inflammatoire causée par la présence de cristaux d'urate monosodique (UMS) au niveau de l'articulation. L'accès goutteux débute brutalement avec une acmé en moins de 24h, une fièvre parfois élevée et éventuellement des frissons. Biologiquement, on observe une augmentation sérique des protéines de l'inflammation et une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (PNN) (34). La crise cède généralement en une dizaine de jours, même sans traitement.

- **Le déclenchement et mécanisme de la crise de goutte**

Même si l'hyperuricémie reste le facteur essentiel au développement de la goutte et aux crises associées, d'autres facteurs peuvent déclencher ces crises :

- un traumatisme
- un excès alimentaire
- un excès d'alcool
- une intervention chirurgicale
- une modification du niveau sanguin (hémorragie, transfusion sanguine)
- une infection
- une déshydratation
- une activité physique intense
- une répétition de petits traumatismes
- la prise de médicaments comme par exemple les diurétiques

Lors d'un accès aigu, la présence de cristaux UMS présente un signal de danger. Pour se défendre, le corps va faire intervenir l'immunité innée mais aussi le complexe inflammasome. La réaction immunitaire a lieu en trois étapes :

1. Le déclenchement de l'accès aigu. Lors de celle-ci, les cristaux UMS vont stimuler l'immunité. De ce fait, on retrouvera des macrophages, des neutrophiles, des mastocytes, des synoviocytes A macrophagiques et des cellules dendritiques sur le site de l'inflammation.
2. La phase d'amplification de la réaction inflammatoire avec l'activation de l'inflammasome NALP3. Cela va conduire à la sécrétion de l'Interleukine 1 bêta (IL-1 $\beta$ ) qui joue un rôle prépondérant dans la réaction inflammatoire goutteuse.
3. La résolution spontanée. En effet, malgré la sévérité de la crise, elle est spontanément résolutive en 7 à 15 jours. Cela s'expliquerait par la libération de cytokines anti-inflammatoires ; l'adsorption d'apolipoprotéines sur les cristaux empêchant la réaction ; la diminution de la taille des cristaux et l'inactivation de leur fonction inflammatoire mais aussi par le « switch » monocyte-macrophage qui réduit l'inflammation. La résolution de la crise est un mécanisme actif qui dépend de l'élimination des cellules apoptotiques et de la suppression de médiateurs inflammatoires (34).

### 1.4.2 Physiopathologie intra-critique

Après une crise, on retrouve des cristaux UMS dans le liquide synovial des articulations. Ces derniers ont perdu leur capacité à déclencher une réaction inflammatoire mais peuvent quand même être responsables d'une synovie de bas grade durant cette période (34).

### 1.4.3 Physiopathologie de l'inflammation chronique goutteuse

Chez les patients non traités, on peut voir se développer une arthropathie goutteuse avec des tophi intra et périarticulaires. Le tophus (singulier de tophi) est entouré d'une matrice constituée de lipides, de protéines et de débris calciques. C'est cette matrice qui empêche la réaction inflammatoire. La présence de tophi n'est donc pas douloureuse pour le patient. Sa localisation et sa taille sont variables. Une fois formé, le tophus va croître parallèlement à la dégradation du cartilage. Une fois développé dans la synoviale ou le cartilage, il va favoriser la synovite chronique et détruire os et cartilages.



Figure 5. Tophus du pavillon de l'oreille droite (11).

## **1.5 Clinique**

L'évolution de la goutte se déroule en trois étapes. On va d'abord avoir une phase asymptomatique, le patient présentera seulement une hyperuricémie. Ensuite, le patient va déclencher des crises de gouttes avec des périodes inter-critiques. Enfin, on parlera de goutte chronique.

### **1.5.1 Hyperuricémie asymptomatique**

Comme son nom l'indique, à ce stade, la maladie est silencieuse. On observe une augmentation de l'acide urique avec formation de dépôts d'acide urique suivie de l'apparition de cristaux UMS sans manifestation clinique pour le patient.

### **1.5.2 La crise de goutte**

Le patient peut sentir qu'une crise de goutte arrive grâce à l'apparition de symptômes appelés prodromes tels que des frissons, un malaise, une irritabilité ou même plus localement des picotements, des crampes musculaires ou une lourdeur. Les caractéristiques de l'accès goutteux sont :

- Une apparition rapide de l'ordre de 6 à 12 heures, plutôt pendant la nuit
- Une articulation rouge vif, gonflée, chaude
- Une articulation ankylosée
- Une douleur intense avec une sensibilité au toucher ou à la pression d'un simple drap
- L'apparition d'une fièvre jusqu'à 39°C
- Une résolution spontanée en une dizaine de jour
- Une résolution accélérée en cas de prise de colchicine

La localisation de la crise est principalement la 1<sup>ère</sup> métatarso-phalangienne (MTP) du gros orteil dans environ 50 % des cas. La crise peut être mono (85 % des cas) (35) ou poly-articulaire. En effet, les autres localisations possibles sont le dessus du pied, la cheville, le genou, les doigts, le coude ou le poignet. Chez le sujet âgé, la crise peut être poly-articulaire et touche préférentiellement les articulations déjà atteintes par l'arthrose comme les articulations interphalangiennes distales (IPD).



*Figure 6. Arthrite de la première articulation métatarso-phalangienne (36).*

### **1.5.3 Période intra-critique**

La période intra-critique est une période située après la crise goutteuse résolue. C'est une phase asymptomatique malgré la présence de cristaux UMS car ils ne sont plus en capacité de déclencher une réaction inflammatoire. Si le patient n'est pas pris en charge, ces périodes intra-critiques vont se raccourcir avec des crises de plus en plus proches. Ces intervalles peuvent disparaître laissant place à une goutte chronique.

### **1.5.4 Goutte chronique**

La goutte chronique est le dernier stade de la goutte. Elle s'installe après cinq à dix ans d'évolution chez les patients non traités. On retrouve chez ces patients une atteinte poly-articulaire : aussi bien les membres inférieurs que les membres supérieurs. Elle se caractérise par la présence de tophus au niveau du pavillon de l'oreille, des coudes, des mains et du tendon d'Achille. Ce stade n'est pas sans conséquence pour le patient car d'autres complications telles que les arthropathies uratiques, les atteintes rénales et les risques cardiovasculaires y sont associées.

## 1.6 Diagnostic

Pour poser un diagnostic de goutte, plusieurs critères plus ou moins spécifiques sont nécessaires. Cependant, la goutte est l'une des rares pathologies rhumatismales avec un signe clinique pathognomonique : la présence de cristaux UMS dans le liquide synovial est le *gold standard* du diagnostic de la goutte. Sa mise en évidence permet à lui seul d'établir un diagnostic certain.

Il existe différentes recommandations diagnostiques de la goutte basées sur différents critères :

- Les critères de Rome (1963)
- Les critères de New-York (1966)
- Les critères de l'American College of Rheumatology (ACR) (1977)
- La classification Chronic Gout Diagnosis (CGD)
- Le score de Nijmegen
- Les recommandations de l'European League Against Rheumatism (EULAR) (2006) actualisées en 2014 pour le diagnostic et la prise en charge de la goutte, puis de nouveau en 2016 pour la prise en charge thérapeutique.

Toutes ces recommandations sont un travail d'organismes médicaux impliqués dans les affections rhumatismales composés de scientifiques, professionnels de santé et de patients.

La goutte peut être confondue avec la pseudo-goutte ou l'arthrite septique. En effet, l'apparition d'une fièvre, voire de frissons et d'une réaction inflammatoire biologique peut faire suspecter une infection articulaire : l'arthrite septique. Pour permettre d'écarter ces deux diagnostics différentiels, la radiographie nous permet d'observer l'arthropathie uratique caractéristique de la goutte (11).

Les dernières recommandations concernant le diagnostic sont celles de l'EULAR. Ce sont des recommandations qui s'appuient sur des recherches, des critères cliniques et aussi biologiques. Les recommandations appuient le diagnostic clinique, en précisant qu'une inflammation brutale d'une articulation avec douleur, érythème et épanchement sont en faveur d'une arthropathie microcristalline. Une confirmation devra être réalisée grâce à une analyse du liquide synovial.

Tableau 1. Recommandations EULAR pour le diagnostic de goutte.

(FR = force de la recommandation)

1	Le diagnostic définitif est basé sur la mise en évidence des cristaux d'urate de sodium dans le liquide articulaire ou la ponction d'un tophus. Sa recherche est recommandée en cas de suspicion de goutte (FR=9).
2	Le diagnostic de goutte doit être évoqué devant toute arthrite aiguë de l'adulte. Lorsque l'analyse du liquide n'est pas possible, les signes cliniques suivant évoquent une crise de goutte : atteinte monoarticulaire du pied (en particulier de la première métatarso-phalangienne) ou de la cheville ; antécédent de crise aiguë similaire ; installation brutale d'une douleur et d'un gonflement (en moins de 24 heures) ; rougeur, sexe masculin ; présence de comorbidités cardiovasculaires et hyperuricémie. Ces signes sont évocateurs sans être spécifiques (FR=9).
3	Il est fortement conseillé d'analyser le liquide articulaire et d'y rechercher les cristaux de tout patient souffrant d'arthrite indéterminée (FR=9).
4	Le diagnostic de goutte ne peut être affirmé devant une hyperuricémie isolée.
5	Lorsque le diagnostic de goutte est incertain et l'identification des cristaux impossible, des explorations par imagerie doivent être effectuées pour rechercher des dépôts d'urate et des éléments de diagnostic différentiels (FR=9).
6	Des radiographies sont indiquées pour rechercher des arthropathies uratiques mais ont peu de valeur pour le diagnostic de la crise de goutte. L'échographie est plus performante pour le diagnostic d'une arthrite aiguë ou chronique goutteuse en mettant en évidence des tophus infracliniques ou le signe de double contour à la surface des cartilages articulaires. Le double contour est très spécifique des dépôts d'urate (FR=8,5).
7	Les causes d'hyperuricémie chronique doivent être recherchées chez tout patient souffrant de goutte : insuffisance rénale chronique ; surpoids ; médicaments (diurétiques, aspirine à faible dose, cyclosporine, tacrolimus) ; consommation excessive d'alcool (en particulier les bières et les alcools forts) ; sodas sucrés ; viandes et crustacés (FR=9).

<b>8</b>	Les comorbidités vasculaires doivent être recherchées chez tout patient goutteux : obésité ; insuffisance rénale ; hypertension ; insuffisance coronarienne ; insuffisance cardiaque ; diabète et dyslipidémie (FR=9).
----------	--

Ces recommandations ont été actualisées en 2018 (37) :

La recherche de cristaux d'UMS dans le liquide synovial ou les tophi est recommandée chez toute suspicion de goutte. Leur mise en évidence suggère le diagnostic définitif de la goutte.
Quand l'analyse du liquide synovial n'est pas réalisable, les critères cliniques suivants : atteinte monoarticulaire du pied (surtout de la première articulation métatarso-phalangienne) ou de la cheville ; épisode similaire antérieur d'arthrite ; accès douloureux d'installation rapide avec gonflement ; érythème ; sexe masculin ; maladies cardiovasculaires associées et hyperuricémie permettent de suggérer un épisode de goutte mais ne sont pas spécifiques.
Lorsque la recherche de cristaux n'est pas envisageable et que le diagnostic est incertain, il est recommandé de rechercher des dépôts de cristaux par imagerie.
Les facteurs de risque d'hyperuricémie chronique (insuffisance rénale chronique, obésité, traitements, consommation excessive d'alcool, consommation de sodas, ...) ainsi que les comorbidités chez les goutteux (obésité, atteinte rénale, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, diabète, dyslipidémies, ...) doivent être évalués systématiquement.

### 1.6.1 Examen microscopique

Comme nous l'avons dit, la présence de cristaux UMS est un signe clinique pathognomonique. Cette identification est réalisée par l'analyse du liquide synovial ou d'une biopsie de tophus à l'aide d'un microscope optique en lumière polarisée. Ce liquide synovial est de préférence ponctionné dans une articulation enflammée pour assurer le diagnostic. Ce sont des longs cristaux en forme d'aiguilles, pointus et biréfringents en lumière polarisée. De ce fait, nous retrouverons un liquide synovial inflammatoire avec une prédominance de polynucléaires neutrophiles.

Malheureusement en pratique, la ponction articulaire n'est pas l'examen le plus souvent utilisé car difficile à mettre en place par les médecins généralistes (38).

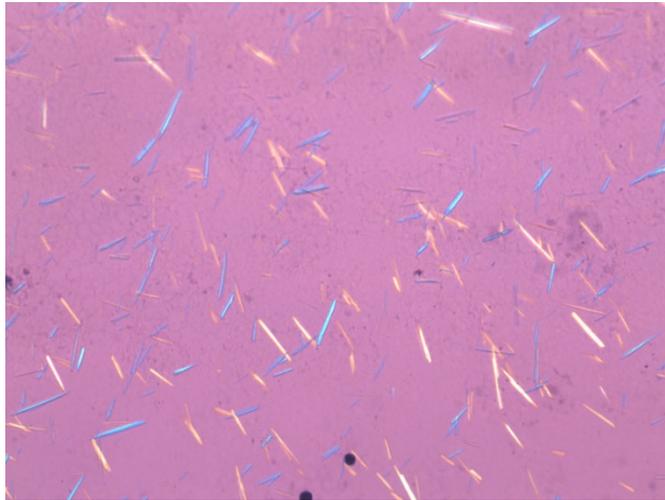


Figure 7. Cristaux d'urate monosodique de forme effilée à bouts pointus à biréfringents forte et négative en lumière polarisée (36).

### 1.6.2 Critères cliniques

Pour aider le diagnostic, on peut s'orienter grâce aux signes cliniques de la crise de goutte mais ce critère ne permet pas à lui seul de confirmer le diagnostic. Au niveau des signes cliniques, on peut retrouver :

- une douleur vive et très intense au niveau de l'articulation atteinte
- un gonflement, une rougeur périarticulaire
- une articulation chaude
- de la fièvre
- une acmé en moins de 24 heures
- une hyperesthésie au niveau de l'articulation
- une limitation de la mobilisation de l'articulation
- une sensibilité à la colchicine, à un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) ou à de la cortisone
- une évolution spontanée en une dizaine de jours

La ponction articulaire et la mise en évidence de cristaux UMS étant difficile à mettre en place, le score diagnostique de Janssens et *al.* permet de préciser une suspicion clinique. En cas de score inférieur à 4, cela permet d'écarter la goutte dans environ

100 % des cas. Entre 4 et 8, des explorations sont nécessaires pour confirmer le diagnostic. Dans 80% des cas présentant un score supérieur à 8, le diagnostic de goutte a été confirmé.

*Tableau 2. Score de diagnostic élaboré par Janssens (35)*

<b>Variable</b>	<b>Score clinique si présence</b>
Sexe masculin	2
Antécédent de crise articulaire	2
Installation en 1 jour	0,5
Rougeur articulaire	1
Atteinte de la 1ère articulation métatarso-phalangienne	2,5
HTA ou autre maladie cardiovasculaire associée	1,5
Uricémie supérieure à 350 mmol/L	3,5

### **1.6.3 Critères biologiques**

Lors d'une crise de goutte, il n'est pas spécifique de réaliser un dosage de l'acide urique dans le sang. En effet, certains patients ont une uricémie dans les normes lors d'un accès goutteux. Cependant, on pourra retrouver biologiquement, une élévation de la protéine C réactive (CRP) attestant d'un syndrome inflammatoire ainsi qu'une augmentation de la vitesse de sédimentation (VS) et du taux de leucocytes. Pendant une crise de goutte, environ 20 % des patients présentent une uricémie normale. Il est donc recommandé d'effectuer ce dosage une à deux semaines plus tard (39). Le dosage de l'uricémie ne doit être réalisé que pour le suivi thérapeutique afin d'évaluer l'efficacité du traitement de fond. Pour finir, un taux d'acide urique élevé dans le sang est une condition nécessaire mais non suffisante.

## **1.6.4 Imagerie**

### **1.6.4.1 Radiographie**

La radiographie présente un intérêt qu'en cas de goutte chronique tophacée. En effet, en cas d'accès goutteux, les radiographies apparaissent normales. Les signes radiologiques sont généralement évocateurs :

- L'apparition de géodes, qui sont des érosions osseuses dans l'os conférant un aspect significatif de trou ;
- Une opacité périarticulaire attribuable à la présence de tophi ;
- Un ostéophyte ou « bec de perroquet » qui est une excroissance osseuse se développant autour de l'articulation ou sur un os,

La présence de ces signes produit une imagerie très évocatrice de la goutte et un pincement articulaire.

### **1.6.4.2 Échographie**

L'échographie peut être contributive dans le diagnostic de l'accès goutteux. On retrouve deux signes échographiques spécifiques de la goutte :

- un aspect de double contour (DC) caractérisé par un épais liseré hyperéchogène à la surface du cartilage correspondant à des dépôts uratiques. Ce signe d'une faible sensibilité est quasiment pathognomonique de la goutte. Chez les patients avec arthropathie sévère, il peut ne pas être visualisé du fait de la diminution de l'épaisseur du cartilage. Par ailleurs, certains pièges sont à connaître (10).

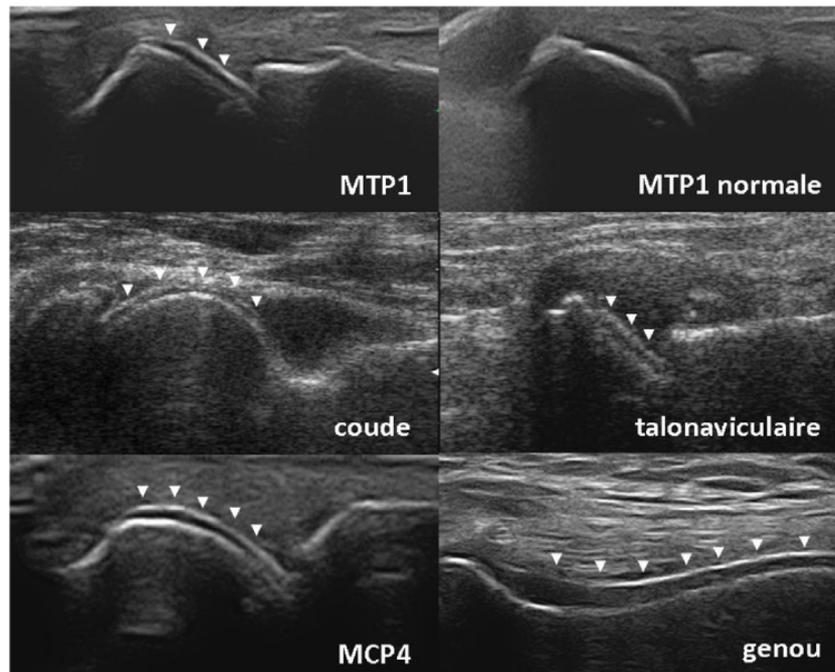


Figure 8. Aspect échographique du double contour au cours de la goutte. Aspect en double contour (tête de flèche) au niveau de plusieurs articulations. Noter, par comparaison avec une MTP1 normale, une deuxième bande hyperéchogène présente à différent degré d'an (10).

- un aspect échographique en « tempête de neige » correspondant à un aspect hétérogène du liquide articulaire avec quelques dépôts nodulaires hyperéchogènes signant la présence de tophi intra-articulaires.

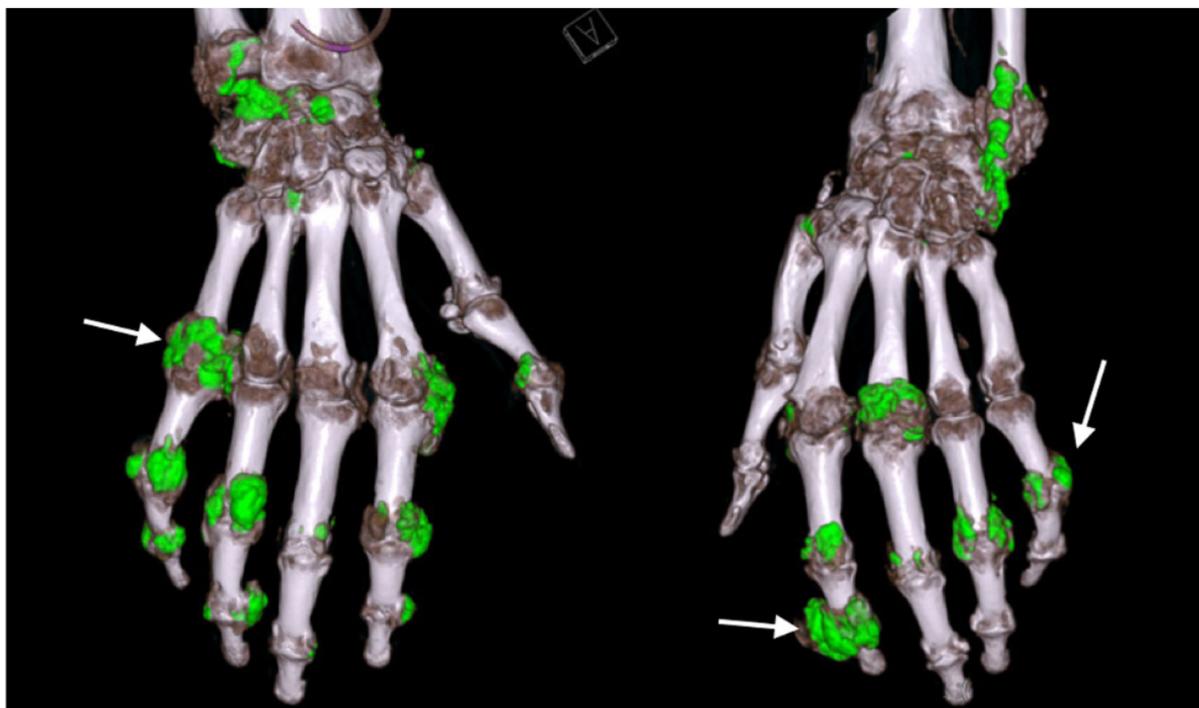
Ces deux signes ont une excellente spécificité pour le diagnostic de la goutte, proche de 100 %.

De plus, l'échographie permet d'analyser et de réévaluer les gestes à visée diagnostique ou thérapeutique. On peut observer la régression ou la disparition totale des lésions sous traitement hypouricémiant (40).

### 1.6.4.3 Tomodensitométrie (TDM)

La tomodensitométrie ou le scanner a peu été étudié dans le diagnostic de la goutte. Néanmoins, il semblerait que la présence de lésions nodulaires de densité supérieure ou égale à 160 unités Hounsfield soit pathognomonique de tophus goutteux. Les TDM multi coupes pourraient également avoir leur intérêt dans la reconnaissance de dépôts para-articulaires (35).

Plus récemment, le scanner double énergie Dual-Energy Computed Tomography (DECT) a montré des performances diagnostiques intéressantes même si celui-ci reste peu utilisé par les rhumatologues par manque d'expérience et d'une disponibilité plus faible comparée à celle de l'échographie. Pour faire simple, grâce à un logiciel dédié et en appliquant le filtre « goutte », les dépôts d'acide urique apparaissent de couleur verte. Grâce au DECT, on peut proposer une quantification du volume des dépôts uratiques d'une région (41).



*Figure 9. Scanner double énergie (reconstruction 3D) mettant en évidence de multiples dépôts d'urate (en vert) dans le cadre d'une polyarthrite goutteuse sévère (41).*

#### **1.6.4.4 Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)**

L'utilisation de l'IRM est recherchée pour une goutte chronique avec la détection précoce de tophi. De plus, l'IRM semble avoir une meilleure sensibilité pour détecter les érosions que l'échographie. On ne détecte pas les cristaux en IRM. En pratique, le manque relatif de spécificité et son coût en font une technique peu utilisée (42).

### **1.7 Les complications de la goutte**

Comme nous l'avons vu, la complication à court terme de l'hyperuricémie est la crise de goutte. A long terme, on retrouve d'autres complications chroniques. Les cristaux sont en effet responsables des tophi, d'arthropathies articulaires, de lithiases rénales et de néphropathies mais aussi de complications cardiovasculaires.

#### **1.7.1 Atteinte cutanée**

La présence de tophus est symbolique d'une goutte chronique. Elle porte le nom de goutte tophacée (43). Le tophus est indolore, composé de dépôts d'urate de taille variable. On les retrouve seuls ou réunis formant une masse irrégulière. Leur site d'apparition est sur le pavillon de l'oreille, sur le coude, sur les orteils, sur les poignets, sur le tendon d'Achille. On peut observer de rares cas de tophus au niveau de la main comme vous pouvez le voir sur la figure 9. Lors d'une goutte tophacée, le nombre et le volume des tophi va augmenter et devenir invalidant pour le patient.



Figure 10. Aspect de la distribution des tophi sur la face dorsale des mains. Voir la rétraction du troisième doigt droit et le grand tophus de la métacarpo-phalangienne du deuxième doigt, en déviation ulnaire (43).

### **1.7.2 Atteinte articulaire**

La répétition des crises ainsi que les dépôts chroniques uratiques détériorent progressivement les articulations. Les inflammations chroniques entraînent l'érosion et la répartition de façon irrégulière du cartilage et de l'os. On va observer des déformations articulaires pouvant provoquer un handicap. On parle alors d'arthropathie uratique. Il semble que ce phénomène puisse épargner les articulations proximales comme les hanches et les épaules.

### **1.7.3 Atteinte rénale**

L'atteinte rénale est une complication à prendre au sérieux. En effet, l'acide urique en excès peut être délétère pour le rein de trois façons : une néphropathie uratique aiguë, une lithiase urique ou une néphropathie uratique chronique.

### **1.7.3.1 La lithiase urique**

La formation de lithiases composées d'acide urique précipitant rapidement dans les voies urinaires est favorisée par trois critères : lorsque le pH des urines devient acide ( $\text{pH} < 5$ ) ; une diminution de la diurèse et une hyperuricurie, c'est-à-dire, un excès d'acide urique dans les urines. Bien souvent, les lithiases sont asymptomatiques et l'expulsion du calcul se fait de manière naturelle en raison de la petite taille de celui-ci. Cependant, si le calcul est de trop grande taille, celui-ci peut causer des crises aiguës de colique néphrétique. L'apparition d'une lithiase urique précède dans 40 % des gouttes primitives, une crise de goutte et par conséquent une hyperuricémie (44).

### **1.7.3.2 Néphropathie uratique aiguë**

La néphropathie uratique aiguë est la conséquence d'une hyperproduction et d'une hyperexcrétion rénale de l'acide urique. On retrouve ces phénomènes chez les patients avec lymphomes, leucémie ou maladie lymphoproliférative sous chimiothérapie ou irradiations responsables du « syndrome de lyse tumorale ». Les cellules apoptotiques vont relarguer des purines, responsable de l'augmentation du pool d'acide urique. Ce phénomène est observé généralement quelques jours après un traitement, le patient se plaint de douleurs lombaires. En prévention, il est conseillé d'avoir une bonne hydratation, une alcalinisation des urines et la co-administration d'hypouricémiant en cas de chimiothérapie.

### **1.7.3.3 Néphropathie uratique chronique**

La néphropathie uratique chronique ou néphropathie goutteuse est un ensemble de troubles rénaux causés par une hyperuricémie qui s'accumule dans les tubules rénaux et l'interstitium sur une longue période. C'est une forme d'insuffisance rénale chronique (IRC) caractérisée par le dépôt de cristaux d'UMS dans la médullaire rénale. La présence de ces dépôts va entraîner une réaction inflammatoire au niveau médullaire qui entraînera ensuite un dysfonctionnement endothélial ainsi qu'un épaissement des vaisseaux. Cela va conduire à une IRC chez le patient goutteux.

#### **1.7.4 Atteinte cardiaque**

La goutte peut favoriser ou aggraver les maladies cardiovasculaires telles que des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des maladies coronariennes (14,18).

Les complications cardiovasculaires sont les principales causes de mortalité chez les patients goutteux. Néanmoins, grâce à un traitement par hypouricémiant (THU), la mortalité cardiovasculaire est diminuée de 50 % à 15 ans chez les malades sous THU avec une uricémie à la cible (11). L'hyperuricémie augmenterait la réabsorption tubulaire de sodium. L'équilibre d'une hypertension artérielle peut donc être plus difficile chez un patient atteint d'hyperuricémie. Récemment, des études montrent que la goutte semble être un facteur de risque indépendant pour toutes les causes de mortalité et de morbi-mortalité des maladies cardiovasculaires (45).

## 1.8 Prise en charge et suivi d'un patient goutteux

### 1.8.1 Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte

- **Traitement des crises de goutte**

#### 7 Prérequis de la décision thérapeutique

*C. Le choix du traitement de la crise de goutte dépend des comorbidités (maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale, diabète, ulcère gastroduodéal, infections) ; des antécédents d'intolérances médicamenteuses ; des interactions médicamenteuses potentielles ; du nombre et du type d'articulations touchées.*

Ce principe souligne que la prise en charge de la crise de goutte nécessite une approche globale (1).

#### 8 Moyens thérapeutiques

*D. Les médicaments qui peuvent être utilisés pour le traitement de la crise sont : la colchicine, les AINS per os, la corticothérapie orale ou intra-articulaire, et les inhibiteurs de l'IL-1. D'autres moyens peuvent être associés : repos et glaçage articulaire, médicaments antalgiques.*

Ce principe énumère les divers traitements anti-inflammatoires disponibles pour le traitement des crises de goutte. Les options de première ligne sont la colchicine, les AINS et les corticoïdes qui peuvent être utilisés seuls ou en association. Comme il n'existe actuellement pas de données d'efficacité suffisantes pour justifier l'utilisation préférentielle d'un traitement par rapport aux autres, le choix est principalement orienté par la tolérance des médicaments et/ou leurs contre-indications (1).

#### 9 Recommandations

- 1. La colchicine doit être initiée le plus tôt possible, idéalement dans les 12 premières heures, à la posologie suivante : 1 mg dès le début de la crise, suivi de 0,5 mg une heure plus tard, et poursuivie les jours suivants à 0,5 mg x 2-3/jour en fonction de l'évolution. La diarrhée est le premier signe de toxicité et*

*doit faire diminuer ou arrêter le traitement. La posologie de la colchicine doit être diminuée chez l'insuffisant rénal et en cas de co-prescription de médicaments qui interfèrent avec son métabolisme (<https://www.drugbank.ca/drugs/DB01394>).*

- 2. La corticothérapie orale doit être prescrite à la dose de 30 à 35 mg/j (équivalent prednisolone) pendant 3-5 jours. Elle est déconseillée en cas de diabète de type 2 ou d'hypertension artérielle déséquilibrée. La corticothérapie intra-articulaire doit être privilégiée pour le traitement d'une arthrite facilement accessible à un geste local.*
- 3. Les AINS doivent être prescrits per os et sur une courte période, le temps de la crise. Ils doivent être évités en cas d'insuffisance rénale stade 3-5 ou de maladie cardiovasculaire sévère.*
- 4. Les inhibiteurs de l'IL-1 doivent être initiés en milieu hospitalier, et réservés aux cas d'échec ou de contre-indication aux AINS, aux corticostéroïdes et à la colchicine. Ils sont contre-indiqués en cas d'infection et doivent faire surveiller les polynucléaires neutrophiles.*

- **Le traitement hypouricémiant**

- 1. Un traitement hypouricémiant permanent est indiqué dès que le diagnostic de goutte est retenu. (accord du groupe de travail  $9,75 \pm 0,65 / 10$ , niveau de preuve 4, recommandation de Grade D)*
- 2. L'uricémie doit être abaissée à moins de  $360\mu\text{mol/L}$  ( $60\text{mg/L}$ ) et si possible à moins de  $300\mu\text{mol/L}$  ( $50\text{mg/L}$ ), chez tous les goutteux. Une fois la cible atteinte, le traitement doit être maintenu, et l'uricémie doit être contrôlée une à deux fois par an. (accord du groupe de travail  $9,77 \pm 0,45 / 10$ , niveau de preuve 2q,3q, recommandation de Grade B-C)*

3. *Le choix de médicaments hypouricémiants :*

- *Lorsque le débit de filtration glomérulaire (DFGe) est supérieur à 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, le traitement de première ligne est l'allopurinol. La dose initiale d'allopurinol est de 50 à 100 mg/j, à augmenter par palier de 50 à 100 mg toutes les 2 à 4 semaines jusqu'à atteindre l'uricémie-cible.*
- *Lorsque le DFGe est de 30 à 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, il faut utiliser l'allopurinol avec prudence et considérer un traitement alternatif avec le fébuxostat.*
- *Lorsque le DFGe est inférieur à 30 ml/min/1,76m<sup>2</sup>, il faut éviter l'allopurinol et préférer le fébuxostat.*
- *Le fébuxostat est à prescrire avec prudence chez les personnes ayant des maladies cardiovasculaires sévères. (accord du groupe de travail de 9,08 ± 1,04 / 10, niveau de preuve 1b, 4, recommandation de Grade A-D)*

4. *Prévention des crises de goutte induites par l'initiation du traitement hypouricémiant*

5. *Il faut prévenir les crises dès l'instauration du traitement hypouricémiant en associant à la prescription initiale, en l'absence de contre-indication, de 0,5 ou 1 mg par jour de colchicine pendant au moins 6 mois et en augmentant progressivement des doses d'hypouricémiant. (accord du groupe de travail de 9,62 ± 0,79, niveau de preuve 1c, recommandation de Grade A)*

### **1.8.2 Prise en charge non médicamenteuse**

Chez un patient goutteux, les mesures hygiéno-diététiques sont aussi importantes que les médicaments. En effet, comme nous l'avons précédemment vu, des modifications alimentaires doivent être adoptées ; une activité physique adaptée doit être pratiquée (30 minutes de marche rapide, de la natation, de l'aquagym, du vélo) ; et une hydratation de 2 litres d'eau est indispensable. En cas de crise, et pour diminuer la douleur, le patient pourra appliquer du froid par glaçage sur la ou les articulations atteintes à raison de 15 min, 3 fois par jour. Il est conseillé de mettre au repos l'articulation par une immobilisation (38).

### 1.8.3 Prise en charge médicamenteuse

Concernant les traitements de la goutte, on retrouve des traitements de crise et des traitements de fond.

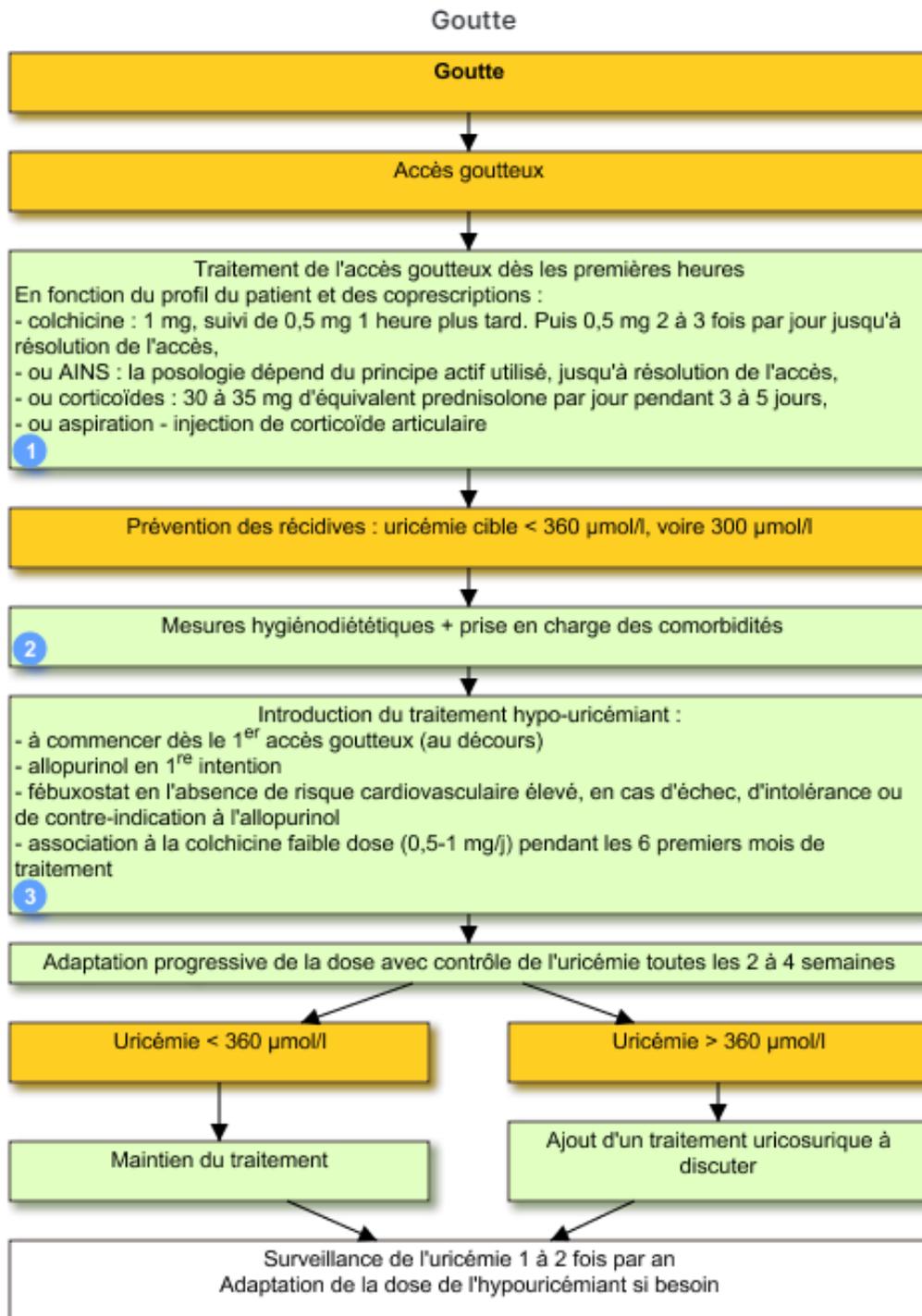


Figure 11. Prise en charge de la goutte (46)

### 1.8.3.1 Traitement de la crise

Le traitement de la crise va permettre de diminuer l'inflammation et de diminuer la douleur associée. Ils pourront être utilisés seuls ou en association. Le traitement doit être pris le plus tôt possible (« comprimé dans la poche ») car plus celui-ci sera efficace et moins la douleur s'installera. Les antalgiques pourront être prescrits pour diminuer la douleur. Le choix du traitement est principalement basé sur la tolérance et/ou les contre-indications en fonction du patient.

#### 1.8.3.1.1 Anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS)

##### Spécialités pharmaceutiques :

Les molécules sont commercialisées sous le nom :

Ibuprofène 200 mg, 400 mg comprimé

Profénid® 50 mg gélule, 100 mg comprimé

Bi Profénid LP 100 mg comprimé sécable, LP 200 mg gélule

Voltarène® 25 mg, 50 mg comprimé enrobé gastro-résistant

Voltarène® LP 75 mg, 100 mg comprimé enrobé

Voltarène® 100 mg suppositoire

Indocid® 25 mg gélule

Indocid® 100 mg suppositoire

Chrono-indocid® 75 mg gélule

##### Mécanisme d'action :

Les AINS inhibent la cyclo-oxygénase dont il existe deux isoenzymes : la cyclo-oxygénase 1 (COX-1) constitutive responsable de la majorité des effets indésirables et la cyclo-oxygénase 2 (COX-2) inductible produisant les prostaglandines pro-inflammatoires.

##### Indication :

Les AINS sont des traitements de première intention de la crise de goutte au même titre que la colchicine. Ils peuvent être utilisés lorsque la colchicine est inadéquate

(contre-indication ou mauvaise tolérance). Ils sont parfois associés à la colchicine, lorsque son efficacité est insuffisante ou pour raccourcir son délai d'action.

Si cela est indiqué, un Inhibiteur de Pompe à Protons (IPP) peut être prescrit.

Posologie :

*Tableau 3. Posologie des AINS*

<b>MOLÉCULE</b>	<b>POSOLOGIE</b>
Ibuprofène	30 mg/kg/j Maximum : 400 mg par prise et 1 200 mg par jour
Kétoprofène	50 à 100 mg par prise Maximum : 200 mg/j L'intervalle entre chaque prise doit être d'au moins 6 heures. Il peut être prescrit en libération prolongée, ce qui permet une administration toutes les 12 heures.
Diclofénac	25 à 100 mg Maximum : 150 mg/j
Indométacine	150 à 200 mg/j répartis en doses fractionnées, modulées en fonction de la réponse et de la tolérance du patient (47).

La durée du traitement est généralement de 5 jours, elle doit être la plus courte possible.

Effets indésirables :

Les effets indésirables liés aux AINS sont des accidents d'hypersensibilité cutanés, hématologiques et hépatiques. Il y a également des troubles digestifs (épigastralgies, nausées, ulcères); des bronchospasmes; une insuffisance rénale aigue fonctionnelle; des effets neurotoxiques (céphalées, vertiges, ototoxicité et trouble visuels sous indométacine), un risque infectieux, un retard à l'accouchement, des accidents thrombotiques avec le diclofénac.

Interactions médicamenteuses :

Il est déconseillé de prendre des anti-inflammatoires avec : du méthotrexate à dose supérieure à 20 mg/semaine; d'autres AINS; des anticoagulants oraux; des héparines; des salicylés à doses anti-inflammatoire et antalgique; et le lithium.

Il faut également être vigilant en cas d'association avec : des antiagrégants plaquettaires, en raison d'un risque d'augmentation du risque hémorragique ; la ciclosporine ; le tacrolimus ; les diurétiques ; les IEC ; les Antagonistes des Récepteurs à l'Angiotensine II (ARA II) ; le méthotrexate à dose inférieure à 20mg/semaine.

#### Contre-indication :

Les AINS sont contre-indiqués en cas d'hypersensibilité ; à partir du 6e mois de grossesse ; en cas de traitement par mifamurtide ; d'hémorragie ou perforation gastro-intestinales ; d'antécédents d'hémorragie ou de perforations digestives ; d'ulcère peptique évolutif ou d'antécédents d'ulcères ; d'ulcère gastro-duodéal ou intestinal ; d'insuffisance hépatique sévère ; d'insuffisance rénale sévère ; d'insuffisance cardiaque congestive avérée (New York Heart Association (NYHA) II-IV) et pour les enfants de moins de 15 ans.

### **1.8.3.1.2 Corticoïdes**

#### Spécialités pharmaceutiques :

Les molécules sont commercialisées sous le nom :  
Cortancyl® 1 mg, 5 mg, 20 mg comprimé sécable  
Solupred® 5 mg, 20 mg comprimé orodispersible  
Prednisolone 5 mg, 20 mg comprimé effervescent

#### Mécanisme d'action :

Les corticoïdes exercent une action anti-inflammatoire en se fixant au récepteur des glucocorticoïdes. Cela entraîne une augmentation de la transcription de lipocortisone, d'IL-10 et d'IkB. Ils possèdent aussi un effet immunosuppresseur par diminution des lymphocytes circulants et de la production d'IFN- $\alpha$  et d'IL-2.

#### Indication :

Les corticoïdes sont indiqués en 1ere intention dans le traitement de la crise de goutte. Notamment, dans les arthrites aiguës graves, chez les insuffisants rénaux et en cas de contre-indication ou d'échec de la colchicine et des AINS.

## Posologie :

*Tableau 4. Posologie des corticoïdes*

<b>MOLÉCULE</b>	<b>POSOLOGIE</b>
Prednisolone	30 à 35 mg/j

La durée du traitement est de 3 à 5 jours (11). La prise de corticoïde est préférable le matin, pendant le petit-déjeuner, en raison de la production endogène de cortisol en début de journée. Les injections intra-articulaires doivent être privilégiées qu'en cas d'arthrite mono-articulaire d'une grande articulation et facilement accessible comme par exemple le genou (48).

## Effets indésirables :

Il est important de noter que la fréquence et la gravité des effets indésirables dépendent de la dose, de la durée du traitement, de la voie d'administration et de la sensibilité individuelle.

La prise de corticoïde peut entraîner la survenue d'un déséquilibre hydrosodé ; de troubles endocriniens et métaboliques (diabète) ; musculosquelettiques (ostéoporose) ; digestifs (ulcère) ; cutanés ; neuropsychiques ; du sommeil ; oculaires ; rénaux ; cardiaques et expose à un risque d'infection (49). Elle peut aussi entraîner la survenue d'une neutropénie, lymphopénie ou thrombocytose (50).

## Interactions médicamenteuses :

Il est déconseillé de prendre de la cortisone en cas d'hypersensibilité ; de diabète de type II et d'hypertension artérielle non contrôlée. Il est également déconseillé de prendre de la cortisone avec de l'aspirine à dose anti-inflammatoire.

Il existe peu d'interactions médicamenteuses avec les corticoïdes. Il faut toutefois être prudent avec les diurétiques et la digitaline. Prudence aussi avec les médicaments abaissant le taux de cortisone dans le sang (rifampicine, carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, primidone) ou diminuant son absorption (les pansements gastriques).

### Contre-indications :

Il est contre-indiqué de prendre de la cortisone en cas d'hypersensibilité ; d'infection patente ; de co-administration avec un vaccin vivant et d'état psychotique non contrôlé.

### **1.8.3.1.3 Colchicine**

Il est important de prendre en compte la marge thérapeutique étroite (MTE) de la colchicine qui peut entraîner des surdosages graves. Ces derniers se manifestent d'abord par des troubles digestifs tels que des diarrhées, des nausées et des vomissements. Ils peuvent par la suite causer une défaillance multiviscérale, incluant des atteintes respiratoires, cardiovasculaires, hématologiques et neurologiques.

Pour minimiser ce risque, il est crucial de respecter les posologies et les contre-indications, de surveiller étroitement les patients prenant ce médicament et de ne pas l'associer à d'autres médicaments qui peuvent augmenter la toxicité.

En cas de surdosage suspecté, une prise en charge médicale immédiate est indispensable pour éviter des complications graves ou mortelles.

### Spécialités pharmaceutiques :

La molécule est commercialisée sous le nom :

Colchicine Opocalcium® 1 mg, comprimé sécable

Colchimax® : Colchicine 1 mg + méthylsulfate de tiémonium 50 mg + poudre d'opium 12,5 mg, comprimé sécable.

### Mécanisme d'action :

La colchicine inhibe la motilité des polynucléaires neutrophiles par effet anti-tubuline. Elle inhibe la phagocytose des cristaux d'acide urique. Elle possède un effet anti-inflammatoire et un effet antalgique.

### Indication :

La colchicine est indiquée en 1<sup>ere</sup> intention dans le traitement de l'accès goutteux, éventuellement associée à un AINS. Elle est également utilisable en prophylaxie des accès aigus de goutte lors de l'instauration du traitement hypouricémiant.

## Posologie :

Tableau 5. Posologie de la colchicine en fonction de l'indication souhaitée.

INDICATION	MOLECULE	POSOLOGIE
En cas d'accès aigu de goutte	Colchicine	1 mg à prendre de préférence le plus tôt possible, dans les 12 heures et jusqu'à 36 heures suivant la crise. Puis 0,5 mg une heure plus tard. Les jours suivants, la posologie sera de 0,5 mg deux à trois fois par jour en fonction de l'évolution des symptômes et/ou d'une éventuelle intolérance.
En prophylaxie associée à un traitement de fond.		0,5 à 1 mg/j pendant 6 mois.

## Effets indésirables :

On retrouve comme effets indésirables fréquents des troubles digestifs comme la diarrhée, la nausée et les vomissements. Peu fréquents, une hématotoxicité, leucopénie, neutropénie, thrombopénie et des troubles neuromyopathiques réversibles à l'arrêt du traitement.

Pour le Colchimax®, le tiémonium peut avoir des effets indésirables anticholinergiques (sécheresse buccale, épaissement des sécrétions bronchiques, diminution de la sécrétion lacrymale, tachycardie, ...)

## Interactions médicamenteuses :

Il est déconseillé de prendre de la colchicine avec des inhibiteurs fort du cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) ou des inhibiteurs de la glycoprotéine P (ciclosporine, clarithromycine, vérapamil, kétoconazole, bêtabloquant, etc.)

Il est contre indiqué de prendre de la colchicine avec des macrolides et de la pristinamycine.

L'utilisation de la colchicine avec des anticoagulants anti-vitamine K (AVK) doit se faire avec prudence en raison d'un risque de majoration de l'effet de ce dernier.

L'utilisation de la colchicine avec des statines doit également se faire avec prudence en raison d'un risque de rhabdomyolyse.

Contre-indication :

La colchicine est contre indiquée en association avec les macrolides (sauf la spiramycine) et avec la pristinamycine.

La colchicine est contre indiquée si le patient présente une insuffisance rénale sévère ou une insuffisance hépatique sévère.

La colchicine est contre indiquée en cas de péricardite aiguë idiopathique survenant au cours de la grossesse.

La spécialité Colchimax® doit être évitée. En effet, l'association de la colchicine et de l'opium peut masquer un risque de surdosage en colchicine qui peut être grave chez les patients (déshydratation).

Concernant la molécule de tiémonium contenu dans le Colchimax®, il est contre indiqué en cas de glaucome à angle fermé, hypertrophie bénigne de la prostate, adénome prostatique et allaitement.

#### **1.8.3.1.4 Anti-interleukine 1 (IL-1)**

Spécialités pharmaceutiques :

La molécule est commercialisée sous le nom : Ilaris® 150 mg/ml solution injectable.

Mécanisme d'action :

C'est un anticorps monoclonal humain dirigé contre l'interleukine-1 bêta (IL-1 $\beta$ ) humaine d'isotype IgG1 / $\kappa$ . Le canakinumab se lie avec une haute affinité à l'IL-1 bêta humaine et neutralise son activité biologique en inhibant son interaction avec les récepteurs à l'IL-1, empêchant ainsi l'activation génique induite par l'IL-1 bêta et la synthèse de médiateurs inflammatoires (51).

Indication :

Traitement symptomatique des patients adultes présentant des crises fréquentes d'arthrite goutteuse (au moins 3 crises au cours des 12 mois précédents) ; chez qui les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et la colchicine sont contre-indiqués,

mal tolérés ou n'entraînent pas de réponse suffisante et chez qui des cures répétées de corticoïdes ne sont pas appropriées.

Posologie :

*Tableau 6. Posologie du canakinumab*

<b>MOLECULE</b>	<b>POSOLOGIE</b>
Canakinumab	150 mg administrés par voie sous-cutanée en dose unique au cours d'une crise. Pour obtenir un effet optimal, il est indispensable de l'administrer le plus tôt possible après le début de la crise. Il est nécessaire de respecter un délai de 12 semaines entre deux administrations.

Effets indésirables :

Les effets indésirables les plus fréquents sont des infections des voies respiratoires (pneumonie, bronchite, grippe, sinusite, ...) ; otorhinolaryngologie (ORL) ; cutanée (cellulite) ; digestive (gastro-entérite) ; urinaire ou gynécologique. On retrouve aussi des vertiges ; des douleurs abdominales hautes ; une réaction au site d'injection ; de l'arthralgie ; des douleurs musculosquelettiques ; dorsalgies ; de la fatigue ; de l'asthénie ; une diminution de la clairance rénale de la créatinine ; de la protéinurie ; une leucopénie et une neutropénie.

Interactions médicamenteuses :

Il n'y a à ce jour aucune étude formelle d'interactions.

Contre-indication :

Le canakinumab est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité et en cas d'infections sévères et évolutives.

### 1.8.3.2 Traitement de fond

Les traitements de fond sont appelés traitements hypouricémiants (THU). Ils visent à diminuer le taux d'acide urique dans le sang. On retrouve les inhibiteurs de l'uricosynthèse et des uricosuriques.

Une fois commencés, les traitements de fond sont des traitements à prendre à vie. Il ne faut en aucun cas les arrêter au risque de voir des crises resurgir. Si nécessaire, le traitement sera augmenté progressivement durant ces 6 mois. En raison des crises que peuvent induire les traitements hypouricémiants, il est recommandé d'associer un traitement par colchicine à la posologie de 0,5 à 1 mg par jour pendant les 6 premiers mois.

Avant toute instauration d'un THU, un dosage de l'uricémie et du DFG est indispensable.

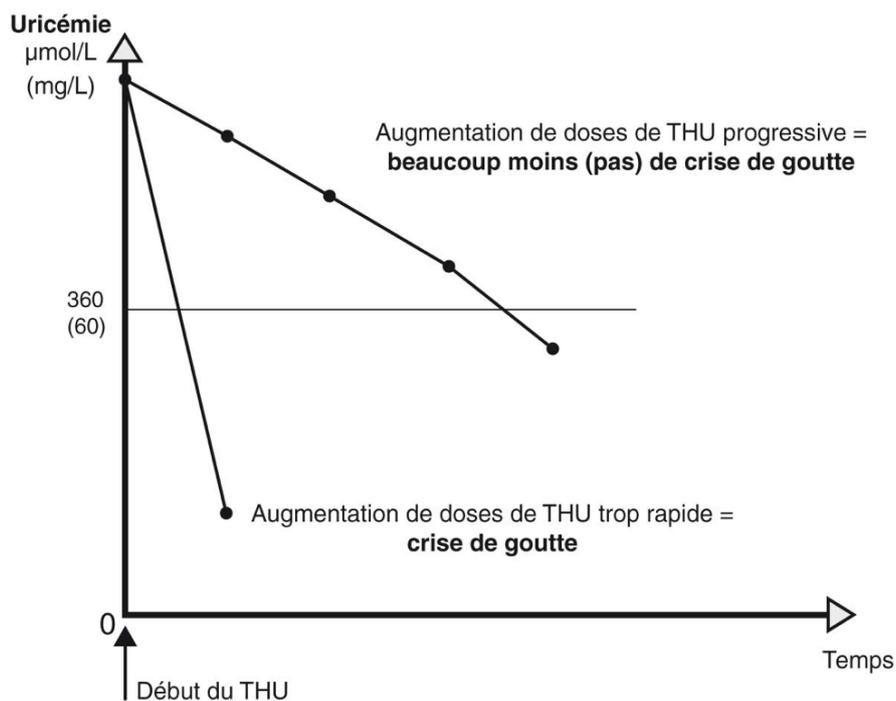


Figure 12. Principe de la baisse lente de l'uricémie dans la prévention de crise de goutte modérée (11).

### 1.8.3.2.1 Allopurinol

#### Spécialités pharmaceutiques :

La molécule est commercialisée sous le nom : Zyloric ® 100 mg, 200 mg, 300 mg, comprimé

#### Mécanisme d'action :

L'allopurinol est un analogue de la purine, c'est un inhibiteur de la xanthine oxydase (XO). L'inhibition de cette enzyme va provoquer une augmentation de la xanthine et de l'hypoxanthine et donc une diminution de l'acide urique (52).

#### Indication :

L'allopurinol est indiqué dans le traitement de fond des hyperuricémies chez le patient atteint de la goutte.

#### Posologie :

L'allopurinol doit être commencé à faible dose pour minimiser l'apparition de crise de goutte et de toxidermie.

*Tableau 7. Posologie de l'allopurinol.*

MOLECULE	POSOLOGIE
Allopurinol	2 à 10 mg/kg/j Maximum : 900 mg/j dans les cas les plus sévères Débuté initialement de 50 à 100 mg/j Augmentation possible toutes les 2 à 4 semaines jusqu'à l'obtention d'une uricémie cible

L'allopurinol peut être utilisé chez l'insuffisant rénal mais sa posologie doit être adaptée.

Tableau 8. Dose maximale d'allopurinol en fonction de la clairance de la créatinine.

Clairance de la créatinine	Dose maximal préconisée
Entre 80 et 100 ml/min	300 mg/j
Entre 40 et 80 ml/min	200 mg/j
Entre 20 et 40 ml/min	100 mg/j
Inférieur à 20 ml/min	100 mg/j

#### Effets indésirables :

L'instauration d'un traitement hypouricémiant peut être fréquemment responsable de crise de goutte.

La prise d'allopurinol peut entraîner des réactions allergiques cutanées rares mais graves : des éruptions cutanées (toxidermies) ou plus rarement, un syndrome de Lyell ou de Stevens Johnson et des syndromes de Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS)) le plus souvent 2 mois après le début du traitement. Une augmentation progressive de la dose d'allopurinol permet d'éviter les effets indésirables cutanés.

L'allopurinol peut être responsable de troubles digestifs, d'hépatite fulminante, d'hématotoxicité (agranulocytose) ainsi qu'une augmentation du taux sanguin de thyroostimuline (TSH).

#### Interactions médicamenteuses :

Il est déconseillé de prendre l'allopurinol en cas de co-prescription par Vidarabine, mercaptopurine et didanosine.

La prise de ce médicament est également déconseillée en association avec le vérapamil, le télaprévir, les inhibiteurs de protéases boostés par le ritonavir, les antifongiques azolés (itraconazole, kétoconazole, voriconazole, posaconazole).

#### Contre-indication :

L'allopurinol est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité ; chez l'enfant de moins de 6 ans ; en cas de grossesse ou d'allaitement ; d'intolérance au gluten et de traitement par azathioprine (53).

### 1.8.3.2.2 Fébuxostat

#### Spécialités pharmaceutiques :

La molécule est commercialisée sous le nom : Adenuric® 80 mg, 120 mg, comprimé

#### Mécanisme d'action :

Le fébuxostat est un inhibiteur non purinique puissant et sélectif de la XO. L'inhibition de cette enzyme va provoquer une augmentation de la xanthine et de l'hypoxanthine et donc une diminution de l'acide urique.

#### Indication :

Le fébuxostat est indiqué en 2ème intention dans le traitement de l'hyperuricémie chronique dans les cas où l'allopurinol est mal toléré ou contre-indiqué.

#### Posologie :

*Tableau 9. Posologie du fébuxostat*

<b>MOLECULE</b>	<b>POSOLOGIE</b>
Fébuxostat	Initiale : 40 à 80 mg/j Augmentation progressive jusqu'à un maximum de 120 mg/j

L'Adenuric® dosé à 80mg n'est pas prévu pour être sécable. Selon les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), il peut toutefois être coupé en 2 ou écrasé (54).

#### Effets indésirables :

L'instauration d'un traitement hypouricémiant peut être fréquemment responsable de crise de goutte. Les effets indésirables fréquents sont des maux de tête, des sensations vertigineuses, des diarrhées, des vomissements et de la dyspnée.

De façon moins fréquente, on peut observer une augmentation de la TSH, un diabète sucré, de l'hyperlipidémie, une diminution de l'appétit, une prise de poids, une diminution de la libido, une insomnie.

Interactions médicamenteuses :

Le fébuxostat est à éviter chez les patients en insuffisance cardiaque d'origine coronarienne. Il doit être prescrit avec prudence chez les patients présentant une altération de la fonction thyroïdienne.

La prise de fébuxostat n'est pas recommandée en cas d'administration concomitante à l'azathioprine ou à la mercaptopurine.

Contre-indication :

Le fébuxostat est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité.

### 1.8.3.2.3 Probénécide

Spécialités pharmaceutiques :

La molécule est commercialisée sous le nom : Santuril® 500 mg, comprimé sécable

Mécanisme d'action :

La probénécide est un agent uricosurique qui inhibe la réabsorption de l'acide urique au niveau du tube contourné proximal de l'anse de Henlé par action enzymatique rapidement réversible. Il augmente l'excrétion urinaire nette de l'acide urique.

Indication :

Les uricosuriques sont indiqués en traitement de l'hyperuricémie chronique en cas de résistance ou d'intolérance à l'allopurinol et au fébuxostat.

Une utilisation en monothérapie ou en association avec un inhibiteur de la xanthine oxydase est envisageable.

Posologie :

*Tableau 10. Posologie du probénécide.*

MOLECULE	POSOLOGIE
Probénécide	Début : 250 mg matin et soir pendant 1 semaine Puis 500 mg matin et soir.

Cette posologie doit être maintenue jusqu'à ce que l'uricémie se normalise et que les dépôts d'urate dans les tissus aient été détruits. Une réduction progressive des doses est possible.

#### Effets indésirables :

Les effets indésirables fréquents sont la gingivite, l'anorexie, les nausées, les vomissements, les ballonnements, les érythèmes, l'exanthème, le prurit et l'alopecie.

#### Interactions médicamenteuses :

Le probénécide est à déconseiller en cas de prise concomitante d'acide acétylsalicylique et de dyprophylline.

#### Contre-indication :

L'utilisation du probénécide est contre indiquée en cas d'hypersensibilité, d'altération de la fonction rénale (DFG<50 ml/min), de diathèse lithiasique, d'association avec le méthotrexate et chez les enfants de moins de 15 ans.

### **1.8.3.2.4 Benzbromarone**

#### Spécialités pharmaceutiques :

La molécule est commercialisée sous le nom : Desuric® 100 mg

#### Mécanisme d'action :

La benzbromarone est un agent uricosurique qui inhibe la réabsorption de l'acide urique au niveau du tube contourné proximal de l'anse de Henlé par action enzymatique rapidement réversible. Il augmente l'excrétion urinaire nette de l'acide urique.

#### Indication :

Le benzbromarone dispose d'une autorisation temporaire d'utilisation nominative (ATU) dans la goutte sévère récidivante à court terme ou tophacée, en cas d'inefficacité ou de contre-indication à l'allopurinol, au fébuxostat et au probénécide.

Posologie :

*Tableau 11. Posologie de la benzbromarone.*

<b>MOLECULE</b>	<b>POSOLOGIE</b>
Benzbromarone	100 à 300 mg/j

La posologie doit être déterminée en fonction de l'uricémie et de l'uraturie qui doivent être contrôlées régulièrement. Elle doit être ajustée de façon à maintenir l'uricémie dans la zone souhaitée. Les comprimés sont à avaler tels quels avec un grand verre d'eau (55).

Effets indésirables fréquents :

Les effets indésirables pouvant survenir sont les crises de goutte, les calculs rénaux, les coliques néphrétiques, une hépatotoxicité, des nausées, des vomissements et des diarrhées.

Interactions médicamenteuses :

Le prise de benzbromarone doit se faire de façon prudente si elle est associée à l'aspirine ou à d'autres salicylés ainsi qu'à la coumadine®.

Contre-indication :

Le benzbromarone est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité, d'altération de la fonction rénale et de calculs rénaux d'acide urique.

### 1.8.4 Suivi du patient

Dès lors qu'un patient a eu les symptômes de la crise de goutte et que le diagnostic est établi, le risque de récurrence est présent. Comme nous l'avons vu, un traitement hypouricémiant doit être mis en place. Lorsque ce traitement est introduit, il est important de contrôler son efficacité par une prise de sang tous les mois pendant la première année puis une à deux fois par an par la suite (20). Il est aussi important de contrôler le DFG du patient.

Une valeur d'uricémie supérieure à 300  $\mu\text{mol/L}$  encourage à réévaluer la prise en charge et l'augmentation de la posologie de l'hypouricémiant. En effet, l'utilisation d'un THU doit faire baisser l'uricémie à moins de 360  $\mu\text{mol/L}$  (60 mg/L) et si possible à moins de 300  $\mu\text{mol/L}$  (50 mg/L). Tout comme un patient diabétique qui doit connaître sa glycémie ou sa dernière valeur d'hémoglobine glyquée (HBA1c), un patient goutteux doit connaître sa dernière valeur d'acide urique. En effet, il aura une bonne perception des enjeux et de la cible à atteindre. Malgré tout, si une crise survient, il est essentiel de traiter rapidement la douleur et l'inflammation.

Le patient doit également être encouragé à modifier son régime alimentaire et à éviter les aliments riches en purines. Une alimentation riche en fruits, légumes et produits laitiers peut aider à réduire les taux d'acide urique dans le sang. Le patient doit être accompagné par une diététicienne s'il en ressent le besoin.

Le suivi régulier d'un patient goutteux est donc essentiel pour prévenir les crises aiguës, réduire le taux d'acide urique dans le sang et minimiser les effets secondaires des traitements.

## 2. L'éducation thérapeutique des patients atteints de la goutte

- **La place du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la goutte**

Aujourd'hui, le pharmacien n'est plus seulement le professionnel exécutant la simple « ordonnance ». La pratique moderne de la Pharmacie entre dans une vision globale de la prise en soin du patient par une intégration biologique, psychologique et sociale. Pour permettre une prise en charge globale du patient, le pharmacien possède un bon nombre d'outils : Act-IP pour les interventions pharmaceutiques, les conciliations médicamenteuses, les Bilans Partagés de Médication (BPM), les entretiens pharmaceutiques, le suivi d'adhésion et les Bonnes Pratiques de Pharmacie Clinique (BPPC).

Le patient étant au cœur de l'action du pharmacien, la définition de soin pharmaceutique prend alors tout son sens. *Les Soins Pharmaceutiques correspondent à l'ensemble des attentions reçues par le patient, résultant de sa relation avec le pharmacien et son équipe. Ces attentions peuvent être préventives, curatives, palliatives et peuvent concerner les produits de santé et/ou les autres déterminants de santé du patient (contexte biomédical, psychologique et social). Les Soins Pharmaceutiques sont prodigués en lien avec les autres professionnels de santé et, le cas échéant, avec les aidants du patient. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie du patient (3,4) .*

Le pharmacien joue également un rôle important dans l'éducation thérapeutique des patients. En effet, en tant qu'expert du médicament, il est en mesure d'expliquer aux patients comment prendre correctement leurs médicaments, comment éviter les interactions médicamenteuses, les effets secondaires et comment surveiller leur état de santé (56).

Concernant la goutte, le pharmacien peut aider les patients à comprendre les analyses biologiques, déceler les potentiels effets indésirables, les accompagner à prendre en charge leur crise et les aider dans la gestion de leur maladie.

De plus, il est important de prendre en compte la sphère biopsychosociale du patient. D'autant plus que la goutte est déterminée par l'alimentation. Ainsi, une consommation de boissons sucrées ou alcooliques et des repas riches en charcuterie, en viande ou en fruits de mer augmentent les risques d'apparition de la maladie. L'environnement et l'entourage du patient, la conception de sa santé, ses objectifs et ses besoins sont donc à prendre en compte pour permettre une prise en charge optimale et sans perte d'adhésion thérapeutique.

Au sein d'une MSP et d'une CPTS, le parcours de soin est centré sur le patient. Le pharmacien a un rôle important car il est le professionnel ayant le plus de contact avec le patient.

En résumé, le pharmacien est un acteur clé de l'éducation thérapeutique des patients, en les aidant à comprendre leur traitement et à prendre en charge leur santé.

- **Éducation thérapeutique du patient (ETP)**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (5).

Un programme d'éducation thérapeutique se planifie en quatre étapes :

- 1- Élaborer un diagnostic éducatif.
- 2- Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage.
- 3- Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance.
- 4- Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement de la séance.

- **Recommandation 2020 de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte : traitement des crises de goutte**

Les recommandations de 2020 mettent l'accent sur l'éducation thérapeutique dans les deux premières recommandations.

*« Le patient doit être informé de l'importance de traiter la crise de goutte dès ses premiers signes ; il doit pouvoir s'auto-médiquer selon un traitement prédéfini, expliqué*

et prescrit par son médecin. »(1). En effet, le patient doit être capable de gérer ses crises avec le plus de réactivité possible par la stratégie du « comprimé dans la poche ».

« Le patient doit savoir que le traitement de la crise ne suffit pas à traiter la goutte, et doit connaître l'importance du traitement hypouricémiant, qui seul peut soulager définitivement les symptômes de la goutte ». Il est important que le patient soit conscient que le traitement des crises ne permet pas de guérir de la pathologie. Un traitement au long cours (à vie) est le seul moyen efficace de dissoudre les cristaux d'urate et donc de guérir (1).

- **Recommandation 2020 de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte : le traitement hypouricémiant.**

« L'information et l'éducation du patient sont essentielles au succès du traitement de fond de la goutte. (accord du groupe de travail 10,0 ± 0 / 10, niveau de preuve 1b, recommandation de Grade A ). On observe qu'il est possible de traiter les patients atteints de la goutte lorsqu'ils sont bien informés et éduqués (20).

Comme le dit Frédéric Lioté et Thomas Bardin dans Traitement de la goutte, il est essentiel d'expliquer la maladie au patient en insistant sur les points suivants et d'assurer un suivi clinique et biologique rigoureux : la différence entre accès aigu et hyperuricémie, qui ne sont pas liés ; l'importance du régime et surtout de la réduction de consommation d'alcool. Cela peut parfois permettre de traiter efficacement un malade apparemment « rebelle » à l'allopurinol. Parmi ces points clés on retrouve :

- L'arrêt définitif de la bière (même sans alcool... !)
- Le distinguo entre traitement de l'accès et traitement de la maladie métabolique
- L'explication du bon usage de la colchicine. Elle est efficace lorsqu'elle est débutée le plus près possible du début de la crise.
- L'intérêt du glaçage articulaire
- L'explication de l'objectif de l'allopurinol : abaisser l'uricémie en dessous de 360  $\mu\text{mol/l}$  (60 mg/l) ; utiliser le dosage de l'uricémie comme guide du traitement (au même titre que le dosage du cholestérol ou la mesure de la pression artérielle)
- Le risque d'accès goutteux en cas d'arrêt de l'allopurinol

- L'explication de la possibilité de crises en début de traitement par allopurinol : cela n'est pas un signe d'échec mais le signe de la bonne mobilisation des stocks d'urate
- L'importance de la prévention des accès sous allopurinol — qui peuvent durer plusieurs mois, voire un an — grâce à la prescription systématique (et à la prise...) de colchicine (0,5 à 1 mg/j éventuellement en deux prises)
- La vérification semestrielle puis annuelle ou biannuelle de la stabilité de l'uricémie qui doit se maintenir en dessous de 360  $\mu\text{mol/l}$  (60 mg/l), voire même en dessous chez certains malades atteints d'une goutte tophacée
- Une surveillance annuelle de la fonction rénale (tolérance des AINS, de l'HTA, etc.) (57).

Comme nous l'avons vu la goutte est une maladie chronique fréquente. C'est le seul rhumatisme inflammatoire dont le patient peut guérir. Actuellement, les professionnels de santé n'ont pas à leur disposition des outils leur permettant d'accompagner le patient. Notre objectif est de mettre en place une animation d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de la goutte et d'évaluer son intérêt.

# MÉTHODE

Afin de construire cette animation pour les patients atteints de la goutte, nous nous sommes appuyés sur des références bibliographiques et sur les recommandations de 2020 de la SFR. Nous nous sommes également inspirés du modèle standard selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Nous allons dans un premier temps identifier les besoins des patients à l'aide d'enquêtes qualitatives. Grâce à ces enquêtes, nous pourrions définir un programme avec des priorités d'apprentissage. Il sera alors possible de construire et de mettre en œuvre la séance collective. Enfin, il sera important d'évaluer l'impact de la séance sur la santé perçue.

## 1. Enquête qualitative

Afin d'étudier les représentations des patients, nous avons opté pour des entretiens non-directifs qui se caractérisent par une structuration minimale et une expression libre des patients.

La consigne initiale pour l'entretien était la suivante : « *Racontez-moi la dernière fois que vous avez eu une crise ?* ». Les patients étaient encouragés à s'exprimer librement et l'enquêteur n'intervenait que pour relancer la discussion si nécessaire.

### 1.1 Sélection des patients

Nous avons sélectionné des patients par la méthode des "choix raisonnés" (58) selon les caractéristiques suivantes :

- Âge
- Sexe
- Niveau d'étude
- Présence de comorbidités ou non
- Adhésion évaluée par le Questionnaire d'identification des leviers pour accompagner l'adhésion du patient à son traitement médicamenteux (QUILAM).

Les critères d'inclusion sont les suivants : patient ayant une prescription de médicament indiqué dans la goutte.

Nous avons réalisé des entretiens avec des patients jusqu'à ce que les informations recueillies deviennent répétitives et ne présentent plus de nouveautés.

## **1.2 Recueil des données**

Les entretiens étaient enregistrés avec le consentement des patients et ont tous été retranscrits. Les entretiens ont été réalisés par la même personne. Avant l'entretien, les personnes interrogées ont été informées de l'objet de l'étude par téléphone ou directement au comptoir de l'officine et un rendez-vous a été fixé. Les entretiens ont eu lieu soit à la pharmacie, soit au domicile du patient, soit sur le lieu de travail du patient. Quel que soit le lieu, celui-ci était confidentiel.

## **1.3 Analyse des données**

Grâce à une analyse par verbatims, nous avons réalisé une approche inductive. Les données brutes rapportées par les patients ont été retranscrites sans aucune reformulation. Nous les avons ensuite classées afin d'établir un modèle d'interprétation sous la forme de catégories. Dans un but de répondre au principe de triangulation de l'interprétation (59), le chercheur et un pharmacien senior ont trié séparément les verbatim des cinq entretiens. Le but est de garantir la reproductibilité du classement et de résoudre toute divergence d'interprétation éventuelle.

## **2. Construction de l'animation d'éducation thérapeutique**

### **2.1 Construction de la séance**

Grâce aux entretiens semi-directifs réalisés avec des patients atteints de la goutte, nous avons pu déterminer trois axes de travail : la physiopathologie, les facteurs de risques de la maladie et les lignes de conduite. Nous avons construit l'animation sur trois modules : la maladie, les facteurs de risques et mes lignes de conduite.

## **2.2 Mise en œuvre et preuve de concept**

Nous avons décidé de réaliser la séance d'animation au Pôle de Santé « Santé en Vercors » à Lans en Vercors le jeudi 12 octobre de 17h à 19h. La séance s'est déroulée dans la salle de réunion confidentielle. Lors de cette séance prévue pour une durée de deux heures, un animateur (pharmacien) anime la séance en s'appuyant sur l'aide d'une diététicienne et sous l'œil d'un patient ressource. Les patients ont été conviés soit par leur médecin soit par leur pharmacien grâce un tract (annexe). Nous avons eu cinq retours de patients intéressés par l'animation mais seuls trois, deux femmes et un homme sont disponibles pour la séance. En fin de séance, un pot permettant d'échanger est prévu.

En amont de la séance, nous construisons une fiche d'autoévaluation pour les patients concernant leur santé perçue en début de séance et en fin de séance. Cette fiche comprend également un questionnaire de satisfaction afin d'évaluer l'accueil, le contenu et le ressenti du patient.

Une fiche d'observation est fournie au patient ressource afin de prendre note de la clarté des consignes, des outils, de l'attitude des participants et de l'animateur. Un espace est réservé pour permettre au patient ressource d'exprimer son ressenti sur l'animation ainsi que sur les axes d'amélioration.

Ces fiches récupérées en fin de séance, nous permettent d'analyser notre animation.

# RÉSULTATS

## 1. Enquête qualitative

Les entretiens ont été menés sur une période de trois mois, de mars à mai 2023. Cinq entretiens ont été réalisés avec des patients de sexe masculin. La moyenne d'âge était de 70 ans et la médiane de 65 ans. La durée médiane de ces entretiens a été de 25 minutes.

Tableau 12. Caractéristiques des patients de l'étude

Entretien	Genre	Âge	Niveau d'étude	Comorbidité	Niveau observance QUILAM
1	M	85	Bac - école RATP	IRC	100
2	M	77	Bac - commercial	HTA Dyslipidémie	100
3	M	62	Diplôme d'infirmier	DT2	100
4	M	66	BTS - cuisine	HTA	90
5	M	60	BAC - directeur	HTA	90

Tableau 13. Caractéristiques des entretiens

Entretien	Date	Durée	Lieu
1	27/03/2023	23 minutes	Domicile
2	30/03/2023	31 minutes	Officine
3	30/03/2023	17 minutes	Officine
4	26/05/2023	33 minutes	Officine
5	30/05/2023	25 minutes	Bureau du patient

L'analyse thématique a permis de dégager 3 catégories : les représentations, les causes et les moyens de prévention de la maladie.

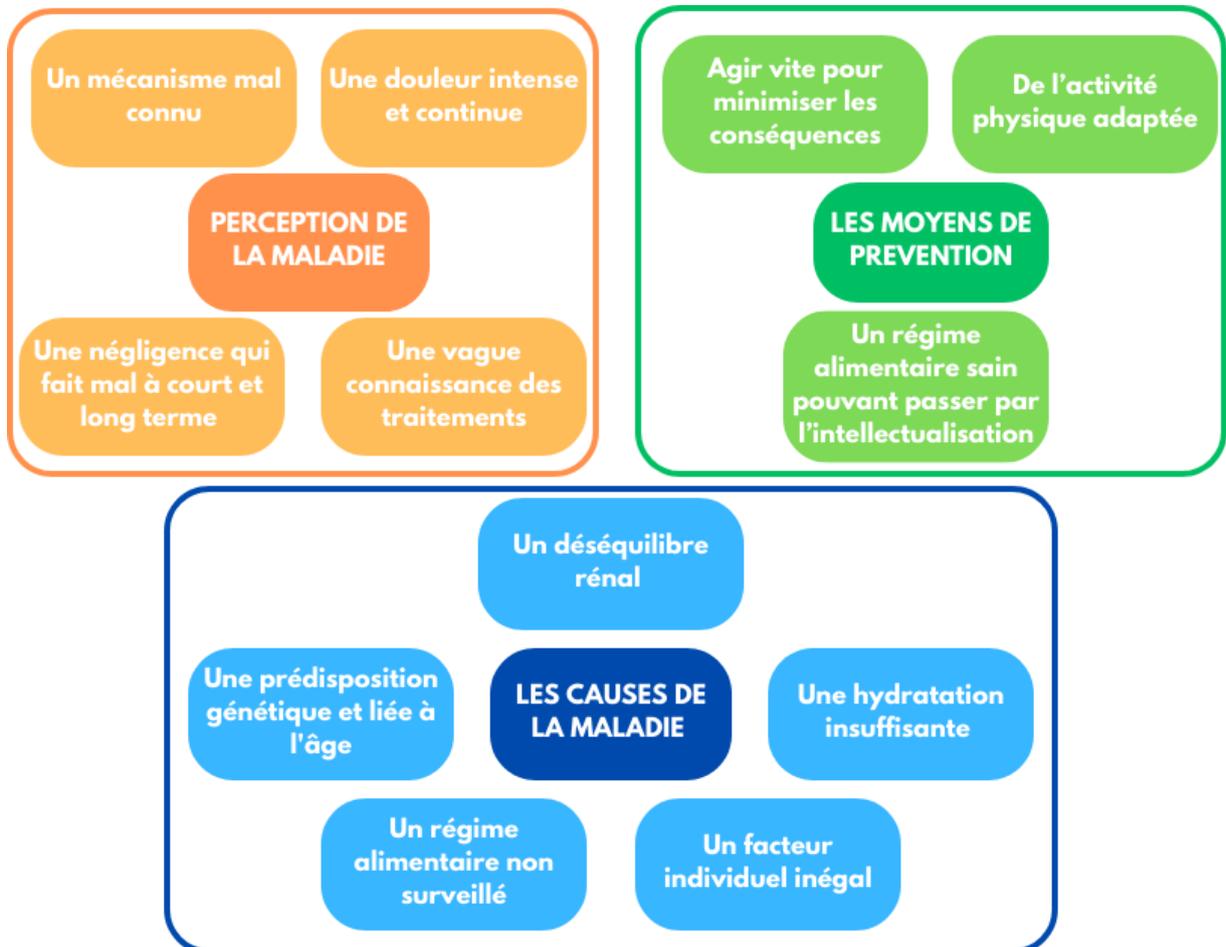


Figure 13. Logigramme des résultats

## 1.1 Perception de la maladie

- **Un mécanisme mal connu**

De manière générale, les patients atteints de la goutte ont une vague idée du mécanisme qui se cache derrière la goutte. Pour certains, la goutte est une maladie qui leur tombe dessus comme s'ils ne pouvaient pas l'éviter. « Tu attrapes la goutte » (1 : 180), « j'ai chopé la goutte » (5 : 102).

Biologiquement, les valeurs d'acide urique ne sont pas connues chez les patients. Aucun patient n'a connaissance de la valeur seuil d'hyperuricémie mais ils savent qu'on observe une augmentation d'un paramètre biologique. « Tes chiffres montent

*un peu là » (3 : 123-124) « On a fait une prise de sang. Et c'est là, qu'effectivement, on a découvert que le taux d'acide urique était très élevé » (5 :13-14-15)*

La notion de cristaux d'acide urique est un élément connu par les patients. Pour certains, le mécanisme simplifié est plus ou moins connu : « *La goutte, c'est la formation de cristaux » (3 : 47)*. Ils ont conscience qu'une réaction se produit et que cette réaction est très douloureuse « *C'est les cristaux à l'intérieur qui viennent enflammer, c'était en fait une inflammation, mais une inflammation terrible » (5 : 56-57)*

- **Une douleur intense et continue**

Lors de crise, la douleur est présente pour tous les patients. Ils précisent que celle-ci peut être plus ou moins forte en fonction de l'intensité de la crise.

La douleur est telle que même un léger contact devient un supplice pour le patient « *On dit toujours que l'on ne supporte pas un linge mais moi c'était hyper intense » (5 : 54) « ça me brûle, j'ai le doigt de pied qui est tout rouge, et ça enfle, je supporte difficilement le drap » (2 : 27-28)*

La douleur peut en devenir invalidante chez certain patient, affectant la vie quotidienne du patient « *je ne pouvais pas tenir quelque chose (4 : 9-10) le poignet enflait plus moyen de plier ma main » (4 : 77-78)*. Elle devient même pour certains une barrière à la vie sociale « *Je sortais plus, parce que c'était vraiment douloureux de marcher mais t'avais mal continuellement » (1 : 64-65)*

Pour d'autres le plus dur dans la douleur, c'est la gestion de celle-ci qui peut avoir des impacts au niveau mental pour le patient. « *Donc cette douleur permanente finit même par vous agacer et jouer sur le mental, être moins sympa, à moins supporter les choses » (4 : 110-111-112)*

- **Une négligence qui fait mal à court et long terme**

Malgré que la crise soit un moment douloureux pour le patient, sa négligence le rattrape et les crises réapparaissent. Pour certains, il faut attendre une grosse crise pour créer le déclic dans leur esprit. « *La dernière crise, ça m'a servi de leçon en fin de compte » (1 :32)*

Plus dérangés par les crises, certains patients ont essayé de s'abstenir de prendre leur traitement de fond. Malheureusement pour eux, la maladie les rattrape « *je ne le*

*prends plus. Et 1 an après, je refais une crise de goutte sur le genou gauche » (5 :19-20)*

Un manque d'éducation se fait ressentir pour les patients gouteux sur les conséquences des crises de goutte sur le long terme « *Je n'ai pas l'impression que cela n'amène d'autre pathologie » (5 :127-128)*

*« Ah bon j'ignorais que les crises de goutte à répétitions pouvaient engendrer des problèmes cardiaques, je l'ignorais » (2 :216-217)*

- **Une vague connaissance des traitements**

Concernant la prise en charge médicamenteuse, les patients ont mis en évidence la distinction entre l'allopurinol et la colchicine. « *L'allopurinol, ça aide certainement à baisser voire ralentir au moins la hausse » (4 :367-368) « la colchicine plutôt dans la crise avec le Colchimax®. » (4 :78-79)*

Cependant, le mécanisme d'action n'est pas clairement identifié. « *L'allopurinol c'est plutôt pour éviter que cela vienne, oui ça bloque une enzyme » (4 :77-78)*

Pour certains, soigner une crise de goutte revient à traiter une simple entorse. Pour eux, ils sont guéris une fois la crise passée « *je l'ai soignée par de l'allopurinol et du Colchimax®, et c'est passé » (5 :16-17) « quand j'ai commencé l'allopurinol et le Colchimax®, là en 1 semaine ça s'était réglé. (5 :105-106).* Cependant la goutte est une maladie chronique et ne se soigne pas seulement en une semaine.

## **1.2 Les causes de la maladie**

- **Une prédisposition génétique et liée à l'âge**

Les patients ont conscience que leur pathologie peut être due à leur âge et que la goutte arrive sûrement à un âge avancé « *mais je pense que j'étais sans doute prédisposé à ça quoi, à cause de l'âge... » (1 : 98-99)*

Concernant le caractère héréditaire de la maladie, les patients ont entendu mais ne sont pas vraiment convaincus de la prédisposition génétique qu'ils ont à avoir un proche atteint de la goutte « *Parce qu'apparemment il y a un peu d'hérédité » (4 :242)* Alors que pour certains, la goutte est belle et bien héréditaire « *C'est héréditaire, c'est héréditaire. Ma grand-mère, ma mère. » (5 : 49)*

- **Un régime alimentaire non surveillé**

Les patients sont tous conscients que la consommation de certains aliments ou boissons n'est pas très appropriée à leur pathologie « *Pour moi, ça vient essentiellement de l'alimentation* » (4 :241) ; « *je me suis laissé aller au niveau nutrition* » (1 :12-13) « *je me suis fait à l'idée que le point de départ, c'était là, parce que j'avais pris des libertés* » (1 :50-51). Malgré cela, les écarts ne tardent pas à rattraper le patient par une nouvelle crise « *Une accumulation de mauvaise hygiène de vie pendant quelques temps qui amène ces crises* » (4 :337-338)

- **Un déséquilibre rénal**

Certains patients ont bien compris que les reins avaient un impact sur leur santé notamment dans la goutte « *les reins qui provoquent ces crises de gouttes* » (2 : 110-111). Pour certains patient, les maladies rénales sont le facteur majeur de leur crise de goutte. « *Mais pour moi, c'était un problème d'insuffisance rénale, c'est vos reins qui ne fonctionnent pas bien, qui n'éliminent pas bien l'acide urique.* » (2 :165-166)

- **Une hydratation insuffisante**

L'hydratation est une composante importante de la prévention et du traitement de la goutte. Pour certains patients, la déshydratation est le facteur déclenchant de leur crise « *parce que je pense vraiment que c'est lié au manque d'hydratation que j'ai eu* » (4 :56-57). Il est donc important d'être extrêmement minutieux. Certains s'organisent pour avoir une hydratation optimale « *Il faut que j'arrive à boire 2L par jour. J'ai ma bouteille que je remplis dès qu'elle est vide, et quand je l'ai finie pour la 3ème fois, j'ai rempli mon taff* » (4 :29-31)

- **Un facteur individuel inégal**

Certains patients n'ont pas la même chance concernant leur qualité de vie malgré leur traitement de fond. « *Mais grâce au médicament, j'ai une vie complètement normale* » (5 :80-81). Pour certains, leurs comorbidités ne leur permettent pas d'avoir un traitement adapté « *Rien parce que par ailleurs pas d'anti-inflammatoires parce qu'avec mon insuffisance rénale* ». (1 :71-72)

### 1.3 Les moyen de prévention

- **Agir vite pour minimiser les conséquences**

Seulement un patient m'a indiqué que sa prise en charge de la goutte commençait tout d'abord par une hydratation abondante « *j'ai tout de suite commencé à reboire beaucoup plus* » (4 :55-56) « *J'essaie quand même de vraiment m'hydrater.* » (4 :71-72) « *Dès que la crise est apparue, j'ai tout de suite commencé à reboire beaucoup plus* » (4 :55-56) Outre, l'hydratation, aucun patient ne m'a parlé de glaçage ou d'une mise au repos de l'articulation touchée.

Concernant les médicaments, certains patients ont le réflexe d'avoir toujours sur eux leur traitement de crise, une pratique qui doit être encouragée « *J'ai toujours ma petite plaquette de colchicine donc dès que ça ne va pas je reprends un comprimé* » (4 :90 :91). Leur premier réflexe est de prendre leur traitement de crise, la notion de « médicament de poche » est connue pour certains « *Dès que j'ai pu, j'ai pris le Colchimax®* » (4 :54-55)

- **Un régime alimentaire sain pouvant passer par l'intellectualisation**

Comme nous l'avons déjà dit les patients interrogés ont conscience de ce qu'ils peuvent manger ou ne pas manger, boire ou ne pas boire. Cependant, ils n'arrivent pas à s'autoréguler suffisamment pour ne pas dépasser le seuil de la crise. Comme dit un patient, le but étant de trouver du plaisir « *Donc là maintenant le but c'est de profiter plus intelligemment* » (4 :217-218). D'autres ont choisi d'autres mesures plus strictes car ils sont souvent perdus dans la gestion de l'alimentation. En effet, ils ne savent pas ce qu'ils peuvent consommer et en quelle quantité « *Je suis devenu végétarien, mais pas par goût, ça m'embête mais bon* » (2 :124-125) « *Je n'ai plus jamais de bière, avant j'avais toujours mes petites canettes de bière de temps en temps* » (1 :53-54)

- **De l'activité physique adaptée**

Certains patients essayent d'avoir une activité physique adaptée « *Je faisais de la marche nordique, je faisais du ski de fond* » (2 :189-190). Pour eux, il est important d'avoir cette activité d'un point de vue social mais aussi d'un point de vue santé. « *Parce qu'en plus il faut éviter les surcharges pondérales* » (4 :156-157).

## 2. Animation d'éducation thérapeutique

### 2.1 Construction de la séance

Au début de la séance, les patients ont été invités à remplir une autoévaluation sur leur santé perçue. Cette fiche comporte trois questions. Elle a pour but de sensibiliser et de faire prendre conscience au patient de ce qu'il se sent capable de faire ou non. Les trois questions étaient les suivantes :

- Je me sens capable d'expliquer ce qu'est une crise de goutte ?
- Je me sens capable d'identifier les facteurs de risques de la goutte ?
- Je me sens capable de mettre en place une stratégie pour diminuer la survenue de crises ?

Le patient pouvait répondre à l'aide d'une ligne de réponse allant de « pas du tout capable » à « tout à fait capable ». L'exercice était répété en fin de séance pour permettre d'évaluer le dispositif éducatif. Un questionnaire de satisfaction portant sur l'accueil, le ressenti et le contenu, était aussi à remplir par les patients pour permettre une amélioration du dispositif.

Cette autoévaluation a aussi pour but de lancer la séance. L'animateur note sur un tableau, les mots, les phrases ou les questions que le patient peut exprimer pendant sa réflexion.

Le premier module sur la physiopathologie a pour but d'éduquer le patient sur sa pathologie : il doit être capable d'expliquer la physiopathologie de la goutte. Pour cela, nous avons utilisé comme outil une fiche à trous. Les patients étaient invités à découper puis à coller les mots sur les bons emplacements. Une alternative est possible si le patient préfère : le collage peut être remplacé par l'écriture.

Le deuxième module sur les facteurs de risques a pour but de faire réfléchir le patient sur les facteurs de risques de sa pathologie : il doit être capable de les identifier. Pour ce module, nous avons conçu deux jeux de cartes. Chaque jeu était composé de cinq cartes avec deux énoncés différents. Cet atelier peut être réalisé en groupe en donnant une carte à chaque participant. Si besoin, le groupe pourra être divisé en deux.

Le troisième module reposant sur les lignes de conduite a pour but d'aider le patient à trouver des solutions face à une situation : il doit être capable de mettre en place une stratégie personnelle dans une situation donnée. Cette méthode repose sur

l'implémentation d'intention qui est une stratégie d'autorégulation, ici, sous la forme « si – alors ». Ainsi, nous invitons le patient à se projeter dans une situation et à trouver des réponses adaptées et personnelles pour gérer au mieux l'évènement. Pour cela, nous avons réalisé une planche avec quatre énoncés :

- Et si demain j'ai une crise de goutte. Alors pour diminuer la douleur, je vais...
- Et si demain j'ai un taux d'acide urique élevé. Alors pour diminuer la fréquence des crises, je vais...
- Et si demain j'ai la maladie de la goutte. Alors pour mieux gérer la goutte, je vais...
- Et si demain, j'ai une soirée / un repas / un apéro prévu avec des amis. Alors pour éviter la crise, je vais...

Pour répondre aux énoncés, le patient était invité à colorier les bulles de son choix pour chaque énoncé.

Tous les modules ont été préalablement testés avec l'aide d'un patient ressource.

Un temps était accordé pour les questions induites par les différents modules. Les participants étaient invités à conserver les documents utilisés.

Pour finir, une fiche patient, nominative « Ma fiche sur la goutte » a été distribuée à tous les participants. Ce document est composé de trois parties : la première partie comprend un rappel sur la physiopathologie de la maladie ; une image qui illustre une crise de goutte au niveau du gros orteil et un cadre vide « mes 3 éléments clefs sur la goutte ». La deuxième partie présente les moyens de prévention avec une pyramide sur les aliments à éviter, limiter, à favoriser ou à préférer ; trois pictogrammes de mesures hygiéno-diététiques ; ainsi qu'un résumé sur le traitement de fond. La dernière partie met en évidence les mesures hygiéno-diététiques et les conseils sur l'utilisation des traitements de crise.

## **2.2 Mise en œuvre et évaluation**

Les trois patients présents à la séance, ont pu remplir le questionnaire d'autoévaluation et de satisfaction en début et fin de séance. Cela nous a permis d'évaluer les connaissances acquises et leur capacité à gérer leur maladie. Aux questions suivantes :

- « Je me sens capable d'expliquer ce qu'est une crise de goutte ? »,
- « Je me sens capable d'identifier les facteurs de risques de la goutte ? »,
- « Je me sens capable de mettre en place une stratégie pour diminuer la survenue de crise ? ».

Les trois patients se sentent « capables » en début de séance puis « tout à fait capables » en fin de séance.

Concernant l'évaluation de la séance, les trois patients étaient satisfaits de l'accueil (organisation, horaire, lieu, communication), du ressenti (écoute, confiance, liberté de parole) et du contenu (qualité des supports, qualité des informations, qualité des intervenants). Un patient a apporté un commentaire supplémentaire en proposant de « renouveler une séance de ce type ».

Le patient ressource a également pu commenter et analyser cette séance grâce à la grille d'observation fournie.

Concernant le :

- Module 1 – La maladie : les explications et les outils étaient clairs et compréhensibles ; les patients participaient et posaient beaucoup de questions. L'animateur était pédagogue et revenait facilement sur les points qui bloquaient.
- Module 2 – Les facteurs de risques : les explications et les outils étaient également clairs et l'idée des cartes à jouer permettait une bonne interaction. La participation était bonne mais les patients se dispersaient davantage. L'animateur était toujours très pédagogue mais présentait des difficultés à recadrer le groupe.
- Module 3 – Mes lignes de conduite : tout comme le module 2, les consignes et les outils étaient compréhensibles et pertinents. Le groupe était participatif mais dispersé avec un animateur à l'écoute des patients.

Pour conclure, le patient ressource a ressenti une bonne implication des patients. Il a également apprécié les explications précises de l'animateur, répondant aux questionnements des participants. En axe d'amélioration, il nous a conseillé de minuter les séquences afin de ne pas se laisser « déborder et prendre de court ».

## DISCUSSION

Cette thèse a pour but de mettre en place une animation thérapeutique pour les patients atteints de la goutte et à déterminer son utilité. Pour cela, nous avons pratiqué une analyse de besoins qui nous a permis de créer l'animation.

Notre enquête qualitative compte cinq patients avec des profils variés par rapport au choix raisonné que nous avons fait. En raison du caractère qualitatif de l'étude, seulement un petit nombre de patients était nécessaire. Nous n'avons pas défini le nombre de patients à l'avance afin d'avoir un libre choix du nombre en fonction des entretiens déjà réalisés. La décision d'arrêter les entretiens a été prise lorsque l'information reçue était redondante. Malgré une volonté d'obtenir des profils différents, la majorité des patients ayant répondu favorablement à la sollicitation étaient tous âgés de plus de 60 ans. Néanmoins, il serait intéressant d'obtenir les besoins de patients plus actifs pour permettre d'élargir et d'améliorer l'animation. De plus, tous étaient des patients de genre masculin. L'ajout de patientes féminines peut être intéressant pour permettre une analyse de besoins complète. Tous présentaient des comorbidités plus ou moins importantes, de l'hypertension artérielle à l'insuffisance rénale chronique en passant par le diabète. Cela est assez représentatif de la population gouteuse mais ne permet pas d'obtenir les besoins de patients n'ayant aucune comorbidité. On peut également noter un manque d'expérience de l'enquêteur, ce qui peut être un facteur à prendre en compte sur la réalisation des entretiens et leur pertinence. Pour finir, la période des entretiens (mars à mai), n'est peut-être pas une période optimale. Une période hivernale ou estivale peut être plus intéressante en raison d'une consommation excessive d'aliments riches en purines ou d'une déshydratation accrue et donc par conséquent, une population plus à risque de déclencher une crise de goutte.

L'animation a été construite à l'aide d'une analyse de besoins de cinq patients atteints de la goutte sur le plateau du Vercors. Elle peut être adaptée en fonction des besoins des patients participants. Malgré une bonne préparation et une bonne connaissance du sujet, le manque d'expérience de l'animateur de séance est un facteur à prendre en compte. Une bonne communication sur le lieu et la date de l'animation a été mise en place en amont, cependant nous n'avons eu que cinq retours qui ne se sont soldés

que par trois présences. La séance était une séance collective, ce qui peut générer chez certains patients de l'auto-censure. N'ayant pas établi d'entretiens personnalisés pour évaluer leur niveau de connaissance, le niveau d'information apporté ne leur était peut-être pas adapté. De plus, le contenu de l'animation a été créé à l'aide d'outils innovants non testés préalablement avec des groupes de patients.

Durant le module : « la physiopathologie de la maladie », les patients étaient plutôt réceptifs. Globalement, la physiologie de la maladie et la notion d'hyperuricémie n'étaient pas très claires et connues de façon précise pour les patients. Nous avons donc pu discuter de l'hyperuricémie et de sa valeur seuil ainsi que des prises de sang à réaliser pour permettre un contrôle de l'efficacité du traitement. Les patients n'étaient pas conscients des conséquences sur le long terme car pour eux, les crises n'étaient que douloureuses et passagères. Nous avons donc pu discuter de la nécessité d'un traitement hypouricémiant à prendre à vie pour éviter toutes complications à court et long terme. Ce module est nécessaire et pertinent pour poser des bases claires et précises sur la goutte et la crise de goutte pour la suite de la séance. Les patients sont satisfaits de comprendre la pathologie et posent des questions à ce sujet.

Pour le module axé sur les facteurs de risques : il a permis au patient de s'interroger sur les facteurs de risques de la maladie tout en mettant le patient dans un cas pratique qu'il peut rencontrer à l'avenir. Nous avons distribué une carte de jeu à tout le monde et nous avons pu lire à tour de rôle le recto de chaque carte. Après la lecture, nous avons échangé sur ce qui était écrit au verso. Les patients apportaient leur expérience et nous pouvions faire quelques précisions ou commentaires sur les cartes. Nous avons effectué la même chose avec le deuxième jeu de carte. Nous avons fait participer toutes les personnes présentes à la séance ce qui a permis de faciliter l'échange et dynamiser le module.

Les facteurs de risques de la maladie sont nombreux allant de la génétique à la consommation de légumes contenant de l'acide oxalique. Il est également important de prendre le temps durant ce module pour commenter chaque carte et apporter des précisions si besoin. Par exemple, sur l'alimentation, il ne faut pas que les patients retiennent qu'ils n'ont pas le droit de manger tels ou tels aliments. Il faut expliquer au patient qu'il faut simplement limiter leur consommation. Il faut aussi rassurer le

patient sur les facteurs de risques qui peuvent être modifiés (alimentation, activité physique adaptée, hydratation) ou non modifiés (sexe, génétique).

Ce module très participatif provoque de l'agitation chez les patients qui ont tendance à se disperser dans la conversation. Il est donc important de recentrer la conversation sur les cartes et la pathologie de temps en temps même si les propos des patients sont souvent pertinents. Les patients s'associent rapidement au personnage fictif atteint de la goutte durant le module ce qui permet un échange très intéressant.

Pour le dernier module qui permet d'établir les lignes de conduite des patients, nous avons lu ensemble la consigne ainsi que les énoncés. Le patient coloriait donc les bulles qui lui étaient adaptées. Le coloriage est un moyen de rendre actif le patient, ce qui a bien fonctionné malgré que ce dernier soit plus en difficulté et moins à l'aise. Ce module est très intéressant et a été conçu pour mettre le patient dans une situation donnée comme une crise de goutte ou une situation à risque tel qu'un apéro entre amis. En tant qu'animateur, il ne faut pas hésiter à l'aider soit pour la compréhension des bulles soit pour l'aider à réfléchir à une prise en charge adaptée à ses besoins. Nous avons pu échanger avec certains patients sur leurs lignes de conduite et certains ont voulu nous faire part de leur expérience.

La fiche de synthèse a été créée afin de résumer les informations apportées durant la séance, ce qui a été apprécié par les participants. De plus, la volonté de personnaliser cette fiche grâce au titre « Ma fiche sur la goutte » et l'encadré « mes 3 éléments clefs » a pour but d'engager le patient à devenir acteur de sa maladie. Le rappel de la bonne utilisation des traitements de crise et de fond permet également de donner les bons conseils au patient en cas de crise de goutte, sur la posologie de la colchicine par exemple.

Enfin, lors du remplissage de la fiche d'autoévaluation à la fin de la séance, les patients se rendent compte qu'ils ne sont finalement pas autant « capables » que ce qu'ils pensaient en début de séance. De plus chez certains patients, la différence entre crise de goutte et goutte n'était pas clairement établie. Nous pouvons penser que cela est dû à un manque de repères concernant la compétence et la connaissance du patient

sur sa pathologie. Ce questionnaire a permis de lancer l'animation, et nous avons pu échanger autour de deux premiers mots « la goutte » et « la crise de goutte ».

Comme nous l'avons vu, les patients présentaient des connaissances et des compétences concernant leur pathologie. Néanmoins, elles n'étaient pas complètes et suffisamment fortes pour permettre une gestion optimale de leur maladie. Les patients n'avaient donc pas toutes les armes en leur possession pour permettre de ne plus subir leur pathologie mais être acteurs de celle-ci. Lors de l'animation, les participants étaient intéressés, actifs et posaient des questions pertinentes. A l'aide du questionnaire d'autoévaluation et des commentaires des patients lors de la séance, nous pensons que l'animation a eu un impact positif pour les participants. Nous pouvons donc conclure que la maladie de la goutte est une pathologie adaptée à l'éducation thérapeutique. A noter également, que nous avons déjà été contacté par les médecins du pôle de santé, pour la mise en place d'une nouvelle séance.

# CONCLUSION

**THESE SOUTENUE PAR :** Quentin AUNAVE

**TITRE :**

MISE EN PLACE D'UNE ANIMATION THERAPEUTIQUE POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE LA GOUTTE

**CONCLUSION :**

La goutte est une maladie inflammatoire chronique qui s'articule de phases de latences et de phases inflammatoires et douloureuses : la crise de goutte ou l'accès goutteux. La prise en soins repose sur des mesures hygiéno-diététiques, une hydratation abondante, la pratique d'une activité physique adaptée et d'une perte de poids, si nécessaire. En ce qui concerne les médicaments, la prise en charge s'appuie sur une association d'un traitement de fond et d'un traitement de crise. Afin de favoriser une bonne prise en charge, d'augmenter l'efficacité des traitements et de diminuer leurs effets indésirables, le patient doit acquérir des connaissances et des compétences dans la gestion de sa maladie. Cependant, l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de la goutte n'existe pas encore de manière formelle et structurée, comme on peut le retrouver pour d'autres pathologies chroniques telle que le diabète et l'asthme.

L'objectif de ce travail était de créer un atelier éducatif pour un groupe de patients (3 à 6 personnes).

Pour construire ce travail, nous avons effectué une analyse de besoin, par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de 5 patients atteints de la goutte afin d'étudier les représentations, les causes et les moyens de prévention de la maladie.

Suite à ces entretiens, nous avons pu créer une animation répondant à

3 objectifs : être capable d'expliquer la physiopathologie de la goutte ; être capable d'identifier les facteurs de risques ; être capable de mettre en place une stratégie personnelle dans une situation donnée. En termes d'animation, chacune des séquences se déroule aux moyens d'outils innovants, dans l'ordre : 1. Une fiche à trou à compléter pour décrire la physiopathologie de la maladie ; 2. Deux jeux de cartes pour prendre conscience des facteurs de risques de la maladie ; 3. Le coloriage de bulles où sont inscrites des solutions pour la prise en charge de la maladie.

Le prétest du dispositif a pu être réalisé avec l'aide de 3 patients lors d'une séance de deux heures au sein du Pôle de Santé, « Santé en Vercors » à Lans en Vercors, avec l'aide d'une diététicienne et sous l'œil extérieur d'un patient ressource. L'évaluation réalisée sur ce prétest met en évidence une amélioration du sentiment d'efficacité perçue de la part des patients, sur leur capacité à expliquer la physiopathologie de la maladie, à

identifier les facteurs de risques ou à mettre en place une stratégie pour diminuer la survenue des crises.

Au final, nous pensons que l'éducation thérapeutique a toute sa place chez les patients gouteux. De fait, notre dispositif éducatif répond à de réels besoins en termes de savoirs et de savoir-faire. Sans doute pourrons nous envisager l'amélioration de celui-ci en insérant notre ingénierie dans un processus incluant un temps initial de bilan éducatif partagé puis un temps d'évaluation des acquis du patient.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

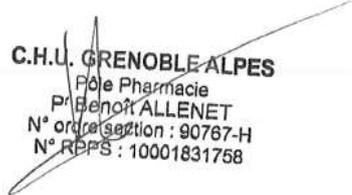
Grenoble, le : 4/11/2023

**LE DOYEN DE LA  
FACULTÉ DE PHARMACIE**



**Pr Michel SÈVE**

**LE DIRECTEUR DE THÈSE**



**C.H.U. GRENOBLE-ALPES**  
Pôle Pharmacie  
Pr Benoit ALLENET  
N° ordonnance : 90767-H  
N° RPPS : 10001831758

**Pr Benoit ALLENET**

Pour la Présidente  
et par délégation  
Le Doyen de Pharmacie  
Pr. Michel SEVE

## BIBLIOGRAPHIE

1. Latourte A, Pascart T, Flipo RM, Chalès G, Coblenz-Baumann L, Cohen-Solal A, et al. Recommandations 2020 de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte : traitement des crises de goutte. *Rev Rhum.* oct 2020;87(5):324-31.
2. Plaquette\_HPST\_grand\_public-2.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette\\_HPST\\_grand\\_public-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf)
3. Recommandations de bonnes pratiques – bonnes pratiques de pharmacie clinique. *Pharm Clin.* juin 2022;57(2):108-24.
4. Allenet B. Endossons la terminologie internationale : pour les soins pharmaceutiques ! *Pharm Hosp Clin.* 1 sept 2021;56(3):227-8.
5. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obésité.* mars 2009;4(1):39-43.
6. Grange L, Allenet B. Principe et réalisation pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). *Rev Rhum Monogr.* juin 2013;80(3):146-51.
7. Comment guérir ? [Internet]. [cité 26 oct 2023]. Disponible sur: <http://www.crisedegoutte.fr/fr/comprendre-la-goutte/comment-guerir.html>
8. Bardin T. L'hyperuricémie débute à 360 micromoles (60mg)/L. *Rev Rhum.* janv 2015;82(1):1-3.
9. Nuki G, Simkin PA. A concise history of gout and hyperuricemia and their treatment. *Arthritis Res Ther.* 12 avr 2006;8(1):S1.
10. Ottaviani S. Échographie dans les arthropathies microcristallines. *Rev Rhum Monogr.* 1 sept 2015;82(4):181-6.
11. Arthropathie microcristalline [Internet]. [cité 21 déc 2022]. Disponible sur: [http://www.lecofer.org/item-cours-1-19-0.php#ch\\_2\\_1](http://www.lecofer.org/item-cours-1-19-0.php#ch_2_1)
12. Bagnis CI. Hyperuricémie : mise au point sur la physiopathologie.
13. Korng Ea H. De l'hyperuricémie à la goutte : physiopathologie. *Rev Rhum.* oct 2011;78:S103-8.

14. Bardin T, Richette P. Épidémiologie et génétique de la goutte. *Presse Médicale*. sept 2011;40(9):830-5.
15. Köttgen A, Albrecht E, Teumer A, Vitart V, Krumsiek J, Hundertmark C, et al. Genome-wide association analyses identify 18 new loci associated with serum urate concentrations. *Nat Genet*. févr 2013;45(2):145-54.
16. Vázquez-Mellado J, Jiménez-Vaca AL, Cuevas-Covarrubias S, Alvarado-Romano V, Pozo-Molina G, Burgos-Vargas R. Molecular analysis of the SLC22A12 (URAT1) gene in patients with primary gout. *Rheumatology*. 1 févr 2007;46(2):215-9.
17. Habak N, Rouibah N, Chikouche A. Prévalence de l'hyperuricémie chez les diabétiques de type 2. *Prevalence of hyperuricemia in type 2 diabetics*. 2022;
18. Wang J, Qin T, Chen J, Li Y, Wang L, Huang H, et al. Hyperuricemia and Risk of Incident Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Remuzzi G, éditeur. *PLoS ONE*. 1 déc 2014;9(12):e114259.
19. Kang EH, Kim SC. Cardiovascular Safety of Urate Lowering Therapies. *Curr Rheumatol Rep*. sept 2019;21(9):48.
20. Pascart T, Latourte A, Chalès G, Coblenz-Baumann L, Cohen-Solal A, Ea HK, et al. Recommandations de la Société française de rhumatologie pour la prise en charge de la goutte: le traitement hypouricémiant. *Rev Rhum*. oct 2020;87(5):332-41.
21. Bentin, J., Fernandez-Lopez, M. J., Dragan, E., Eloundou, P., & Peretz, A. (2014). La goutte, revisitée. *Rev Med Brux*, 35, 207-14. [Internet]. [cité 26 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.amub-ulb.be/system/files/rmb/old/4a9b8a617993d2f0addb66f7455d82f8.pdf>
22. CONSTANTIN A, Cantagrel A, Laroche M, Mazières B. *Rhumatologie pour le praticien*. Elsevier Health Sciences; 2018. 713 p.
23. Harrold LR. Sex differences in gout epidemiology: evaluation and treatment. *Ann Rheum Dis*. 28 mars 2006;65(10):1368-72.
24. Bardin T, Cohen-Solal M, Dieudé P, Funck-Brentano T, Lioté F, Richette P. *L'actualité rhumatologique 2022-2023*. Elsevier Health Sciences; 2022. 279 p.

25. Battu C. L'accompagnement nutritionnel d'un patient présentant une goutte. *Actual Pharm.* févr 2017;56(563):53-6.
26. Goutte [Internet]. Viggo Petersen. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.viggopetersen.fr/espace-patient/tout-savoir-sur-la-maladie/goutte/>
27. Jamnik J, Rehman S, Blanco Mejia S, de Souza RJ, Khan TA, Leiter LA, et al. Fructose intake and risk of gout and hyperuricemia: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ Open.* 3 oct 2016;6(10):e013191.
28. L'essentiel des recommandations sur l'alimentation.
29. Létard JC, Ludot T, Costil V. Acide urique en excès et crise de « goutte ». *Hegel.* 2014;3(Supp):S20-1.
30. Choi HK, Willett W, Curhan G. Coffee consumption and risk of incident gout in men: A prospective study. *Arthritis Rheum.* juin 2007;56(6):2049-55.
31. Hunter DJ, York M, Chaisson CE, Woods R, Niu J, Zhang Y. Recent diuretic use and the risk of recurrent gout attacks: the online case-crossover gout study. *J Rheumatol.* juill 2006;33(7):1341-5.
32. Syndrome métabolique - Programme Elips à Genève aux HUG - HUG [Internet]. [cité 6 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/elips/syndrome-metabolique>
33. Chalès G, Richette P. Obésité, hyperuricémie et goutte. *Rev Rhum Monogr.* févr 2016;83(1):44-9.
34. Lioté F. Physiopathologie et traitement de l'inflammation goutteuse. *Rev Rhum.* oct 2011;78:S122-8.
35. Pascart T, Flipo RM. La goutte: présentations cliniques et diagnostic. *Rev Rhum.* oct 2011;78:S116-21.
36. Scuiller A, Pascart T, Bernard A, Oehler E. La maladie goutteuse. *Rev Médecine Interne.* juin 2020;41(6):396-403.
37. Richette P, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Becce F, Castaneda J, et al. 2018 updated European League Against Rheumatism evidence-based recommendations for the diagnosis of gout. *Ann Rheum Dis.* janv 2020;79(1):31-8.

38. Lioté F, Nguyen C. Goutte : critères de diagnostic, de classification et de qualité de vie. Rev Rhum Monogr. 1 avr 2010;77(2):144-7.
39. FINAL-EVENTAIL-PATIENT-3.pdf.
40. Slouma M, Athimni S, Dhahri R, Litaiem N, Gharsallah I, Metoui L, et al. Échographie de l'arthropathie à urate de sodium : que disent les nouvelles recommandations ? Médecine Mal Métaboliques. 1 mars 2023;17(2):147-56.
41. Ramon A, Ornetti P. Le scanner double énergie : une vraie avancée dans la goutte ? Rev Rhum. 1 janv 2021;88(1):5-8.
42. Ottaviani S, Bardin T, Richette P. Intérêt de l'échographie dans la goutte. Rev Rhum. 1 juill 2012;79(4):301-5.
43. Martínez-Villén G, Canales V, Hernández-Rossi A, Herrera A. Rare manifestation de lésion ostéoarticulaire, tendineuse et neurologique par goutte tophacée de la main. Deux cas cliniques. Chir Main. 1 févr 2007;26(1):55-8.
44. Izzedine H, Deray G. Acide urique et fonction rénale. Rev Rhum. 1 oct 2011;78:S134-41.
45. Chalès G. De l'hyperuricémie à la goutte : épidémiologie de la goutte. Rev Rhum. oct 2011;78:S109-15.
46. Vidal Recos : L'essentiel sur les recommandations thérapeutiques [Internet]. [cité 2 oct 2023]. Disponible sur:  
<https://secure.weda.fr/FolderMedical/PopUpRecoForm.aspx>
47. Congrès de Rhumatologie SFR 2019 – Actualisation des recommandations de prise en charge de la goutte | Univadis [Internet]. [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.univadis.fr/viewarticle/congres-de-rhumatologie-sfr-2019-actualisation-des-recommandations-de-prise-en-charge-de-la-goutte-705933>
48. VIDAL [Internet]. [cité 16 mars 2023]. Prednisone : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur:  
<https://www.vidal.fr/medicaments/substances/prednisone-2913.html>
49. VIDAL [Internet]. [cité 4 oct 2023]. SOLUPRED 20 mg cp orodispers. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/solupred-20-mg-cp-orodispers-15221.html>

50. VIDAL [Internet]. [cité 4 oct 2023]. ILARIS 150 mg/ml sol inj. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/ilaris-150-mg-ml-sol-inj-179140.html>
51. VIDAL [Internet]. [cité 4 oct 2023]. ZYLORIC 100 mg cp. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/zyloric-100-mg-cp-18196.html>
52. VIDAL [Internet]. [cité 16 mars 2023]. Allopurinol : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/allopurinol-233.html>
53. Comprimés : couper ou écraser ? Hôpitaux Universitaires Genève.
54. 20221209-apac-referentiel-atun-information-desuric-2004.pdf.
55. Organisation Mondiale de la Santé. Éducation thérapeutique du patient : manuel à l'usage des professionnels de santé. 1998. [Internet]. [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/145296/E93849.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf)
56. Lioté F, Bardin T. Traitement de la goutte. Rev Rhum. févr 2007;74(2):160-7.
57. Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales - 4e éd.: Méthodes et exercices corrigés. Armand Colin; 2023. 342 p.
58. Caillaud S, Flick U. Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. In: G. Lo Monaco SD& PR, éditeur. Les représentations sociales Théories, méthodes et applications [Internet]. Editions de Boeck; 2016 [cité 16 oct 2023]. p. 227-40. Disponible sur: <https://hal.science/hal-04078501>

## ANNEXES

### 1. ANNEXE 1 : Séance d'animation

#### 1.1 Tract pour présenter l'animation

**Santé en VERCORS**  
Pôle de santé pluridisciplinaire

# Education thérapeutique

## La goutte, venez en parler

Qu'est ce que je peux manger ?

Pourquoi moi ?

Colchicine, acide urique ...

**COMMENT ÉVITER LA CRISE ?**

Le 12 Octobre 2023  
De 17h à 19h  
au Pôle de Santé - Santé en Vercors  
à Lans en Vercors

Si vous êtes intéressé ou si vous avez des questions :

☎ 07 86 96 76 24  
✉ [aunave.quentin@gmail.com](mailto:aunave.quentin@gmail.com)

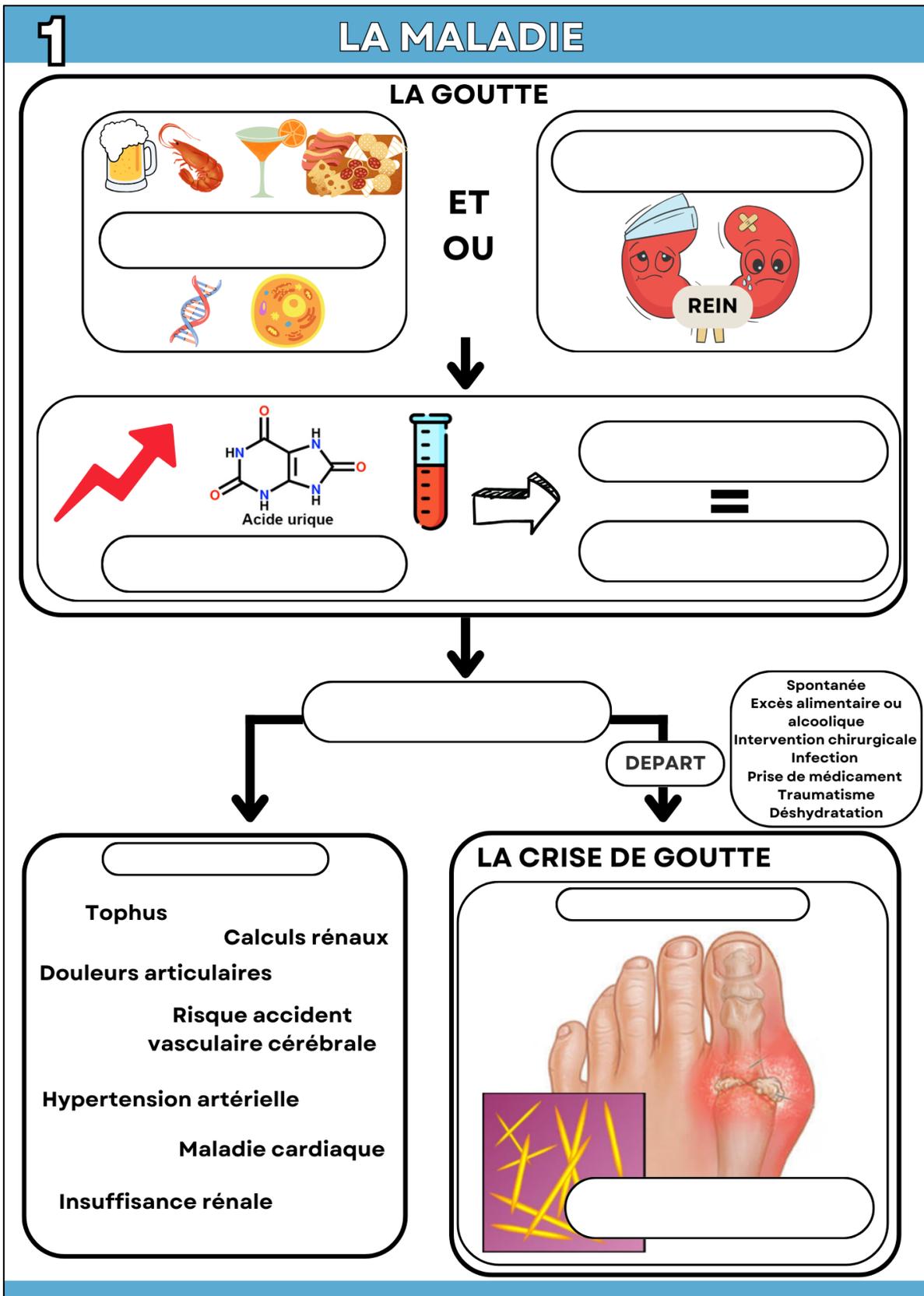
Figure 14. Tract « Éducation thérapeutique. La goutte, venez en parler ».

## 1.2 Grille des objectifs

Tableau 14. Grille des objectifs lors de la séance.

<b>OBJECTIFS DE L'ANIMATION THERAPEUTIQUE SUR LA GOUTTE</b>				
<b>PRÉSENTATION DE L'ANIMATION :</b>				
<p>Durée : 1h30 à 2h maximum</p> <p>Nombre : 3 à 6 patients</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je me présente et je demande à tout le monde d'éteindre leurs objets connectés.</li> <li>• Je demande aux autres intervenants de se présenter.</li> <li>• Je demande aux patients de se présenter.</li> <li>• Je précise que tout ce qui sera dit durant cette séance restera sous le secret professionnel.</li> <li>• Je leur rappelle qu'ils peuvent intervenir à tout moment et ceux même après la séance en sollicitant un professionnel de santé présent ou non.</li> </ul>				
<b>MODULES</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>SOUS OBJECTIFS</b>	<b>OUTILS</b>	
<b>COMMENTAIRES</b>				
<b>1- Représentation de la maladie</b>	<i>Être capable d'expliquer la physiopathologie de la goutte</i>	<i>Être capable de différencier la maladie de la goutte à la crise de goutte.</i>	Fiche à trou à compléter	Variante possible si le patient préfère écrire dans la case.
<b>2- Facteurs de risques</b>	<i>Être capable d'identifier les facteurs de risques de la maladie</i>	<i>Être capable de différencier les facteurs de risques modifiables et non modifiables.</i>	Deux jeux de cartes 1er jeu : hyperuricémie 2ème jeu : crise de goutte	En fonction du nombre de participant, vous pouvez distribuer une carte à chacun pour la lire à tour de rôle
<b>3- Mes lignes de conduite</b>	<i>Être capable de mettre en place une stratégie personnelle dans une situation donnée</i>		Le coloriage de bulle où sont inscrit des solutions pour la prise en charge de la maladie. 4 énoncés différents	Ne pas hésiter à aider le patient si besoin, en lui rappelant que ce sont ces lignes de conduites personnelles, qu'elles doivent être réalisables.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je fais un débriefing avec les patients après chaque module, cela permet de le conclure et de passer au suivant.</li> <li>• En fin de séance, je distribue aux patients "ma fiche patient sur la goutte" qui résume ce que nous avons dit durant la séance.</li> <li>• Je lis la fiche avec eux et je les laisse remplir "mes 3 éléments clefs", si besoin je les aide.</li> <li>• Je clôture l'animation, je remercie les patients ainsi que les professionnels présents.</li> <li>• J'indique aux patients que je reste disponible s'ils ont des questions ou des interrogations même plus tard.</li> </ul>				

# 1.3 Module 1 : Physiopathologie de la maladie



# 1

## LA MALADIE

**LONG TERME**

**DIMINUTION DE L'ELIMINATION  
DE L'ACIDE URIQUE**

**AUGMENTATION DE L'ACIDE  
URIQUE DANS LE SANG**

**APPORT DE PURINES PAR  
L'ALIMENTATION OU PAR  
PRODUCTION NATURELLE**

**TAUX D'ACIDE URIQUE**  
supérieur à 60mg/L ou à 360  $\mu\text{mol/L}$

**HYPERURICEMIE**

**DÉPÔTS D'ACIDE URIQUE**

**COURT TERME**

**FORMATION DE CRISTAUX  
D'ACIDE URIQUE**

Figure 15. Module 1 : Fiche à trous à compléter pour décrire la physiopathologie de la maladie

## 1.4 Module 2 : Facteurs de risques

2

### Énoncé n°1



Après sa dernière prise de sang, M. A a un taux d'acide urique de 350 micromoles par litre.

Son docteur lui indique qu'avec un taux aussi élevé, il est susceptible de faire une crise de goutte.

### Carte n°1



"C'est normal que j'ai une valeur d'acide urique élevée ! Tous mes ancêtres ont des crises de goutte"

La part génétique est à prendre en compte. Chez certaines personnes, une diminution de l'élimination de l'acide urique par les reins peut se produire (hérédité, maladie rénale)



### Carte n°2



"Je ne comprend pas pourquoi moi, j'ai de l'hyperuricémie et des crises de goutte. Ma femme, elle n'a rien du tout."

L'hyperuricémie et les crises qui y sont associées ne sont pas réparties de façon égale pour les deux sexes. La goutte touche plus les hommes que les femmes. Cependant, la femme ménopausée est susceptible de faire plus de crises.



### Carte n°3



"C'est vrai que niveau alimentation, je ne fais pas vraiment attention. J'adore la raclette, je mange donc beaucoup de charcuterie, de viandes rouges. Puis, j'aime bien me boire une petite bière le soir."

Les aliments riches en purines comme la viande rouge, la charcuterie, les abats, les fromages forts, la bière avec ou sans alcool augmentent le taux d'acide urique



### Carte n°4



"Je ne comprend pas, j'ai pourtant acheté plein de légumes au marché."

Les légumes contiennent des purines d'origine végétale et n'ont donc aucun impact sur l'uricémie.

Cependant, certains végétaux comme les asperges, les épinards, l'oseille, les champignons, le chou-fleur, les lentilles contiennent de l'acide oxalique qui se transforme en acide urique



### Carte n°5



"C'est vrai que la dernière fois, vous m'aviez dit de faire de l'activité physique mais je n'y arrive pas ..."

La pratique d'une activité physique régulière est indispensable pour permettre de perdre du poids, d'être en forme. L'association obésité et goutte est connue depuis très longtemps, on observe chez ces patients une élévation de l'uricémie.



# 2

## Énoncé n° 2

Mme B est en vacances au bord de la mer. Elle se réveille le matin avec une douleur vive au gros orteil. Elle n'arrive plus à poser le pied à terre.

### Carte n° 1



"On a passé une très bonne soirée, mais voilà le résultat... J'aurais du prendre le temps de boire de l'eau"

La déshydratation peut favoriser l'apparition de crise de goutte.

Il est donc nécessaire de boire minimum 2L d'eau par jour.



### Carte n° 2



"Depuis que je prends ce médicament pour la tension, je fais plus de crises qu'avant"

Plusieurs médicaments peuvent entraîner une augmentation de l'acide urique.

On note les médicaments diurétiques (furosémide, indapamide), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (périndopril, candésartan), l'aspirine à faible dose



### Carte n°3



"Au bord de la mer, je n'ai pas pu résister aux fruits de mer et au poisson.  
J'adore ça. Mais pas d'alcool, j'ai juste pris un soda"

Tous les fruits de mer, les poissons tel que le hareng, les anchois, les sardines augmente le taux d'acide urique.

Les sodas contiennent du fructose qui se dégrade directement en acide urique.



### Carte n°4



"Ah mon médecin m'avait prévenu avec ma dernière prise de sang.  
Mon taux était trop haut"

L'hyperuricémie est le premier facteur de risque dans la survenue de la goutte.  
Au delà de 360  $\mu\text{mol/L}$  ou de 60 mg/L, l'acide urique soluble va se transformer en cristaux et déclencher la crise.



### Carte n°5



"Je vais prendre la colchicine que ma prescrit le médecin mais j'espère que cela ne va pas me donner la diarrhée"

La colchicine est un médicament à marge thérapeutique étroite. C'est à dire que l'effet bénéfique et les effets secondaires sont proches.

Ici, la diarrhée est un signe de surdosage qui peut être grave voire mortel. Il faut suspendre la prise du médicament.



Figure 16. Module 2 : Deux jeux de cartes pour prendre conscience des facteurs de risques.

## 1.5 Module 3 : Mes lignes de conduite

### 3

## MES LIGNES DE CONDUITE

***Vous allez retrouver plusieurs problématiques. A l'aide de crayons, coloriez les bulles de votre choix, vous pouvez colorier le nombre de bulles que vous souhaitez. Il n'y a pas de mauvaise réponse.***

**Et si demain j'ai une crise de goutte**

**Alors pour diminuer la douleur, je vais ...**

**appliquer  
de la glace**

**prendre la  
colchicine**

**prendre du  
paracétamol**

**me mettre  
au repos**

**prendre un  
anti-  
inflammatoire**

**prendre de  
la cortisone**

**consulter un  
professionnel de  
santé (médecin,  
infirmier,  
pharmacien)**

**boire  
beaucoup  
d'eau**

**Autre :**

**Manger des  
fruits  
rouges**

**3**

**Et si demain j'ai un taux d'acide urique élevé**

**Alors pour diminuer la fréquence des crises, je vais ...**

**aller voir un  
professionnel  
de santé**

**augmenter  
mon activité  
physique  
adaptée**

**augmenter  
les apports  
en eau**

**diminuer  
l'alcool**

**manger selon  
ma faim et  
stopper au  
rassasiement**

**prendre le  
febuxostat**

**diminuer le  
grignotage**

**prendre  
de la  
vitamine C**

**manger des  
légumes**

**diminuer la  
consommation  
de viandes  
rouges**

**réduire la  
charcuterie**

**réduire la  
consommation  
de sodas**

**prendre  
l'allopurinol**

**Autres :**

**manger de  
façon  
équilibrée**

**informer  
mes proches  
que j'ai la  
goutte**

**2**

**3**

**Et si demain j'ai la maladie de la goutte**

**Alors pour mieux gérer la goutte, je vais ...**

faire des  
prises de sang  
1 à 2 fois par  
an

faire de  
l'activité  
physique  
régulièrement

apprendre à  
gérer mes  
sensations  
alimentaires

perdre du  
poids

en parler  
avec mes  
proches

cuisiner  
maison

prendre  
mon  
traitement  
de fond

Autres :

**Et si demain, j'ai une soirée / un repas / un apéro prévu avec des amis**

**Alors pour éviter la crise, je vais ...**

arriver en  
retard

prendre avec  
assiduité  
mon  
traitement

amener  
mes  
aliments

partir plus  
tôt

conduire  
pour moins  
boire

prendre du  
plaisir à  
boire qu'un  
bon verre

en parler  
avec mes  
amis

privilégier  
la qualité à  
la quantité

choisir un  
plat adapté

Penser à  
déguster et  
ralentir ma  
prise  
alimentaire

Autres :

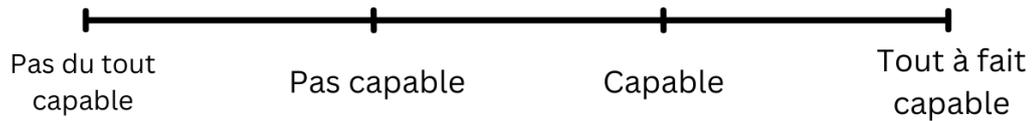
**3**

Figure 17. Module 3 : Le coloriage de bulles où sont inscrites des solutions pour la prise en charge de la maladie.

## 1.6 Fiche évaluation patient - Questionnaire de satisfaction

### ANIMATION GOUTTE 12 octobre 2023

**1- Je me sens capable d'expliquer ce qu'est une crise de goutte ?**



**2- Je me sens capable d'identifier les facteurs de risques de la goutte ?**



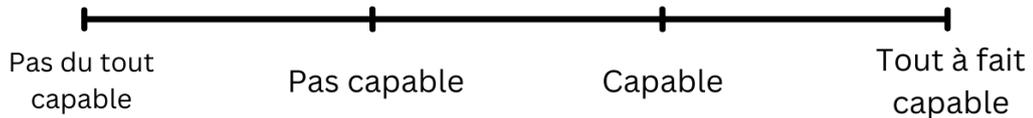
**3- Je me sens capable de mettre en place une stratégie pour diminuer la survenue de crise ?**



## ANIMATION GOUTTE

### 12 octobre 2023

**1- Je me sens capable d'expliquer ce qu'est une crise de goutte ?**



**2- Je me sens capable d'identifier les facteurs de risques de la goutte ?**



**3- Je me sens capable de mettre en place une stratégie pour diminuer la survenue de crise ?**



			
<b>ACCUEIL</b> (organisation, horaire, lieu, communication,...)			
<b>RESSENTI</b> (l'écoute, confiance, liberté de parole, ...)			
<b>CONTENU</b> (qualité des supports, qualité des informations, qualité des intervenants)			

**Commentaire :**

2

Figure 18. Fiche autoévaluation patient et questionnaire de satisfaction.

## 1.7 Grille observation par un tiers

<b>Animation thérapeutique Grille observation par un tiers</b>			
	<b>Module 1 La maladie</b>	<b>Module 2 Les facteurs de risques</b>	<b>Module 3 Mes lignes de conduite</b>
<b>Clarté des consignes</b>			
<b>Clarté des outils</b>			
<b>Attitude des participants</b>			
<b>Attitude de l'animateur</b>			

**Ressenti personnel sur l'animation global :**

**Axes d'amélioration :**

Figure 19. Grille observation par un tiers.

## 1.8 Fiche patient « Ma fiche sur la goutte »

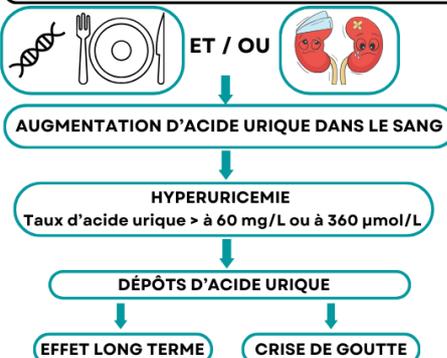


**Santé en VERCORS**  
pôle de santé pluridisciplinaire

# MA FICHE SUR LA GOUTTE:

Nom :  
 Prénom :  
 Date :

**Maladie inflammatoire liée à un taux d'acide urique (=déchet issu des protéines) élevé dans le sang.**

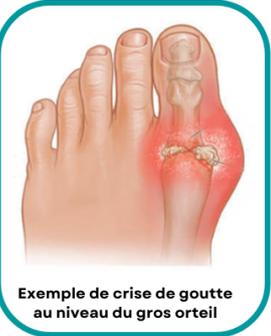


**AUGMENTATION D'ACIDE URIQUE DANS LE SANG**

**HYPERURICEMIE**  
Taux d'acide urique > à 60 mg/L ou à 360 µmol/L

**DÉPÔTS D'ACIDE URIQUE**

**EFFET LONG TERME**      **CRISE DE GOUTTE**



Exemple de crise de goutte au niveau du gros orteil

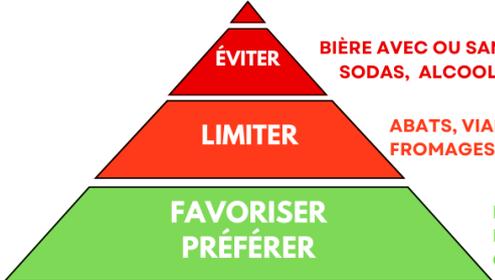
**MES 3 ELEMENTS CLEFS**

-

-

-

### PRÉVENTION



**ÉVITER**      **BIÈRE AVEC OU SANS ALCOOL, SODAS, ALCOOLS FORTS.**

**LIMITER**      **ABATS, VIANDE ROUGE, POISSON, FRUIT DE MER, FROMAGES AFFINES, BEURRE, VIN, SUCRERIES.**

**FAVORISER PRÉFÉRER**      **PRODUITS LAITIERS, FRUITS, LÉGUMES, ŒUFS, INFUSION, CAFÉ, CÉRÉALES COMPLÈTES.**



Activité physique **adaptée**



Hydratation **abondante**



Perte de poids **en cas de surpoids**

**TRAITEMENT DE FOND**

**Allopurinol (Zyloric®) / Fébuxostat (Adénuric®)**

Instauration **dès la 1<sup>ère</sup> crise** + traitement de crise pendant 6 mois.  
 A prendre sur le **long terme** (à vie) visant à diminuer le taux d'acide urique dans le sang.  
 Contrôle de l'efficacité du traitement par **des prises de sang tous les 1 à 2 fois par an.**



### EN CAS DE CRISE

**Mesures hygiéno-diététiques**



**Reposer** l'articulation



**Boire 2 L d'eau** minimum par jour



**Glacer 15 min** 3 fois par jour



**Consommer des** aliments riche en vitamine C

MÉDICAMENTS PRESCRIT LORS DE MA 1<sup>ère</sup> CRISE

A prendre le **plus tôt possible**, idéalement dans les **12 heures** suivants les 1<sup>er</sup> symptômes et **jusqu'à disparition des symptômes.**  
 Si persistance des symptômes **supérieur à 5 jours, consulter votre médecin.**

ANTI-INFLAMMATOIRE	CORTISONE	COLCHICINE
Ibuprofène (Advil®, Nurofen®) Kétoprofène (Profénid®) Indométacine (Indocid®) Diclofénac (Voltarène®)	Prednisone (Cortancyl®) Prednisolone (Prednisolone)	Colchimax® Colchicine®
La posologie dépend du médicament utilisé. Demander avis à votre pharmacien ou à votre médecin.	<b>Prendre 30 à 35 mg par jour le matin, pendant 3 à 5 jours</b>	Prendre <b>1 comprimé puis 1/2 cp 1h après.</b> Les jours suivants prendre <b>1/2 cp, 2 à 3 fois par jour</b>

Réalisé par Quentin AUNAVE - octobre 2023

Figure 20. Fiche patient "Ma fiche sur la goutte"

105

## 2. ANNEXE 2 : Enquête qualitative

### 2.1 Guide pour l'entretien

GUIDE POUR ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF PATIENT ATTEINT DE LA GOUTTE		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se présenter, présenter l'intérêt de l'entretien, indiquer la durée.</li> <li>• Ne pas oublier de demander l'accord en cas d'enregistrement.</li> </ul>		
PATIENT		
NOM		
Prénom		
Âge		
Profession		
Comorbidité(s)		
Antécédent(s)		
ENTRETIEN		
LIEU		
DATE		
RÉALISÉ PAR (FONCTION)		
DUREE		
COMMENTAIRES		
THÈMES	SOUS-THÈMES	QUESTIONS OUVERTES
GESTION DE LA CRISE	Vécu du patient Impact d'une crise sur la vie quotidienne	Racontez-moi la dernière fois que vous avez eu une crise ? Qu'est-ce que vous avez fait concrètement ?
FACTEURS DE RISQUES	Alimentation / Activité physique Sexe / Age	Pour vous, qu'est ce qui peut être à l'origine d'une crise ?
MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES	Prévention Autosoins	Que faites-vous pour diminuer la survenue des crises ? Que faudrait-il faire pour les diminuer ?
COMPLICATIONS	Maladie causée par les crises à répétitions (HTA/Arthrose)	Pensez-vous que la goutte peut être responsable d'autres maladies ?
SYNTHÈSE	Reformulation Question du patient	Avez-vous des questions sur ce que nous avons évoqué ?
CONCLUSION ENTRETIEN		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remerciements</li> <li>• Informer le patient que l'on reste à son écoute et à sa disposition si besoin.</li> </ul>		

Figure 21. Guide entretiens semi-directifs pour les patients gouteux.

### 2.2 Retranscription des entretiens

1

## Entretien 1 - Domicile

2 *Et vous, Mr D, Racontez-moi comment, quand vous avez fait votre crise là, comment ça*  
3 *s'était passé ?*

4

5 Ça s'est déclaré comment ? En début d'année et je me suis fait à l'idée que c'était dû  
6 à la vie que j'avais menée, on est allés dans notre maison de campagne. Si tu veux  
7 pour la Toussaint.

8

9 *Ça, c'était en 2022 ?*

10

11 Oui, pas cette année-ci, l'année précédente à la Toussaint. Puis là, le fait d'être en  
12 famille, si tu veux, c'est gai, c'est facile de ... Je me suis laissé aller au niveau nutrition,  
13 tu vois, tenté par ... Oui, t'es en famille. Ici (en montrant son salon/cuisine) je fais gaffe  
14 à ce que je mange, à ce que tu vois. Bon après quand tu es ... Je ne mange jamais  
15 de charcuterie, tu vois, je fais attention au sel, le si le ça. Là, tu es en famille, une bière  
16 par ci, une bière par-là, tu vois, tu y vas. J'en ai eu après ça (crise) mais sans aucune  
17 certitude en fin de compte hein. Je n'ai pas la certitude que c'est ça qui m'a amené  
18 cette crise et ça vient bizarrement, tu ne comprends pas ce qu'il t'arrive au début, tu  
19 vois. Ça te fait mal, tu t'en aperçois finalement au lit, quand tu es couché, tu vois. Au  
20 début, j'ai eu l'impression que c'était le poids de la literie, de la couette sur les pieds.  
21 Parce que ça, bon, même précédemment ça arrive d'avoir des douleurs, des fois  
22 quand tu prends de l'âge si tu veux, il paraît d'ailleurs que l'on vend un tunnel, tu peux  
23 t'équiper pour te coucher avec les pieds (il lève les pieds). Au début, j'ai cru que c'était  
24 ça, en fin de compte, tu vois. Donc tu mets tes pieds de côté, puis ça empire. J'avais  
25 qu'un seul côté d'abord (montre son pied gauche) puis petit à petit ça devient plus  
26 douloureux, tu vois. Puis après j'ai le deuxième pied qui arrive, puis la couleur change,  
27 tu vois le pied enfle, tu vois, un peu d'œdème. Puis là ça devient douloureux, au point  
28 que pour marcher si tu veux... Le souvenir que j'en ai, ça m'a duré 2-3 semaines,  
29 quelque chose comme ça, puis ça disparaît petit à petit. Et ce qui m'avait inquiété, c'est  
30 que Dr. J m'avait dit, "bon ça reviendra, euh, vous ne l'avez jamais eu ?" "Ah non non,  
31 jamais eu ça." Il paraît que.... Alors depuis, moi au niveau alimentaire si tu veux, la  
32 dernière crise, ça m'a servi de leçon en fin de compte, tu vois. Je fais beaucoup plus

33 attention à ce que je mange et au sel en particulier. Toute la cuisine que je fais, alors  
34 il y a ça aussi, si tu veux. Quand tu es responsable de ta cuisine, par contre quand tu  
35 vas manger ailleurs, bon ben là, c'est n'importe quoi. Mais déjà dans ce que tu  
36 consommes normalement, il y a déjà pas mal de sel, dans le pain, dans beaucoup de  
37 choses, dans les plats préparés, tu vois. Moi, je fais très attention au sel, ça s'est  
38 devenu... alors maintenant est-ce qu'il y a que ça ? Mais je n'ai plus jamais eu,  
39 d'ailleurs Dr. J m'a reposé la question, "il y a plus ?" "Ben non". Par contre, depuis j'ai  
40 déjà eu de l'œdème, une petite poussée d'œdème tu vois, au niveau du mollet, et des  
41 crampes mais ça c'est autre chose. Dans le pied, c'est l'acide machin chose, (il ne  
42 trouve pas le mot, je l'aide en lui disant acide urique) qui dépose des cristaux, bon j'ai  
43 regardé, j'ai essayé de comprendre ce que c'était. C'est bizarre comme euh, c'est  
44 bizarre quoi. Et d'après ce que j'ai lu aussi, il n'y a pas que les pieds qui peuvent être  
45 concernés mais c'est plus rare quoi. C'est principalement dans les (en me montrant  
46 ses pieds).

47

48 *Quand vous avez eu cette crise, qu'est-ce que vous avez fait pour vous soulager ?*

49

50 Attention, la crise est apparue 2-3 mois après, c'est pour ça que j'ai dit, je me suis fait  
51 à l'idée que le point de départ, c'était là, parce que j'avais pris des libertés. Tu es  
52 entraîné dans la famille, on boit un coup, on boit l'apéro, ça aussi depuis, tu vois. Je  
53 fais beaucoup plus attention quoi. Je n'ai plus jamais de bière, avant j'avais toujours  
54 mes petites canettes de bière de temps en temps, hein. Bon ça, j'ai arrêté aussi. Mais  
55 là aussi, j'ai aucune certitude. Bon alors, c'est un peu tout ce qui est marqué dans les  
56 conseils là (en me montrant la fiche), j'ai tenu compte de ces recommandations-là quoi.  
57 Ce qui est bizarre, il parle du fromage, ça me revient tu vois, éviter les fromages  
58 fermentés, ça aussi j'essaie, alors avant (rire), je mangeais beau... (se coupe pour  
59 dire) pas mal de fromages fermentés, maintenant je fais attention.

60

61 *Quand la crise est apparue, c'était à la maison ? C'était quoi les symptômes ?*

62 *Impossible de se lever ?*

63

64 Ah non, ce n'a jamais été jusque-là. Je sortais plus, parce que c'était vraiment  
65 douloureux de marcher mais t'avais mal continuellement quoi. Puis tu as le pied enflé,  
66 c'est désagréable quoi. Et des deux côtés quoi, c'est douloureux, c'est très douloureux.

67 C'est pour ça que quand tu l'as eu une fois, euh bon, (rire du patient). Bon l'âge, il fait  
68 peut-être aussi, y'a peut-être ça aussi qui joue quoi. Voilà, maintenant Dr. J m'a dit  
69 y'avait pas de, parce que je lui ai posé la question, médicament ? Qu'est-ce que je  
70 peux faire ? Rien parce que par ailleurs pas d'anti inflammatoires parce qu'avec mon  
71 insuffisance rénale, il ne pouvait pas donner grand-chose quoi. C'est pour ça qu'il m'a  
72 dit, ça je ne peux rien pour vous, il faut attendre. C'est curieux.

73

74 *Donc si je comprends bien, il vous a dit qu'il ne pouvait pas vous donner de*  
75 *médicament et vous a donné le papier ?*

76

77 Voilà, c'est ça. En disant, bon voilà ce à quoi il faut faire attention, alors tu vois, on dit  
78 manger moins de viande aussi, et ça aussi je l'ai appliqué moi hein. Bon tu vois, on  
79 me l'avait dit aussi au niveau insuffisance rénale, moins de pro... (je l'aide à nouveau)  
80 protéines, moins de viande, moins de protéines. Mais depuis, j'ai mon taux de (bruit +  
81 geste de baisse) globules rouges qui a dégringolé aussi, est ce que je n'ai pas été trop,  
82 enfin tout cela est lié en fin de compte. Est-ce que, je n'ai pas été trop violent, il me dit  
83 moins de viande, ah ben moi d'accord moins de viande, j'ai appliqué le truc. Un, deux  
84 ou trois jours par semaine, je ne mangeais pas de viande. Depuis j'ai rectifié le tir, mais  
85 en fin de compte...

86

87 (Je relance le sujet) *C'est tout une question d'équilibre.*

88

89 Je ne sais pas, tu ne peux avoir aucune certitude dans ce genre de truc quoi. Mais ce  
90 qu'il y a de sûr, c'est que je n'ai plus de crise jusqu'à présent et ça fait 1 an, 1 an et  
91 demi.

92 (Blanc)Après qu'est-ce que je peux encore te dire (rire).

93

94 *Donc si je comprends bien, il y eu la crise qui a été après l'excès en famille qui a pu*  
95 *déclencher ces crises.*

96

97 Je pense que c'est le facteur déclenchant mais je pense que j'étais sans doute  
98 prédisposé à ça quoi, à cause de l'âge...

99

100 *Et donc si je comprends bien vous avez appliqué le régime qui a été donné par le*

101 *médecin à la lettre*

102

103 Eh ben j'essaye de toujours au niveau traitement pour quoi que ce soit de suivre, de  
104 faire les choses sérieusement.

105

106 *On a parlé du fromage, de la bière. Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres aliments*  
107 *qui peuvent déclencher des crises ?*

108

109 Eh ben la viande, il parle aussi des sodas, mais ça je n'en prends jamais non plus, je  
110 n'ai jamais été un passionné du Coca. Je ne bois que de l'eau. On dit aussi qu'il faut  
111 boire un peu plus, forcé un peu plus que de besoin. Après c'était aussi pour  
112 l'insuffisance rénale parce que Dr. J m'avait dit qu'il fallait boire beaucoup, d'autres te  
113 disent ben quand même pas trop sinon vous fatiguez les reins (il revient sur cela à la  
114 fin de l'entretien en me disant qu'il ne sait plus trop quoi faire, le néphrologue qu'il a  
115 récemment vu, lui dit de ne pas trop en abuser car sa fatigue les reins). Tu parlais  
116 d'équilibre tout à l'heure, je crois que c'est le mot qui convient, en fin de compte tout  
117 ça (en montrant la fiche), y'a du pour et du contre, c'est un équilibre à trouver, c'est  
118 assez précaire.

119

120 *Par rapport à la fiche, cela fait référence à beaucoup de choses, qu'en pensez-vous ?*

121

122 C'est vrai, mais le médecin m'avait un peu expliqué. Par ailleurs, sur internet, on  
123 retrouve beaucoup de choses quand on regarde souvent la maladie, tu as des  
124 conseils, on te donne des trucs, on ne manque pas de directives, de conseils.

125

126 *Alors oui, vous avez raison, il y a beaucoup de choses sur internet. Mais qu'est-ce que*  
127 *vous pensez d'avoir un avis d'un professionnel de santé ? d'une diététicienne ?*

128

129 Euh, c'est une bonne idée, si bien sûr que si, ça s'est évident, ce n'est pas n'importe  
130 qui qui peut te donner des conseils, mais ça le généraliste est là pour ça, ensuite il  
131 t'envoie chez le spécialiste, donc non de ce côté-là, les choses sont bien faites. Moi, à  
132 mon sens, non, tu poses les questions que tu veux, c'est à toi d'ailleurs de préparer  
133 tes questions pour la consultation.

134

135 *Pensez-vous que la goutte peut être responsable d'autres maladies ?*

136

137 (blanc) ça n'a pas été évoqué, non, je ne pense pas. Bon de ce côté-là, je suis déjà  
138 assez fourni comme ça (rire). Non, ça va, je passe mon tour. Ben non, je ne pense  
139 pas, c'est vraiment quelque chose de bien caractérisé, d'après ce que je comprends,  
140 cette inflammation... Ce qui est curieux, c'est que ça se porte là quoi (en montrant son  
141 pied) l'acide, ces cristaux d'acide qui viennent là, sur ses articulations, c'est ça qui ...  
142 il faut être scientifique pour avoir un avis sur la question, moi ce n'est pas mon cas.  
143 C'est curieux quoi. Pourquoi sur les orteils ? Et pourquoi pas sur le talon ? ou le genou  
144 hein ? Des articulations ça ne manque pas ! J'ai lu aussi que l'on parlait pas mal des  
145 poignets, du pouce.

146

147 *C'est vrai, le point de départ est souvent l'articulation du gros orteil, et ça peut*  
148 *progressivement monter sur les genoux par exemple.*

149

150 Alors ça doit être d'autant plus douloureux, et d'autant plus invalidant surtout, parce  
151 que là en fin de compte, c'est douloureux, mais tu ne plies pas, ce n'est pas une  
152 articulation que tu plies (en montrant son pied). Ce n'est pas comme les doigts hein.  
153 Quand tu marches, tu marches en ayant mal en faisant, tu marches beaucoup moins,  
154 moi qui suis l'habitude de marcher 30 min en début d'après-midi alors avec ça pas  
155 question.

156

157 *Si j'ai bien compris, le médecin n'avait pas forcément proposé de traitement mis à part*  
158 *jouer sur l'alimentation.*

159

160 (Il me coupe)

161

162 Non, il n'y avait pas de traitement hormis d'attendre et de faire attention, c'est tout quoi.  
163 Que dans mon cas, il ne pouvait pas me proposer de traitement. J'imagine que, parce  
164 que j'ai lu, je sais plus où, que ça peut se produire à partir de 50-60 ans, c'est possible  
165 que dans ces âges-là, il y a peut-être des traitements qui sont plus applicables quoi.  
166 Mais c'était plus mon cas. (blanc). Et je n'ai vu que Dr J. sur ce sujet-là quoi. Ben je ne  
167 sais pas s'il y a des spécialistes d'ailleurs dans ce cas, sur des problèmes comme ça.

168

169 *Alors, sur la goutte, je ne pense pas, la goutte est un rhumatisme inflammatoire, donc*  
170 *rhumatologue après c'est vrai que c'est plus une pathologie traitée par les médecins*  
171 *généralistes. Après les crises peuvent être associées à la prise de médicaments, donc*  
172 *ça peut se passer à l'hôpital. Après actuellement, ça reste une maladie que l'on traite*  
173 *en ville.*

174

175 Bon maintenant, ça vient aussi se (...). Ça vient compliquer en fin de compte les  
176 traitements que tu avais préalablement. Moi, c'était mon cas en fin de compte hein,  
177 autrement dit ce n'est jamais deux fois pareil, tu attrapes la goutte, mais tu avais déjà  
178 si, ça, ça et ça et partant de là, c'est ce qui fait que on peut adapter un traitement ou  
179 pas, en fin de compte en fonction du vécu, c'est peut-être qui explique aussi que dans  
180 mon cas, on m'a dit qu'il n'y avait rien à.... sauf la patience quoi.

181

182 *Donc voilà, on a eu votre vécu d'une crise, il y de ça, il y a 1 an, 1 an et demi.*

183

184 De tout ça, il y a 1 an et demi, et depuis j'ai encore quand même eu des problèmes  
185 œdèmes légers, mais sans que ça, autrement dit, je crois que c'est vraiment à  
186 dissocier. Fin je ne sais pas.

187

188 *Du coup, est-ce que vous avez des questions ?*

189

190 Non, non, pourvu que ça dure (rire). J'ai assez de soucis par ailleurs, non non non.  
191 Non je pense que c'est plus qu'un mauvais souvenir quoi, j'espère que ça le restera,  
192 que ça n'ira pas au-delà. J'en ai assez comme ça. Voilà, je crois que j'ai fait le tour.

193

194 *Eh bien merci à vous.*

## Entretien 2 - Officine

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32

*Racontez-moi, la dernière fois que vous avez eu une crise de goutte.*

Alors, la dernière fois c'est difficile d'évaluer, je ne sais pas comment je peux m'exprimer, mais ça n'avorte pas, c'est à dire que j'ai mal, le doigt du pied enfle. Parfois j'utilise la colchicine, ce que je fais très très rarement et prenant 1/2 cachet de colchicine, parce que je vous avais dit, il me dit (néphrologue) de prendre 1 cachet pendant 3 jours, non non, ce n'est pas bon, la doctoresse m'avait dit "ce n'est pas utile". Donc, ben j'ai, il n'y a pas 1 mois qui se passe sans avoir des prémices de la goutte, que le petit doigt de pied enfle. Par contre, il y a 2 ans, là c'était, alors je sais plus lequel (en montrant ses pieds), je vous avais peut-être dit ça coulait, je croyais que c'était du pue (rire). Il me dit mais « non monsieur », il avait raison, je ne sais pas pourquoi j'ai assimilé ça, ce sont des cristaux qui s'échappent, et là c'était vraiment, alors il y a 2 ans tout de même, l'histoire de la maladie c'est ça.

Quand on s'en est aperçu, c'est que j'avais effectivement des douleurs aux pouces, c'était aux gros orteils. C'était surtout là, parfois ça enflait un petit peu, c'était rouge mais ce n'est jamais arrivé au stade de goutte.

Le néphrologue a fait appeler une interne et m'a dit "vous m'autorisez à la faire venir pour qu'elle voit ce que c'est parce qu'effectivement, on voit ça rarement". Bon, si vous voulez, la maladie a été décelée il y a 15 ans. Et c'est le pharmacien d'ailleurs, je lui ai dit "c'est bizarre, j'ai des crises de goutte, je devrais faire attention à mon alimentation", et mon fils me dit maintenant, tu aurais dû te rapprocher de lui à nouveau pour qu'il t'aide. Parce que quand je lui en ai parlé, il m'avait dit « vous pouvez faire attention mais vous ne ferez rien pour palier à ce problème-là ». Mais bon je lui en avais parlé, bon c'était un copain, je lui ai dit c'est bizarre, je ne sais pas ce qu'il se passe, ça me brûle, j'ai le doigt de pied qui est tout rouge, et ça enfle, je supporte difficilement le drap donc ça il y a une quinzaine d'années à peu près.

Et puis après, ben je n'ai pas eu trop de soucis, puis je ne sais pas après il y a l'intervention de l'artère fémorale profonde dans l'aîne et là je ne sais pas si c'est le fait de trifouiller là-dedans, ça m'a provoqué des crises de goutte mais toujours à des stades pas très importants sans avoir besoin de me servir de la colchicine.

33

34 *Nous avons été coupés par un appel, je suis sorti du bureau et je suis revenu 30 secondes*  
35 *plus tard.*

36

37 Ce n'est pas quelque chose de très régulier comme crise, je fais très attention à la  
38 nourriture parce qu'on me disait que c'était lié mais ce n'est pas pour autant que j'ai  
39 pu éliminer ces problèmes-là. C'est récurrent mais pas d'une manière systématique.  
40 Quand j'étais à l'hôpital, je n'ai pas compris, ils m'avaient supprimé l'allopurinol.

41 Pourquoi ? je n'en sais rien. Puis bon, ça n'a pas transpirer. La raison pour laquelle ils  
42 l'avaient supprimé ? Je demande à l'infirmière, elle me dit "oh ben je verrais avec le  
43 chef de service", parce qu'elle me dit, "vous étiez habitué à prendre de l'allopurinol ?",  
44 je lui ai dit oui "j'ai été habitué, c'était monté à 300 le dosage".

45 Et puis là, je n'ai pas eu de crise de goutte quand j'y étais donc c'est bizarre, 2 mois,  
46 suppression de l'allopurinol par contre, là j'avoue que je ne comprenais pas très bien.  
47 L'urée avait grimpée. La doctoresse m'a dit, la preuve en est, c'est que l'allopurinol ça  
48 traite l'urée, l'acide urique mais ça ne m'a pas provoqué pour autant de crise. Donc les  
49 résultats du bilan sanguin n'étaient pas bons pour l'acide urique mais ça ne m'avait  
50 pas provoqué de crise de goutte. Voilà, c'est à peu près ce que je peux vous dire sur  
51 la maladie.

52

53 *Donc si je comprends bien, il y a eu un premier épisode, il y a quinze ans. Le dernier*  
54 *gros épisode était il y a 2 ans.*

55 C'est ça, là on avait vraiment des cristaux qui se sont évacués par le petit doigt de  
56 pied. C'était souvent le gros orteil et en réalité non, ça l'a été quelques fois mais ça  
57 peut être les autres doigts de pied. Ce n'est pas systématique mais bon ça fait mal, ce  
58 n'est pas très agréable. C'est douloureux.

59 *D'accord, si je comprends bien, ça fait mal, c'est douloureux, et concrètement qu'est-ce*  
60 *que vous avez fait ?*

61 Quand la crise était là, je prenais ce que j'avais, j'avais des boîtes d'avance. Je les  
62 utilise tellement peu que je ne disais rien donc on me les redonnait. Mais je n'en abuse  
63 pas, je sais que c'est tellement dangereux, je sais qu'il y a une fourchette. C'est un

64 médecin qui m'avait dit ça : si jamais vous prenez la dose létale, on ne peut rien faire  
65 pour vous. Là ce n'est même pas le centre antipoison, on ne peut pas arriver à guérir,  
66 même en faisant un lavage d'estomac. Là ce n'est même pas la peine d'insister,  
67 prenez-le avec prudence.

68 Ce que je faisais, c'est que j'attaquais avec un demi comprimé pendant 2 à 3 jours et  
69 puis ça se calmait, donc je me disais que c'était bien. Mais là quand j'ai eu le gros  
70 épisode, là non non non, (en parlant du néphrologue), c'est 1 par jour pendant 3 jours,  
71 entier et après 1/2 pendant 2 jours. Puis là j'ai fait effectivement ce qu'il m'avait dit,  
72 mais il paraît que la colchicine est tellement néfaste pour les reins.

73 D'un côté, effectivement ça ne guérit pas mais ça évite que ça continue. Qu'est-ce qu'il  
74 y avait d'autre à ce niveau-là, je n'ai pas eu d'autres soucis. Quand c'est une petite  
75 crise, ça fourmille dans le pied, les prémisses c'est ça, un grésillement, ce n'est peut-  
76 être pas le terme exact, ça grésille comme quand on a une atteinte de nerf ou un truc  
77 comme ça, puis parfois ça s'arrête.

78 Là ça l'a fait à l'hôpital, très peu de temps puis il n'y a plus rien eu. Je me dis ben tiens  
79 chouette, je prends plus d'allopurinol, c'est parfait, peut être que la diététique, c'est vrai  
80 que j'observe un régime assez strict, ce qui m'a fait perdre des kilos et des kilos. Le  
81 médecin me dit que non à la limite, il faut faire attention à ce que l'on mange, mais ce  
82 n'est pas ça qui peut sauver les reins et éviter les crises de goutte.

83 Alors les abats tout ça il est en hors de question. L'alcool, je n'en bois pas donc non  
84 on m'a dit que ça provenait du fait que les reins ont été atteints par l'insuffisance rénale  
85 chronique, par rapport à une hypertension qui n'a pas été prise en charge rapidement.  
86 Cela peut être soit le diabète m'a t'ont dit, soit l'hypertension comme bien souvent. On  
87 parle aussi de la génétique.

88 C'est pour ça, la dernière fois, je vous ai dit, je n'ai pas l'irbesartan, j'ai eu la trouille  
89 parce que je me suis dit mince, je crois qu'il m'en restait 2 ou 3 cachets, je me suis dit  
90 si je n'ai pas ça...

91 *Donc on a évoqué l'alimentation, la génétique.*

92 Ben génétique, je ne sais pas trop, c'était une boutade de la part du chirurgien, il s'était  
93 penché sur le problème de la goutte. Je fais attention à l'alimentation d'autant plus  
94 qu'avec le potassium.

95 Maintenant mon fils (comme il m'avait offert un ordinateur puis une tablette) me dit ne  
96 va pas sur les sites médicaux parce que tu ne vas rien comprendre t'es pas médecin,  
97 tu n'es pas pharmacien, donc si tu regardes, tu vas te faire peur pour rien.

98 Effectivement, je suis allé voir, ce qui m'inquiète le plus, c'est le potassium. Je ne  
99 savais pas que sur le plan cardiaque, ça affectait le cœur. Puis je les ai vus, ils étaient  
100 tout autour de moi à l'hôpital, je me suis dit qu'est ce qui se passe. 6,5 je crois que  
101 j'avais, ça commençait déjà à être sérieux.

102 Mais sinon le médecin traitant me dit la nourriture, vous êtes un expert de la diététique  
103 pour vos reins, pour vos crises de goutte et tout. Je pensais que je pouvais arriver à  
104 remédier à certaines choses avec. Des fois, je me pose des questions, je suis debout  
105 toute la nuit, toutes les heures ou toutes les 2 heures, je suis aux toilettes. Elle me dit  
106 pourquoi buvez-vous 3 litres d'eau ? Avec le potassium j'avais peur donc je prenais de  
107 l'eau, elle me dit que ça n'a pas une grosse incidence, mais par contre je vois que je  
108 suis à 4 maintenant.

109 Mais après on m'a dit quand on farfouille pour l'intervention chirurgicale, ça peut  
110 provoquer cela, une montée de potassium. Pour vous dire, entre les reins qui  
111 provoquent ces crises de goutte, j'essaie de faire le maximum.

112 J'ai vu que les bananes, c'est plein de potassium. Après on dit les pommes de terre  
113 quand vous faites votre soupe, je ne suis pas tellement d'accord, elle me dit c'est bien  
114 de faire votre soupe mais si vous ne mangez que ça, vous vous étonnez de maigrir,  
115 mais elle me dit prenez des pâtes avec.

116 Déjà que faire la cuisine, ce n'est pas mon truc. Non pour vous dire, je parle de  
117 nourriture parce que j'essaie de faire très attention. Là je vois ils m'ont livré, j'ai fait  
118 appel à Junior Sénior, j'ai vu qu'il y avait du boudin, j'ai vu que le boudin, ce n'est pas  
119 très bon. Bon ben j'ai dit ce soir, j'avais acheté des œufs, je me ferai des œufs à la  
120 place.

121 Mais pour vous dire, qu'effectivement par rapport à mes crises de goutte, j'essaie de  
122 faire le maximum, mais bon ce n'est pas évident d'arriver à savoir exactement  
123 comment se comporter, hormis les protéines, je n'ai pas le droit de protéines animales.  
124 J'essaie de me contenter de 100 grammes de protéines animales. Je suis devenu  
125 végétarien, mais pas par goût ça m'embête mais bon. Je prends à peu près 100g de  
126 protéine animale pour essayer de ne pas avoir ses problèmes de goutte alors j'ai  
127 l'impression que ça fonctionne.

128 Mais là je vous dis je ne comprends pas qu'en ayant supprimé l'allopurinol pendant 2  
129 mois, j'ai eu des petites sensations mais jamais cela ne s'est traduit par une crise de  
130 goutte. Ça ne vous paraît pas étrange vous de supprimer l'allopurinol ? Par contre le  
131 taux d'acide urique est remonté, je ne pourrais pas vous dire la valeur, je ne me  
132 rappelle plus mais elle me dit ne vous étonnez pas c'est parce que vous ne preniez  
133 plus d'allopurinol.

134 *C'est vrai que l'arrêt brutal de l'allopurinol peut poser des questions, vous aurez plus*  
135 *de réponse lundi avec le néphrologue*

136 Dans le compte-rendu, il lui disait que par rapport à l'événement que j'avais eu, il parlait  
137 du potassium mais il ne parlait pas de crise de goutte de choses comme ça. Puis là-  
138 bas, à l'hôpital, ils m'ont envoyé une diététicienne, très gentille, mais elle me dit, ici  
139 vous ne risquez pas d'avoir des problèmes avec la nourriture, je vois que vous êtes à  
140 cheval là-dessus. Et elle m'a donné une brochure de diététicienne, je ne sais pas si ça  
141 vous dit quelque chose, l'AGEDUC. Elle m'a dit que c'était là où ils traitent les dialysés.

142 Je voulais voir un nutritionniste, on m'a dit « oh non ce n'est pas la peine. Il vaut mieux  
143 voir une diététicienne. »

144 On ne sait pas, c'est vraiment la brasse coulée pour savoir ce qu'il faut faire. Je vous  
145 dirais que par rapport au poids et à la taille, ils avaient déterminé que c'était 100g de  
146 protéines animales par jour. Alors maintenant, comme ça, je m'aperçois que les crises  
147 de goutte, ce n'est pas régulier.

148 Le néphrologue n'en tient pas trop compte des crises de goutte, ça n'a pas l'air d'être  
149 sa préoccupation. Ce qui est peut-être logique pour lui, c'est surtout une infirmière qui

150 m'a vraiment bien expliqué la clairance, quand on dépasse un certain seuil, je crois  
151 que c'est 30, là c'est direction la dialyse.

152 *A prendre avec des pincettes, ça va dépendre d'autres paramètres, la clairance est bien*  
153 *évidemment à prendre en compte.*

154 Oui, c'est sûr. Et le néphrologue a ajouté de sa main sur le bilan sanguin et urinaire,  
155 une ligne pour une recherche d'infection urinaire, je ne sais pas pourquoi.

156 Et je présume que l'on peut avoir des crises de goutte sans problème rénaux enfin  
157 d'insuffisance rénale. Parce que je voyais les clients que j'avais, les artisans, des gros  
158 bons mangeurs, il fallait voir les gueuletons qu'ils faisaient. Ils avaient des crises de  
159 goutte, ils se plaignaient, puis là oh c'était sévère leur truc et ils ne m'ont jamais parlé  
160 d'insuffisance rénale.

161 Mais je voyais qu'ils mangeaient comme 4, ils buvaient de l'alcool à tour de bras mais  
162 bon. Je pense que la nourriture, c'est lié. C'est ça qui m'a un peu fait peur quand on  
163 m'a dit que vous faites des crises de goutte. Mais pour moi, c'était un problème  
164 d'insuffisance rénale, c'est vos reins qui ne fonctionnent pas bien, qui n'éliminent pas  
165 bien l'acide urique.

166 *Pour faire simple, on a parlé de deux origines de la crise de goutte, l'apport de protéines*  
167 *et une diminution de l'élimination de ces protéines.*

168 *Hormis, ce qui va être des médicaments, pour vous, que faudrait-il faire pour diminuer*  
169 *les crises de goutte ? Demain si vous avez une crise de goutte.*

170 Je vais me précipiter à l'armoire à pharmacie puis je vais prendre un cachet enfin si  
171 elle est violente. Puis le lendemain je ne vais pas en prendre un entier, je vais en  
172 prendre la moitié.

173 Je me suis précipité sur ce fameux médicament qui est soi-disant très mauvais pour  
174 les reins, je pense que s'il y avait autre chose, ça serait bien de pouvoir pallier ça. Se  
175 soigner sans pour autant détériorer la fonction rénale mais bon c'est vrai, on parle  
176 souvent du bénéfice/risque, ce que ça représente comme risque et le bénéfice que  
177 l'on en tire.

178 Ma mère travaillait chez un médecin, elle était secrétaire chez lui, j'étais le petit môme  
179 qui était tout le temps là-bas et souvent ma mère croisait des patients du docteur et il  
180 y en a qui disaient « il n'est pas terrible, il ne donne pas de médicament » (rire).

181 Ils nous ont convoqués à l'AGEDUC pour nous expliquer la fonction rénale et tout. Il y  
182 avait plusieurs personnes en insuffisance rénale. On leur a dit « mais qu'est-ce que  
183 l'on peut prendre comme médicament pour guérir ? » Ils nous ont répondu « vous  
184 croyez que l'on peut tout guérir avec des médicaments », ils s'étaient mis en colère,  
185 « on ne peut pas, il n'y a rien pour guérir. »

186 Puis je faisais beaucoup beaucoup de sport mais bon j'ai réduit l'activité. Le VTT, ce  
187 n'est même plus la peine d'y compter, avec le pontage. Je faisais de la marche  
188 nordique, je faisais du ski de fond, et lui me dit vous pourriez continuer. Il n'a pas l'air  
189 de bien connaître le ski de fond le chirurgien (rire), et encore c'est de l'alternatif. Non,  
190 le chirurgien n'a pas l'air d'être sportif mais il ne critique pas. Mais il dit « comment  
191 vous faites pour glisser alors sur vos skis ? »

192 Oh vous pourriez reprendre, oui mais j'ai envie de lui dire quand je me prends des  
193 gamelles avec le ski, ça part en arrière avec le ski, ça va tirer sur ... je me résigne à  
194 marcher gentiment. Et puis le directeur du golf de Corrençon

195 , il m'a donné des cours d'initiation, il m'a prêté les clubs mais là, je ne savais pas mais  
196 interdit, il y a une torsion quand on tire avec la jambe.

197 Voilà ce que je peux vous dire sur la maladie de la goutte, je souhaiterais prendre  
198 quelque chose qui ne détériore pas trop les reins mais qui puisse maintenir un taux  
199 d'acide urique correct. Mais pourquoi il est monté à 300 milligrammes, soumettez-lui  
200 me dit la doctresse (en parlant du dosage de 100mg qui a été réintroduit par le  
201 médecin traitant), allez-y sur la pointe des pieds, comme il est particulier, dites-lui que  
202 je lui demande (rire).

203 Et vous êtes d'accord avec ça malgré de faire très attention à l'alimentation, ce n'est  
204 pas pour autant que l'on arrive à diminuer ?

205 *C'est ça, on en a parlé juste avant, le défaut d'élimination au niveau des reins va*  
206 *entraîner une augmentation des purines et qui se transforme en acide urique.*

207 *Pour vous, la goutte peut-elle être à l'origine de quelle pathologie ?*

208 Honnêtement, je ne vois pas trop l'incidence que cela peut avoir en dehors, des  
209 douleurs qui sont gênantes et de ralentir l'effort physique. Mais non je ne vois pas ce  
210 que ça peut faire.

211 *Eh ben il y a des études qui ont montré entre autres que les crises répétées peuvent avoir*  
212 *des conséquences sur les articulations, des douleurs importantes, au niveau*  
213 *cardiovasculaire.*

214 Ah bon j'ignorais que les crises de goutte à répétitions pouvaient engendrer des  
215 problèmes cardiaques, je l'ignorais ...

216 Mais là je reconnais qu'avec l'allopurinol, c'est vraiment espacer les crises de gouttes.  
217 Quand elles étaient là, les crises de gouttes importantes, un drap je ne le supportais  
218 pas, je mettais mon pied au-dessus.

219 Un jour, ça n'a même plus été les orteils, ça été le pied entier, j'avais appelé le Dr P,  
220 elle m'a dit, je viens tout de suite, ça me paraît bizarre, alors je lui ai dit, j'ai l'impression  
221 que c'est comme une entorse que ça a gonflé. Ah non non, elle me dit c'est une grosse  
222 crise de goutte, et je ne savais pas, tout le pied était gonflé hein. D'habitude, c'était les  
223 orteils, ben là c'était tout le pied. Puis après, cela ne s'est jamais reproduit.

224 *Et ben merci pour l'entretien et votre participation. Est-ce que vous avez des questions*  
225 *sur ce que l'on a évoqué ?*

226

227 Non non, merci à vous.



32 Bon les prothèses de hanches c'était un défaut congénital, mais quand même j'ai mal  
33 à un genou : c'est le poids. Donc j'essaie un petit peu de redescendre, en fait c'est de  
34 moins manger le soir quoi, nous essayons de moins manger le soir avec ma femme,  
35 qui elle aussi, n'était pas ronde mais qui est devenu un peu ronde, et on en sait tous  
36 les désagréments.

37

38 *C'est bien de se motiver tous les deux.*

39

40 Bon l'allopurinol, le néphrologue, il dit la charcuterie il dit de limiter, donc ça va  
41 ensemble quoi.

42

43 *On a parlé de l'allopurinol, de la colchicine, qu'est-ce que vous savez sur ces*  
44 *médicaments.*

45

46 Ouais, ben la goutte, c'est la formation de cristaux et donc l'allopurinol, ça agit, tu vois  
47 je n'ai même jamais regardé, ça agit sur une hormone qui joue .... Je le savais. Il y a  
48 1 an et demi, j'ai pris ma retraite et 3 mois après la retraite, j'ai fait un AVC, en fait  
49 j'avais fait plusieurs petits AVC, j'avais des traces, j'ai bien récupéré. Mais sur le plan  
50 amnésique, j'ai quand même perdu. Même si ma femme dit que, elle a tendance à  
51 minorer mais quand tu as eu un AVC, sur une année tu as de l'éducation  
52 thérapeutique, sur l'alimentation, et entre autres tu as 2 modules sur les signes  
53 invisibles de l'AVC. Les signes invisibles de l'AVC, c'est d'abord une grande fatigue,  
54 bon moi je n'ai pas trop été touché par ça, des problèmes amnésiques, des problèmes  
55 de déprime, etc. Il y en a 5 ou 6 et moi globalement, j'avais un peu le moral en bas,  
56 enfin bon j'ai pris un petit peu un truc que j'ai arrêté, l'escitalopram tu vois. Et la fatigue  
57 non mais quand même il te donne des fiches, entre autres, c'est des conseils, c'est  
58 assez marrant tu vois. Voilà il te dit quand tu es sur une idée, il faut finir ton idée, une  
59 action et après tu passes à une autre, et c'est vrai que je passe du coq à l'âne, je laisse  
60 complètement, puis j'oublie hein. Des fois, je me dis finis ça même si c'est des actions  
61 simples, et après passe à ça puis à ça, etc. Il y a des choses sur le zen entre guillemets,  
62 il faut voir un truc qui est assez marrant je l'ai lu à ma femme qui dise "l'après-midi, il  
63 faut se reposer" quoi tout simplement. Enfin il y a 7 ou 8 conseils, ça s'était le  
64 neurologue qui m'avait donné ça. Donc chez moi j'ai mon bureau comme toi, et j'affiche

65 avec un scotch les 2 feuilles, une la néphrologue sur les conseils diététiques et une de  
66 la neurologue sur les conseils de vie. Je l'affiche et régulièrement quand je m'assois  
67 et ben je regarde un petit peu et je me dis "ah oui ! ça s'est ça", je recale un peu les  
68 choses. Donc je suis ça, c'est un programme qui est proposé, c'est le neurologue qui  
69 te dirige du chu vers là-bas, c'est proposé par la maison des réseaux sud de l'Isère.  
70 Moi je suis allé là-bas, il y en avait plusieurs qui avait eu comme moi, mais il y avait  
71 des gens qui sortaient de cancers, etc. Je suis un bon élève.

72

73 *Pour revenir un peu à la goutte, colchicine, allopurinol ?*

74

75 Oui ben c'est des cristaux, il faut les supprimer, ou éviter que ça vienne, l'allopurinol  
76 c'est plutôt pour éviter que cela vienne, oui ça bloque une enzyme et la colchicine  
77 plutôt dans la crise avec le Colchimax®.

78

79 *A votre avis, pourquoi il avait mis les 2 médicaments en même temps, alors que vous*  
80 *n'aviez pas de crise ?*

81

82 Ah je ne sais pas, et il ne m'a pas expliqué, il a dû dire il doit savoir (rire). Non non, Dr  
83 R (médecin traitant) a beaucoup de gens sur villard et aussi sur Lans, mais on a fait  
84 des fins de vie ensemble, un grand grand niveau de confiance.

85 Sinon je ne suis pas allé étudier la fiche dans le Vidal de ces médicaments, je lui fais  
86 total confiance, j'aurais pu.

87

88 *Vous m'avez parlé de l'alimentation, est ce que vous pensez qu'il y a d'autres causes*  
89 *possibles de la goutte ?*

90

91 Alors moi je pense que c'est surtout alimentaire, hein, j'aime les bonnes choses, ma  
92 femme en plus, elle fait des bonnes choses, je suis gourmand. Dans l'ETP, alors là  
93 c'est, l'ETP que j'ai fait avec mon collègue, il nous a fait un petit truc sur l'alimentation,  
94 ma femme et moi, et ça marche ou ça ne marche pas, mais il nous a donné des  
95 conseils quand même, essayer d'intellectualiser si tu as faim ou tu n'as pas faim quoi.  
96 C'est ça le problème, on mange par réflexe, par habitude, moi en plus j'ai tout le temps  
97 mangé vite, j'ai tout le temps été en collectivité au lycée, etc. Enfin donc on mange trop

98 vite quoi. Déjà, il faut manger moins vite, il faut, il y a toute ses habitudes à reprendre,  
99 ce n'est pas facile, parce que régulièrement, tu retombes dans le truc habituel donc  
100 voilà des fois je me dis « toto (son collègue) ne serait pas content ».

101 Tu vois à midi, on a mangé au resto en bas, j'étais avec ma femme, un petit restau, et  
102 on avait pris le menu principal et après dessert ou pas dessert, elle me dit tu prends  
103 un dessert ma femme, je lui dis ben je n'ai pas vraiment faim. Toto il te dit si tu n'as  
104 pas faim, ce n'est peut-être pas la peine, il n'est pas restrictif mais il te dit,  
105 intellectualise, si tu n'as pas faim, ce n'est pas la peine. Bon, on a quand même pris  
106 un truc (rire). On n'a pas pris la grosse glace que l'on aurait pu prendre d'habitude, on  
107 a pris un petit truc mais on a quand même pris un dessert, mais on n'en avait pas  
108 vraiment besoin. Par contre, on s'est dit ce soir, pff. Le soir, le problème c'est ça, ce  
109 n'est pas que l'on grignote, le midi on mange bien mais le soir, on mange souvent trop  
110 bien, donc il faut arriver à baisser un peu ça. Je suis sûr que ça marche tout de suite.  
111 Bon en plus, je fais beaucoup d'activité physique à côté, pareil c'est dans les conseils  
112 quand tu fais un AVC, on te dit, il faut, le cardiologue te dit, l'ordonnance c'est 30 de  
113 marche rapide 5 jours sur 7. Une demi-heure de marche rapide, voilà ce qu'il te dise,  
114 moi je suis au-delà, à part que j'ai un genou qui me titille maintenant, mais je suis entre  
115 10 milles et 20 milles pas par jour. Puis je vais à la marche nordique, au club, et puis  
116 on n'arrête pas, on monte hein. On a un coach, 1 fois par semaine, qui nous fait une  
117 heure de truc. Nan nan, on s'astique un petit peu, on se prend en charge. Voilà,  
118 l'activité physique, qu'est-ce que je peux te dire d'autre ? C'est un tout ça. Il ne m'a pas  
119 dit je te mets ça (colchicine, allopurinol) parce que non, il m'a dit tes chiffres montent  
120 un peu là.

121

122 *D'accord, et les analyses récentes, qu'est-ce qu'elles ont montrées ?*

123 Eh ben, on va voir, j'ai amené mon analyse hier matin. Donc il y a la totale là encore.

124 (Rire)

125

126 *Plus globalement, est ce que vous pensez que la goutte peut être responsable d'autres*  
127 *maladies ?*

128

129 Moi non, je ne suis pas allé étudier ça honnêtement, je n'en sais rien. Non je sais pour  
130 les cristaux dans les articulations mais c'est tout. Parce qu'il y en a d'autres ?

131 Je sais qu'il peut y avoir des réactions aux médocs, par contre non la goutte, c'est juste  
132 des cristaux dans les articulations, ce qui est déjà pas mal.

133

134 *Oui, concernant les médicaments, la réaction à l'allopurinol, c'est la toxidermie.*

135

136 Ah oui j'ai ça dans ma tête, grave, gravissime même. On le prend petit à petit ? Moi il  
137 m'a mis la dose, il n'a pas bougé.

138

139 *Oui j'ai regardé votre historique, c'est 100 mg.*

140

141 Parce qu'il y a des doses supérieures ?

142

143 *Oui, ça peut aller jusqu'à 300 par prise et 900 mg par jour.*

144

145 Oui j'ai discuté avec lui, j'ai senti que ce n'était pas préventif, mais voilà, on va te mettre  
146 un petit truc comme ça. Avant que ça pose souci.

147 C'est quand même dû au trop plein de charcuterie ?

148

149 *Eh ben c'est à travers les entretiens que l'on va pouvoir analyser cela, alors oui il y a  
150 une composante alimentaire mais il y a aussi une composante génétique*

151

152 Parce que moi j'ai toujours été gourmand, j'ai toujours exagéré hein. Génétique aussi,  
153 je n'ai pas le souvenir, tu vois dans ma famille, alors après, il aurait fallu que mon  
154 grand-père, il était rond, je ressemble à mon grand-père, sinon dans la famille, mon  
155 père était prof de gym, tout le monde était sportif. Je suis le seul à être rond dans la  
156 famille, sportif très jeune, très sportif, mais après quand j'ai fais les études et mon  
157 métier j'ai arrêté le sport. Quand je disais souvent en souriant, c'est un kilo par an quoi.  
158 J'exagère un peu mais 30 ans, allé 40 ans, c'est 25 kilos, c'est trop hein.

159 Les reins aussi ? Ce n'est pas bien bon moi parce que j'ai une clairance qui est...voilà  
160 ce n'est pas... mais insuffisance rénale modérée, donc je me fais suivre par une  
161 néphrologue, ce qui est compliqué, y'en a pas beaucoup, je vais même en voire une  
162 qui était au CHU, et maintenant qui est à Chambéry, je vais aller à Chambéry, je lui ai

163 dit, je vous suivrais. Jeune, sympa, ça passait bien, on ira se promener par là-bas, Aix  
164 les bains, c'est sympa et en même temps, j'irais, j'ai rendez-vous au mois de juillet.

165

166 *Eh ben merci, avez-vous des questions ?*

167

168 Du coup, tu étudies ces médicaments, la maladie ?

169

170 *Oui c'est ça, grâce aux entretiens, je souhaite créer une animation sur la goutte pour  
171 essayer d'aider les patients en fonction de leurs besoins.*

1

## Entretien 4 - Officine

2 *Alors racontez-moi la crise que vous avez eu la semaine dernière, comment allez-vous*  
3 *depuis ?*

4

5 Eh ben moyennement, c'est toujours douloureux, moins que cela l'a été. Parce que ça  
6 m'a pris mercredi dernier. J'ai commencé le traitement que le vendredi et là depuis  
7 avant-hier, j'ai une nouvelle ordonnance avec un dosage un peu plus important. J'ai  
8 eu les premiers vrais soulagements. Mais c'est toujours douloureux au niveau du  
9 poignet gauche, de temps en temps, j'ai aussi mal au niveau du coude. La douleur  
10 était telle que je ne pouvais pas tenir quelque chose, là depuis aujourd'hui, j'arrive à  
11 peu près à tenir des choses, je ne pouvais pas dévisser une bouteille, je bloque la  
12 bouteille de la main gauche et je la devise de la droite, je ne peux toujours pas forcer.  
13 C'est la plus grosse crise que j'ai eu, en sachant que par rapport à ma prise de sang  
14 précédente j'ai quand même un peu moins d'acide urique, alors est-ce que les caillots  
15 se forment plus.

16

17 *Avez-vous une valeur de l'acide urique ?*

18

19 Oui sur le bilan biologique mais je ne me souviens plus. Le médecin m'a parlé d'une  
20 valeur, il m'a surtout dit que c'était plus bas que la dernière fois et que là j'avais les  
21 reins qui étaient un peu fatigués donc je pense que c'est vraiment dû au fait que je n'ai  
22 pas suffisamment bu. C'est une grosse crise.

23

24 *Que faisiez-vous avant pour prévenir ces crises ?*

25

26 Je bois régulièrement et il me donne l'allopurinol, que je prends en traitement de fond,  
27 donc là il a ajouté colchicine matin et soir donc en ce moment, je fais matin et soir  
28 pendant 1 semaine, aucun problème de diarrhée, il m'a prescrit des capsules au cas  
29 où j'ai des soucis, je le supporte très bien. Il faut que j'arrive à boire 2L par jour. J'ai  
30 ma bouteille que je remplis dès qu'elle est vide, et quand je l'ai fini pour la 3ème fois,

31 j'ai rempli mon taff. Concernant, le régime alimentaire sur des grosses crises comme  
32 ça, systématiquement quand je mange quelque chose, je regarde les conseils sur  
33 google, si c'est bon, si ce n'est pas bon, apparemment tout est bon mais en petite  
34 quantité. Ce midi, j'ai mangé un petit peu de choucroute qui est déconseillé, le chou  
35 qui est déconseillé mais qui est bon pour uriner plus. J'ai supprimé complètement la  
36 viande depuis jeudi dernier, je mange un peu de poisson mais très peu, c'est  
37 essentiellement des légumes, des féculents, pâtes, pomme de terre, betterave,  
38 poireaux. Je mange tout ça en situation de crise, c'est apparemment un peu préconisé  
39 dans ce que j'ai pu lire.

40

41 *Et globalement tous les jours ?*

42

43 Je fais beaucoup moins attention, et là, je pense qu'il va falloir que je fasse  
44 régulièrement très attention, je n'ai pas touché une goutte d'alcool non plus, mais  
45 quand je dis une goutte, ce n'est pas un verre de vin, c'est zéro.

46

47 *L'alcool vous en consommez régulièrement ?*

48

49 Oui, pas l'apéro mais régulièrement 1 verre de vin au moment des repas.

50

51 *Concrètement, qu'est-ce que vous avez fait quand la crise est apparue ?*

52

53 J'ai tout de suite supprimé l'alcool, je n'avais pas de Colchimax®, j'ai appelé le médecin  
54 pour qu'il m'en envoie une ordonnance. Dès que j'ai pu, j'ai pris le Colchimax®. Dès  
55 que la crise est apparue, j'ai tout de suite commencé à reboire beaucoup plus, parce  
56 que je pense vraiment que c'est lié au manque d'hydratation que j'ai eu.

57

58

59 *Pour le contexte, où étiez-vous ?*

60

61 Je n'étais pas chez moi. J'étais parti en début de semaine en vacances et on a rejoint  
62 des amis pour le week-end de l'ascension et c'est là que ça s'est vraiment déclenché.  
63 En début de semaine j'étais en bord de mer mais je n'ai pas mangé de fruits de mer.

64 Ça n'a pas été en excès, ni en boisson, ni en nourriture. C'est pour ça que je l'attribue  
65 vraiment au manque d'hydratation. C'est vrai que quand on se déplace, boire  
66 beaucoup veut dire beaucoup uriner et beaucoup uriner ce n'est pas toujours évident.  
67 Et inconsciemment je pense que j'ai un peu réduit et quand je m'en suis aperçu c'était  
68 trop tard.

69 Par contre, je pars régulièrement avec une bouteille d'eau, même dans la voiture. Je  
70 m'arrête dans un bar prendre un vittel ou un perrier. J'essaie quand même de vraiment  
71 m'hydrater.

72

73 *Cette crise est arrivée à quel moment de la journée ?*

74

75 Je m'en suis aperçu le matin. Le soir je commençais à avoir un peu mal. Dans la nuit  
76 ça été très très fort et alors le matin (...) c'était(...) le poignet enflé, plus moyen de plier  
77 la main. Là je la plie mais ça ne fait pas longtemps. Quand je suis venu vous voir en  
78 début de semaine je ne la pliais pas.

79

80 *Est-ce que c'était la première fois que ça vous arrivait au niveau de la main ?*

81

82 C'est toujours au même endroit que je le prends. Mais jamais avec cette violence.  
83 Habituellement j'en suis à peu près où j'en suis aujourd'hui. Donc dès que j'ai ces  
84 symptômes. Je me recanalise. J'ai toujours, en général, Colchicine ou allopurinol. Non  
85 c'est lequel déjà ?

86

87 *La Colchicine ?*

88

89 J'ai toujours ma petite plaquette de colchicine donc dès que ça ne va pas je reprends  
90 un comprimé. Mais j'en prend 1 par jour. Ça c'est que le médecin m'a dit. Il m'a dit qu'il  
91 fallait que je parte avec en permanence. Il m'a dit "maintenant il faut en permanence  
92 que vous ayez ça avec vous".

93

94 *Qu'est-ce que vous reprenez de cette crise qui a été plus intense que l'autre ?*

95

96 Oui c'est vraiment en mode "faire plus attention". Peut-être qu'un jour si tout va très  
97 très très très bien, qu'il n'y a plus aucune douleur, je vais me relâcher un petit peu.  
98 Mais je pense que dès que ça va rebouger, je vais recanaliser tout de suite.

99  
100 *Si on pouvait comparer la crise de goutte à une autre pathologie, vous pensez-que ça*  
101 *ressemblerait à quoi ? Une entorse, une fracture, ou autre chose ?*

102  
103 C'est un mal permanent là. C'est une douleur permanente. C'est comme si on vous  
104 pince quelque part. Toujours avec la même force. Et ça ne passe pas. Plus ou moins  
105 intense mais jamais à 0. A des moments c'est moins fort mais pour moi, c'est toujours  
106 à 4-5 (échelle de 1 à 10) et quand c'est très très douloureux on monte à 9, 8/9. A se  
107 dire "là il me faudrait presque quelque chose en plus pour accepter la douleur". Pas  
108 les patchs de morphine mais pas loin quoi. Parce que c'est le côté "lent". C'est sur la  
109 durée. C'est la douleur permanente. Donc cette douleur permanente finit même par  
110 vous agacer et jouer sur le mental, être moins sympa, à moins supporter les choses.  
111 Là je ne suis plus au travail donc je n'ai pas ce côté "stress" qui viendrait se rajouter  
112 en plus. Mais je pense que pour quelqu'un en activité c'est infernal. Je n'ai pas  
113 accouché mais je pense que par rapport aux douleurs et ce que les femmes racontent  
114 quand elles accouchent, je pense qu'on peut être sur des niveaux de douleurs un peu  
115 de ce style. C'est ce que je pense. Je n'ai pas d'éléments de comparaison.

116  
117 Vous voyez là ça me fait comme des petites décharges électriques par moment.

118  
119 *Oui donc effectivement la douleur est toujours là.*

120  
121 Ah oui elle y est tout le temps. A des moments ça se calme un petit peu. On se dit "bon  
122 ça y est c'est bon". Et puis le fait de bouger, comme c'est des cristaux, bah c'est des  
123 petites fourmis dans les doigts.

124  
125 *Avant cette grosse crise, la dernière crise remontait à quand ?*

126  
127 L'an dernier. Il y a 1 an à peu près.

128

129 *Et entre ces deux crises, comment on perçoit la maladie ? Est-ce qu'on se dit tous les*  
130 *jours "à tout moment la crise peut arriver" ?*

131

132 Je n'en étais pas là, je ne sais pas aujourd'hui comment je vais réagir. Mais je n'en  
133 étais pas là car la douleur n'était pas aussi intense et elle ne durait pas aussi longtemps  
134 dans le temps. Parce que là j'en suis bientôt à 10 jours. Donc ça devient plus  
135 compliqué. Là certains jours, d'ailleurs c'est sur l'ordonnance, mais par moment dans  
136 la nuit je prends un doliprane quand je me réveille pour soulager la douleur.

137

138 *Donc cette grosse crise vous a fait changer d'état d'esprit ?*

139

140 Sur la durée, je ne sais pas. Sur l'instant T, oui. Car je reste un être humain avec ses  
141 faiblesses. C'est vrai que je suis un milieu très convivial donc je pense que je vais faire  
142 plus attention. Il va falloir. Ça ne veut pas dire que je vais tout supprimer car ce n'est  
143 pas le but non plus. Mais je vais certainement plus mesurer les quantités quand je bois  
144 un verre, quand je mange avec des amis. Voilà, quand il y aura des repas un petit peu  
145 plus conséquents, je vais sans doute prendre une plus petite ration. Ne pas me  
146 resservir. Éviter le fromage sur un gros repas. Là je n'ai pas mangé du tout de sucre.  
147 A part un peu des fruits. Donc des cerises quand j'en trouve, un peu de bananes parce  
148 que j'ai vu qu'il y avait des fibres et que j'ai vu que ça permettait d'éliminer.

149 En ce moment, avant de manger, je me dis "est-ce que je peux ? Est-ce que c'est bon  
150 pour moi ou pas ?". Donc pas de beurre. Quand on était en week-end, j'ai pris du pain  
151 et de la confiture et je n'ai jamais mis un morceau de beurre. Mais en petite quantité  
152 parce qu'il ne faut pas de sucre non plus.

153 Alors le gros avantage c'est que j'ai perdu 4 kilos. (rire) C'est le côté positif. Parce  
154 qu'en plus il faut éviter les surcharges pondérales donc ça ne peut que me faire du  
155 bien. Parce que je fais un peu le yoyo...

156

157 *Vous vous êtes renseignés comment ? Seul sur internet ?*

158

159 Oui.

160

161 *Vous n'avez pas vu de diététicienne ou autre professionnel ?*

162

163 Alors au départ, je suis cuisinier donc j'ai quand même fait un peu d'études là-dessus  
164 donc je sais à peu près. Et je trouve qu'aujourd'hui, on trouve beaucoup de  
165 renseignements sur internet pour compléter. Donc j'essaie d'équilibrer pour ne pas  
166 avoir quelque chose de trop draconien. Donc c'est "qu'est-ce que je peux prendre pour  
167 avoir du plaisir dans ce qui m'est autorisé ?".

168 C'est d'essayer de ne pas vivre brimé.

169 Un soir, une de nos anciennes clientes nous a invité à manger à Fleur de Vignes à  
170 Méaudre. C'est vrai que quand on prenait des plats je me disais "bon ça il ne faut pas".  
171 J'ai pris un truc avec du riz, j'ai pris du vin rouge plutôt que du vin blanc. J'ai bu  
172 beaucoup d'eau même pendant le repas. J'ai dû boire au moins 75cl d'eau. Je n'ai pas  
173 pris de dessert.

174 Mais je pense qu'on peut toujours trouver des choses. Il faut réfléchir à ce qu'on va  
175 prendre. Et dans l'offre (surtout dans un restaurant c'est plus facile), c'est trouver où  
176 on peut prendre du plaisir dans ce qui nous est autorisé. Donc j'ai très bien passé ma  
177 soirée, c'était super sympa. Je n'ai pas pris de charcuteries. Il y avait du fromage, je  
178 n'en ai pas pris. Il faut adapter le plaisir à ce qui nous est autorisé.

179

180 *Donc vous m'avez dit que vous étiez cuistot ? Vous avez fait quoi comme formation ?*

181

182 C'était un BTS, donc bac+2. Et 45 ans de cuisine derrière !

183

184 *Vous aviez l'habitude de cuisiner avec du beurre, etc. ?*

185

186 Oui mais pas forcément à manger ces produits là car on travail, ce n'est pas simple.  
187 Et j'ai de l'acide urique depuis l'âge de 18 ans.

188

189 *Vous avez fait une première crise à 18 ans ?*

190

191 J'avais de l'acide urique à 18 ans mais je n'ai jamais fait de crise de goutte comme là.  
192 Les crises de goutte ça fait 2 ans. Donc avec mes régimes yoyo entre-temps...

193

194 *Comment avait été découvert cet acide urique ?*

195  
196 Des prises de sang suite à des crise d'hémorroïdes.  
197 Je ne sais pas si ça avait une relation ou non. Mais vous savez les médecins quand  
198 ils vous donnent des prises de sang à faire, à un moment ils vous font un peu la totale  
199 pour voir où vous en êtes de tout. Et c'était à ce moment-là que je m'en étais aperçu.  
200  
201 *Et là il y avait eu une instauration d'un traitement ou non ?*  
202  
203 Un régime alimentaire. Pas forcément respecté non plus. Parce qu'à 18 ans, on ne  
204 mesure pas. En plus il n'y avait pas de douleurs à l'époque. A moins que les  
205 hémorroïdes soient liées à ça...  
206  
207 *Je n'ai rien vu là-dessus.*  
208  
209 Voilà comme c'est un peu circulatoire. Je ne sais pas.  
210  
211 *A 18 ans, sans symptômes ...*  
212  
213 Oui et puis on est avec les copains et on profite. Donc là maintenant le but c'est de  
214 profiter plus intelligemment (rire).  
215  
216 *Oui c'est important. C'est exactement sur quoi je travaille. Donc les entretiens j'en ai*  
217 *réalisé 3 et ils vont servir à cadrer les besoins des patients (ce qu'ils savent, ce qu'ils ne*  
218 *savent pas). Et l'intérêt ensuite c'est de faire une petite séance, en faisant intervenir une*  
219 *diététicienne qui typiquement peut vous dire "oui, prenez plaisir à manger. Si demain*  
220 *vous avez envie de charcuterie, prenez-en mais ce sera peut-être 1 tranche ... »*  
221  
222 Après dans les charcuteries, il y en a peut-être qui sont plus adaptées que d'autres.  
223 De ce que j'ai vu, il vaut mieux prendre du Pata Negra que du jambon cru classique.  
224  
225 *Oui voilà des petites choses comme ça. Et puis c'est sûr qu'on ne va pas se manger la*  
226 *cuisse de jambon cru en entier.*  
227

228 Oui mais même. Ce que je voulais dire c'est que sur des qualités de produits, pas en  
229 terme "luxe" mais des produits qui sont moins pénalisants pour la maladie. Mais bon  
230 globalement il faut un peu de tout. A part la viande et l'alcool. Mais en quantité  
231 raisonnable. Les fromages à éviter essentiellement. Enfin moi ce que j'en retiens hein,  
232 fromages, alcools.

233

234 *Justement là on a parlé de l'alimentation, vous m'avez aussi parlé des reins. Pour vous*  
235 *c'est quoi l'origine de la crise de goutte ?*

236

237 L'alimentation. Pour moi, ça vient essentiellement de l'alimentation. Ou héréditaire, je  
238 ne sais pas. Parce qu'apparemment il y a un peu d'hérédité.

239

240 *Effectivement la part alimentaire entre en compte, ...*

241

242 Ah oui oui c'est indéniable. Alors ça ne veut pas dire que parce que vous êtes cuisinier  
243 vous mangez bien. Au contraire, vous avez toujours tendance à travailler et puis à  
244 manger sur un coin de table. Mais des choses qu'il ne faudrait pas. A prendre 2  
245 tranches de charcuteries et 1 morceau de fromage plutôt que de prendre une assiette  
246 de haricots verts.

247

248 *C'est la simplicité et la rapidité.*

249

250 C'est la simplicité oui. A mon avis, me concernant, c'est essentiellement la façon de  
251 se nourrir.

252

253 *Et de l'hydratation, vous m'en avez parlé.*

254

255 Et puis voilà, boire beaucoup beaucoup beaucoup. Je pense que ça c'est qu'on a  
256 tendance à vite oublier qu'il faut boire. Quand on a soif c'est trop tard.

257 Et c'est vrai que dès que ça va bien on a tendance à oublier la douleur qu'on a pu  
258 avoir. Enfin là je pense que ça va être un peu plus long quand même... Là j'ai pris cher.

259

260 *Et je vais insister mais concernant ces crises. Vous me dites ça va persister dans votre*  
261 *esprit. Du coup, comment prévenir ces crises ? On a discuté de l'alimentation et demain*  
262 *vous allez vous dire "ah aujourd'hui je suis chez des amis, je suis au restaurant, je*  
263 *m'accorde un petit plaisir ?"*

264  
265 J'espère que je tiendrais ce rythme. Parce que j'ai pris autant de plaisir que d'habitude.  
266 Mais c'est vraiment à y réfléchir et ne pas partir tête baissée "youpi c'est la fête".

267  
268 *Donc une alimentation réfléchie.*

269  
270 Tout à fait. Et ça je pense qu'il faut que ce soit permanent.

271  
272 *Est-ce que vous pensez que la goutte peut être responsable d'autres maladies ?*

273  
274 Moi à part la goutte je n'ai pas d'autres pathologies. Enfin la goutte et la tension. Mais  
275 l'hypertension c'est lié à l'alimentation aussi. Est-ce que c'est la goutte qui est  
276 responsable ou est-ce que c'est l'inverse, enfin vous voyez. La poule qui fait l'œuf ou  
277 l'œuf qui fait la poule. On en revient un peu à ça là.

278  
279 *D'accord. Mais le médecin ne vous a jamais dit "la goutte peut être responsable*  
280 *d'autres" ...*

281  
282 Non.

283  
284 *Vous n'en avez pas parlé avec le médecin ?*

285  
286 Sur la goutte et la tension ? Non la seule chose que le médecin me dit c'est de faire  
287 attention à l'alimentation.

288  
289 *Et en vous disant ça il vous aide ? Qu'est-ce qu'il propose ?*

290  
291 Ah bah oui, il me dit un peu ce qu'il faut manger, pas manger. Je parlais avec Dr. R  
292 (médecin généraliste), en plus je le connais bien. Je parlais des épinards, je lui ai dit

293 "j'évite les épinards" et il m'a dit "surtout l'oseille, parce que l'oseille c'est très très  
294 mauvais". Voilà donc c'est, c'est un complément à mon information qui arrive.

295

296 *D'accord. Le fait de discuter avec le médecin. Mais pour vous ça reste une crise et vous*  
297 *ne connaissez pas les conséquences qu'il peut y avoir derrière ?*

298

299 Non.

300

301 *Vous n'êtes pas le seul hein.*

302

303 Non après est-ce que ça peut amener de l'arthrose, c'est peut-être éventuellement la  
304 question que je pourrais me poser. Parce que des douleurs comme ça aux articulations  
305 peuvent être liées derrière à des crises d'arthrose.

306

307 *Vous n'avez pas tort, l'inflammation des articulations avec une répétition ce n'est pas*  
308 *très bon.*

309

310 Voilà c'est pour ça qu'encore, l'hydratation est primordiale.

311

312 *Oui l'hydratation. Vous faites un peu d'activité physique ?*

313

314 Oui, marche et vélo. Pas suffisamment mais j'en fais quand même.

315

316 *Le mot suffisamment je ne l'aime pas. Il faut que ce soit adapté.*

317

318 Disons que quand on a eu des temps comme ces 15 derniers jours (mauvais temps)  
319 c'est plus compliqué.

320 Voilà des jours où il fait très beau, on peut partir se balader. Partir le matin avec un  
321 pique-nique, pourquoi pas. Quand je ne dis « pas suffisamment" c'est parce qu'à des  
322 moments, la météo ne nous permet pas de pouvoir faire comme on souhaiterait.

323 Cet hiver je voulais faire du ski mais il n'y a pas eu de neige. Je n'ai pas fait de ski  
324 depuis très longtemps donc je me suis dit "tu ne vas pas aller te casser une patte donc  
325 ne prend pas de risques inconsidérés".

326

327 *E : Est-ce que vous avez des questions sur ce qu'on a pu évoquer ?*

328

329 Non c'est plus si ça peut vous apporter quelque chose tant mieux. Mais c'est compliqué  
330 à dire si ça vient de ça ou ça ou si c'est parce qu'on a mangé ça. Je pense que c'est  
331 plus une accumulation de mauvaise hygiène de vie pendant quelque temps qui amène  
332 ces crises. Donc après il faut remettre la petite machine en ordre et puis repartir.

333 C'est pour ça que je pense qu'il faut éviter de la faire trop dérapier. Parce que le côté  
334 répétitif c'est peut-être là qu'on peut avoir de l'arthrose derrière.

335 Moi, j'en suis à la 3ème crise, je me dis que ce n'est pas encore trop tard mais que ça  
336 m'oblige, ça va m'obliger à être plus vigilant.

337

338 J'essaye de pas mal m'informer sur ma maladie, je demande beaucoup à des gens qui  
339 sont dans le domaine médical, et puis c'est aussi d'arriver à tout intégrer, à tout faire  
340 pour que ça se passe bien.

341 Je pense malgré toutes ces contraintes, de garder un côté plaisir, je pense que c'est  
342 important, et c'est le trouver sur d'autres choses, sur des aliments où l'on n'avait pas  
343 forcément l'habitude que l'on va cuisiner différemment, peut-être plus des épices, des  
344 saveurs différentes.

345 C'est avoir un régime pratiquement végétarien, remplacer des protéines par autre  
346 chose, il y a des protéines dans plein de produits, on n'est pas obligé de manger de la  
347 viande. Et peut-être que quand vous êtes au régime et que le moment où vous mangez  
348 de la viande, c'est un vrai plaisir. C'est plus facile pour moi de faire la cuisine, parce  
349 qu'à chaque fois que j'ai fait des régimes, c'est vrai que je vais cuisiner différemment,  
350 on parlait des saveurs et des trucs comme ça, parce que je l'ai connu un peu. Travailler  
351 sur les épices, les laits de coco, des substituts à notre alimentation habituelle. Je pense  
352 qu'il faut que l'on arrive, plutôt que d'avoir ce côté cuisine que l'on a, les bourguignons,  
353 les gratins, les choses comme ça. C'est avoir des cuisines de parfums, c'est un peu  
354 tendance aussi, je n'ai rien inventé.

355

356 *Concernant les médicaments, est ce que vous savez à quoi ils servent ?*

357

358 Pas du tout, je suppose que c'est pour soulager, après je ne pense pas que c'est un  
359 effet de faire baisser le taux d'acide urique et que pour le faire baisser, c'est nous qui  
360 devons nous prendre en charge. L'allopurinol, ça aide certainement à baisser ou  
361 ralentir au moins la hausse, mais je pense que le seul moyen de baisse, c'est vraiment  
362 de faire attention. Je dois faire une prise de sang dans 1 mois donc je verrais. Alors il  
363 m'a expliqué qu'il y avait de l'opium dans la colchicine mais je ne sais pas exactement.

364

365 *Avez-vous des questions ?*

366

367 Non, merci

1

## Entretien 5 - Bureau du patient

2 Racontez-moi la dernière fois que vous avez fait une crise de goutte ? Comment cela  
3 s'était passé ?

4

5 Alors je vais surtout vous expliquer comment j'ai découvert que j'avais la goutte. Alors  
6 c'est une époque où peut être que j'abusais un peu sur les bonnes choses, je suis  
7 plutôt un épicurien et j'ai découvert que j'avais la goutte. Je suis tombé en faisant du  
8 ski de randonnée, et j'ai eu un épanchement de synovie sur le genou gauche et en fait,  
9 le médecin n'arrivait pas à trouver pourquoi, il pensait que je n'avais que  
10 l'épanchement et n'avait pas découvert à l'époque la crise de goutte. Et j'ai mis presque  
11 3 semaines à 1 mois, jusqu'au jour où le médecin qui était son associé, m'a dit je te  
12 prends en charge, je regarde. On a commencé à faire une IRM, une radio et on a fini  
13 effectivement, vu qu'il n'y avait rien sur celle-ci, on a fait une prise de sang. Et c'est là,  
14 qu'effectivement, on a découvert que le taux d'acide urique était très élevé. Donc c'était  
15 en 2008, j'ai traîné cela pendant 1 mois, jusqu'au moment où effectivement quand j'ai  
16 su ce que j'avais, je l'ai soigné par de l'allopurinol et du Colchimax®, et c'est passé.  
17 Puis après, j'ai retrouvé une vie un peu normale, sauf que l'on veut faire un peu le  
18 malin et donc j'ai dit, je prends le médicament au début puis après je sentais que cela  
19 allait mieux donc j'ai dit, je ne le prends plus. Et 1 an après, je refais une crise de goutte  
20 sur le genou gauche également, je sortais d'un hôtel et je me suis cogné très  
21 violemment le genou, j'ai un épanchement de synovie à nouveau et du coup, crise de  
22 goutte. J'ai resoigné la crise de goutte, parce que l'on a refait la prise de sang et ce qui  
23 veut dire qu'à partir de ce jour-là, j'ai toujours pris le médicament sans l'oublier. Donc  
24 je prenais l'allopurinol peut être au début, et je suis passé à l'Adenuric® 80, et je le  
25 prends depuis 2009, et depuis je n'ai plus jamais fait de crises de goutte, jamais. Je  
26 prends le médicament tous les jours, et par contre moi j'ai un effet indésirable, mais je  
27 pense que c'est peut-être pour beaucoup de gens comme ça, il me fait aller aux  
28 toilettes, donc c'est un peu pénible des fois. Donc c'est vrai, qu'il m'arrive de ne pas  
29 forcément le prendre, si je dois faire un trajet le matin et partir tôt, des fois je peux  
30 oublier de le prendre. Et même à une époque où les prises de sang étaient bonnes, je

31 coupais l'Adenuric® en 2, parce que j'avais demandé à mon médecin s'il n'y avait pas  
32 un grammage différent pour en prendre moins. Là, la dernière fois, on a vu que le taux  
33 était limite, donc maintenant je prends le médicament entier.

34

35 *Quand vous dites limite, vous avez une valeur ?*

36

37 Non, il faudrait que je reprenne, c'est 400 quelque chose, non ?

38

39 *Ça va dépendre des laboratoires, en général, le seuil est fixé à 360 micromoles par litres*

40

41 J'étais inférieur à 360, et c'est vrai que quand je prenais le demi, j'étais limite ou un  
42 peu plus. Donc j'ai résolu le problème, je prends le médicament tout le temps, et je n'ai  
43 plus jamais eu de problème de crise de goutte.

44

45 *Et qu'est-ce que vous savez de cette maladie ?*

46

47 C'est héréditaire, c'est héréditaire. Ma grand-mère, ma mère. Et ça fait mal, quand j'ai  
48 fait mon épanchement de synovie, c'était une douleur où j'avais du mal à marcher. Je  
49 partais 15 minutes avant pour aller en réunion. Je pouvais à peine bouger le genou  
50 quoi. C'était le fait qu'il y ait les deux, mais c'était hyper douloureux. On dit toujours  
51 que l'on ne supporte pas un linge, mais moi c'était hyper intense, hyper intense. Je ne  
52 comprenais pas d'ailleurs, un épanchement de synovie, qui pouvait être un mal aussi  
53 atroce.

54 C'est les cristaux à l'intérieur qui viennent enflammer, c'était en fait une inflammation,  
55 mais une inflammation terrible. Alors c'est sûr que si je fais des excès, parce que moi,  
56 j'aime tout ce qu'il ne faut pas, d'ailleurs le médecin m'a donné la liste, s'il m'avait  
57 donné une corde, j'aurais pu me suicider tout de suite. Parce qu'on voit que même  
58 dans les lentilles, dans les fruits de mer, dans les vins de Bourgogne, je me rappelle  
59 de tout ça, de tout ce que je peux aimer. Ce n'était tout pas interdit mais il fallait limiter  
60 au maximum, et en fait, je n'ai jamais évité, je me fais plaisir, il n'y a pas d'interdits par  
61 contre si je fais parfois des excès, je peux sentir des fois, au niveau des genoux,  
62 toujours au niveau des genoux, ce n'est pas ailleurs, qu'il y a comme une tension, on  
63 sent que l'articulation n'est pas douloureuse mais que l'on a un peu plus de mal à plier

64 le genou. Mais quand je vais faire une prise de sang, je ne vais pas faire attention pour  
65 autant, je ne vais pas dire pendant 1 semaine, je ne bois pas de blanc, je ne mange  
66 pas d'abats, pas de charcuterie, non non, je vis normalement. Parce que justement, le  
67 fait de prendre le médicament, sinon j'aurais des analyses hyper bonnes.

68 Je suis plutôt content parce que ça veut dire que le médicament a un effet plutôt positif  
69 sur moi. Alors c'est vrai, que le Colchimax®, par contre lui il fait aller aux toilettes, il ne  
70 faut pas trainer, et l'Adenuric® me fait un peu cet effet, alors peut être que c'est parce  
71 que je fais des excès. Alors ce n'est pas tout le temps, que j'ai les selles molles. Et je  
72 le sais parce que l'allopurinol doit être plus fort ou dosé différemment mais en tout cas,  
73 j'allais beaucoup plus aux toilettes avec l'allopurinol.

74 Et puis moi je bois beaucoup de champagne, je suis champenois. Quand je suis en  
75 champagne, je bois du champagne et je me lâche. Je ne me dis pas « oulala, non ça  
76 va me faire mal », non pas du tout. Je touche du bois, mais grâce au médicament, j'ai  
77 une vie complètement normale, mais je sais que pour d'autres, c'est pas du tout pareil.  
78 Y'a jamais eu un vaccin ou un truc comme ça ? Parce que ça serait génial ça, de se  
79 vacciner tous les 6 mois, ou tous les ans. Parce que là, ce qui est surprenant, c'est  
80 que j'ai découvert cela en ayant un accident enfin un problème, sinon je n'aurais peut-  
81 être jamais eu de crise de goutte. Bon peut être que oui parce que je n'avais pas  
82 l'allopurinol. Puis quand j'étais à Méribel, on a eu une vie beaucoup plus riche, j'étais  
83 beaucoup plus sollicité, resto, cocktails, etc. Donc effectivement, je faisais beaucoup  
84 plus d'abus qu'aujourd'hui puis en vieillissant, on réduit, on ne le sent pas mais je vais  
85 avoir 60 balais. Donc en 2008, j'avais 45 ans, vous supportez beaucoup mieux, vous  
86 faites beaucoup plus d'excès, beaucoup plus fort, tandis que là, j'ai réduit pas mal la  
87 consommation et la bouffe.

88

89 *Au niveau de l'hérédité...*

90

91 Oui ma mère, ma grand-mère, mon grand-père aussi. Et c'est marrant dans la famille  
92 les genoux sont les choses fragiles, ma mère a un genou fragile et sa sœur vient de  
93 se faire mal, il y a 2-3 jours en faisant de la gym.

94 *Pour vous, qu'est-ce qui peut être à l'origine de la goutte ?*

95

96 Très honnêtement, je ne sais pas. C'est vrai qu'à l'époque, je buvais nettement plus  
97 de blanc, en plus grosse quantité que le rouge. C'est peut-être l'alcool, enfin cet excès  
98 de vie que j'avais à l'époque, enfin moi je ne sais pas pourquoi j'ai chopé la goutte  
99 enfin j'ai la goutte. Moi, je mettrais cela sur le compte de mon côté épicurien, je pense  
100 que si je n'avais pas d'excès dans ma vie, je ne prendrais jamais de médicament et  
101 que mon taux serait peut-être limite.

102 Enfin moi je ne suis pas médecin, enfin le premier médecin, je ne le félicite pas, il a  
103 mis du temps. Il me ponctionnait le genou mais cela ne partait pas, c'est quand j'ai  
104 commencé l'allopurinol® et le Colchimax®, là en 1 semaine ça s'était réglé.

105 Alors vivement un vaccin ou un truc dans ce style, cela sera plus simple que de prendre  
106 un médicament tous les jours.

107

108 *Est-ce que vous vous souvenez de ce que vous aviez fait pour soulager la crise ?*

109

110 Alors la deuxième crise, j'avais tardé à aller voir le médecin, c'était à l'intersaison. Donc  
111 le médecin m'avait dit qu'il fallait attendre pour traiter l'épanchement. Alors c'est là que  
112 j'ai repris les médicaments et avec une prise de sang, j'ai vu que j'avais un taux d'acide  
113 urique assez important, donc effectivement cela a mis un peu de temps à se résorber  
114 mais quand j'ai repris les médicaments après on est revenu à un taux normal et après  
115 c'est le genou qui a repris une articulation normale. La 1ère fois, je me souviens plus,  
116 je n'avais pas forcément mis de la glace, j'avais fait confiance au médecin concernant  
117 l'épanchement de synovie. Puis à l'époque, vu que je ne savais pas ce que j'avais, je  
118 n'ai pas été traité pour autre chose.

119

120 *Est-ce que pour vous les crises de goutte peuvent être responsables d'autres pathologies*

121 ?

122

123 Très honnêtement, je ne vois pas beaucoup le médecin, mise à part pour la goutte et  
124 un peu de tension donc on me fait prendre Esidrex®. Je ne suis pas souvent malade,  
125 mise à part des bronchites, des trachéites. Mais sinon, je n'ai pas l'impression que cela  
126 amène d'autres pathologies. Je n'ai pas d'autres soucis particuliers.

127

128 Niveau alimentation, je mange des légumes, je ne mange pas de plats préparés, je  
129 mange des produits frais et de saison. C'est ma culture donc le fait d'avoir une hygiène  
130 de vie plus saine à ce niveau-là, peut m'aider. Par exemple, je ne vais jamais au fast-  
131 food. Je pense manger sainement et sans restriction. Mais je trouve que cela n'est pas  
132 juste parce qu'il y a des gens qui sont atteints de la goutte et pour qui ce n'est pas le  
133 cas.

134

135 *Merci de votre participation, avez-vous des questions ?*

136

137 Non, merci à vous.

## SERMENT DE GALIEN

*Université Grenoble Alpes  
UFR de Pharmacie de Grenoble*



# Serment de Galien



« En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

## **MISE EN PLACE D'UNE ANIMATION D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE LA GOUTTE**

### RÉSUMÉ

La goutte est une maladie inflammatoire chronique qui alterne des phases de latences et des phases inflammatoires et douloureuses : la crise de goutte ou l'accès goutteux. La prise en soin repose sur des mesures hygiéno-diététiques et la prise en charge médicamenteuse associe un traitement de fond et un traitement de crise. Afin de favoriser une bonne prise en charge, d'augmenter l'efficacité des traitements et de diminuer leurs effets indésirables, le patient doit acquérir des connaissances et des compétences dans la gestion de sa maladie. Cependant, l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de la goutte n'existe pas encore de manière formelle et structurée. L'objectif de ce travail était de créer une animation éducative pour un groupe de trois à six patients. Nous avons pu mettre en place une animation à l'aide de trois outils innovants : une fiche à trous à compléter pour décrire la physiopathologie de la maladie ; deux jeux de cartes pour prendre conscience des facteurs de risques de la maladie ; le coloriage de bulles où sont inscrites des solutions pour la prise en charge de la maladie. Ces outils sont associés à trois objectifs : être capable d'expliquer la physiopathologie de la goutte ; être capable d'identifier les facteurs de risques ; être capable de mettre en place une stratégie personnelle dans une situation donnée. Le prétest du dispositif a pu être réalisé avec l'aide de 3 patients lors d'une séance de deux heures. L'évaluation réalisée sur ce prétest met en évidence une amélioration du sentiment d'efficacité perçu de la part des patients, sur leur capacité à expliquer la physiopathologie de la maladie, à identifier les facteurs de risques ou à mettre en place une stratégie pour diminuer la survenue des crises. Nous pensons que l'éducation thérapeutique a toute sa place chez les patients goutteux. Notre dispositif éducatif répond à de réels besoins en termes de savoirs et de savoir-faire. Nous pourrions envisager l'amélioration de celui-ci en insérant notre ingénierie dans un processus incluant un temps initial de bilan éducatif partagé puis un temps d'évaluation des acquis du patient.

SPÉCIALITÉ : Officine

MOTS CLÉS : goutte, éducation thérapeutique, officine