



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Article original

## Croyances et représentations des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et de la goutte : le « fusil nocturne »

Landry Missounga<sup>a,\*</sup>, Emeline Gracia Mouendou-Mouloungui<sup>a</sup>, Josaphat Iba-Ba<sup>a</sup>,  
Ingrid Rosalie Nseng-Nseng-Ondo<sup>a</sup>, Maria Inès Carina Nziengui-Madjinou<sup>a</sup>,  
Doris Mwenpindi-Malékou<sup>a</sup>, Jean-Baptiste Moussavou-Kombila<sup>b</sup>,  
Jean Bruno Boguikouma<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine interne-rhumatologie, CHU de Libreville, rue Kong, BP 2228, 34000 Libreville, Gabon

<sup>b</sup> Département de médecine interne et spécialités médicales, université des sciences de la santé, rue des pavés, 34000 Libreville, Gabon

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 20 décembre 2017

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

« Fusil nocturne »

Croyances

Polyarthrite rhumatoïde

Goutte

### RÉSUMÉ

**Objectifs.** – Déterminer le profil et les proportions de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et de goutte, mettant en cause un sortilège appelé « fusil nocturne » au Gabon. Rechercher pourquoi les patients le rendaient responsables de leur rhumatisme.

**Méthodes.** – Étude prospective par interview face à face aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et d'accès de goutte inaugurale (critères ACR/EULAR 2010 et 2015 respectivement) en consultations de rhumatologie au CHU de Libreville (Gabon) sur six ans. Chaque patient devait répondre à la question : « pensez-vous que votre maladie soit liée à un 'fusil nocturne' et pourquoi ? ». L'âge, le sexe, le niveau d'instruction, les addictions, le recours aux traitements traditionnels et les causes alléguées étaient les paramètres étudiés.

**Résultats et conclusion.** – Cent parmi 102 patients (98 %) atteints de PR et 57 sur 379 goutteux (15 %) avec accès de goutte, soit 157 parmi 481 patients (32,6 %) incriminaient le « fusil nocturne ». Leur moyenne d'âge était de  $49 \pm 13,3$  et  $56 \pm 10,8$  ans dans la PR et dans la goutte avec un *sex ratio* de 0,2 et 4,7 respectivement. Les patients avaient un niveau d'instruction scolaire supérieur dans 114 cas (72,6 %), recouru aux tradithérapeutes dans 140 cas (89,2 %). Les causes alléguées du « fusil nocturne » étaient une jalousie par un proche de la famille ( $n = 62$  ; 39,5 %), par un collègue de travail ( $n = 50$  ; 31,8 %), l'échec des traitements antérieurs ( $n = 25$ , 16 %). Il importe de tenir compte du « fusil nocturne » dans l'éducation thérapeutique des patients atteints de PR et de la goutte au Gabon.

© 2018 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### 1. Introduction

Les croyances et les peurs des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) sont de plus en plus étudiées dans la littérature en raison de leur influence notamment sur l'adhésion et l'observance des traitements [1–3]. Le « fusil nocturne » est un sortilège unanimement reconnu et ancré dans la culture gabonaise, lancé à un individu pour le handicaper. Dans l'imaginaire populaire au Gabon, il s'agit d'un « coup de fusil » sans balles réelles, tiré à l'insu de la cible de façon mystérieuse et mystique d'où le qualificatif « nocturne », car invisible et difficilement parable par la

personne visée. Il est plus généralement destiné à rendre invalide sa victime en ciblant ses membres, mais d'autres organes peuvent être visés par le « tireur » à divers desseins (aveugler, rendre stérile, voire tuer). Cette superstition traditionnelle est connue de toutes les populations adultes au Gabon sans distinction de sexe, de niveau social, d'origine ethnique ou provinciale. Elle ne semble pas propre au Gabon dans la mesure où des sortilèges semblables sont rapportés dans d'autres pays en Afrique à l'image du « Wak » ou « Gbass » en Côte d'Ivoire [4]. Aux membres, la cible est l'articulation, atteinte brutalement (cas de l'accès de goutte) ou déformée sans cause comme dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), rendant le rhumatologue au premier plan des médecins consultés. Mais le recours aux tradipraticiens pour « extraire le sortilège » paraît justifié pour ces patients. Nous avons recherché dans quelles proportions et pourquoi ce sortilège était mis en cause dans la PR et l'accès de goutte inaugurale.

\* Auteur correspondant : Département de médecine interne et spécialités médicales, université des sciences de la santé, rue des pavés, 34000 Libreville, Gabon.  
Adresse e-mail : lmissounga6@gmail.com (L. Missounga).

## 2. Méthodes

### 2.1. Sélection des patients

Nous avons réalisé une étude prospective monocentrique sur six ans (janvier 2010–décembre 2015) en consultations de rhumatologie au CHU de Libreville. L'enquête concernait des patients de 18 ans au minimum, atteints d'une PR ou d'un accès de goutte inaugurale avant l'annonce du diagnostic basé sur les critères ACR/EULAR 2010 pour la PR [5] et ceux de l'EULAR 2006 [6] ou de l'ACR/EULAR 2015 [7] pour l'accès de goutte. Les patients inclus devaient consentir à répondre à la question : « pensez-vous que votre rhumatisme soit lié au 'fusil nocturne' et pourquoi ? ».

### 2.2. Recueil et analyse des données

Par interview face à face, les patients ont été interrogés sur les paramètres suivants : l'âge et le sexe, le niveau d'instruction scolaire, la durée d'évolution de la PR et de l'accès de goutte avant le diagnostic, le recours aux tradithérapeutes, l'addiction à l'alcool ou au tabac, les causes alléguées du « fusil nocturne ». Chaque patient avait une fiche standardisée comprenant ces données recueillies à l'inclusion et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20 sur CSPPro. Les résultats quantitatifs ont été présentés en moyennes  $\pm$  écart-types et extrêmes ; les qualitatifs en effectifs et pourcentages. La distribution des causes du « fusil nocturne » a été présentée telle qu'alléguée par chaque patient dans chaque groupe (PR et accès de goutte) en tenant compte de facteurs externes (familiaux, professionnels) ou internes (stress, addiction) sans comparaisons statistiques entre les deux groupes.

### 2.3. Résultats

Cent cinquante-sept parmi 481 patients (32,6 %) interrogés incriminaient le fusil nocturne. Il y avait 100 cas sur 102 de PR (98 %) et 57 sur 379 goutteux (15 %) avec accès de goutte inaugurale. Ils avaient une méconnaissance ( $n = 113$ , 72 %) ou de fausses idées ( $n = 44$ , 28 %) sur leur maladie. Les caractéristiques socio-démographiques, clinico-biologiques et les thérapies traditionnelles des patients sont présentées dans le **Tableau 1**. La PR évoluait depuis 4,3 ans en moyenne. Elle s'avérait séropositive–FR, déformante et érosive dans 71 %, 46 et 65 % des cas respectivement avec une activité DAS28 de  $6 \pm 0,3$  en moyenne (1,5–8,1). L'accès de goutte datait de  $10 \pm 5$  jours et touchait la métatarso-phalangienne du gros orteil dans 36 cas (63,1 %) avec présence de cristaux d'urate de sodium chez 12 patients (21 %). Le niveau de scolarisation était supérieur, secondaire ou primaire dans 114 cas (72,6 %), 33 (21 %) et 16 (10,2 %) des cas respectivement. La consommation d'alcool concernait 41 patients (26,1 %) et celle de tabac, 9 patients (5,7 %). Cent quarante patients (89,2 %) avaient eu recours aux tradithérapeutes pour recevoir des traitements par scarifications articulaires ou par préparations de plantes locales dans 87 (55,4 %) et 50 cas (31,8 %) respectivement. Tous les patients (100 %) avaient pris au moins un AINS avant le diagnostic. Cinq (5 %) des patients atteints de PR avaient reçu l'hydroxychloroquine et aucun le méthotrexate.

Les causes alléguées du « fusil nocturne » étaient exogènes pour tous les patients (100 %). Elles sont présentées dans le **Tableau 2**. Elles se répartissaient comme suit : jalousie d'un proche dans la famille 62 cas (39,5 %) dont 29 (46,7 %) contre la réussite sociale du patient, jalousie dans le milieu professionnel 50 cas (31,8 %) dont 27 (54 %) sous prétexte que « les symptômes ont débuté en présence du collègue » désigné par le patient comme étant le « tireur », rivalité amoureuse dans 20 cas (12,7 %) entre femmes 11 cas (55 %). L'échec des traitements reçus avant l'inclusion, faisait incriminer un « fusil

**Tableau 1**

Caractéristiques démographiques, clinico-biologiques et thérapies traditionnelles chez 157 patients incriminant le « fusil nocturne » dans la survenue de la PR et l'accès de goutte.

Caractéristiques	PR n = 100 (%)	Accès de goutte n = 57 (%)
Âge, ans (extrêmes)	49 $\pm$ 13,3 (20–88)	56 $\pm$ 10,8 (30–90)
Femmes, n (%)	81 (81)	10 (17,6)
Hommes, n (%)	19 (19)	47 (82,4)
Niveau de scolarisation		
Supérieur	77 (77)	37 (64,9)
Secondaire	11 (11)	11 (19,3)
Primaire	9 (9)	7 (12,3)
Non scolarisé	3 (3)	2 (3,5)
Alcoolisme	12 (12)	29 (51)
Tabagisme	4 (4)	5 (8,7)
Durée moyenne <sup>a</sup>	4,3 ans	10 $\pm$ 5 jours
Cliniques	Déformante 46 (46)	Monoarthrite MTP GO 36 (63,1)
	Érosive 65 (65)	Polyarthrite 12 (21)
	DAS28-VS $6 \pm 0,3$	
	(1,5–8,1)	
Biologiques	FR + 71 (71)	Uricémie moyenne 524 $\pm$ 112
$\mu\text{mol/l}$	ACPA + 100 (100)	MCUS + 12 (21)
Traitements traditionnels	90 (90)	50 (87,7)
Scarifications articulaires	45 (45)	42 (73,7)
Préparations de plantes <sup>b</sup>	30 (30)	20 (35)
Traitements modernes		
AINS	100 (100)	57 (100)
Corticoïdes	42 (42)	3 (5,2)
Autres antalgiques	100 (100)	50 (87,7)
DMARD	HQL 5 (5)	–
Colchicine	–	4 (7)

MTP : métatarso-phalangienne ; GO : gros orteil ; FR : facteur rhumatoïde ; ACPA : anticorps anti-peptides cycliques citrullinés ; MCUS : microcristaux d'urate de sodium.

<sup>a</sup> Avant le diagnostic.

<sup>b</sup> En bains ou en boissons. AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; DMARD : disease modifying anti-rheumatic drug ; HQL : hydroxychloroquine.

**Tableau 2**

Causes alléguées du « fusil nocturne » chez 157 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR) et d'accès de goutte inaugurale.

Causes alléguées	PR n = 100 (%)	Goutte n = 57 (%)
<i>Jalousie d'un proche dans la famille 62 (39,5)</i>		
Réussite sociale	21 (21)	8 (14)
Conflit d'héritage		
Contre une veuve (décès de l'époux)	5 (5)	–
Dans la fratrie	4 (4)	1 (1,8)
Début des symptômes		
En présence du parent « tireur » <sup>a</sup>	12 (12)	11 (19,3)
<i>Jalousie en milieu professionnel 50 (31,8)</i>		
Conflit au travail	18 (18)	5 (8,8)
Début des symptômes		
En présence du collègue « tireur » <sup>a</sup>	12 (12)	15 (26,3)
<i>Rivalité amoureuse 20 (12,7)</i>		
Épouse/maîtresse	11 (11)	0 (0)
Époux/amant	3 (3)	6 (10,5)
<i>Résistance de la maladie aux traitements antérieurs 25 (16)</i>		
AINS	11 (11)	11 (19,3)
Autres antalgiques	14 (14)	11 (19,3)
HQL	5 (5)	–
Colchicine	–	4 (7)

<sup>a</sup> Tireur du « fusil nocturne » ; AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens ; HQL : hydroxychloroquine.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8743276>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8743276>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)