

## Research



# Profil et qualité de vie de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde en Guinée Conakry et au Cameroun

Aly Badra Kamissoko, Paul Eloundou, Marie Traoré, Mamadou Lamine Diallo, Gervais Mendo, M'balou Fatoumata Diallo, Alhassane Diallo

**Corresponding author:** Aly Badra Kamissoko, Service de Rhumatologie, Hôpital National Ignace Deen, Conakry, Guinée. drkamissoko@ymail.com

**Received:** 18 Aug 2019 - **Accepted:** 01 May 2020 - **Published:** 19 Apr 2021

**Keywords:** Polyarthrite rhumatoïde, qualité de vie, activité de la maladie, Afrique noire

**Copyright:** Aly Badra Kamissoko et al. Pan African Medical Journal (ISSN: 1937-8688). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Cite this article:** Aly Badra Kamissoko et al. Profil et qualité de vie de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde en Guinée Conakry et au Cameroun. Pan African Medical Journal. 2021;38(379). 10.11604/pamj.2021.38.379.20098

**Available online at:** <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/38/379/full>

## Profil et qualité de vie de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde en Guinée Conakry et au Cameroun

Profile and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in Guinea Conakry and Cameroon

Aly Badra Kamissoko<sup>1,&</sup>, Paul Eloundou<sup>2</sup>, Marie Traoré<sup>3</sup>, Mamadou Lamine Diallo<sup>1</sup>, Gervais Mendo<sup>2</sup>, M'balou Fatoumata Diallo<sup>1</sup>, Alhassane Diallo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Service de Rhumatologie, Hôpital National Ignace Deen, Conakry, Guinée, <sup>2</sup>Service de Médecine Interne Hôpital de district d'Éfoulan, Yaoundé, Cameroun, <sup>3</sup>Service de Rhumatologie, Hôpital Sud Francilien, Corbeil Essonne, France, <sup>4</sup>Department of Epidemiology, Biostatistics, and Clinical Research, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hospital Bichat, University Paris Diderot, Paris, France

### &Auteur correspondant

Aly Badra Kamissoko, Service de Rhumatologie, Hôpital National Ignace Deen, Conakry, Guinée

## Résumé

**Introduction:** la polyarthrite rhumatoïde (PR) altère de façon considérable la qualité de vie des patients. L'objectif de notre étude était d'étudier le lien entre l'activité de la maladie et la qualité de vie de patients guinéens et camerounais atteints de polyarthrite rhumatoïde. **Méthodes:** étude pilote transversale multicentrique (Hôpital national Ignace Deen de Conakry en Guinée et Hôpital de district d'Efoulan Yaoundé au Cameroun) de 15 mois (1<sup>er</sup> octobre 2016 au 30 janvier 2018). Le diagnostic de PR était basé sur les critères de l'ACR/EULAR (American college of rheumatology, European League against Rheumatism). Le questionnaire EMIR (échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde) et le score de Steinbrocker ont été utilisés pour évaluer la qualité de vie. **Résultats:** cinquante-deux patients dont 82% de femmes ont été colligés. Le score EMIR total était de  $5,06 \pm 0,50$  considéré comme une qualité de vie relativement altérée. L'altération de la qualité de vie était plus marquée sur les composants psychiques ( $6,78 \pm 0,99$ ) et douleur ( $5,37 \pm 0,99$ ). Le composant travail était le moins affecté ( $4,03 \pm 0,98$ ). Le DAS28 était significativement lié aux composants psychique ( $p=0,036$  ;  $R=0,29$ ), douleur ( $p=0,076$  ;  $R=0,25$ ), physique ( $p=0,0029$  ;  $R=0,41$ ) et à la qualité de vie globale (EMIR total) ( $p=0,027$  ;  $R=0,31$ ). **Conclusion:** l'impact le plus significatif de la PR sur la qualité de vie est corrélé à la douleur (EVA-douleur) et à l'activité de la maladie (DAS 28). Les résultats de cette étude pilote devront être confirmés par une étude d'une plus grande ampleur.

### [English abstract](#)

**Introduction:** rheumatoid arthritis (RA) dramatically affects the quality of life of patients. The objective of our study was to study the link between the activity of the disease and the quality of life of Guinean (Conakry) and Cameroonian patients with RA. **Methods:** pilot multicentric cross-sectional study (Ignace Deen National Hospital of

Conakry in Guinea and Efoulan Yaoundé District Hospital in Cameroon) for 15 months (1<sup>st</sup> October 2016 to 30<sup>th</sup> January 2018). The diagnosis of RA was based on the criteria of the ACR/EULAR. Disease activity was assessed by DAS 28. The EMIR questionnaire and the Steinbrocker score were used to assess quality of life. **Results:** fifty-two patients, 82% of whom were women. The total EMIR score was  $5.06 \pm 0.50$  as a relatively impaired quality of life. Alteration of quality of life was more marked on psychic components ( $6.78 \pm 0.99$ ) and pain ( $5.37 \pm 0.99$ ). The work component was the least affected ( $4.03 \pm 0.98$ ). DAS28 was significantly related to psychic components ( $p=0.036$ ,  $R=0.29$ ), pain ( $p=0.076$ ,  $R=0.25$ ), physical ( $p=0.0029$ ,  $R=0.41$ ), and at the overall quality of life (total EMIR) ( $p=0.027$ ,  $R=0.31$ ). **Conclusion:** the most significant of RA on quality of life was related to pain (EVA-pain) and RA activity (DAS 28). The results of this pilot study will have to be confirmed by a largest study.

**Key words:** rheumatoid arthritis, quality of life, disease activity, Black Africa

## Introduction

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent [1]. En Guinée (Conakry), la prévalence hospitalière de la PR est de 0,09 % à l'hôpital national Ignace Deen [2]. Au Cameroun, cette prévalence hospitalière est de 0,04% à l'hôpital de district d'Efoulan [3]. La PR reste encore méconnu par le personnel médical en Afrique subsaharienne ce qui se traduit par d'importants retards diagnostiques [4]. Cette pathologie altère de façon considérable la qualité de vie du patient qui en est atteint [5]. Il existe des échelles, présentées sous la forme d'auto-questionnaire, qui complètent utilement l'évaluation médicale [6,7]. Des études africaines ont évalué la qualité de vie des patients atteints de PR [6-9]. En Afrique subsaharienne, la qualité de vie a été sur les aspects socio-économiques [9] et la répercussion des complications de la maladie [10,11]. A notre

connaissance, le lien entre l'activité de la maladie et la qualité de vie de la PR dans cette région n'a pas été établi. Nous nous sommes proposé d'étudier chez des patients guinéens et camerounais la qualité de vie (sur plusieurs aspects) ainsi que son lien avec l'activité de la polyarthrite rhumatoïde.

## Méthodes

**Patients, type d'étude et variables:** nous avons réalisé une étude transversale multicentrique de 15 mois (du 1<sup>er</sup> octobre 2016 au 30 janvier 2018) sur des patients atteints de PR dans deux centres, le service de rhumatologie de l'Hôpital national Ignace Deen de Conakry (Guinée) et le service de médecine interne de l'Hôpital de district d'Efoulan Yaoundé (Cameroun). Étaient inclus dans l'étude, les patients âgés de plus de 18 ans et atteints de PR diagnostiqués selon les critères ACR/EULAR 2010 [12] et consultant dans les deux sites d'étude. Nous n'avons pas inclus les patients ayant un antécédent psychiatrique et ceux ayant une autre maladie altérant leur condition physique. Les patients étaient ou pas sous traitement de fond de la PR. Le consentement était requis après explication de la procédure et de l'objectif de l'étude. Les variables suivantes ont été recueillies: 1) variables sociodémographiques: âge, sexe, situation financière, niveau scolaire. 2) variables clinico-biologiques: indice de masse corporelle, périmètre abdominal, échelle visuelle analogique, nombre d'articulations douloureuses, nombre d'articulations gonflées, nombre de réveils nocturnes, dérouillage matinal, délai diagnostique, facteur rhumatoïde, anticorps anti-peptides cycliques citrullinés. Le DAS 28 (Disease Activity Score) a été classé ainsi: PR en rémission si le DAS 28 < 2,6, PR de faible activité si le DAS 28 < 3,2 ; PR modérée si le DAS 28 varie entre 3,2 et 5,1 inclus; PR de forte activité DAS 28 > 5,1. 3) le retentissement de la maladie: le reclassement professionnel, le score de Steinbrocker [13] et l'échelle EMIR (échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde) [14]. L'échelle EMIR court comporte cinq composants et 26 questions

(réponses concernant les quatre dernières semaines). A chaque composant correspond un nombre de questions donné: EMIR physique (1 à 12), EMIR douleur (13 à 15), EMIR psychique (16 à 20), EMIR social (20 à 24), EMIR travail (25 et 26) [14].

**Analyse des données:** les variables qualitatives ont été résumées par la fréquence et le pourcentage, et les variables quantitatives par la moyenne et l'écart-type. Les comparaisons entre l'EMIR et DAS28 d'une part, et entre l'EMIR et l'EVA-douleur d'autre part ont été effectuées par un test de corrélation de Pearson (ou Spearman). Pour identifier les facteurs de risque associés à l'âge de début des symptômes, nous avons utilisé un modèle de régression linéaire. Les variables associées à l'âge de début des symptômes avec une p-value < 0,10 en univarié ont été entrées dans le modèle multivarié. Ensuite, les facteurs de risque indépendants de l'âge de début des symptômes ont été sélectionnés par une procédure pas à pas descendante. Tous les tests étaient bilatéraux, le seuil de significativité a été fixé à 5%, et toutes les analyses ont été faites par le logiciel R.

**Considérations éthiques:** le consentement éclairé des patients a été obtenu et le protocole accepté par le comité d'éthique de l'Hôpital national Ignace Deen et de l'Hôpital de district d'Efoulan Yaoundé.

## Résultats

Nous avons colligé 52 cas de PR (42 en Guinée et 10 au Cameroun) dont 43 femmes (82,69%). L'âge moyen des patients au début de la maladie était de 36,25±20,44 ans (Tableau 1). Deux-tiers des patients (35 cas soit 67,31%) étaient financièrement dépendants d'une tierce personne (Tableau 1). La majorité avait une PR d'activité forte (27 patients soit 51,92%) (Tableau 1). L'évaluation de la capacité fonctionnelle a montré un stade III de Steinbrocker (autorisant le sujet à effectuer seulement une petite partie de ses occupations usuelles et de ses propres soins) chez 33 patients (63,46%) (Tableau 1). Nous avons comparé les caractéristiques cliniques et la qualité de vie entre

les patients Guinéens (Conakry) et Camerounais (Tableau 1 et Tableau 2). A l'exception de l'activité de la maladie à travers le DAS 28 ( $p=0,0015$ ) et du dérouillage matinal ( $p<0,0001$ ), nous n'avons pas mis en évidence de différence entre ces deux populations. Alors qu'en moyenne l'activité de la maladie était plus forte chez les patients Guinéens (DAS 28:  $5,69\pm 1,19$  vs  $4,48\pm 0,89$ ;  $p=0,0015$ ), le dérouillage matinal était plus long chez les patients Camerounais. Nous avons recherché les facteurs associés à la capacité fonctionnelle selon la classification de Steinbrocker.

Le score EMIR total était de  $5,06\pm 0,50$  considéré comme une qualité de vie relativement altérée. L'impact de la maladie était plus marqué sur le composant psychique ( $6,78\pm 0,99$ ) et sur le composant douleur ( $5,37\pm 0,99$ ). Le composant travail était le moins affecté ( $4,03\pm 0,98$ ) (Tableau 2). Nous avons retrouvé un lien significatif entre le DAS28 et le score EMIR (EMIR Total:  $p=0,027$ ;  $R=0,31$ ; EMIR Physique:  $p=0,0029$ ;  $R=0,41$ ; EMIR Douleur:  $p=0,076$ ;  $P=0,25$ ; EMIR Psychique:  $p=0,036$ ;  $R=0,29$ ) (Figure 1). De même il y avait un lien significatif entre l'EVA-douleur et le score EMIR (EMIR Total:  $p=0,00033$ ;  $R=0,48$ ; EMIR Physique:  $p=0,0058$ ;  $R=0,46$ ; EMIR Douleur:  $p=0,063$ ;  $R=0,26$ ; EMIR Psychique:  $p=0,00058$ ;  $R=0,46$ ) (Figure 2). On n'a pas mis en évidence de lien significatif entre l'EVA-douleur et l'EMIR social. On n'a pas retrouvé de lien significatif entre le score EMIR et les autres paramètres de la maladie.

## Discussion

Les caractéristiques de la PR retrouvées dans cette étude rejoignent la littérature: la prédominance féminine, l'âge jeune de début de la maladie, la prédominance des formes séropositives au facteur rhumatoïde [15,16]. Le délai diagnostique long était lié au retard à la consultation. Dans ces pays, les patients consultent souvent les tradipraticiens avant les médecins. Ainsi, la majorité des patients sont diagnostiqués avec une PR de forte activité [4,9]. Cette forte activité de la maladie a un impact sur les capacités fonctionnelles des patients et sur leur qualité de vie. Il y avait une répercussion

sur les conditions financières des patients ainsi que sur les conditions socio-professionnelles. L'impact financier et sur le travail de la PR a aussi été retrouvé en France et au Maroc [17-19]. En l'absence de système de couverture sociale dans notre contexte, l'arrêt du travail équivaut à la perte de tout revenu. Les patients sont alors pris en charge par la solidarité familiale. Il faut tout de même noter que le pourcentage des patients ayant des répercussions socioprofessionnelles liées à l'activité de la maladie est retrouvé dans une série française, 34% des patients avaient bénéficié d'une retraite anticipée [18]. Malgré le handicap fonctionnel, la PR impactait moins le travail que les autres composants (physique, douleur et psychique). Le composant social était moins affecté aussi. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les malades ne perdent pas le lien avec leur entourage familial. L'impact de la maladie était plus marqué sur le composant psychique et le composant douleur. Une prévalence importante de la dépression au cours de la PR (45 %) a été rapportée [20,21]. Une des études avait retrouvé une forte corrélation du score DAS 28 avec la dépression [20] comme chez nos patients où il y avait une corrélation entre DAS 28 et l'EMIR psychique. Le DAS28 était aussi lié de façon significative aux composants douleur, physique et à la qualité de vie globale. Une étude taiwanaise avait retrouvé que ce score composite affectait tous les domaines de la qualité de vie [22].

## Conclusion

La PR affecte la qualité de vie des patients en Guinée et au Cameroun notamment sur le plan psychique. Cet impact était lié à la douleur (EVA-douleur) et à l'activité de la PR (DAS 28), d'où la nécessité d'un bon contrôle de la maladie. Les résultats de cette étude pilote devront être confirmés par une étude d'une plus grande ampleur.

## Etat des connaissances sur le sujet

- La PR est parmi les pathologies qui ont suscité beaucoup d'intérêt dans l'évaluation (en Afrique, le questionnaire EMIR a seulement été utilisé au Maghreb);
- La PR altère la qualité de vie des patients;
- L'altération de la qualité de vie est liée à l'activité de la maladie.

## Contribution de notre étude à la connaissance

- Cette étude confirme le lien entre la sévérité de la maladie et l'impact sur la qualité de vie des populations subsahariennes affectées. La faiblesse des systèmes de sécurité sociale en Afrique amène les proches des patients de leur venir en aide en cas de perte du travail;
- Nous rapportons le lien entre des domaines précis de la qualité de vie chez des patients subsahariens (étude multicentrique) et l'activité de la polyarthrite rhumatoïde d'une part ; entre la qualité de vie et l'EVA-douleur d'autre part.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteurs

Aly Badra Kamissoko: rédaction du protocole et finalisation de l'article; Paul Eloundou: discussion de l'article, revue bibliographique; Marie Traoré: correction de l'article ; Mamadou Lamine Diallo: dépouillement des données en Guinée, revue bibliographique; Gervais Mendo: collecte et dépouillement des données au Cameroun; M'balou Fatoumata Diallo: collecte des données en Guinée; Alhassane Diallo: analyse statistique. Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Tous les auteurs déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

## Tableaux et figures

**Tableau 1:** caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde chez les patients guinéens et camerounais

**Tableau 2:** évaluation de la qualité de vie des patients atteints guinéens et camerounais atteints de PR

**Figure 1:** association entre l'activité de la maladie (DAS28) et la qualité de vie (EMIR); A) EMIR total, B) EMIR physique; C) EMIR Douleur; D) EMIR psychique; EMIR (échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde)

**Figure 2:** association entre l'échelle visuelle analogique-douleur (EVA-douleur) et la qualité de vie (EMIR); A) EMIR total; B) EMIR physique; C) EMIR douleur; D) EMIR psychique

## Références

1. Alamanos Y, Voulgary PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American college of rheumatology criteria: a systematic review. *Sem Arthritis Rheum.* 2006; 36(3): 182-8. **PubMed** | **Google Scholar**
2. Direction de l'hôpital national Ignace Deen de Conakry. Rapport de monitoring semestriel. 2019.
3. Direction de l'hôpital de district d'Efoulan. Rapport de monitoring semestriel. 2019.
4. Ndongo S. Syndromes généraux et systémiques: contexte tropical. KATANA Santé éditions (Paris). 2015. **Google Scholar**
5. Guillemin F, Sarau A, Guggenbuhl P, Roux Ch, Fardellone P, Le Bihan E *et al.* Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis.* 2005; 64(10): 1427-30. **PubMed** | **Google Scholar**
6. Brousse C, Boisauvert B. La qualité de vie et ses mesures. *Rev Med Interne.* 2007; 28(7): 458-462. **Google Scholar**
7. Schaeffer T. Les échelles d'évaluation dans la polyarthrite rhumatoïde. *Rhumatos.* 2008; 5(38): 198-201.

8. Younsi R, Arrab R, Aït Ouazar M, Belkhou A, El Hassani S. Evaluation de la qualité de vie des patients atteints de la polyarthrite rhumatoïde: étude transversale de 80 cas dans la région de Marrakech. *Rev Rhum.* 2007; 74: 1053. **Google Scholar**
9. Ndao AC, Ndongo S, Lekpa FK, Ndiaye ND, Tiendrebeogo J, Daher A *et al.* Retentissement socio-économique et qualité de vie au cours de la polyarthrite rhumatoïde au Sénégal. *Méd Afr Noire.* 2012; 59(8-9): 415-420. **Google Scholar**
10. Akintayo RO, Adelowo OO, Egajifo O, Popoola RA, Odunlami GJ, Emorinken A *et al.* The impact of ocular manifestations of rheumatoid arthritis on the health-related quality of life and the functional ability of black Africans. *Int Ophthalmol.* 2019; 39(5): 1003-1012. **PubMed | Google Scholar**
11. Hodkinson B, Musenge E, Ally M, Meyer PW, Anderson R, Tikly M. Functional disability and health-related quality of life in South Africans with early rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol.* 2012; 41(5): 366-74. **PubMed | Google Scholar**
12. Saraux A, Tobon G, Jousse-Joulin S, Devauchelle-Pensec V. Les critères de classification et/ou de prédiction de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Rhum.* 2010; 77: 12-16. **Google Scholar**
13. Steinbrocker O, Traeger CH, Batterman RC. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *JAMA.* 1949; 140(8): 659-662. **PubMed | Google Scholar**
14. Pouchot J, Guillemin F, Coste J, Brégeon C, Sany J. Validity, reliability, and sensitivity to change of a French version of the arthritis impact measurement scales 2 (AIMS2) in patients with rheumatoid arthritis treated with methotrexate. *J Rheumatol.* 1996;23(1): 52-60. **PubMed | Google Scholar**
15. Fernando Kemta Lekpa, Souhaïbou Ndongo, Joëlle Tiendrebeogo, Awa Cheikh Ndao, Abdikarim Daher, Abdoulaye Pouye *et al.* Rheumatoid arthritis in Senegal: a comparison between patients coming from rural and urban areas, in an urban tertiary health care center in Senegal. *Clin Rheumatol.* 2012; 31(11): 1617-20. **PubMed | Google Scholar**
16. DieuDonné Ouédraogo, Joseph Singbo, Ousséini Diallo, Serge Aimé Sawadogo, Hervé Tiéno, Youssouf Joseph Drabo. Rheumatoid arthritis in Burkina Faso: clinical and serological profiles. *Clin Rheumatol.* 2011; 30(12): 1617-21. **PubMed | Google Scholar**
17. Rkain H, Allali F, Jroundi I, Hajjaj-Hassouni N. Retentissement socioéconomique de la polyarthrite rhumatoïde au Maroc. *Rev Rhum.* 2006; 73: 462-46. **Google Scholar**
18. Kobelt G, Woronoff AS, Richard B, Peeters P, Jacques Sany. Disease status, costs and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in France: the ECO-PR study. *Joint Bone Spine.* 2008; 75(4): 408-415. **PubMed | Google Scholar**
19. Gendey M, Pallot-Prades B, Chopin F, Chauvin F, Thomas T. Prise en charge multidisciplinaire et éducation thérapeutique dans une école de la PR: description du programme et évaluation de la qualité de vie des participants à six mois. *Rev Rhum.* 2012; 79: 222-227. **Google Scholar**
20. Tekaya R, Saadi F, Mahmoud I, Saidane O, Abdelmoula L, Et Chaabouni L, Rafik Zouari *et al.* Prévalence et facteurs prédictifs de la dépression au cours de la polyarthrite rhumatoïde. *Presse Med.* 2012; 41(5): 220-225. **PubMed | Google Scholar**
21. Harifi G, Arrab R, Younsi R, El Bouchti I, Belkhou A, Ait Ouazar M *et al.* Evaluation du retentissement psychologique de la polyarthrite rhumatoïde sur les patients: étude transversale de 80 cas dans la région de Marrakech. *Rev Rhum.* 2007; 74: 1053.

22. Chiu YM, Lai MS, Lin HY, Lang HC, Lee LJH, Wang JD. Disease activity affects all domains of quality of life in patients with rheumatoid arthritis and is modified by disease duration. Clin Exp Rheumatol. 2014; 32(6): 898-903.  
**PubMed | Google Scholar**

**Tableau 1:** caractéristiques de la polyarthrite rhumatoïde chez les patients guinéens et camerounais

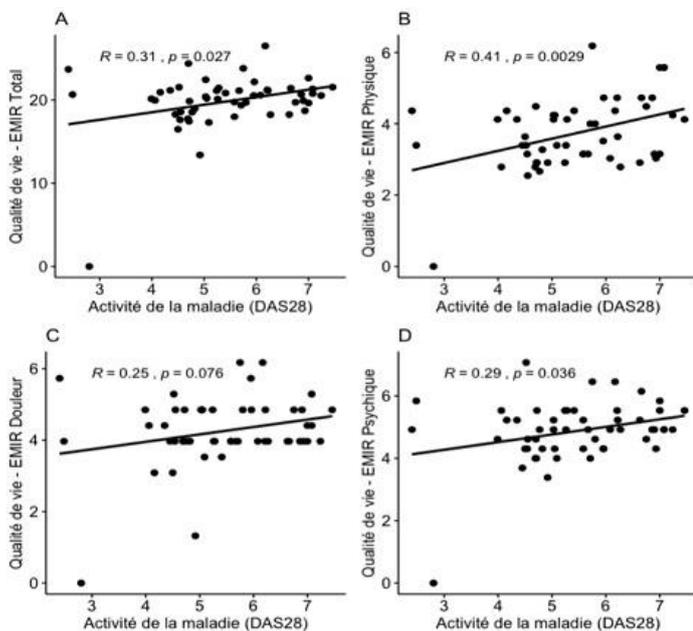
| Variables                           | Guinée(n=42) | Cameroun(n=10) | Global (n=52) |
|-------------------------------------|--------------|----------------|---------------|
| Age (années)                        | 46,81±15,66  | 48,40±12,46    | 47,12±15,00   |
| Âge de début de la maladie (années) | 43,10±15,85  | 40,90±11,20    | 42,67±14,99   |
| Sexe (féminin)                      | 34(80,95%)   | 9(90%)         | 43(82,69%)    |
| Situation financière (dépendante)   | 30(71,43%)   | 5(50%)         | 35(67,31%)    |
| Délai diagnostique (années)         | 51,74±52,04  | 43,10±98,83    | 50,08±62,55   |
| IMC (kg/cm <sup>2</sup> )           | 24,15±5,79   | 27,46±8,68     | 24,78±6,48    |
| Périmètre abdominal(cm)             | 88,88±22,53  | 90,30±21,81    | 89,15±22,19   |
| EVA                                 | 58,93± 21,11 | 68±7,89        | 60,67±19,55   |
| NAD                                 | 12±6         | 6±2            | 11±6          |
| NAG                                 | 3±2          | 5±1            | 3±2           |
| Réveil nocturne                     | 3±1          | 3±1            | 3±1           |
| Dérouillage matinal                 | 1,55±0,67    | 3,00±1,05      | 1,83±0,94     |
| FR(positif)                         | 17(50%)      | 6(67%)         | 23(58,97)     |
| Anti-CCP(positif)                   | 6(60%)       | 3(42,85%)      | 9(52,94%)     |
| DAS 28                              | 5,69±1,19    | 4,48±0,82      | 5,44±1,22     |
| Rémission                           | 1(2,38%)     | 1(10%)         | 2(3,84%)      |
| Faible activité                     | 1(2,38%)     | 5(50%)         | 6(11,53%)     |
| Activité modérée                    | 3(7,14%)     | 4(40%)         | 7(13,46%)     |
| Forte activité                      | 27(64,28%)   | 0(0%)          | 27(51,92%)    |

**EVA:** échelle visuelle analogique; **NAD:** nombre d'articulations douloureuses; **NAG:** nombre d'articulations gonflées; **FR:** facteur rhumatoïde; **anti-CCP:** anticorps anti-peptide cyclique citrulliné; **DAS:** disease activity score. Les données sont représentées par la moyenne (± écart-type) pour les variables quantitatives et l'effectif (fréquence) pour les variables qualitatives.

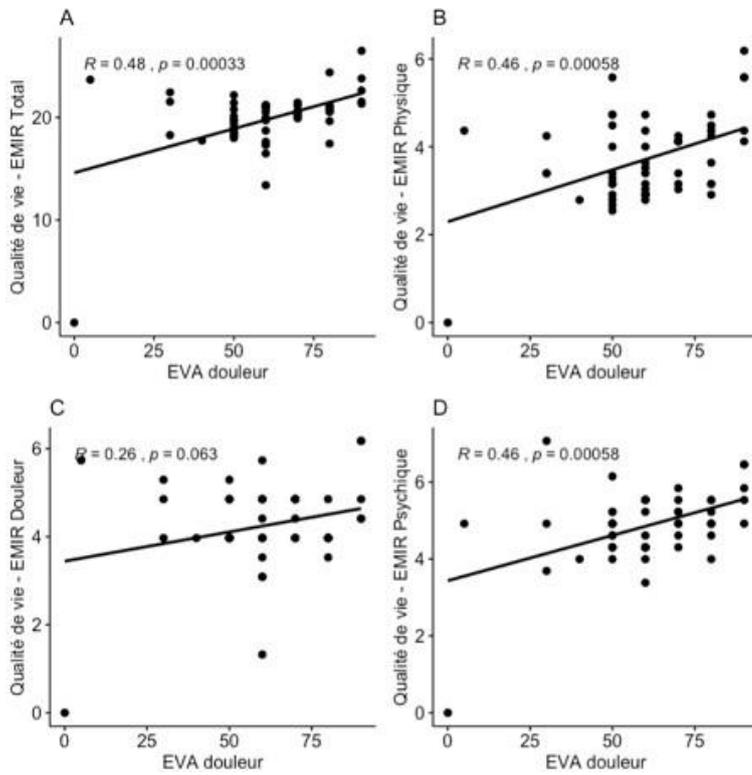
**Tableau 2:** évaluation de la qualité de vie des patients atteints guinéens et camerounais atteints de PR

| Variabes                                | Guinée (n=42) | Cameroun (n=10) | Global (n=52) |
|---|---------------|-----------------|---------------|
| <b>Reclassement professionnel (oui)</b> | 8/24(33,33%)  | 2/6 (33,33%)    | 10/30(33,33%) |
| <b>Score de Steinbrocker</b>            |               |                 |               |
| Classe I                                | 1(2,38%)      | 0(0%)           | 1(1,92%)      |
| Classe II                               | 6(14,29%)     | 5(50%)          | 11(21,15%)    |
| Classe III                              | 29(69,05%)    | 4(40%)          | 33(63,46%)    |
| Classe IV                               | 6(14,29%)     | 1(10%)          | 7(13,46%)     |
| <b>Score EMIR</b>                       |               |                 |               |
| EMIR physique                           | 4,40±1,06     | 4,52±0,66       | 4,43±0,99     |
| EMIR douleur                            | 5,54±0,82     | 4,64±1,34       | 5,37±0,99     |
| EMIR psychique                          | 6,85±0,99     | 6,47±0,99       | 6,78±0,99     |
| EMIR social                             | 4,61±0,95     | 5,02±1,14       | 4,69±0,99     |
| EMIR travail                            | 4,03±0,94     | 4,04±1,18       | 4,03±0,98     |
| EMIR total                              | 5,08±0,45     | 4,94±0,69       | 5,06±0,50     |

**EMIR:** échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde, **Global:** ensemble des patients. Les données sont représentées par la moyenne ( $\pm$  écart-type) pour les variables quantitatives et l'effectif (fréquence) pour les variables qualitatives.



**Figure 1:** association entre l'activité de la maladie (DAS28) et la qualité de vie (EMIR); A) EMIR total, B) EMIR physique; C) EMIR douleur; D) EMIR psychique; EMIR (échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde)



**Figure 2:** association entre l'échelle visuelle analogique-douleur (EVA-douleur) et la qualité de vie (EMIR); A) EMIR total; B) EMIR physique; C) EMIR douleur; D) EMIR psychique