RAFMI



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2026, JUIN - VOLUME 13 (1-2)

Correspondance

Secrétariat
E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.raf-mi.org
Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse
UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès
Ex 10ème RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Pr Michel Assane NDOUR (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;

2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de téléfax et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.
Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.
La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.

2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.

3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.
Les références (thèses et mémoires) ne sont pas acceptées.
Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.
Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.
Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.
Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.
Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.
Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.
Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.
Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.
Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi
Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante **(revueafricainemi@gmail.com)** et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne **(raf-mi.org).**

IV. Publication
Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après payement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

LETTRE A L'EDITEUR

1. **Optimisation de la prise en charge intégrée entre ophtalmologistes et internistes** **7-10**
   Wane AM, Dieng M, Mbengue M, Badji MD, Lagnane M

ARTICLES ORIGINAUX

2. **Issues maternelles et fœtales des grossesses au cours des maladies auto-immunes systémiques au Sénégal : étude rétrospective multicentrique (2008-2024)** **11-17**
   Ndao Awa Cheikh, Diagne Nafissatou, Faye Atoumane, Fall Birame Codou, Dieng Mohamed, Ndour Michel Assane, Ndongo Souhaïbou, Pouye Abdoulaye

3. **Déterminants de la qualité de vie des patients atteints de lupus systémique au Cameroun** **18-25**
   Eloundou Onomo Paul, Same Bebey Francine, Nkoro Grâce, Balle Sadjo Emmanuel, Doun Fouda, Minko Gaelle, Tcheumagam Kelly, Akah Ghandi, Mawo Alida, Ekoumkang Valérie, Mvoe Sophie, Onambele Inès, Bisseh Vanessa, Halle Marie Patrice

4. **Profil épidémiologique, clinique et nosologique des maladies systémiques auto-immunes et auto-inflammatoires au service de Médecine Interne de l'Hôpital Abass Ndao de Dakar : résultats initiaux d'un registre hospitalier** **26-34**
   Ndour MA, Dieng M, Diouf OBK, Ndiaye M, Niang MA, Ndao AC, Nassour H, Sow D, Diallo IM, Halim C, Gadji FK, Ndoye M, Diembou M, Mbow K, Diop O, Djiba B, Diedhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M

5. **Caractéristiques épidémiologiques, clinicoimmunologiques et évolutives du lupus érythémateux systémique à l'Hôpital National de Zinder (Niger)** **35-44**
   Garba AA, Brah S, Alkassan Y, Issa AK, Daou M, Ousmane TMA, Mamadou AK, Adehossi E

6. **Profil épidémiologique, clinique, biologique et étiologique de l'hypothyroïdie primaire en Médecine Interne au Centre Hospitalier Abass Ndao de Dakar (Sénégal) : étude rétrospective de janvier 2011 à avril 2023** **45-50**
   Diagne N, Ndao AC, Sow D, Faye A, Djiba B, Ndour MA, Diédhiou D, Sarr A, Mbaye MN, Pouye A

7. **Niveau de connaissance et facteurs associés à l'interprétation de l'électrocardiogramme de surface par les étudiants en médecine de l'université de Thiès** **51-59**
   Kouanou VDU, Akanni SC, Dione J-MA, Tankpinou Zoumenou H, Seck M, Mbaye A, Affangla DA

8. **Post-stroke central neuropathic pain in Sub-Saharan Africa: insights from a Cameroonian referral hospital**
   Magnerou Annick Melanie, Gams Massi Daniel, Gueumekane Lamou Bila Eric, Vessah Njoya Ahmed, Kenmegne Caroline, Sini Victor, Kuate Tegueu Callixte, Mapoure Njankouo Yacouba **60-68**

9. **Profil épidémiologique, clinique et étiologique des accidents vasculaires cérébraux chez les sujets jeunes à l'hôpital régional de Thiès : étude descriptive rétrospective.** **69-75**
   Guèye AD, Sow K, Diallo BM, Latoundji AA, Ndiaye Y, Marone Z, Dièye R, Diagne R, Ba I, Berthé A, Diop MM, Ka MM

10. **Audit du dispositif de prévention et de contrôle de l'infection au niveau des postes de santé : Hygiène des mains et Ports des gants** **76-86**
    Sidibé M, Diouf ML, Ngom NF, Fortes L, Lawson ATD-D

CAS CLINIQUES

11. **Particularités de la Sarcoïdose médiastino-pulmonaire en Médecine interne au CHU de Treichville (Côte d'Ivoire) : à propos d'une Série de 11 Cas** ***87*-93**
    Kpata Djami Pindjou M, Konan NM, Lobah YG, Yapa GS, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe FL, Acko UV, Binan Y

12. **Évolution d'une myosite inflammatoire indifférenciée vers une scléromyosite : illustration du continuum des connectivites.** **94-98**
    Ndao AC, Diagne N, Faye A, Ndour MA, Dieng M, Pouye A

CONTENTS

LETTER TO EDITOR

1. ***Optimization of integrated management between ophthalmologists and internists: diagnostic and structural Issues*** ***7-10***
   Wane AM, Dieng M, Mbengue M, Badji MD, Lagnane M

ORIGINAL ARTICLES

2. ***Maternal and foetal outcomes of pregnancy in systemic autoimmune diseases in Senegal: a multicenter retrospective study (2008-2024)*** ***11-17***
   Ndao AC, Diagne N, Faye A, Fall BC, Dieng M, Ndour MA, Ndongo S, Pouye A

3. ***Determinants of quality of life in patients with systemic lupus in Cameroon*** ***18-25***
   Eloundou OP, Same BF, Nkoro G, Balle SE, Doun F, Minko G, Tcheumagam K, Akah G, Mawo A, Ekoumkang V, Mvoe S, Onambele I, Bisseh V, Halle MP

4. ***Epidemiological, clinical and nosological profile of systemic autoimmune and autoinflammatory diseases in the Internal Medicine Department of Abass Ndao Hospital in Dakar: initial results of a hospital registry*** ***26-34***
   Ndour MA, Dieng M, Diouf OBK, Ndiaye M, Niang MA, Ndao AC, Nassour H, Sow D, Diallo IM, Halim C, Gadji FK, Ndoye M, Diembou M, Mbow K, Diop O, Djiba B, Diedhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M

5. ***Epidemiological, clinical, immunological and outcomes characteristics of systemic lupus erythematosus at the National Hospital of Zinder (Niger)*** ***35-44***
   Garba AA, Brah S, Alkassan Y, Issa AK, Daou M, Ousmane TMA, Mamadou AK, Adehossi E

6. ***Epidemiological, Clinical, Biological, and Etiological Profile of Primary Hypothyroidism in the Department of Internal Medicine at the Abass Ndao Hospital in Dakar (Senegal): A Retrospective Study from January 2011 to April 2023*** ***45-50***
   Diagne N, Ndao AC, Sow D, Faye A, Djiba B, Ndour MA, Diédhiou D, Sarr A, Mbaye MN, Pouye A

7. ***Level of Knowledge and Factors Associated with the Interpretation of Surface Electrocardiograms by Medical Students at the University of Thiès*** ***51-59***
   Kouanou VDU, Akanni SC, Dione J-MA, Tankpinou Zoumenou H, Seck M, Mbaye A, Affangla DA

8. ***Douleur neuropathique centrale post-AVC en Afrique subsaharienne : expérience d'un hôpital de référence Camerounais*** **60-*68***
   Magnerou AM, Gams MD, Gueumekane LBE, Vessah NA, Kenmegne C, Sini V, Kuate TC, Mapoure NY

9. ***Epidemiological, clinical and etiological profile of stroke in young adults at the Thiés Regional Hospital: a retrospective descriptive study*** ***69-75***
   Guèye AD, Sow K, Diallo BM, Latoundji AA, Ndiaye Y, Marone Z, Dièye R, Diagne R, Ba I, Berthé A, Diop MM, Ka MM

10. ***Audit of Infection Prevention and Control Practices at Health Posts: Hand Hygiene and Glove Use*** **76-*86***
    Sidibé M, Diouf ML, Ngom NF, Fortes L, Lawson ATD-D

CLINICAL CASES

11. ***Mediastino-Pulmonary Sarcoidosis in Internal Medicine at Treichville University Hospital (Côte d'Ivoire): A Series of 11 Cases*** ***87-93***
    Kpata DPM, Konan NM, Lobah YG, Yapa GS, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe FL, Acko UV, Binan Y

12. ***Evolution of an Undifferentiated Inflammatory Myopathy into Scleromyositis: illustrating the Continuum of Connective Tissue Diseases.*** ***94-98***
    Ndao AC, Diagne N, Faye A, Ndour MA, Dieng M, Pouye A



Déterminants de la qualité de vie des patients atteints de lupus systémique au Cameroun

Determinants of quality of life in patients with systemic lupus in Cameroon

Eloundou OP[1], Same BF[1], Nkoro G[2], Balle SE[1], Doun F[2], Minko G[3], Tcheumagam K[3], Akah G[3], Mawo A[3], Ekoumkang V[3], Mvoe S[3], Onambele I[3], Bisseh V[3], Halle MP[1]

1. **Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala**
2. **Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I**
3. **Hôpital de District d'Efoulan, service de médecine interne, Yaoundé**

Auteur correspondant : Eloundou Onomo Paul / E-mail : eloundouonomo@yahoo.fr

Résumé

Introduction : le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune non spécifique d'organe qui peut considérablement altérer la qualité de vie (QdV) des patients. L'objectif de cette étude était d'évaluer la QdV des patients lupiques et d'identifier les facteurs qui y étaient associés.

Méthodologie : il s'agissait d'une étude transversale et analytique incluant les patients suivis pour LES dans les services de rhumatologie de l'Hôpital de District d'Efoulan à Yaoundé et de l'Hôpital Laquintinie de Douala sur une période de 05 mois, allant de janvier à mai 2025. Les données collectées étaient : sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques. La QdV a été évaluée à l'aide du questionnaire « *LupusQoL* ». L'analyse des données a été faite par logiciel SPSS 23.0.

Résultats : Nous avons colligé 102 cas avec un sex ratio de 0,096. L'âge moyen était de 37,30 ± 15,43 ans et la durée moyenne d'évolution du LES était de 6,041 ± 4,94 années. La QdV globale des patients était altérée, avec un score moyen de 57,63%. Les domaines les plus affectés étaient physique (49,85%), émotionnel (54,95%) et l'apparence (68,08%). Les facteurs significativement associés à une mauvaise qualité de vie étaient : un faible niveau socio-économique (p=0,001), un niveau d'étude bas (p = 0,025), une activité élevée de la maladie (p < 0,001), l'atteinte rénale (p = 0,009) et une mauvaise observance thérapeutique (p < 0,001).

Conclusion : la QdV des patients lupiques est altérée sous l'effet conjugué de facteurs socio-économiques, cliniques, et comportementaux. Une prise en charge multidimensionnelle alliant contrôle de la maladie, éducation thérapeutique et soutien socio-économique, apparaît essentielle pour améliorer le suivi et le vécu de ces patients.

Mots-clés : Lupus érythémateux systémique - Qualité de vie - Facteurs associés - Cameroun.

Summary

Introduction: Systemic lupus erythematous (SLE) is an autoimmune disease that is not organ-specific and can significantly impair patients' quality of life (QoL). The aim of this study was to assess the QoL of lupus patients and identify the associated factors.

Methodology: It was a cross-sectional and analytical study including patients followed for SLE in the rheumatology departments of the District Hospital of Efoulan in Yaoundé and Laquintinie Hospital in Douala over a period of 5 months, from January to May 2025. The collected data included sociodemographic, clinical, and therapeutic informations. QoL was assessed using the "LupusQoL" questionnaire. Data analysis was performed using SPSS 23.0 software.

Results: We collected 102 cases with a sex ratio of 0.096. The average age was 37.30 ± 15.43 years, and the mean duration of SLE progression was 6.041 ± 4.94 years. Patients' overall quality of life was impaired, with an average score of 57.63%. The most affected domains were physical (49.85%), emotional (54.95%), and appearance (68.08%). Factors significantly associated with poor quality of life were: low socioeconomic status (p=0.001), low educational level (p = 0.025), high disease activity (p < 0.001), renal involvement (p = 0.009), and poor therapeutic adherence (p < 0.001).

Conclusion: The QoL of patients with lupus is impaired due to the combined effect of socioeconomic, clinical, and behavioral factors. A multidimensional approach combining disease control, therapeutic education and socioeconomic support appears essential to improve patient follow-up and experience.

Keywords: Systemic lupus erythematous - Quality of life - Associated factors - Cameroon.



Introduction

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune non spécifique d'organe, multi-systémique affectant principalement les jeunes femmes **[1]**. Il évolue par poussées entrecoupées de périodes de rémission **[1]**. Il s'agit d'un syndrome clinico-biologique souvent accompagné de manifestations, telles que le gonflement et les douleurs articulaires, pouvant entrainer un handicap fonctionnel important **[2]**. La présentation clinique du LES au Cameroun est similaire aux données disponibles dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne **[3]**. Si le LES a des conséquences lourdes sur le vécu des patients atteints, des avancées majeures dans le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie ont permis une nette amélioration de la survie médiane au fil des années. Il n'en demeure pas moins que cette maladie affecte la qualité de vie des patients **[4]**. La qualité de vie comprend plusieurs composantes interdépendantes, notamment le bien-être physique, psychologique, social, fonctionnel et spirituel, reflétant selon le contexte, la perception qu'a un individu de sa position dans la vie **[5]**. La qualité de vie des patients atteints de LES est comparable à la qualité de vie des patients atteints d'autres rhumatismes inflammatoires chroniques tel que ; polyarthrite rhumatoïde, syndrome de Sjögren et bien d'autres **[6]**. Au Cameroun, une étude réalisée en 2022 montrait que les manifestations neuropsychiatriques du lupus étaient fréquentes et souvent précoces, mais leur impact sur la qualité de vie des patients reste peu étudiée **[7]**. Dans ce contexte, une évaluation ciblée de la qualité de vie pourrait être utile à l'amélioration de la prise en charge globale des patients atteints de LES. Nous nous sommes proposés de réaliser une étude permettant de décrire la QdV des patients atteints de LES et de rechercher les facteurs qui pourraient y être associés.

Méthodologie

Patient, type et lieu d'étude et variables

Nous avons mené une étude transversale à visée analytique. Le choix de nos lieux d'étude s'est porté sur deux hôpitaux de première et troisième catégorie afin de garantir une meilleure représentativité de la population et de minimiser les biais de sélection. Notre étude s'est déroulée sur une période de 05 mois, allant du 1er janvier au 31 mai 2025. Les patients suivis pour LES en consultations de rhumatologie à l'hôpital Laquintinie de Douala et à l'hôpital de District d'Efoulan à Yaoundé étaient notre population cible. Nous avons inclus des patients atteints de LES confirmés selon les critères de classification de l'ACR/EULAR de 2019 ou du Systemic Lupus International Collaborating Clinics de 2012 consentant et dont le suivi était régulier. Nous avons exclu les patients souffrant d'autres rhumatismes inflammatoires chroniques et ceux ayant un tableau psychiatrique connu. Les informations sociodémographiques et cliniques ont été collectées à l'aide de fiches techniques standardisées, à partir des dossiers médicaux et des entretiens directs avec les participants ayant consenti à l'étude. Les variables sociodémographiques (âge, sexe, domicile, profession, statut civil, revenu mensuel), cliniques (atteintes d'organe liées au lupus, comorbidités, activité de la maladie évaluée selon le Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index [SLEDAI ; cf Tableau II], observance au traitement). La QdV a été évaluée à l'aide du LupusQoL). L'analyse descriptive a présenté les variables qualitatives sous forme de fréquences et de pourcentages, et les variables quantitatives par moyenne ± écart-type ou médiane avec interquartiles selon leur distribution. Les associations entre qualité de vie, activité de la maladie et facteurs cliniques ont été explorées par des tests bivariés appropriés (chi², t de Student, ANOVA). Une régression logistique multivariée a été réalisée pour identifier les déterminants indépendants d'une mauvaise qualité de vie. Le seuil de significativité a été considéré pour un $p < 0,05$.

Considérations éthiques

L'étude a été préalablement soumise au Comité d'Éthique de l'Université de Douala, auprès duquel une clairance éthique a été obtenue. Les autorisations administratives de recherche ont été délivrées par les responsables des hôpitaux. Cette étude a été menée dans le strict respect des principes éthiques encadrant la recherche médicale, conformément aux recommandations de la déclaration d'Helsinki. La confidentialité des données, l'anonymat des participants, ainsi que le recueil du consentement éclairé ont été respectés.

Résultats

Caractères sociodémographiques et cliniques

La population étudiée était majoritairement féminine 93 /102 (91,2%) soit un sex ratio de 0,096. La tranche d'âge prédominante se situait entre 31 et 45 ans 35 / 102 (34,3%) et l'âge moyen des 102 patients était de 37,30 ± 15,43 ans (Tableau I). La durée d'évolution de la maladie était inférieure à 5 ans chez 66,7% des patients. (Tableau II). Seulement 55,9% des patients étaient observant au traitement. Les manifestations les plus fréquentes étaient rhumatologiques 79(77,5%), hématologiques

64(62,7%), dermatologiques 61(59,8%), et néphrologiques 40(39,2%). D'après le score SLEDAI, 65,8% des patients avaient une activité modérée à très sévère (tableau III). Le traitement reposait principalement sur la corticothérapie et l'hydroxychloroquine.

Lupus et Qualité de vie

La QdV était mauvaise dans la majorité des domaines évalués : physique (67,6%), émotionnelle (62,7%), apparence (60,8%) cf tableau III. L'évaluation de la qualité de vie spécifique à travers le questionnaire LupusQoL révélait un score moyen de 49,85 pour le facteur physique, suggérant une altération significative de la maladie sur cet aspect. Une association significative (p=0,042) entre le fait d'être un jeune adulte (31-45 ans) et une mauvaise qualité de vie, par rapport aux plus jeunes (5-30 ans) a été retrouvée (tableau VI). Aucune association statistiquement significative n'a été trouvée entre le sexe et la qualité de vie. Le fait d'être marié(e) ou veuf (ve) était associé de manière significative à une meilleure qualité de vie et un faible niveau d'éducation (analphabète ou primaire) était un facteur de risque pour une mauvaise qualité de vie (p=0,025 ; p=0,031) (cf tableau VI). Une durée de la maladie comprise entre 5 et 10 ans était associée à une meilleure QdV (OR=0,278 ; p=0,010) (figure1), suggérant une meilleure adaptation. Plus l'activité de la maladie était élevée (SLEDAI élevé), plus la QdV était altérée (p<0,001) (tableau II). Plus le revenu du ménage était faible, plus le risque d'avoir une mauvaise qualité de vie était élevé.

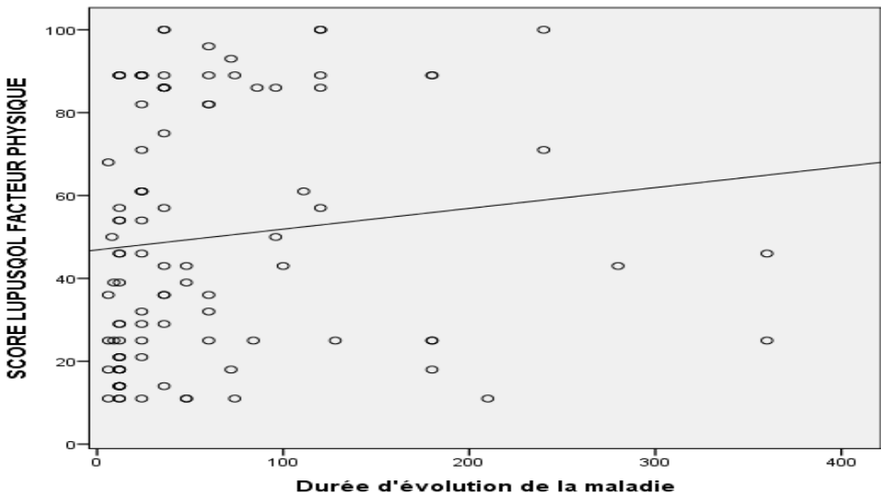

Figure 1 : Durée d'évolution de la maladie et qualité de vie

Les ménages les plus pauvres (< 50 000 FCFA) et ceux à revenus modestes (50 000-100 000 FCFA) avaient une qualité de vie significativement moins bonne que les ménages les plus aisés (tableau IV). Bien qu'il y ait eu une tendance dans les données suggérant que les personnes avec une assurance maladie avaient une meilleure qualité de vie, cette différence n'a pas été statistiquement significative. Les patients lupiques qui respectaient leur traitement avaient une probabilité plus élevée d'avoir une bonne qualité de vie (p<0,001). Aucune comorbidité évaluée dans cette étude ne présentait de corrélation statistiquement significative avec la mauvaise qualité de vie (tableau V). L'analyse multivariée a mis en évidence que l'atteinte néphrologique était fortement associée à une mauvaise qualité de vie chez les patients lupiques, avec un risque multiplié par plus de 17 (OR = 17,416 ; p = 0,009). En revanche, l'âge compris entre 31 et 45 ans semblait constituer un facteur protecteur, réduisant significativement le risque de mauvaise qualité de vie (OR = 0,329 ; p = 0,042). Les atteintes neurologiques et vasculaires, bien que présentant des odds ratios supérieurs à 1 pour la seconde, n'étaient pas statistiquement significatives (p = 0,892 et p = 0,454), suggérant qu'elles ne sont pas indépendamment associées à la qualité de vie dans ce modèle ajusté (tableau VI).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des participants

Variable	Modalité	Fréquence	Pourcentage (%)
	<18 ans	7	6,9
	18-30 ans	29	28,4
Age	31-45 ans	35	34,3
	46-60 ans	23	22,5
	>60 ans	8	7,8
Sexe	Masculin	9	8,8
	Féminin	93	91,2
Statut matrimonial	Marié(e)	34	33,3
	Célibataire	44	43,1
	Divorcé(e)	5	4,9
	Veuf (Ve)	19	18,6
Niveau d'étude	Analphabète	13	12,7
	Primaire	12	11,8
	Secondaire	36	35,3
	Universitaire	41	40,2
Résidence	Rurale	18	17,6
	Urbaine	84	82,4
Logement	Seule(e)	35	34,3
	En couple	32	31,4
	En famille	35	34,3

Tableau I : Distribution et classification de l'activité de la maladie

Variable	SLEDAI	Fréquence	Pourcentage (%)
Maladie inactive	0	15	14,7
Activité faible	1-5	24	23,5
Activité modérée	6-10	21	20,6
Activité élevée	11-19	25	24,5
Activité très sévère	≥20	17	16,7

SLEDAI = *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*

Tableau III : Distribution et classification de la qualité de vie

LupusQOL	Modalité	Fréquence	Pourcentage
Facteur physique	Bonne QDV	33	32,4
	Mauvaise QDV	69	67,6
Facteur émotionnel	Bonne QDV	38	37,3
	Mauvaise QDV	64	62,7
Facteur relationnel	Bonne QDV	57	55,9
	Mauvaise QDV	45	44,1
Facteur d'apparence	Bonne QDV	40	39,2
	Mauvaise QDV	62	60,8
Facteur cognitif	Bonne QDV	60	58,8
	Mauvaise QDV	42	41,2

LupusQOL = *Lupus Quality Of Life* **QDV**= Qualité De Vie

Tableau IIV : Revenu mensuel et qualité de vie

Variable Indépendantes	Modalité	Qualité de vie		Rapport de côte brute (IC a 95%)	Valeur P
		Mauvaise n(%)	Bonne n(%)		
Revenu mensuel du ménage	<50.000FCFA	27(39,1)	2(6,1)	16,615 (3,315-83,291)	**<0,001**
	50.000-100000FCFA	17(24,6)	5(15,2)	4,185 (1,215-14,415)	**0,020**
	>100.000-200.000FCFA	12(17,4)	10(30,3)	1,477 (0,485-4,497)	0,492
	>200.000FCFA	13(18,8)	16(48,5)		

IC= Indice de Confiance

Tableau V : Comorbidités et qualité de vie

Variable Indépendantes	Modalité	Variables dépendantes Qualité de vie		Rapport de côte brute (IC à 95%)	Valeur p
		Mauvaise n (%)	Bonne n (%)		
HTA	Oui	9(64,3)	2(50,0)	1,800 (0,191-16,980)	1,000
	Non	5(35,7)	2(50,0)		
Diabète	Oui	5(35,7)	2(50,0)	0,556 (0,059-5,241)	1,000
	Non	9(64,3)	2(50,0)		
Hyperuricémie	Oui	2(14,3)	0(0,0)	1,333 (1,005-1,769)	1,000
	Non	12(85,7)	4(100,0)		
Syndrome métabolique	Oui	0(0,0)	0(0,0)	NA	NA
	Non	14(100,0)	4(100,)		
Obésité	Oui	4(28,6)	0(0,0)	1,400 (1,005-1,950)	0,524
	Non	10(71,4)	4(100)		
MRC	Oui	0(0,0)	0(0,0)	NA	NA
	Non	14(100,0)	4(100,0)		
VIH	Oui	3(21,4)	0(0,0)	1,364 (1,005-1,850)	1,000
	Non	11(78,6)	4(100,0)		
Ostéoporose	Oui	4(28,6)	1(25,0)	1,200 (0,094-15,260)	1,000
	Non	10(71,4)	3(75,0)		

HTA= Hypertension Artérielle **MRC**= Maladie Rénale Chronique **VIH**= Virus de l'Immunodéficience Humaine **IC**= Indice de Confiance

Tableau III : Analyse multivariée des facteurs associés à la mauvaise qualité de vie

Variable	Valeur p	OR ajusté (IC à 95%)
Age (31-45 ans)	**0,042**	0,329 (0,113-0,959)
Atteinte Néphrologique	**0,009**	17,416 (2,067-146,770)
Atteinte Neurologique	0,892	1,124 (0,208-6,072)
Atteint vasculaire	0,454	2,035 (0,317-13,077)
Mauvaise observance au traitement	**<0,001**	0,053 (0,012-0,245)
Durée d'évolution (5-10 ans)	**0,045**	0,333 (0,065-0,975)
Célibataire	**0,028**	3,150 (1,129-8,791)
Veuf (ve)	0,423	0,630 (0,203-1,951)
Revenu mensuel <50.000FCFA	**0,001**	16,615 (3,315-83,291)
Revenu mensuel 50.000FCFA-100.000FCFA	**0,023**	4,185 (1,215-14,415)
Niveau d'étude analphabète	**0,025**	11,429 (1,356-96,161)
Niveau d'étude primaire	**0,031**	10,476 (1,237-88,752)

Discussion

Notre étude a inclus 102 participants atteints de lupus, avec un âge moyen de 37,30 ans et une durée d'évolution de la maladie variable, s'étalant en moyenne sur 59,32 mois. L'activité de la maladie, mesurée par le score SLEDAI, présentait une moyenne de 10,48, indiquant une activité modérée au sein de notre échantillon, avec une hétérogénéité notable allant de 0 à 32. L'évaluation de la qualité de vie spécifique au lupus à travers le questionnaire LupusQoL révélait un score moyen de 49,85 pour le facteur physique. Les facteurs émotionnels obtenaient un score moyen de 54,95, indiquant également une atteinte émotionnelle significative, bien que variable. Le facteur relationnel, avec un score moyen plus élevé de 68,08, semblait comparativement moins affecté. Le profil épidémiologique et clinique de notre cohorte était, en de nombreux points, superposable aux données classiques de la littérature, tout en présentant des spécificités potentiellement liées à notre contexte. La nette prédominance féminine (91,2%) et l'âge moyen de 37,30 ans sont en parfaite adéquation avec les cohortes décrites par Devillers et al. En France en 2009 et Kefi et al. en Tunisie en 2017 **[8, 9]**. Cette prévalence féminine est probablement liée à des facteurs hormonaux, notamment le rôle modulateur des œstrogènes sur la réponse immunitaire, un mécanisme évoqué dans la physiopathologie du LES. La répartition selon l'âge montre une prévalence accrue chez les sujets jeunes, notamment ceux entre 18 et 45 ans (62,7%), ce qui correspond à la période d'activité hormonale maximale. Cette observation rejoint les données de Zahlane et al. en 2012 en Tunisie et El Harch et al. en 2021 au Maroc, qui rapportent des moyennes d'âge similaires **[10, 11]**. Sur le plan clinique, le polymorphisme caractéristique de la maladie a été retrouvé, dominé par les atteintes rhumatologiques, hématologiques et cutanéo-muqueuses. Il est pertinent de souligner la fréquence élevée de la néphropathie lupique (39,2%), une complication dont la gravité dans notre contexte a été largement documentée par Fouda et al. au Cameroun **[8, 9]**. De même, la prévalence des manifestations neuropsychiatriques (31,4%), bien que légèrement inférieure à celle rapportée par Njankouo et al. au Cameroun en 2022, confirme que cette atteinte représente une comorbidité majeure dans notre population **[7]**. Cette sévérité pourrait être influencée par des prédispositions génétiques, mais aussi par un délai diagnostique souvent prolongé, comme l'a rapporté Eloundou et al. en 2021 conduisant à un diagnostic à un stade où les atteintes d'organes sont déjà installées et plus graves **[12]**. L'évaluation de l'impact de la maladie sur la QdV a révélé le rôle prépondérant de facteurs extrinsèques à la pathologie. L'analyse multivariée mettait en évidence de manière statistiquement significative que les conditions socio-économiques précaires étaient des facteurs de risque indépendants et majeurs d'une mauvaise qualité de vie. Les patients sans profession avaient 14 fois plus de risques de présenter une mauvaise QDV que les cadres ou ouvriers ($p < 0,001$). Ce résultat est concordant avec celui de Zahlane et al. en Tunisie en 2012, qui avaient identifié le statut professionnel comme un facteur influençant directement la QDV **[10]**. Un faible revenu mensuel (< 50 000 FCFA) augmentait le risque par 16 ($p=0,001$) et un bas niveau d'instruction le multipliait par plus de 10 ($p<0,05$). L'argument le plus probable était celui d'une causalité directe : dans un système de santé où les dépenses sont majoritairement à la charge du patient (76,5% de notre cohorte sans assurance maladie), un faible revenu limite l'accès à un traitement de fond continu, à un suivi spécialisé régulier et aux examens paracliniques nécessaires. Il en résulte un contrôle approximatif de la maladie, et donc une QdV altérée. Un faible niveau d'éducation peut aggraver ce phénomène en limitant la littérature en santé, c'est-à-dire la capacité du patient à comprendre sa maladie et à naviguer efficacement dans le système de soins. Cette réalité est également décrite par Phuti et al. en Afrique du Sud ; où la pauvreté exacerbait toutes les facettes de la maladie **[13]**. Au-delà de la précarité, le soutien social et l'adhésion thérapeutique constituent des déterminants psychosociaux fondamentaux. Le statut de célibataire était associé à une QdV significativement plus basse ($p=0,028$), un résultat faisant écho à ceux de Kefi et al. et qui soulignait l'importance du soutien émotionnel, logistique et parfois financier au sein du couple **[9]**. Par ailleurs, la mauvaise observance thérapeutique était l'un des plus importants facteurs de risque de mauvaise QdV ($p < 0,001$). Le mécanisme était direct : l'inobservance conduit à des poussées inflammatoires, à la progression des atteintes d'organes et à l'accumulation de dommages irréversibles ; qui sont les moteurs de la dégradation de la QdV. Enfin, le caractère protecteur d'une durée d'évolution de 5 à 10 ans ($p=0,045$), déjà noté par Omri et al. (Tunisie, 2013), suggérait un processus d'adaptation **[14]**. Il est probable que les patients ayant survécu aux premières années, souvent les plus actives, développent des stratégies de coping et une meilleure connaissance de leur pathologie, leur permettant de mieux gérer leur quotidien. Les résultats de l'étude démontrent une corrélation positive et statistiquement significative entre

l'activité de la maladie et la dégradation de la qualité de vie ($p < 0,001$). Ce lien, solidement établi dans la littérature par des auteurs comme Devillers et al. [9], est mécaniquement direct : une activité lupique élevée se traduit par des symptômes concrets et invalidants (arthrites, asthénie profonde, lésions cutanées, etc.) qui sont directement évalués par les questionnaires de QdV **[15]**. Cette corrélation est parfaitement illustrée par l'impact de la néphropathie lupique, qui est le prédicteur clinique le plus puissant d'une qualité de vie altérée dans notre modèle (OR=17,416 ; p=0,009). Cet impact majeur s'explique probablement par une triple peine : la sévérité intrinsèque de l'atteinte d'un organe vital, la lourdeur des traitements immunosuppresseurs requis et leurs effets secondaires ; et enfin la charge psychologique associée au risque d'insuffisance rénale terminale. Ces données renforcent la pertinence des stratégies thérapeutiques internationales visant la rémission (SLEDAI=0) ou un faible niveau d'activité (LLDAS) comme objectif primordial pour préserver la qualité de vie des patients. Rajillah et al. en 2023 avaient montré que les patients en rémission ou à faible activité avaient de bien meilleurs scores dans plusieurs dimensions cliniques du LupusPRO et du SF-36 **[16]**. La nature transversale de l'étude établit des associations à un instant T mais ne permet pas de déterminer des relations de cause à effet entre les facteurs étudiés et la qualité de vie. L'exclusion de 17 patients pour cause de dossiers incomplets ou de suivi irrégulier pourrait introduire un biais de sélection, car ces patients pourraient avoir des caractéristiques différentes de celles de l'échantillon final. Les résultats, obtenus exclusivement dans des centres urbains, ne sont pas directement transposables à la population lupique vivant en milieu rural, qui fait face à des réalités différentes. Bien que l'échantillon de 102 patients soit statistiquement justifié, sa taille reste modeste pour des analyses multivariées, ce qui peut limiter la puissance et la précision de certaines estimations. Nos résultats sont en grande partie concordants avec ceux d'autres études internationales, tout en révélant les particularités du contexte socio-sanitaire camerounais. Cela confirme l'importance d'un modèle de soins adapté, intégrant les dimensions biomédicales, sociales et culturelles dans la prise en charge du lupus.

Conclusion

L'impact du lupus sur la qualité de vie est multidimensionnel. Au-delà de l'atteinte physique, l'étude révèle une altération notable du bien-être psychosocial des patients. Les domaines touchant à la santé émotionnelle, à l'image corporelle et aux relations interpersonnelles apparaissent particulièrement affectés, indiquant que le fardeau de la maladie s'étend bien au-delà des symptômes cliniques pour influencer l'estime de soi et l'intégration sociale.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Contributions des auteurs

Paul Eloundou : rédaction du protocole et finalisation de l'article, ***Francine Same et Grâce Nkoro*** : discussion et correction de l´article ; ***Balle Sadjo*** : revue bibliographique ; ***Doun Fouda, Tcheumagam Kelly*** : dépouillement des données, revue bibliographique ; ***Minko Gaëlle*** : collecte et dépouillement des données au Cameroun ; 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.

État des connaissances sur le sujet

- Le lupus est un rhumatisme inflammatoire chronique dont les avancées diagnostiques et thérapeutiques avancent à une vitesse exponentielle.
- Le lupus altère la qualité de vie et cette QdV n'est pas souvent au premier surtout dans notre contexte.

Contribution de notre étude à la connaissance

- Cette étude confirme la détérioration de la qualité de vie dans le LES et met en exergue les facteurs impactant significativement cette qualité de la vie (une sévérité de la maladie, un niveau socioéconomique bas, sans oublier les défaillances du système de sécurité sociale encore embryonnaire dans le pays de l'étude).

REFERENCES

1. **Buxeraud J. Le lupus érythémateux systémique. Actual Pharm 2016 ; 55 : 45-7 doi:10.1016/j.actpha.2016.09.010**
2. **El Harch I, Maamar SB, Oubelkacem N et al. La qualité de vie chez les patients atteints de lupus érythémateux disséminé au CHU Hassan II de Fès, Maroc. Rev D'Épidémiologie Santé Publique 2021 ; 69 : S73-4**
3. **Bija MD, Namme HL, Ashuntantang G et al. Clinical presentation, treatment and outcome of patients with Systemic Lupus Erythematosus seen at a rheumatology clinic in Douala, Cameroon. Health Sci Dis 2014; 15. doi: 10.5281/hsd.v15i2.370**

4. **Zimmerman-Górska: Postępy w Reumatologii Klinicznej; Lek. PZWL; 2014. 129-159**
5. **Ardhaoui M, Brahem M, Arfa S et al. Impact des facteurs sociodémographiques sur la qualité de vie au cours du lupus érythémateux systémique déterminée par le questionnaire SLEQoL. Rev Rhum 2022 ; 89 : A223**
6. **Olesińska M, Saletra A. Quality of life in systemic lupus erythematosus and its measurement. Reumatologia 2018; 56: 45**
7. **Yacouba MN, Francine SB, Francois BNJ et al. Manifestations neuropsychiatriques au cours du lupus érythémateux systémique: à propos de 108 cas au Cameroun. Pan Afr Med J 2022;42. doi:10.11604/pamj.2022.42.241.27227**
8. **Devilliers H, Besancenot JF, Amoura Z et al. Étude qualitative de la perception par les patients d'un questionnaire spécifique de qualité de vie liée au lupus érythémateux systémique. Rev Med Interne 2012 ; 33 : 8**
9. **Kefi A, Abdallah M, T. Larbi et al. Facteurs socioéconomiques et démographiques déterminant la qualité de vie évaluée par le LupusQol chez les patients lupiques Tunisiens. Rev Médecine Interne 2017 ; 38 : A182**
10. **Zahlane M, Erras S, Essaadouni L. Lupus érythémateux systémique et qualité de vie. Rev Med Interne 2012 ; Supplement 2 : A101. doi:10.1016/j.revmed.2012.10.151**
11. **El Harch I, Maamar SB, Oubelkacem N et al. La qualité de vie chez les patients atteints de lupus érythémateux disséminé au CHU Hassan II de Fès, Maroc. Rev DÉpidémiologie Santé Publique 2021 ; 69 : S73-4**
12. **Eloundou P, Kamissoko AB, Ngeuleu A et al. Profil clinique et biologique du Lupus érythémateux systémique dans un hôpital de District au Cameroun Clinical and biological profile of systemic lupus erythematosus in a district hospital in Cameroon. Ann Afr Med 2021; 14: e4269**
13. **Phuti A, Schneider M, Makan K et al. Living with systemic lupus erythematosus in South Africa: a bitter pill to swallow. Health Qual Life Outcomes 2019; 17: 65. doi:10.1186/s12955-019-1132-y**
14. **Omri S, Jallouli M, Chérif Y et al. Évaluation des troubles anxio-dépressifs et de la qualité de vie au cours du lupus érythémateux systémique. Rev Médecine Interne 2013 ; 34 : A109-10**
15. **Devilliers H, Besancenot JF, Amoura Z et al. Étude qualitative de la perception par les patients d'un questionnaire spécifique de qualité de vie liée au lupus érythémateux systémique. Rev Med Interne 2012 ; 33 : 8**
16. **Rajillah A, Thibault T, Bourredjem A et al. L'association entre rémission clinique et amélioration de la qualité de vie dans le lupus érythémateux systémique. Rev Médecine Interne 2023 ; 44 : A101**

Date de soumission : 08/01/2026
Date d'acceptation : 23/03/2026