



Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention de diplôme de Master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

La qualité de vie chez les personnes atteintes d'une polypose nasosinusienne.

Étude de cinq (05) cas au niveau de l'hôpital Frantz Fanon
Béjaia

Réalisé par :

TOUAHRI Yasmina

ZEGGANE Sonia

Devant les membres du jury

Mr/Mme : Président

Dr. ABDI Samira..... Rapporteur

Mr/Mme : Examineur

Année universitaire : 2023 / 2024

Remerciements

On remercie dieu le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire.

Tout d'abord, ce travail n'aurait pas pu avoir le jour sans l'aide et l'encadrement de madame ABDI Samira on la remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel, pour sa patience, sa rigueur et sa disponibilité durant notre préparation de ce mémoire.

Nous Remercions tous les membres de jurys qui nous feront l'honneur de juger ce modeste Travail.

Aussi, nous adressons nos remerciements les plus chaleureux aux maîtres de stage professeur SELAMI et l'orthophoniste ABASSI pour leur accueil et disponibilité durant notre stage pratique au CHU FRANTZ FANON.

Nous ne pouvons pas non plus oublier de remercier les sujets de recherche, qui ont accepté de participer à cette recherche et n'ont pas hésité à nous Aider à la réaliser.

Grand merci à tous

Dédicaces

Je tiens à dédier ce travail à toutes les personnes qui me sont chères.

- ❖ *A mes très chers parents. Je vous remercie pour votre amour, vos sacrifices, votre soutien et vos encouragements durant toutes mes années d'études et qui ne cessent de me donner de la force et qui m'encourage encore plus,*
- ❖ *A mon très cher frère Anis à qui je souhaite la réussite dans son parcours,*
- ❖ *A mes adorables sœurs Manissa, Siham, et Warda puisse Dieu vous garder et vous aider à réaliser tous vos vœux les plus chères,*
- ❖ *A ma grande mère, et à chaque membre de ma famille qui m'aime et que j'aime*
 - ❖ *A mes chères amies : Noura, Rym, Siham, Tinhinane, Imane, et Djohra*
- ❖ *A mon très cher ami Nassim merci d'être là pour moi à chaque moment difficile et merci pour tes encouragements.*
- ❖ *A mon binôme Sonia Merci infiniment pour ta compréhension et ton soutien moral.*

Yasmina

Dédicaces

Je tiens à dédier ce modeste travail à toutes les personnes qui me sont chères.

- ❖ *A mes très chers parents. Je vous remercie pour votre amour, vos sacrifices, votre soutien et vos encouragements durant toutes mes années d'études et qui ne cessent de me donner de la force et qui m'encourage encore plus,*
- ❖ *A Mes très chers frères Mehana et Nabil. à qui je souhaite la réussite dans Leurs parcours.*
- ❖ *A ma chère sœur Salima a qui je souhaite le succès.*
- ❖ *A Ma tante Sabiha, et à chaque membre de ma famille qui m'aime et que j'aime*
- ❖ *A mes chères amies : Kahina et Katia et Kenza*
A mon binôme Yasmina qui était comme ma deuxième sœur merci beaucoup.

Sonia

Liste des abréviations :

QDV : la qualité de vie

L'OMS : L'organisation mondiale de la santé

CMEPSPA: Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress

OCDE : organisation de coopération et de développement économique

PIB : Produits intérieur brut

INESEE : Institut national de la statistique et des études économiques

WHO: world health organization

NHP: Nottingham health Profile

WHOQOL: **world** health organization quality of life

MOS SF 36: medical Outcome Study Short Form

RSC : la rhinosinusite chronique

PNS : polypose nasosinusienne

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

HLT : antigènes leucocytaire humaines

SAOS : syndrome d'apnées obstructives du sommeil

TDM: Tonodensitométrie

UPSIT: university of Pennsylvania Smell Identification test

SST: Sniffing sticks

ETOC: European test of Olfactory capability

TVO : trouble ventilatoire obstructives

RSFA : rhinosinusite fongiques allergique

ORL : oto-rhino -laryngologie

DA : Dermatite atypique

RGO : Reflux-gastroœsophagien

SNOT 22 : Sino-Nasal Out come

CHU : centre hospitalier universitaire

Listes des figures

Figure N 1 : La polypose Nasosinusienne	26
Figure N2 : Les stades de la polypose nasosinusienne	27
Figure N 3: Lavage de nez.....	35
Figure N4 : Chirurgie de la polypose	36

Liste des tableaux

Tableaux N° 01 : la représentation de l'échantillon selon les informations personnelles.....	41
Tableaux N°02 : la représentation de l'échantillon selon leur profession.....	41
Tableau N° 03 : Calcule des scores du questionnaire MOS SF-36	46
Tableaux N° 04 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 et le degré de la qualité de vie chez Djamel Eddine	55
Tableaux N° 05 : : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 et le degré de la qualité de vie chez Fatima.	58
Tableaux N° 06 : : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 et le degré de la qualité de vie chez Zineb.....	61
Tableaux N° 07 : : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 et le degré de la qualité de vie chez Katia	65
Tableaux N° 08 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 et le degré de la qualité de vie chez Syphax	69
Tableau N °09 : Le degré de la qualité de vie globale des cas étudiés.....	70
Tableau N°10 : récapitulatif de la population d'étude après l'analyse.....	72

Listes des annexes

N° De L'annexe	Titre
Annexe N° 1	Questionnaires de qualité de vie MOS SF 36
Annexe N° 2	Guide d'entretien clinique

Remerciement

Dédicace

Introduction Générale 1

Partie théorique

CHAPITRE I

Le cadre générale de la problématique

1. Problématique..... 3

2. Hypothèses : 5

3. Opérationnalisation des concepts : 6

 3-1- La polypose nasosinusienne : 6

 3-2- La qualité de vie : 6

 3-2-1- Qualité de vie positive : 6

 3-2-2- Qualité de vie négative : 6

4. Les raisons de choix de thème : 6

5. L'objectif de la recherche : 7

6. Les études antérieures concernant la polypose nasale : 7

 6-1- L'étude de Jarvis et al. (1997) : 7

 6-2- L'étude de Bachert et al. (2001) : 7

 6-3- L'étude menée par Benninger et al. (2003) : 7

 6-4- L'étude de Smith, Rudmik et Mace (2011) : 8

 6-5- L'étude menée par Bhattacharyya et al. (2011) : 8

 6-6- L'étude de Philpott et al. (2015) : 8

 6-7- L'étude menée par Bachert et al. (2016) : 9

 6-8- L'étude est celle menée par Hoehle et al. (2016) : 9

7. Commentaire : 9

CHAPITRE II

La qualité de vie

La Préambule.....	11
1. Historique et évolution du concept de qualité de vie :	11
1-1- L’approche médicale :.....	12
1-2- L’approche politologue et économiste :.....	13
1-3- L’approche psychosociologique :	14
1-4- L’approche philosophique :	14
2. Définitions et conceptions de la qualité de vie :.....	15
2-1- Les définitions de la qualité de vie :	15
2-2- Les conceptions de la qualité de vie :	16
2-2-1- Conceptions objectives :.....	16
2-2-2- Conception subjective :	16
2-2-3- Conception intégrative :.....	16
3. La qualité de vie liée à la santé ;	17
4. Maladie et qualité de vie	18
5. Les domaines de la qualité de vie :.....	18
5-1- Le domaine psychologique de la qualité de vie :.....	18
5-2- Le domaine physique de la qualité de vie :.....	19
5-3- Le domaine social de la qualité de vie :	19
6. Les composantes de la qualité de vie :	19
6-1- La satisfaction de la vie :.....	19
6-2- Le bonheur :	20
6-3- Le bien-être subjectif :	20
7. Mesuré la qualité de vie :	21
7-1- La méthode directe :.....	21
7-2- La méthode indirecte :.....	22
Synthèse.....	23

CHAPITRE III

La polypose nasosinusienne

Préambule	25
1. Brève histoire de la polypose nasosinusienne :	25
2. La définition de la polypose nasosinusienne :	25
3. Les types de la polypose nasosinusienne :	27
4. La classification de la polypose nasosinusienne :	27
5. L'étiologie de la polypose nasosinusienne :	28
5-1- Facteurs héréditaires :	28
5-2- Facteurs anatomiques :	28
5-3- Facteurs allergiques :	28
5-4- Facteurs environnementaux :	28
6. La symptomatologie de la polypose nasosinusienne :	28
6-1- Les symptômes majeurs :	29
6-2- Les symptômes mineurs :	29
6-3- Les symptômes de la PNS retentissent sur la qualité de vie :	29
7. Diagnostic de la polypose nasosinusienne :	30
7-1- L'interrogatoire :	30
7-2- L'endoscopie :	30
7-3- Le bilan complémentaire de la PNS primitive :	30
7-3-1- Imagerie :	30
7-3-2- Bilan allergologique :	31
7-3-3- Biologie :	31
7-3-4- Olfactométrie :	31
7-3-5- Epreuves fonctionnelles respiratoires :	31
8. Les maladies associées à la PNS et les facteurs de risques :	32
8-1- Les maladies associées à la PNS :	32
8-1-1- Asthme :	32
8-1-2- Hypersensibilité à l'aspirine et AINS	32
8-1-3- La rhino sinusite fongique Allergique (RSFA) :	33
8-1-4- Otites séromuqueuse :	33
8-1-5- Dermatite atopique (DA) ou eczéma Atopique	34

Table de matières

8-1-6- L'œsophagite à éosinophile :.....	34
8-2- Les facteurs de risques :.....	34
8-2-1- Le reflux gastroesophagien :.....	34
8-2-2- Le tabagisme :.....	34
9. La prise en charge de la polypose nasosinusienne :.....	34
9-1- Lavage de nez :.....	34
9-2- Traitement médicale :.....	35
9-3- Traitement chirurgical :.....	35
Synthèse.....	36

Partie pratique

Chapitre IV

La méthodologie de recherche

Préambule.....	37
1. Les limites de la recherche :.....	37
2. Méthodes utilisées dans la recherche :.....	37
2-1- La démarche qualitative :.....	37
2-2- La méthode clinique :.....	38
2-3- L'étude de cas :.....	39
3. Présentation du lieu de recherche :.....	39
4. Groupe de recherche :.....	40
4-1- Les critères d'inclusion :.....	40
4-2- Les critères d'exclusion :.....	40
5. Présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :.....	41
5-1- Les tableaux de représentation :.....	41
6. Les outils de la recherche :.....	41
6-1- L'entretien de recherche :.....	41
6-2- Le questionnaire MOS-SF36 :.....	44
7. Déroulement de la recherche :.....	47
8. Attitude de chercheuse :.....	50
9. Difficultés rencontrées :.....	51

Synthèse.....	52
---------------	----

Chapitre V

Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule.....	53
1. Présentation du cas de M.djamel Eddine :	53
1-1- l'analyse de l'entretien clinique :	53
1-2- L'analyse de questionnaire généraliste de qualité de vie :.....	55
Synthèse.....	55
2. Présentation du cas de Fatima :	56
2-1- L'analyse de l'entretien clinique :	56
2-2- L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :	57
Synthèse.....	58
3. Présentation du cas de Zineb :	59
3-1- L'analyse de l'entretien clinique :	59
3-2- L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :	61
Synthèse.....	62
4. Présentation du cas de Katia :	63
4-1- L'analyse de l'entretien clinique :	63
4-2- L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :	65
Synthèse.....	66
5. Présentation du cas de Syphax :	67
5-1- L'analyse de l'entretien clinique :	67
5-2- L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :	69
Synthèse.....	70
Synthèse.....	73
Conclusion générale.....	74

Bibliographie

Annexes

Résumé

Introduction

Introduction

Toute maladie grave constitue une véritable plongée dans l'obscurité, remettant en question la capacité humaine à endurer l'insupportable. Elle représente non seulement une épreuve psychique exigeante, mais requiert également une résilience profonde de la part de ceux qui en souffrent. La force de supporter

une telle épreuve ne suffit pas ; il est aussi crucial de trouver un soutien social et émotionnel soulignant l'importance des proches dans le processus de guérison

La polypose nasosinusienne forme de la rhinosinusite chronique est une maladie inflammatoire chronique de la muqueuse nasosinusienne ; cette inflammation cause une dégénérescence œdémateuse multifocale et bilatérale de la muqueuse sinusienne, entraînant la formation de lésions polyploïdes lisses, gélatineuses, translucides et en forme de poire.

Son étiopathogénie reste indéterminée. C'est une affection courante et évolutive, principalement chez l'adulte. L'inflammation chronique qui en résulte peut-être liée à de l'asthme, des infections récurrentes, des allergies, une intolérance aux médicaments ou à certains troubles immunitaires, qui doivent être systématiquement recherchés.

Les symptômes de cette maladie sont relativement stéréotypés, avec de multiples formes cliniques et associations syndromiques. Le diagnostic de cette condition a grandement bénéficié de l'avènement de l'endoscopie et de la tomodensitométrie.

La prise en charge de cette maladie est à la fois médicale et chirurgicale. La maîtrise de la chirurgie endonasale vidéo-endoscopique a permis une gestion plus rationnelle de cette affection

La « vie » fait référence à tout un Contexte, intra- et interpersonnel, à une situation psychique et physique. Évaluer sa qualité, C'est donc évaluer les capacités, physiques et psychologiques du sujet pris dans ses interactions avec le monde qui l'entoure (famille, travail, relation à soi).

La qualité de vie a deux pôles, l'une est (+) qui signifie une bonne qualité de vie et l'autre (-) qui signifie une mauvaise qualité de vie.

Elle est donc la manière dont une personne perçoit son bien-être général, en tenant compte de sa santé physique, de son état psychologique, de son niveau d'indépendance, de ses relations sociales, de ses croyances personnelles et de son environnement. C'est une évaluation globale de la satisfaction et du bonheur dans divers aspects de la vie.

On a commencé ce travail par une introduction puis le cadre général de la problématique qui comporte une problématique et nos hypothèses qu'on a proposés, la Définition et opérationnalisation des concepts clés, les objectifs de la recherche.

Pour approfondir notre étude et fournir une explication claire des idées précédemment évoquées, nous avons élaboré un plan de travail structuré en deux parties : la partie théorique et la partie pratique ,Une partie théorique qui est divisée à son tour en deux chapitre, le premier chapitre intitulé « La qualité de vie » où nous avons d'abord débutés par une petite préambule puis un aperçu historique de la qualité de vie nous avons présenté les différents approches qui ont envisagées ce concept on a également donnés des multiples définition et conceptions de la QDV, on a également abordés la qualité de Vie liée à la santé et maladie et qualité de vie , les domaines et les composants de cette dernière puis mesurer la qualité de vie , enfin on a clôturées ce chapitre par une synthèse.

Ensuit le deuxième chapitre est consacré pour « la polypose nasosinusienne » qui commence par un préambule puis une brève histoire de la PNS, par suite des différentes définitions de cette maladie, après les types de la PNS, la classification, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et les comorbidités de la PNS et par suite la prise en charge, et nous avons terminées par une synthèse.

Une partie pratique divisée en deux chapitres, le premier chapitre qui traite la méthodologie de la recherche dans lequel nous avons présentées les limites de la recherche, les méthodes utilisées dans la recherche, présentation de lieu de recherche et le groupe de recherche, puis les outils qu'on a utilisées pour mener ce travail par la suite notre pré-enquête et enquête et les attitudes du chercheur et enfin les difficultés rencontrées et nous avons finalisées le chapitre par une petite synthèse. On a ainsi consacré

Notre deuxième chapitre à la présentation, analyse des données et discussion des hypothèses dont la première partie est destiné à exposer la présentation et analyse les résultats et les données recueillies sur le terrain concernant les cas étudiés dans notre recherche et la deuxième partie à la discussion des hypothèses à travers les données recueillies et analysée. Nous avons ensuite fini par une conclusion.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I

Le cadre général de la problématique

Problématique

1. Problématique

Tous les êtres humains sont susceptibles de contracter une maladie, indépendamment de leur sexe, de leur âge ou de leur niveau économique. Dans ce contexte, il n'y a pas de distinction entre les individus aisés et les moins fortunés. La maladie est une réalité inhérente à la vie de chacun, et personne n'est à l'abri de devoir y faire face, qu'elle soit de nature passagère ou chronique, quelle que soit sa gravité.

La santé, c'est le plus grand des biens à partir de cette phrase on peut dire que la santé est bien plus qu'une simple absence de maladie, Elle est l'état de bien-être de l'organisme, selon l'OMS cité par le dictionnaire de Psychologie (Sillamy,2004) « la santé est une pleine jouissance du bien-être social, mental et Physique, et pas seulement l'absence de maladies et d'infirmité » **(Sillamy, 2004).**

Donc la santé c'est d'avoir un bon équilibre et un fonctionnement régulier de l'organisme, Le fait d'être en bonne santé sa nous permet de faire face aux différentes situations et avoir la Capacité de surmonté nos difficultés, et notre état de bien-être nous favorisent de mener une vie Stable et agréable, chaque personne souhaite d'être en bonne santé au Long de sa vie, Mais parfois elle peut être atteinte d'une maladie qui changera le déroulement de sa vie en affectant sa qualité de vie et notamment sa santé mentale.

D'abord, la rhinosinusite chronique (RSC) est une maladie inflammatoire qui persiste plus de trois Mois dans la région des muqueuses nasales et les cavités aérées de la face appelées sinus Paranasaux. Elle se caractérise aussi par une colonisation bactérienne et une infection, La RSC est parmi les maladies chroniques les plus fréquentes, causant un inconfort chez les Patients ainsi que la morbidité. Quatorze pour cent (14%) des américains disent souffrir de RSC.

(BendouahM,2008, PP 8,9)

Ensuite, La Polypose nasosinusienne est une pathologie inflammatoire chronique de la muqueuse nasosinusienne ; cette inflammation est responsable d'une dégénérescence œdémateuse multifocale et bilatérale de la muqueuse sinusienne aboutissant à la formation de lésions polyploïdes lisses gélatineuses translucides et piriformes.

Son étiopathogénie n'est pas encore définie. C'est une pathologie fréquente évolutive prédominant chez l'adulte. L'inflammation chronique dont elle résulte peut être attribuée à un asthme, une infection récurrente, des allergies, une intolérance médicamenteuse Ou à certains troubles immunitaires, qu'il faut rechercher systématiquement.

(Amlane-H,2022, P 2)

Problématique

La Prévalence de la PNS est estimée à 4% dans la population générale, Le traitement privilégié de la PNS repose principalement sur une approche médicale, impliquant l'utilisation de corticoïdes topiques, alternant parfois avec des cures brèves de corticoïdes administrés par voie générale. La chirurgie est considérée comme une option de dernier recours, à envisager en cas d'échec du traitement médical ou en présence de contre-indications à son utilisation. Malgré l'utilisation de diverses techniques chirurgicales au fil du temps pour traiter une pathologie souvent résistante et récidivante malgré les traitements médicaux et chirurgicaux optimaux, la chirurgie endoscopique endonasale est actuellement considérée comme le traitement privilégié de la PNS après l'échec du traitement médical.

(Sellami-M,2019,2020, P39)

La maladie a un impact global sur la qualité de vie. Cela englobe la capacité à jouir pleinement de la vie, à maintenir des relations significatives, à poursuivre des objectifs personnels et à ressentir un bien-être général. Les limitations physiques, les défis mentaux et les changements sociaux induits par la maladie peuvent réduire la qualité de vie de manière significative.

La notion de qualité de vie a évolué pour dépasser la simple amélioration du niveau de vie, enrichissant ainsi les modèles de santé établis en posant deux postulats fondamentaux : d'abord, la qualité de vie est évaluée par l'individu lui-même ; ensuite, elle est pertinente à toutes les étapes du processus de développement de la maladie, influencée par les phases de déficience, de limitation fonctionnelle, d'incapacité ou de handicap.

Ainsi, la qualité de vie se définit comme la « perception qu'un individu a de sa propre existence, dans le contexte de la culture et des valeurs de la société où il évolue, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations » **(OMS, 1994)**.

Cette conception repose largement sur la définition de la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui ne la considère plus simplement comme l'absence de maladie, mais plutôt comme un état global de bien-être physique, psychologique et social. Ainsi définie, la qualité de vie devient un concept extrêmement vaste et complexe, influencé par divers facteurs tels que la santé physique, l'état psychologique, le degré d'indépendance, les interactions sociales et l'environnement. Le fondement essentiel de cette conception réside dans la notion de perception individuelle, mettant en avant le point de vue de la personne elle-même. Cette perspective peut être envisagée de manière large ou restreinte, selon qu'elle englobe l'ensemble des aspects de la vie ou se concentre spécifiquement sur le domaine de la santé.

Problématique

La prise en compte de la qualité de vie est devenue un enjeu majeur dans le domaine de la Santé, répondant au légitime désir de la communauté médicale de comprendre l'impact de la maladie sur la vie quotidienne des patients. Les médecins se sont ainsi tournés vers les aspects de la qualité de vie directement liés à la santé, délaissant des considérations plus larges telles que

la stabilité financière ou la qualité de l'environnement. Cet aspect spécifique de la qualité de vie est désigné sous le terme de « qualité de vie liée à la santé » (QVLS), ou « health-related quality of life » (HRQOL) en anglais. La qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, de perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé » (**Patrick. Erickson, 1993**).

La QVLS prend en compte non pas toutes les dimensions de la qualité de vie en général, Mais plus particulièrement celles qui peuvent être modifiées par la maladie ou son traitement.

Nous avons opté pour la théorie cognitivo-comportementale qui se concentre sur les comportements réels qui conduisent aux comportements problématiques, examinant les processus d'apprentissage communs à tous les êtres vivants. Elle vise à traiter les apprentissages émotionnels, les comportements inadaptés ou pathologiques en aidant les individus à identifier leurs pensées, croyances et problèmes. Cette approche considère que les pensées et les émotions peuvent renforcer des croyances erronées, conduisant à des comportements problématiques qui impactent différents aspects de la vie tels que les relations familiales et professionnelles. Ainsi, parmi les diverses théories psychologiques, la théorie cognitivo-comportementale est celle qui éclaire notre sujet de recherche en mettant l'accent sur le rôle des pensées dans la compréhension des comportements humains.

Pour enrichir notre recherche on a réalisé une préenquête au niveau de CHU de Bejaïa unité « Frantz fanon » dont laquelle on a pratiquées un entretien et un questionnaire de la qualité de vie, afin d'élaborer notre question de recherche.

- **Question :**

Quel est l'impact de la polypose nasosinusienne sur la qualité de vie ?

2. Hypothèses :

-La polypose nasosinusienne peut influencer négativement la qualité de vie des personnes atteintes.

- La polypose nasale peut influencer de manière positive la qualité de vie des personnes atteintes.

Problématique

3. Opérationnalisation des concepts :

L'opérationnalisation désigne l'adaptation de concepts, d'idées sous une forme plus précise, grâce auxquelles nous pourrions observer et mettre à l'épreuve les indicateurs objectivement repérables et mesurables des dimensions d'un concept. Notre recherche s'est intéressée à la qualité de vie chez les personnes atteintes d'une polypose nasosinusienne

3-1- La polypose nasosinusienne :

-une maladie chronique inflammatoire de la muqueuse.

-Des petits morceaux de tissu enflammé appelés polypes se forment dans les cavités nasales et les sinus.

-une congestion nasale persistante, des écoulements nasaux, des maux de tête, une perte de l'odorat et parfois des problèmes respiratoires.

-Traitement médicale par corticothérapie, et traitement chirurgical.

3-2- La qualité de vie :

Qualité de vie à deux pôles, l'une est positif (+) qui signifie une bonne qualité de vie et l'autre négatif (-) qui signifie une mauvaise qualité de vie.

3-2-1- Qualité de vie positive :

-Bien-être physique et psychique.

-sensation du bonheur et la paix.

-Bonne relation familiale, sociale et amicale.

3-2-2- Qualité de vie négative :

-Souffrance physique et psychique.

-Sensation de malaise et perte de goût à la vie.

-Restriction des relations sociales et isolement.

-Manque de confiance en soi.

4. Les raisons de choix de thème :

1-Connaître l'impact de la polypose nasale sur la qualité de vie.

2- acquérir des connaissances sur cette maladie invisible.

3- connaître les multiples prises en charge de la PNS

4-Mettre en lumière l'importance du côté psychologique sur le bien être des patients

Problématique

5. L'objectif de la recherche :

- « Evaluer la qualité de vie des personnes atteintes d'une Polypose nasale et comprendre ces effets sur leurs vie quotidienne »
- « Pouvoir confirmer ou infirmer les hypothèses tracées durant notre recherche »

6. Les études antérieures concernant la polypose nasale :

6-1- L'étude de Jarvis et al. (1997) :

Cette recherche a révélé que les patients atteints de polypose nasale avaient des scores de qualité de vie significativement plus élevés dans tous les domaines du Nottingham Health Profile (NHP) par rapport à un groupe témoin de personnes en bonne santé. Les scores les plus élevés ont été observés dans les domaines de la douleur, de l'énergie et des problèmes émotionnels. Les participants ont signalé des niveaux de douleur plus élevés, une fatigue accrue et des difficultés émotionnelles, ainsi que des perturbations dans les activités sociales et le sommeil. Ces résultats soulignent l'impact négatif significatif de la polypose nasale sur la qualité de vie des patients, affectant différents aspects de leur bien-être physique et émotionnel.

6-2- L'étude de Bachert et al. (2001) :

Cette étude a inclus 83 patients atteints de polypose nasale. Les participants ont rempli le questionnaire RQLQ, qui évalue différents aspects de la qualité de vie liés aux symptômes nasaux et oculaires. Les résultats ont montré que les patients souffrant de polypose nasale avaient des scores significativement plus élevés sur le RQLQ par rapport à un groupe témoin de personnes en bonne santé. Les domaines les plus affectés étaient les symptômes nasaux, tels que la congestion nasale et la perte de l'odorat, ainsi que les aspects liés à l'impact émotionnel et aux activités quotidiennes. Cette étude a souligné l'ampleur de l'impact de la polypose nasale sur la qualité de vie des patients.

6-3- L'étude menée par Benninger et al. (2003) :

Cette étude a été publiée dans la revue « Otolaryngology – Head and Neck Surgery ». Les Chercheurs ont évalué la qualité de vie des patients atteints de polypose nasale avant et après la chirurgie endoscopique sinusienne en utilisant le questionnaire MOS SF-36, qui mesure huit domaines de la santé, notamment la fonction physique, la douleur, la santé mentale et la vitalité. Les patients ont rempli le questionnaire avant la chirurgie et à des intervalles de suivi après la chirurgie. Les résultats ont montré une amélioration significative de la qualité de vie dans tous les domaines évalués après la chirurgie, ce qui suggère que la chirurgie endoscopique sinusienne est efficace pour améliorer la qualité de vie des patients atteints de polypose nasale.

Problématique

Cette étude a contribué à mieux comprendre les avantages de la chirurgie dans la gestion de la polypose nasale, en particulier en termes de qualité de vie perçue par les patients.

6-4- L'étude de Smith, Rudmik et Mace (2011) :

Cette étude a été menée auprès de 182 patients atteints de polypose nasale. Les participants ont rempli le questionnaire Sino-Nasal Outcome Test-22 (SNOT-22), qui évalue différents aspects de la qualité de vie liés aux symptômes nasaux et à leur impact sur la vie quotidienne. Les résultats ont montré que les patients atteints de polypose nasale présentaient des scores significativement plus élevés dans tous les domaines du SNOT-22 par rapport à la population générale, indiquant une altération importante de leur qualité de vie. Les principaux symptômes qui ont contribué à cette détérioration étaient la congestion nasale, la perte de l'odorat, les sécrétions nasales et la sensation de pression faciale. De plus, les participants ont signalé des problèmes liés au sommeil, aux émotions et aux activités quotidiennes. Ces résultats ont souligné l'ampleur de l'impact de la polypose nasale sur la qualité de vie des patients et l'importance d'une prise en charge efficace de cette condition.

6-5- L'étude menée par Bhattacharyya et al. (2011) :

Cette étude a été publiée dans la revue « Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery ». Les chercheurs ont examiné les données de patients atteints de polypose nasale à partir de la base de données américaine de suivi des maladies chroniques. Ils ont utilisé des questionnaires validés pour évaluer les symptômes nasaux et la qualité de vie des patients. Les résultats ont montré que les symptômes les plus sévères de la polypose nasale, tels que la congestion nasale, la perte d'odorat et les maux de tête, étaient associés à une diminution significative de la qualité de vie des patients dans plusieurs domaines, y compris la fonction sociale, émotionnelle et physique. Cette étude a souligné l'impact considérable de la polypose nasale sur la vie quotidienne des patients et a mis en évidence la nécessité d'un traitement efficace pour améliorer leur qualité de vie.

6-6- L'étude de Philpott et al. (2015) :

L'étude a examiné 402 patients atteints de polypose nasale provenant de 31 centres de soins Primaires au Royaume-Uni. Les participants ont rempli le Sino-Nasal Outcome Test-22 (SNOT22), qui évalue 22 symptômes et impacts liés à la polypose nasale sur une échelle de 0 à 5, avec des scores plus élevés indiquant une détérioration plus importante de la qualité de vie. Les résultats ont montré que les patients atteints de polypose nasale avaient des scores significativement plus élevés dans tous les domaines du SNOT-22 par rapport à la population

Problématique

générale. Les symptômes les plus impactant étaient la congestion nasale, la perte de l'odorat, les sécrétions nasales postérieures et la sensation de pression faciale. De plus, les participants ont signalé des problèmes de sommeil, d'émotions, de fatigue et des limitations dans leurs activités quotidiennes en raison de la polypose nasale. Ces résultats soulignent l'ampleur de l'impact de la polypose nasale sur la qualité de vie des patients, mettant en évidence la nécessité d'une prise en charge efficace de cette condition.

6-7- L'étude menée par Bachert et al. (2016) :

Cette recherche impliquait 180 patients atteints de polypose nasale provenant de 13 centres de soins en Europe. Les participants ont rempli le Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ), un outil spécifiquement conçu pour évaluer l'impact des symptômes nasaux et oculaires sur la qualité de vie. Les résultats ont révélé que la polypose nasale avait un effet significatif sur la qualité de vie des patients, avec des scores plus élevés dans tous les domaines du RQLQ par rapport à un groupe témoin de personnes en bonne santé. Les symptômes

Nasaux les plus impactant étaient la congestion nasale, la perte de l'odorat et la sensation de pression faciale. De plus, les participants ont signalé des limitations dans leurs activités quotidiennes, leur sommeil et leur bien-être émotionnel en raison de la polypose nasale. Ces résultats mettent en évidence l'importance d'une prise en charge efficace de la polypose nasale pour améliorer la qualité de vie des patients.

6-8- L'étude est celle menée par Hoehle et al. (2016) :

Cette étude a évalué l'impact de la polypose nasale sur la qualité de vie à l'aide de questionnaires spécifiques évaluant différents domaines tels que la fonction nasale, l'odorat, le sommeil et l'état émotionnel. Les chercheurs ont également examiné l'efficacité de différents traitements, y compris les corticostéroïdes intranasaux et la chirurgie, sur l'amélioration de la qualité de vie des patients. Les résultats ont montré que la polypose nasale avait un impact négatif significatif sur la qualité de vie des patients, mais que les traitements médicaux et chirurgicaux pouvaient entraîner une amélioration significative dans ces domaines. Cette étude a mis en évidence l'importance de la prise en charge efficace de la polypose nasale pour améliorer la qualité de vie des patients.

7. Commentaire :

Ces recherches démontrent que la polypose nasale va au-delà des symptômes physiques, impactant profondément la santé émotionnelle des patients. La prise en charge psychologique

Problématique

peut aider à traiter les répercussions émotionnelles de la maladie, telles que la détresse liée aux symptômes chroniques, la frustration face à la qualité de vie altérée, voire la dépression et l'anxiété qui peuvent en découler.

En intégrant des interventions psychologiques telles que la thérapie cognitivo-comportementale ou le soutien émotionnel dans le plan de traitement, on peut mieux aider les patients à faire face aux défis psychologiques associés à la polypose nasale, ce qui peut ultimement améliorer leur qualité de vie globale.

CHAPITRE II

La qualité de vie

La Préambule :

Le sens de la qualité de vie peut être varié selon le cadre dans lequel il est employé en psychologie, la qualité de vie désigne l'état général du bien-être mental, émotionnel et social d'un individu. Elle va au-delà de l'absence de troubles pour inclure la satisfaction personnelle, les relations interpersonnelles épanouissantes et la capacité à s'adapter aux défis de la vie quotidienne. Les professionnels de la psychologie cherchent à comprendre les éléments qui influencent la qualité de vie afin d'améliorer les approches thérapeutiques et les interventions visant à promouvoir le bien-être psychologique des individus et des communautés

1. Historique et évolution du concept de qualité de vie :

Parmi les premiers écrits portant sur la QDV, certains sont issus des travaux menés par une commission chargée, par le président Eisenhower, de définir des « buts nationaux », sur la base d'indicateurs objectifs, afin d'augmenter tout à la fois la quantité et le niveau de vie des citoyens. À cette même période, mais selon une démarche plus subjective, certains chercheurs s'intéressent au vécu quotidien des personnes, aux expériences qui participent de leur bonheur.

Mais ce sont les sociologues américains, dont les groupes d'Andrews et Whitey, mais aussi de Campbell (Université du Michigan), qui vont déterminer les premiers indicateurs objectifs de QdV (revenus, criminalité, santé, emploi, éducation...). Dès 1976, ces chercheurs, notamment Campbell, font remarquer que malgré la bonne santé de la société et de l'économie américaine, en dépit des progrès médicaux et du contexte de démocratie, un nombre ne croissant de personnes se dit insatisfait de son bien-être psychologique, ou QdV ; termes que les chercheurs emploient alors indifféremment. Cette absence de liens entre indicateurs socio-économiques et objectifs et le bien-être subjectif est déterminante dans l'introduction des premiers auto-questionnaires de QDV subjective. En Europe, les travaux en ce domaine débutent un peu plus tardivement. En France, dans le secteur de la santé, le terme de QDV fait son apparition en 1966 dans les Annales de médecine interne. (Varescon -I, Serge -S ,2012, p20)

Le concept de qualité de vie n'est pas récent, quatre approches ont envisagé :

1-1- L'approche médicale :

Cette approche met en avant l'évolution de la notion de qualité de vie, principalement sous l'influence des médecins, chercheurs en santé publique, épidémiologistes et psychiatres.

Initialement centrée sur des critères biomédicaux simples, la qualité de vie s'est complexifiée, intégrant des concepts tels que le bien-être, la santé, le bonheur et la satisfaction. Les avancées médicales, bien qu'augmentant la longévité, ont également introduit de nouvelles maladies Chroniques aux multiples implications, nécessitant une attention particulière envers la qualité de vie des patients. L'accent est mis sur la qualité de vie liée à la santé, évaluant les répercussions de l'état de santé sur d'autres aspects de la vie. L'évaluation de l'impact des traitements s'oriente de plus en plus vers des critères qualitatifs, mettant en lumière le bien-être des patients plutôt que le simple nombre d'années de vie gagnées. Le choix thérapeutique se recentre sur le bénéfice pour les patients plutôt que sur la sophistication technique. Des exemples surprenants, tels que des patients gravement malades se déclarant satisfaits de leur vie, remettent en question les stéréotypes liés à la santé et à la qualité de vie.

La remise en question d'une définition standard de la qualité de vie émerge, soulignant que la moindre autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées ou handicapées ne garantit pas une moindre qualité de vie. L'approche médicale souligne les divergences entre les croyances des médecins et des patients, notamment en ce qui concerne l'efficacité des traitements. Elle propose l'utilisation de mesures hétéro et auto-évaluées de la qualité de vie (QDV) avant et après les interventions pour faciliter la communication entre médecins et patients. La régulation des coûts de santé suscite des débats, avec une mention particulière de l'analyse d'utilité, mettant en jeu les compromis entre qualité des services et contraintes économiques.

La nécessité d'intégrer systématiquement des mesures de la QdV, en mettant l'accent sur les aspects liés à la santé physique et mentale, est soulignée pour maintenir l'équilibre entre la maîtrise des budgets et la qualité des soins. Les cliniciens considèrent depuis longtemps que la QDV englobe à la fois l'état fonctionnel objectif et le bien-être subjectif des patients. Les corrélations entre ces aspects sont modestes, soulignant l'importance de prendre en compte la perception des symptômes, la décision de consulter et l'adhésion thérapeutique. La définition de la santé par l'OMS met en avant le bien-être complet, allant au-delà de l'absence de maladie. Afin d'évaluer la QDV associée à la santé, des outils intégrant ces diverses dimensions sont couramment utilisés pour évaluer les effets des traitements sur l'état fonctionnel et le bien-être subjectif des patients. **(Schweitzer-M, Boujut-E ,2021, p7)**

1-2- L'approche politologue et économiste :

La notion de qualité de vie, telle qu'elle était conçue par les économistes et politiciens, se référait surtout aux conditions matérielles permettant un niveau de vie optimal auquel tout individu devrait pouvoir accéder. Flanagan (1982), chargé d'évaluer la qualité de vie des Américains, proposera de prendre en compte, non seulement des indicateurs classiques (niveau d'éducation, niveau socio-économique...), mais aussi certains aspects du bien-être subjectif (santé perçue, aspirations, sentiment de liberté...). Dans les pays développés, il y a longtemps que les responsables politiques affirment que les droits des citoyens ne se réduisent pas à la satisfaction de leurs besoins matériels.

Selon **Rapley (2003, p. 2-10) et Bognar (2005, p. 561-566)**, les gouvernements et institutions de santé des pays développés admettent de plus en plus que les indicateurs économiques de développement sont insuffisants et qu'il faut y ajouter des indicateurs psychosociaux. Les recherches, centrées tout d'abord sur le bien-être matériel (economic welfare) intégrèrent de plus en plus d'indicateurs environnementaux et sociétaux (épidémies, niveau de pollution, nombre de médecins, taux de criminalité...), puis des indicateurs individualisés et « subjectifs » (satisfaction, bonheur...). Ainsi, les informations sur les conditions de vie objectives des individus seront complétées par la façon dont ceux-ci évaluent globalement leur vie.

La CMEPSA (Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress) comprenant des spécialistes de diverses disciplines (économie, médecine, santé publique, sciences humaines et sociales) a été créée en 2008 par l'OCDE. Elle devait identifier les limites du PIB comme indicateur de progrès social et rechercher des indicateurs plus pertinents. Une première vague de concertations et d'enquêtes a été effectuée en France et dans divers pays de l'OCDE en 2008-2009 et un rapport de 292 pages en fut issu (Rapport de la CMEPSP de Stiglitz, Sen et Fitoussi, 2009). Ce rapport explique pourquoi le PIB ne constitue pas une estimation pertinente du bien-être des populations, particulièrement dans ses dimensions environnementales, sociales, et même économiques.

Désormais, l'INSEE, avec le soutien d'Eurostat, exercera un rôle majeur dans la mise en œuvre européenne du rapport Stiglitz. Les travaux qui seront menés en Europe sur la santé des populations seront ainsi cohérents entre eux ; ils concerneront « le PIB et au-delà » ; la consommation et revenu des ménages ; les inégalités ; la construction d'indicateurs sur l'état de l'environnement. Cette commission s'adresse à quatre types d'interlocuteurs : les gouvernements et leaders politiques (en particulier ceux qui sont responsables des politiques en

matière de santé et d'environnement), la communauté scientifique et ses statisticiens ; les journalistes et médias ; la société civile et les usagers (**Ibid**).

1-3- L'approche psychosociologique :

Les psychosociologues ne sont pas préoccupés de vérité sur la qualité de Vie, mais de vérité de chacun sur la qualité de vie. Donc ce qui les intéresse, c'est l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population.

Les sociologues ont défini les notions de bonheur, de bien-être psychologique, De satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie. Ils se sont particulièrement intéressés aux composantes affectives et cognitives du bonheur et du bien-être, et aux facteurs susceptibles d'influer sur le bien-être, à savoir des facteurs internes (notion de but et de sens de vie, sentiment d'efficacité personnelle, relations sociales, estime de soi, besoins, etc.) et Externes (aspects sociodémographiques, événements de vie, soutien social). Ce n'est que tardivement, en 1976, qu'apparaît le terme de qualité de vie avec les travaux de Bradburn sur la structure psychologique du bien-être. Aussi, il permet une exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociales et familiales. (**Ficher G.N, 2002, P284**).

1-4- L'approche philosophique :

Le concept de qualité de vie est très tôt intéressé les philosophes, en effet pendant des siècles des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Epicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principale de leur préoccupation. Qu'est-il ? Peut-on l'atteindre ? Comment ? On trouve une divergence des opinions sur le bonheur, certains le réduisent au plaisir (Kant), d'autres aux honneurs et à la richesse.

Apparaît ensuite la notion de plaisir, plus accessible que celle de bonheur, car même si nous ne manquons de rien, le bonheur nous manque toujours. Rappelons que pour Aristote, le bonheur est désirable, mais quel rapport entre bonheur, désir et plaisir ? C'est à travers Schopenhauer que nous trouvons une réponse dans la mesure où il affirme que le bonheur n'est ni positif, ni réel : il n'est que l'absence de la souffrance, or le désir s'abolit dans sa satisfaction, et le bonheur se perd dans ce plaisir. Par rapport au bonheur qui est négatif, au désir qui est négatif puisqu'ils sont manqués, le plaisir est positif, réel, il nous pousse à vivre. Il est ce que chacun expérimente.

Pour Epicure et Spinoza le plaisir se situe avant le bonheur. En effet, puisque le désir est manqué, que le bonheur par là même est manqué, donc ce n'est pas du bonheur qu'il faut partir, mais bien du plaisir : plaisir du corps (la jouissance), plaisir de l'âme (la joie).

Ces notions ont progressivement conduit à celle de bien-être qui fait, au même titre que le bonheur, le plaisir et le désir, partie intégrante de la qualité de vie. En effet, si nous nous référons à Kant, le bien-être est indissociable du bonheur (**Ibid**).

2. Définitions et conceptions de la qualité de vie :

2-1- Les définitions de la qualité de vie :

Le mot « qualité » est défini par le Larousse comme « ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne : préférer la qualité à la quantité » ou « chacun des aspects positifs de quelque chose qui font qu'il correspond au mieux à ce qu'on en attend : Cette voiture a de nombreuses qualités ».

L'organisation mondiale de la santé (OMS) 1993, considère la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, dans le ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (**Fischer GN.2002, p.288**).

La qualité de vie est un concept abstrait, subjectif, mais aussi évolutif et relatif. Sa perception évolue dans le temps et l'espace, elle varie selon les groupes sociaux. Il est de part ce fait, difficilement envisageable de pouvoir trouver une définition de la qualité de vie universelle.

C'est une conceptualisation complexe dont il n'existe à ce jour aucune définition consensuelle.

Cette notion devient, cependant, une nouvelle préoccupation majeure intéressant chacun d'entre nous. (**HILTBRAND, 2008**)

La qualité de vie concerne aussi l'ajustement à la maladie dans la vie quotidienne. Il est capital de ne pas limiter la qualité de vie à la santé. Les évaluations du niveau de santé et de la qualité de vie sont deux évaluations complémentaires, mais de nature et de méthodologie fondamentalement différentes (**CHWALOW, 1996**).

2-2- Les conceptions de la qualité de vie :**2-2-1- Conceptions objectives :**

On assiste à une évolution des conceptions de la qualité de vie ; limitées tout d'abord aux seules conditions de vie matérielles (point de vue politique et économique) et à l'absence de maladie psychique (de point de vue médical). D'après Warbuton et Sherwood, 1996. On trouve encore dans la littérature des définitions du premier type, comme celle-ci par exemple : Les mesures de la qualité de vie ne doivent pas être confondues avec des niveaux d'aspiration ou de désir personnel, (...) elles se réfèrent plus clairement et plus fondamentalement à la situation actuelle réelle des individus : physique, psychologique et sociale. Selon Jenkins, 1992. A cette conception objective et fonctionnelle (accessible par hétéro-évaluation), on ajoutera une conception subjective et phénoménale (accessible par auto-évaluation). Cette conception dépend en partie de l'individu qui est mieux placé à l'évaluer. On est convaincu aujourd'hui que si la qualité de vie dépend en partie des circonstances, c'est l'individu qui est le mieux placé cependant pour l'évaluer. **(Bruchon-Schweitzer M. 2002, p 49).**

2-2-2- Conception subjective :

Le concept de qualité de vie subjective, opposé à celui de qualité de vie objective, s'est ainsi développé et a donné lieu à diverses tentatives de quantification par le biais d'auto-questionnaires. De nombreuses définitions ont été proposées pour ce concept difficile à saisir, car éminemment subjectif, soumis aux normes culturelles et comprenant de très nombreux paramètres : conditions de vie, bien-être psychologique, écart par rapport à un idéal de vie, satisfaction des besoins perçus et des désirs. Les mesures subjectives ou évaluatives de la qualité de vie renvoient aux items ou aux échelles qui ont pour objet de déterminer comment un individu évalue les répercussions de la maladie sur son fonctionnement physique, social et/ou affectif, ou dans quelle mesure il est satisfait de ces différentes expériences de vie.

(RIZZO et SPITZ, 2002).

2-2-3- Conception intégrative :

Une définition intégrative souvent trouvée dans la littérature est celle de l'OMS(1993). La qualité de vie comprend au moins trois dimensions : physique, Psychologique et sociale. De plus en plus, les dimensions économiques/matérielles et spirituelles sont aussi prises en compte. Toutes des dimensions sont le plus souvent évaluées à deux niveaux: le niveau de fonctionnement du sujet sur ces dimensions, ainsi que sa satisfaction par rapport à ce niveau de fonctionnement **(LELORAIN, 2009, p.25).**

Il existe deux sortes de conceptions intégratives, les unes simplement additives, d'autres plus dynamiques impliquant à la fois certaines conditions de vie objectives et la façon dont chaque individu perçoit et utilise ses ressources pour se réaliser. Parmi les définitions intégratives simplement additives, on trouve par exemple celle-ci :

La qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement (OMS, 1994).

Si cette définition est complète et se réfère bien à toutes les composantes de la qualité de vie, elle est quelque peu statique. Certaines définitions en soulignent les aspects processuels (ce que l'individu fait compte tenu de ce qu'il a), comme Celle-ci : la qualité de vie, c'est « l'ensemble des ressources (sociales, Personnelles et physiques) nécessaires à une personne pour réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins ».

D'autres définitions intégratives prennent en compte les interactions entre personne et environnement et considèrent la qualité de vie comme un véritable système : La qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction des critères sociaux normatif et de critères individuels, du système « personne environnement » de chaque individu.

Les définitions de la qualité de vie en termes à la fois intégratifs et dynamiques ont plusieurs avantages :

Prendre en compte à la fois les composantes « externes » (par exemple l'état de santé, les conditions de vie, etc.) et les composantes « internes » (par exemple la satisfaction, le bien-être subjectif, etc.) de cet ensemble complexe ; évaluer la qualité de vie selon plusieurs points de vue (hétéro-évaluation Et auto-évaluation) ; considérer les interactions dynamiques entre les composantes de la qualité de vie. (LAWTON, 1997)

3. La qualité de vie liée à la santé ;

La santé est, nous l'avons dit, une des composantes du concept de QDV. Selon Grenier (1995), il a fallu attendre les années 1970 pour que soit faite la distinction entre les déterminants de la qualité de vie spécifique à la santé (QDV liée à la santé) et les autres (revenus, stabilité d'emploi, conditions de vie...). En revanche, dans le langage médical, il y avait déjà fort longtemps que le concept de QDV ne recouvrait plus que les domaines liés à la santé, à l'impact de la maladie ou des traitements sur la vie personnelle et sociale des malades. Il est certain que la définition de la santé proposée par l'OMS a eu une profonde influence sur l'abord de la notion de QDV dans le domaine biomédical : « La santé est un état de complet

bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (WHO, 1946).

Aujourd'hui, tous ceux qui ont besoin de quantifier la qualité d'une vie liée à la santé s'appuient sur cette définition et retiennent trois principales dimensions : physique, psychologique et sociale.

Afin de conserver le caractère subjectif et pluridimensionnel du concept et d'éviter de le réduire à la simple prise en compte d'un degré de bien-être, le vécu du sujet est apprécié par des auto-questionnaires comportant des critères subjectifs, mais aussi objectifs. Les outils proposés (sauf ceux qui sont spécifiques à une pathologie) ne doivent pas faire référence à une symptomatologie particulière, mais aux conséquences ressenties en termes d'altération des différents domaines de la QDV. Il est donc demandé au malade d'estimer son vécu sur le plan fonctionnel (somatique, activités de la vie quotidienne), social, émotionnel, sexuel, cognitif et en rapport avec certains objectifs qu'il s'est fixés ; voire d'exprimer son sentiment de handicap ou d'atteinte de l'estime de soi (Varescon-I, Serge-S, 2012, p19).

4. Maladie et qualité de vie

La maladie grave bouleverse le plus souvent les conditions de vie antérieures et remet parfois brutalement en cause la QDV, ce concept populaire et général a été développé en psychologie de la santé, notamment par rapport aux situations de malade pour prendre en compte les divers aspects de leur état lié aux traitements, aux handicaps, aux nombreux inconforts, afin d'améliorer leur bien-être physique, et social. Par ailleurs, l'idée de qualité de vie des maladies est soutenue aujourd'hui par un contexte social plus sensible aux droits et à la dignité de malade (Fischer & Tarquinio, 2014, p. 154).

5. Les domaines de la qualité de vie :

Les auteurs s'accordent aujourd'hui, à reconnaître que la QDV est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines : physique, mentale, et social. Ces derniers doivent être évalués selon plusieurs points de vue et critères :

5-1- Le domaine psychologique de la qualité de vie :

Pour la plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie comprend des émotions et états affectifs positifs. Pour d'autres, elle inclut en outre une absence d'affects négatifs tels que l'anxiété et la dépression.

Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique (surtout s'il s'agit de QDV associée à la santé) toutes les altérations et les troubles du fonctionnement psychologique du

sujet comme la mémoire, la concentration, la fatigabilité, la dégressivité, etc., et qui peuvent être induits par l'état de santé du sujet et /ou par les traitements qu'il subit.

Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques processuelles comme le développement personnel, L'actualisation ou la réalisation de soi.

Enfin, l'auto-évaluation c'est la technique la plus pertinente pour l'exploration de la dimension psychologique de la qualité de vie, d'autres méthodes peuvent être utiles comme les tests qui permettent l'évaluation des détériorations ou l'efficacité des capacités mentales.

(**Bruchon-Schweitzer-M.2002, p52**).

5-2- Le domaine physique de la qualité de vie :

Ce domaine contient plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique et les capacités fonctionnelles, qui se subdivisent en composantes plus fines. Ainsi la santé physique comprend l'énergie, la fatigue, Le sommeil, les douleurs, les symptômes et divers indicateurs biologiques. Et les capacités fonctionnelles qui incluent le statu fonctionnel, la mobilité du sujet et les activités quotidiennes qu'il peut accomplir et sa relative autonomie.

Les deux aspects de la qualité de vie physique peuvent être évalués selon deux points de vue un point de vue externe (médical), qui consiste à évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles des individus et d'un point de vue interne, (subjectif), seulement accessible par l'auto évaluation qui permettra d'atteindre les représentations (**Bruchon-Schweitzer M.2002, p53**).

5-3- Le domaine social de la qualité de vie :

S'intéresse aux relations et activités sociales des individus dans diverses sphères : familiale, amicale, professionnelle, etc. De nombreuses échelles de qualité de vie évaluant une sorte de santé et des activités sociales selon les dimensions suivantes : la famille, les amis, loisir, vie professionnelle, vie amoureuse et vie civique. C'est le cas des échelles comme le NHP ou le WHOQOL-26 ou à 100 items. (**Schweitzer M.B, 2002 p55**).

6. Les composantes de la qualité de vie :

6-1- La satisfaction de la vie :

La satisfaction de la vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre la vie d'une personne et ses normes de référence (valeurs, etc.). C'est « L'évaluation globale que le sujet fait de sa vie » (Pavot et al, 1991). Pour Diener (1994), la satisfaction de la vie renvoie à un jugement conscient et global sur sa propre vie. Elle peut être à son tour décomposée, en vingt

domaines plus spécifiques (profession, famille, loisir, santé, finances, soi, groupe d'appartenance, etc.). La satisfaction de la vie est définie comme « une appréciation subjective de la personne de sa situation actuelle par rapport à ses propres espérances »

(CORRIGAN et al, 2001)

6-2- Le bonheur :

Le bonheur est une notion issue de la philosophie et qui désigne un état dans lequel les affects positifs l'emportent, sur les affects négatifs. Ce terme est remplacé peu à peu par les composantes du bien-être subjectif (absence d'affectivité négative, présence d'affectivité positive, satisfaction globale).

Quelques chercheurs en psychologie ont réhabilité la notion de « bonheur » depuis les années quatre-vingt-dix (Argyle et al, 1989 ; Buss, 2000 ; Eysenck 1990 ; Myers, 1993). Pour eux, le bonheur est une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver fréquemment des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté, etc.), à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité, Etc.).

Pour **Musschenga** (1997), le bonheur est une notion « pluraliste », il comprend trois composantes : une composante émotionnelle positive, une composante cognitive-évaluative (la satisfaction : estimer que l'on a réussi à réaliser ses aspirations), une composante comportementale (l'excellence : réussite auto-évaluée dans ses activités).

Le terme de « bonheur » est resté marqué longtemps par son origine philosophique, malgré les précisions et opérationnalisations apportées par les psychologues, cette notion est considérée comme un équivalent de la notion de bien-être. En outre, le bonheur est considéré aujourd'hui comme un trait plutôt que comme un état.

6-3- Le bien-être subjectif :

Le bien-être subjectif se définit selon trois critères essentiels (**Rolland, 2000**) :

- Il est subjectif, c'est bien une auto-évaluation, qui n'a rien à voir avec les conditions de vie objectives (bien-être matériel) ;
- Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de La vie) ;
- Il ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives (telles que les explorent les échelles d'anxiété, de dépression ou d'hostilité), car il correspond à la présence d'affects agréables (affectivité positive).

L'intérêt de ce modèle est d'intégrer des processus cognitifs (évaluation, Jugement, comparaison) et des processus émotionnels. Il prend en compte, à la fois, l'affectivité négative et l'affectivité positive. Le bien-être subjectif ne correspond pas seulement à l'absence de symptômes psychologiques, c'est aussi la présence d'émotions et d'états agréables (plaisir, joie, satisfaction, bonheur) auxquels on ajoute la satisfaction de la vie qui n'est cependant pas toujours évaluée dans les échelles de bien-être.

Le bien-être subjectif est l'un des sous-ensembles les plus importants de la qualité de vie. S'il inclut ce qu'on a appelé le bonheur et la satisfaction de vie, il ne se confond pas avec le bien-être matériel (Welfare) ni avec ce qu'on appelle la santé aujourd'hui.

(Bruchonschwitzer, 2002)

7. Mesuré la qualité de vie :

Il existe deux méthodes d'appréciation de la QDV :

La méthode directe (entretiens psychologiques évaluation qualitative), et la méthode indirecte (les outils psychométriques évaluation quantitative).

7-1- La méthode directe :

L'entretien psychologique permet une évaluation de tous les aspects multidisciplinaires de la QDV. Cependant, il a plusieurs inconvénients :

Difficilement quantifiable, peu reproductible, difficile à standardiser et donc d'utilisation dans des études comparatives, impossible à mettre en place sur une grande population et coût élevé (**Delphine Klein. 2011, P 30**).

Différentes méthodes d'entretiens (non directif, directifs, et semi-directifs) permettent d'interroger les sujets individuellement ou en groupe.

➤ Les entretiens individuels :

Il y a trois types d'entretiens individuels : l'entretien non directif, l'entretien semi-Directif et l'entretien directif.

- **L'entretien non directif** : Cet entretien, non structuré, non standardisé est plus souple que l'entretien semi-directif ou directif. L'enquêteur intervient très peu. L'entretien repose sur la libre expression du sujet

- **L'entretien semi-directif** : L'enquêteur construit au préalable une grille de thèmes à aborder avec la personne interrogée et il invite le sujet à parler de chacun des thèmes préétablis. Il intervient peu et de la manière la plus neutre possible.

- **L'entretien directif** : Il s'agit d'entretien structuré, standardisé. C'est le type d'entretien qui est le plus proche du questionnaire administré par enquêteur. Les questions, leur ordre et les termes utilisés sont fixés à l'avance.

➤ **Les entretiens de groupe :**

Dans ce genre d'entretiens les séances sont conduites selon un plan prédéfini et par une personne qui facilite la discussion et encourage les sujets à prendre la parole. Les sujets sont sélectionnés selon une caractéristique commune. **(Christine Rotonda, 2011, PP 16-17)**

7-2- La méthode indirecte :

Selon les objectifs de recherche, il est intéressant de disposer d'outils permettant soit d'évaluer la qualité de vie de façon globale et comparer les populations entre elles sans tenir compte de leurs spécificités, soit permettant d'évaluer la qualité de vie de façon ciblée et de prendre en considération toutes les subtilités qu'engendre tel ou tel type de maladie, tel état de Santé, ...etc. **(Septans A-L, 2014, P 16)**.

D'une manière générale, les outils de mesure disponibles peuvent être divisés entre, d'une part, des profils de la qualité de vie génériques, tels que le SF-36, en principe utilisable dans n'importe quelle maladie, et d'autre part, des mesures de qualité de vie spécifiques à une maladie donnée. **(Elhasnaoui -A, Françoise Gaudin-A, 2004, P 65)**.

➤ **Instruments génériques :**

Sont élaborer à partir de questionnaires mis au point en population générale, malade et non malade. Ils ne peuvent jamais rendre compte en détail de la spécificité de chaque pathologie abordée. De ce fait, les instruments génériques sont en général peu sensibles aux variations d'état de santé. Cependant, ils permettent de comparer les résultats de la qualité de vie dans des groupes de patients différents, sur des pathologies différentes ou dans des pays différents. Le Short-Form 36 (SF-36) est l'instrument générique le plus fréquemment utilisé dans les essais cliniques. **(Bouvenot-G, Vray-M, 2006, P 184)**.

Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

-SF-36(MOS 36 Short Form), avec 36 items regroupés en 8 échelles : activité physique (10), Limitation/état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/rerelations (2),

santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4). -NHP (Nottingham Health Profile), avec 45items regroupés en 6 échelles.

-WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items

-WHOQOL BREF, avec 26 items regroupés en 4 échelles. (Mercier. M, Schraub. S, 2005, P 420).

➤ **Instruments spécifiques :**

Sont adaptés à un problème particulier : spécifique d'une pathologie donnée (cancérologie, diabète, maladie de parkinson, etc.) ou d'une population donnée (enfants, populations âgées...etc.). Les instruments spécifiques sont, par nature, plus sensibles au changement que les instruments génériques et sont très utilisés dans les essais évaluatifs. On peut choisir, seul ou en association, l'un ou l'autre de ces types d'instruments selon l'objectif poursuivi (Bouvenot-G, Vray-M, 2006, P 184)

Synthèse :

La qualité de vie, intrinsèquement liée à la santé, constitue le reflet de l'équilibre entre bien-être physique, mental et social. Une santé robuste favorise un quotidien dynamique et enrichissant. L'accès à des soins de qualité, l'adoption de comportements sains tels qu'une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, ainsi qu'une hygiène de vie équilibrée sont des piliers fondamentaux. De plus, un environnement sain et sécurisé, accompagné d'un réseau social solide, joue un rôle crucial. L'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, la gestion du stress et la pratique d'activités plaisantes sont également déterminants pour une qualité de vie optimale. En somme, la qualité de vie reliée à la santé est le fruit d'un ensemble d'éléments harmonieux, promouvant ainsi un bien-être global et durable.

CHAPITRE III

La polypose nasosinusienne

Préambule :

La polypose nasosinusienne, une condition médicale caractérisée par la présence de polypes, des excroissances en forme de sac, dans les cavités nasales et les sinus, suscite l'attention des professionnels de la santé en raison de ses implications sur la qualité de vie des individus. Cette affection, souvent associée à une inflammation chronique, peut entraîner une variété de symptômes, allant de l'obstruction nasale à la perte d'odorat, impactant significativement la fonction respiratoire et le bien-être des patients. Cette préambule vise à jeter les bases pour explorer plus en détail les aspects médicaux, les traitements et les défis liés à la polypose nasosinusienne.

1. Brève histoire de la polypose nasosinusienne :

La polypose n'échappe pas aux chemins obligatoires du temps qui passe, où chaque période est habitée par ses concepts. D'origine inconnue, elle est aujourd'hui isolée pour certains dans un cadre nosologique propre ; pour d'autres, elle appartient à un groupe plus vaste de rhino- sinusites chroniques (RSC) avec polypes, pour certains, elle est nasosinusienne (PNS).

Au début du XIXe siècle (1804), la polypose nasale était traitée comme une tumeur bénigne avec des méthodes rudimentaires. En 1893, elle était toujours considérée comme bénigne, similaire aux polypes marins, avec des localisations préférentielles sous les cornets nasaux. Jusqu'au début du 20^e siècle, le diagnostic reposait sur la rhinoscopie antérieure et postérieure.

Les traitements au 19^e siècle impliquaient des essais médicaux divers, tandis qu'au début du 20^e siècle, la chirurgie prédominait avec l'ablation des polypes, parfois entraînant des complications. Les polypotomes, comme les serre-nœuds et les anses galvaniques, étaient utilisés pour minimiser les dommages. Un consensus émergeait sur la nature de la maladie, la considérant comme un néoplasme chez les adultes, prédominant chez les hommes et situé principalement au méat moyen, avec diverses explications pathogéniques avancées.

(Gaborya-L, Portmann-D, Kérimiana-M 2023, P 1)

2. La définition de la polypose nasosinusienne :

La polypose nasosinusienne se définit comme une maladie inflammatoire chronique de la muqueuse des sinus extériorisée dans les fosses nasales par le méat moyen sous forme de polypes visibles en rhinoscopie. D'un point de vue nosologique, on distingue en fonction du profil cellulaire de l'infiltrat inflammatoire de la muqueuse nasale :

La salle polypose à éosinophiles, correspondant cliniquement à la polypose nasosinusienne primitive survenant isolément ou associée à un asthme ou à une hypersensibilité à l'aspirine, et la polypose sans éosinophiles souvent riche en polynucléaires neutrophiles et correspondant à la polypose rencontrée plutôt chez l'enfant dans les maladies mucociliaires, telles que la mucoviscidose, les dys-kinésies mucociliaires (incluant le syndrome de Kartagener associant une dilatation des bronches et un situs inversus), le syndrome de Woakes (associant une aplasie du sinus frontal, une dilatation des bronches et une hypersécrétion de mucus) et le syndrome de Peutz-Jeghers (associant une polypose digestive, une mélanose cutanée et muqueuse, et un risque accru de carcinomes de divers types histologiques.

(Demoly-P,2005, P3)

La polypose nasale est une pathologie de la cavité nasale haute. Elle se traduit par des structures en forme de grappe, touchant le méat nasal moyen ou les turbines nasales moyennes.

L'évolution aboutit à la formation de pseudocystes, un épaissement de la membrane basale, une désorganisation de la muqueuse nasale avec une réduction du nombre de vaisseaux et de glandes (le loir- y, Gautier-M, 2010.P191).

La polypose nasosinusienne (PNS) est une rhino-sinusite chronique caractérisée par une dégénérescence œdémateuse multifocale et bilatérale de la muqueuse des masses latérales de l'éthmoïde, se manifestant cliniquement par le développement de polypes dans les fosses Nasales. (Ces polypes résultent d'une inflammation chronique de la muqueuse nasosinusienne avec comme caractéristique de la maladie une infiltration éosinophilique.

(Sellami-M,2019,2020, P39)



Figure N 1 : La polypose Nasosinusienne

Cabinet de chirurgie ORL et cervico-faciale <https://images.app.goo.gl/g3b9YzeZzivmLpWJ7>

3. Les types de la polypose nasosinusienne :

La polypose nasosinusienne primitive la plus fréquente : aucune étiologie n'est retrouvée. Elle peut être isolée ou s'associer à un asthme, voire une intolérance à l'aspirine, aux AINS et aux sulfites dans le cadre de la maladie de Widal.

La polypose nasosinusienne entrant dans le cadre d'une pathologie connue, forme la plus rare : muco-Viscidose, dyskinésie ciliaire primitive, déficit immunitaire.

Le traitement des rhino-sinusites diffuses est avant tout médical, basé sur la corticothérapie ; la chirurgie ne vit que des échecs du traitement médical bien conduit (Bonfils P,2012, P22).

4. La classification de la polypose nasosinusienne :

Le volume de la polypose nasosinusienne doit être estimé. On utilise classiquement une classification en trois ou quatre stades :

- Stade 1 : polypes n'atteignant pas le bord inférieur du cornet nasal moyen.
- Stade 2 : polypes atteignant le bord inférieur du cornet nasal moyen, mais ne dépassant pas le bord inférieur du cornet nasal inférieur.
- Stade 3: polypes dépassant le bord inférieur du cornet nasal inférieur.
- Et pour certains,
- Stade 4: polypes atteignant le plancher de la cavité nasale.

(Bonfils -P, Laccoerreye-O, Couloigner-V 2011, P 325)

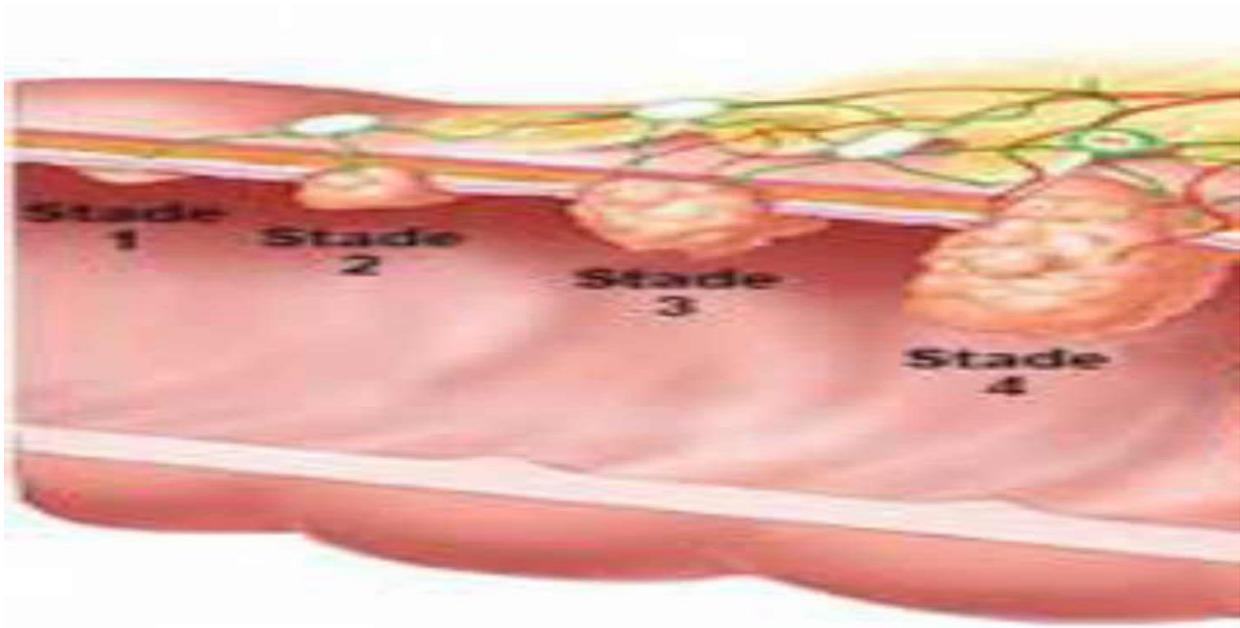


Figure 2 : Les stades de la polypose nasosinusienne

Chirurgie du visage ORL et plastique <https://images.app.goo.gl/e7aYqkNqR9TouY3P>

5. L'étiologie de la polypose nasosinusienne :

5-1- Facteurs héréditaires :

Une histoire familiale de PNS est trouvée chez 14% des patients atteints de PNS (Greisner and Settipane 1996). Des jumeaux identiques, pourtant exposés à des facteurs environnementaux différents ont développé une PNS, suggérant également un lien génétique. Des antigènes leucocytaires humains (HLA) ont été associés à une susceptibilité accrue au développement de polypes nasaux. (Bequignon-E,2019, P17)

5-2- Facteurs anatomiques :

Anatomiquement, le contact étroit des muqueuses en regard dans la cavité nasale pourrait provoquer une réaction inflammatoire et/ou une stase du mucus, avec libération de cytokines conduisant à la formation de polypes (Stamberger and Posawetz 1990). Toutefois, l'étude anatomique osseuse Scénographique n'a pas montré de différences entre les patients atteints de rhinosinusite et des sujets contrôles (Jones, Strobl et al. 1997). L'occlusion de l'ostiumméatal secondaire à une anomalie anatomique ou un œdème muqueux a également été suggérée comme facteur potentiellement à l'origine un processus inflammatoire. (Ibid)

5-3- Facteurs allergiques :

Le facteur allergique a été proposé dans la physiopathologie de PNS au début des années 70. L'éosinophilie, la dégranulation des mastocytes et le taux élevé d'immunoglobuline (Ig) E fréquemment Rapportés dans des cas de PNS suggéraient que l'allergie pouvait être à l'origine de la PNS. Toutefois, Une simple rhinoscopie antérieure systématiquement réalisée dans une cohorte de 3000 patients au terrain atopique ne montrait des polypes que dans 0,5% d'entre eux (Ibid)

5-4- Facteurs environnementaux :

Certains facteurs environnementaux peuvent avoir de l'influence sur la PNS, notamment le climat, la pollution, le tabac et les allergènes. Bien que des patients rapportent la notion d'amélioration ou d'aggravation par des facteurs climatiques, ces derniers paraissent jouer un Rôle négligeable (Sellami-M,2019,2020, P86).

6. La symptomatologie de la polypose nasosinusienne :

La sémiologie d'une polypose nasosinusienne est dominée par des signes rhinologiques bilatéraux ;

6-1- Les symptômes majeurs :

L'obstruction nasale bilatérale, l'anosmie (perte totale de l'odorat), parfois associé à une perte de la flaveur (dénommée « perte du goût » par les patients), la rhinorrhée postérieure.

6-2- Les symptômes mineurs :

La rhinorrhée antérieure, la pesanteur faciale et les éternuements. Tout patient consultant pour des symptômes rhinologiques chroniques qui se plaint d'une anosmie, voire d'une perte complète de la flaveur, doit conduire à évoquer la présence d'une polypose nasosinusienne.

L'interrogatoire recherchera systématiquement des maladies extra-rhino logiques : otite séromuqueuse, foire otite chronique, asthme, dilatation des bronches, reflux gastro-œsophagien. La présence d'un trouble de la fertilité, d'une dilatation des bronches, de malpositions des viscères fera suspecter une dyskinésie ciliaire primitive ou une mucoviscidose. La présence d'une pathologie rénale, de troubles neuromusculaires et d'un asthme grave fera suspecter une maladie de système comme une maladie de Churg et Strauss.

(Bonfils -P, (2012), P22)

6-3- Les symptômes de la PNS retentissent sur la qualité de vie :

Retentissement de la PNS sur la qualité de vie il a été montré que la PNS retentit sur la vie quotidienne puisque l'obstruction nasale entraîne des troubles du sommeil et aggrave un ronflement ou un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). De plus, environ 30% des patients atteints de PNS ont des symptômes dépressifs. L'évaluation de la qualité de vie (QDV) des patients atteints de PNS primitive est donc un élément primordial à prendre en compte pour la prise en charge thérapeutique et psychique de la pathologie car elle permet d'appréhender la perception qu'a le patient de sa maladie, de son retentissement et du traitement.

- Congestion nasale :

-Risque x2 de troubles du sommeil

-Ronflement (>50% des PNS), aggravation du SAOS

- Rhinorrhée → toux qui aggrave les troubles du sommeil.
- Anosmie → agueusie, altération des comportements alimentaires. □La PNS retentit sur :

- Le bien-être : 30% des PNS ont des symptômes dépressifs.
- Le travail : concentration, productivité....
- La sécurité : accident de la route et domestiques. **(Papon-Jf, (2011), PP 17 18)**

7. Diagnostic de la polypose nasosinusienne :

7-1- L'interrogatoire :

Il doit préciser la présence d'un ou plusieurs symptômes associés à une pathologie nasosinusienne. L'identification des signes fonctionnels permet de définir le diagnostic de rhinosinusite et de guider les orientations étiologiques. Les Symptômes évalués sont aspécifiques, ils peuvent être chroniques ou évoluer par poussées :

- Les troubles de l'odorat : anosmie ou hyposomnie.
- L'obstruction nasale : sensation de congestion ou d'encombrement, gêne respiratoire nasale voire respiration exclusivement buccale.
- La rhinorrhée : mouchage pluriquotidien, écoulement antérieur ou postérieur.
- Les douleurs crânio-faciales : gêne, pesanteur voire douleurs.
- L'hyperréactivité nasale : prurit, éternuements en salve.
- Les saignements : mouchage teinté voire épistaxis:**(Papon, JF, (2023), P11).**

7-2- L'endoscopie :

Sur la présence d'une inflammation de la muqueuse nasosinusienne associée à la présence de polypes confirmée A l'endoscopie. A l'endoscopie score endoscopique de polypose nasale évalue la taille et le degré d'extension de la polypose par endoscopie nasale. L'examen tomodensitométrique des sinus n'est pas utile au diagnostic de PNS.

(Devouassoux-G, Guillemin Ault- L, Malard-O, et al (2023), P1)

7-3- Le bilan complémentaire de la PNS primitive :

7-3-1- Imagerie :

Elle repose sur une TDM réalisée sans injection, en coupes axiales et coronales. Son indication n'est pas systématique car la clinique suffit en général pour porter le diagnostic. Il est proposé en cas de doute diagnostique, lors d'un bilan préopératoire ou en cas de non contrôle des symptômes après un traitement médical ou chirurgical. Les opacités sinusiennes ne sont pas spécifiques des polypes et peuvent également traduire des phénomènes de rétention. La TDM permet de préciser l'extension sinusienne des opacités qui peut être quantifiée selon le score de Lund-Mackay. Dans ce score, les opacités sont classées en 3

stades (0 = Absence, 1 = partielle, 2 = totale) sur les sinus (maxillaire, ethmoïde antérieur, Ethmoïde postérieur, frontal, sphénoïde) et en 2 stades (0 =absent ou 2 = total) Sur le complexe ostio-méatal. Le score maximum est de 12 par côté. La TDM précise par ailleurs l'anatomie nasosinusienne (degré de pneumatisation des différentes cavités, hauteur et asymétrie des toits ethmoïdaux, déhiscences éventuelles des parois orbitaires et de l'étage antérieur de la base du crâne, rapports avec le nerf optique, la carotide interne et la selle turcique). La TDM permet aussi de mettre en évidence des foyers infectieux dentaires qui sont à rechercher notamment au niveau des dents sinusiennes. **(Papon, JF, (2023), PP13 14)**

7-3-2- Bilan allergologique :

En cas de suspicion clinique d'allergie associée à la PNS, le gold standard repose sur les brick-tests éventuellement complétés par le dosage des IGE spécifiques contre les pneumallergènes **(Ibid)**.

7-3-3- Biologie :

Aucun biomarqueur ne permet de faire le diagnostic de la PNS. Les tests biologiques ne sont indiqués que sur point d'appel pour :

- Rechercher une pathologie à l'origine d'un autre type de RSC.
- Apporter des arguments en faveur d'une inflammation T2 lorsque l'information est pertinente dans la démarche thérapeutique **(Ibid)**.

7-3-4- Olfactométrie :

L'évaluation de l'olfaction par Olfactométrie permet de préciser quantitativement et qualitativement le degré d'altération lors du bilan initial et lors du suivi des traitements. Plusieurs tests olfactifs validés sont disponibles dont le test américain university of Pennsylvania Smell

Identification test (UPSIT), et les tests européens: Sniffin'Sticks (SST)], l'European Test of Olfactory capability (ETOC)**(Ibid)**.

7-3-5- Epreuves fonctionnelles respiratoires :

Les explorations nasales (rhino-manométrie et rhinométrie acoustique) ont un intérêt pour quantifier l'obstruction nasale. En cas de suspicion d'asthme associé, une spirométrie avec test de bronchodilatation doit être pratiquée en première intention pour étayer le diagnostic. Si une PNS secondaire à une pathologie muco-ciliaire est suspectée, différents examens sont indiqués en fonction du tableau clinique pour rechercher une mucoviscidose

(test de la sueur, analyse moléculaire du gène CFTR) ou une Dyskinésie ciliaire primitive (mesure du débit nasal de NO, brossage nasal pour étude du battement ciliaire, biopsie nasale pour analyse de l'ultrastructure ciliaire en microscopie électronique).

L'examen tomodensitométrique des sinus n'est pas utile au diagnostic de PNS (**Ibid**).

8. Les maladies associées à la PNS et les facteurs de risques :

La polypose nasosinusienne est majoritairement liée à un mécanisme inflammatoire de type 2, elle est fréquemment associée à d'autres pathologies telles que l'asthme, les allergies respiratoires, la dermatite atopique, qu'il convient de rechercher.

8-1- Les maladies associées à la PNS :

8-1-1- Asthme :

L'association asthme et polypose est fréquente ; la prévalence de l'asthme est de 20 à 40 % chez les patients avec PNS1 (la prévalence de l'asthme est d'environ 20 % chez les patients avec rhinosinusite chronique (RSC) sans polypose et 5 % et 6,4 % dans la population générale). Il s'agit le plus souvent d'un asthme d'apparition tardive (> 12 ans). La présence d'une polypose nasale est associée à un asthme plus sévère et souvent moins bien contrôlé un asthmatique sévère sur deux aurait une PNS associée, la rhinosinusite chronique en elle-même est un marqueur de gravité, il existe une corrélation entre le niveau d'inflammation des voies aériennes supérieures et inférieures

-Diagnostiquer un asthme chez un patient atteint de PNS :

- Les signes cliniques : la dyspnée, la toux, les sibilantes respiratoires à l'auscultation.
- À la spirométrie : un trouble ventilatoire obstructif (TVO) réversible ↔ augmentation du VEMS (200 ml et 12 %) après β 2mimétiques de courte durée d'action mais l'obstruction.

8-1-2- Hypersensibilité à l'aspirine et AINS

Elle est retrouvée chez 15 % des patients avec PNS versus 0,6 à 2,5 % dans la population générale.

La polypose est plus sévère en cas d'association à une intolérance à l'aspirine, avec un recours à la chirurgie plus fréquente.

Le syndrome de Fernand Widal associe :

1. Un asthme.
2. Une rhino sinusite chronique avec ou sans PNS ; la polypose est présente dans 80 à 90 % des cas.

3. Et une intolérance à l'aspirine et/ou aux anti-inflammatoires Non-stéroïdiens (AINS).
4. Un asthmatique avec PNS a une probabilité de 30 % d'être affecté de syndrome de Widal.

Le diagnostic est basé sur l'histoire clinique et la chronologie des événements (maladies des voies aériennes inférieures, puis atteintes rhino-sinusiennes, puis intolérance à l'aspirine). Une prédominance féminine et une plus grande fréquence de la Rhinite allergique sont observées. Le test de provocation Orale à l'aspirine est rarement fait et n'est justifié qu'en cas de doute, il reste la référence diagnostique, Positif pour de faibles doses cumulées d'aspirine.

8-1-3- La rhino sinusite fongique Allergique (RSFA) :

La polypose nasale peut être associée à une hypersensibilité aux Allergènes fongiques.

-Les critères diagnostiques retenus Pour la RSFA sont :

- Une polypose diffuse avec un mucus épais élastique dans lequel sont observés quelques agents fongiques.
- Des opacités sinusiennes hétérogènes avec de fréquentes déformations régulières et un amincissement des parois sinusiennes au scanner.
- Une augmentation des IgE totales et spécifiques, une hyper éosinophilie- sanguine.

Rechercher la présence d'une mucine allergique dans les prélèvements anatomopathologiques.

Un asthme est très souvent associé.

8-1-4- Otites séromuqueuse :

Elle peut survenir au cours de l'évolution d'une PNS même bien contrôlée après un traitement chirurgical et local au long cours. Il s'agirait d'une atteinte commune des muqueuses des voies aériennes avec présence d'un épanchement rétro-tympanique riche En éosinophiles.

L'évolution de l'atteinte otologique ne semble pas corrélée à l'atteinte rhinologique et reste de traitement difficile

L'otite séromuqueuse traduit cliniquement par une anomalie Otoscopique et une surdité de transmission parfois sévère.

La prise en charge thérapeutique devrait être confiée à l'ORL.

8-1-5- Dermatite atopique (DA) ou eczéma Atopique

Près de 17 % des patients souffrant de polypose nasale présentent aussi une Dermatite atopique. Le diagnostic de la DA est clinique, une dermatose prurigineuse, récidivante, Touchant avec prédilection les plis de flexion.

Le rôle possible d'allergènes comme facteurs pérennisant de certaines DA de l'enfant peut conduire dans certains cas à des explorations allergologique.

8-1-6- L'œsophagite à éosinophile :

Elle reste encore peu recherchée, est associée à une inflammation de type T2. La présence d'une infiltration à éosinophiles de la muqueuse Œsophagienne permet d'établir le diagnostic.

8-2- Les facteurs de risques :**8-2-1- Le reflux gastroesophagien :**

Le reflux gastroesophagien dont la prévalence dans la population générale est de 10 % est un possible facteur de risque et d'aggravation de la rhinosinusite chronique. Chez les patients avec une rhinosinusite chronique la prévalence d'un reflux acide Et d'helicobater pilori dans la cavité nasale est supérieure chez les patients chez qui un RGO est associé. Chez ces patients, Les scores du questionnaire de qualité de vie (SNOT-22) sont Plus sévères.

8-2-2- Le tabagisme :

Le tabac est un facteur de risque connu des maladies inflammatoires respiratoires. L'exposition au tabac altère la muqueuse nasosinusienne, inhibe la clairance muco-Ciliaire et la régénération de la muqueuse épithéliale.

Il altère la réponse immunologique et peut jouer un rôle dans l'apparition de la rhinosinusite chronique associée à la polypose nasale.

9. La prise en charge de la polypose nasosinusienne :**9-1- Lavage de nez :**

Les lavages de nez au sérum physiologique ou à l'eau de mer font classiquement partie du Traitement médical de la PNS. De nombreuses études contrôlées randomisées ont montré L'efficacité des lavages au sérum salé hypertonique ou isotonique dans l'amélioration des Symptômes et de la qualité de vie des patients avec RSC [94]. Néanmoins, aucune étude

Contrôlée n'a prouvé leur efficacité seuls (sans corticothérapie locale) dans le cadre de la PNS.

(Bartier-S, coste-A, Bequignon-E, 2020 PP19,20)



Figure N 3: Lavage de nez

<https://images.app.goo.gl/Vu1beF7WBZbPJEbG6>

9-2- Traitement médicale :

Le traitement de la polypose nasosinusienne vu que la maladie est hétérogène, avec plusieurs Mécanismes conduisant aux mêmes signes cliniques, il est avant tout médical. Il repose Essentiellement sur la corticothérapie locale prescrite au long cours, associée à des cures courtes

Par voie générale. L'antibiothérapie peut être utilisée en cas de surinfection, la plupart des autres

Options thérapeutiques n'ont pas réussi à prouver leur efficacité.
(Sellami-M,2019,2020, P137)

9-3- Traitement chirurgical :

Dans la littérature internationale, la PNS est souvent résistante au traitement médical, d'oùL'importance de sensibiliser les médecins sur les limites du traitement médical dans cette pathologie, sur les complications engendrées par la corticothérapie au long cours, et de poser à temps une indication opératoire de chirurgie endoscopique nasosinusienne.

Le traitement chirurgical, trouve sa place en cas d'échec du traitement médical, ou en cas de récurrence, son but n'est pas de guérir une PNS, mais de permettre une meilleure action de la corticothérapie locale et de réduire la symptomatologie clinique.

Les techniques chirurgicales en matière de polypose nasosinusienne ont considérablement évolué (Sellami-M,2019,2020, P143).

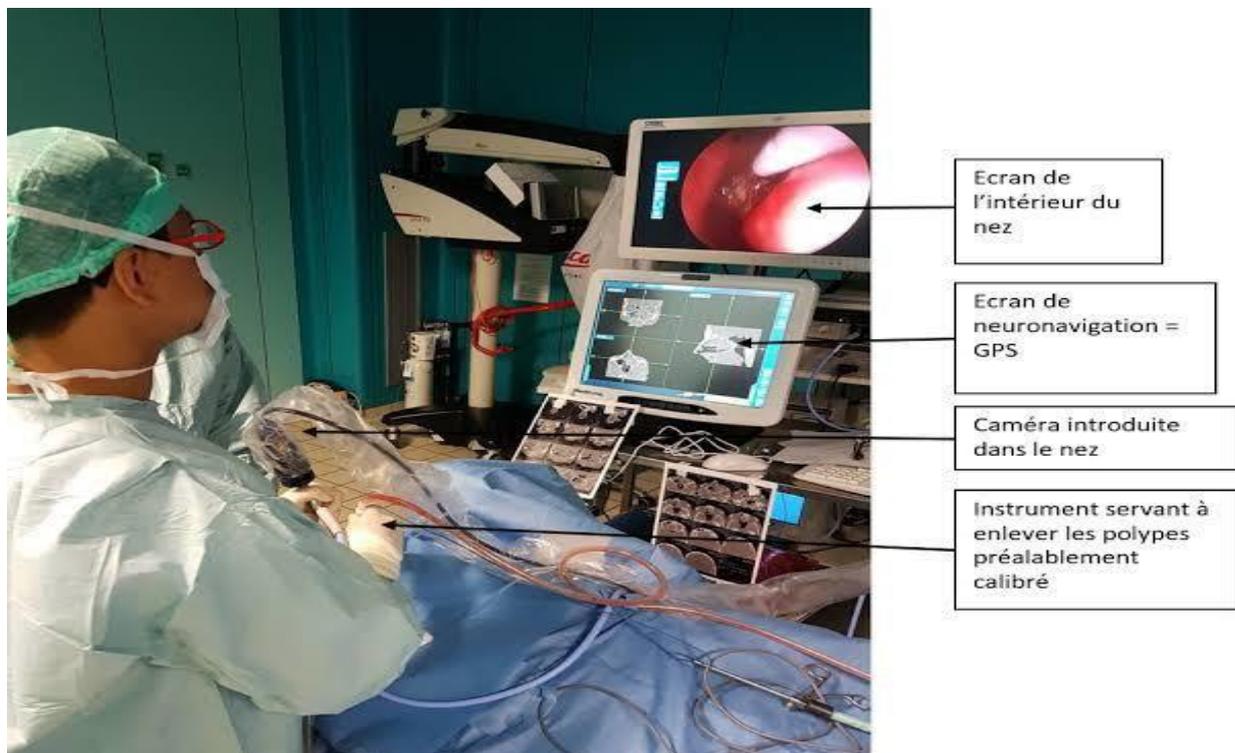


Figure N4: Chirurgie de la polypose

DR CHHUOR CHIRURGIEN ORL-NANTES

<https://images.app.goo.gl/5dPyAZv2j6yn8eGo6>

Synthèse :

En conclusion, la polypose nasosinusienne est une condition caractérisée par la croissance de polypes dans les cavités nasales et les sinus. Bien que ses causes exactes ne soient pas entièrement comprises, l'inflammation chronique des voies respiratoires supérieures joue un rôle clé dans son développement. Les symptômes incluent généralement une obstruction nasale persistante, une perte de l'odorat et des maux de tête. Le traitement consiste souvent en l'utilisation de corticostéroïdes pour réduire l'inflammation, tandis que la chirurgie peut être nécessaire dans les cas plus sévères ou réfractaires au traitement médical. L'objectif principal de la prise en charge de la polypose nasosinusienne est d'améliorer la qualité de vie du patient en réduisant les symptômes et en prévenant les récurrences.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule :

La méthodologie est essentielle pour mener une recherche de manière optimale, adaptée à sa nature et aux objectifs du chercheur. Il est impératif que le chercheur puisse expliquer et justifier chaque étape de son travail en présentant les méthodes et les outils utilisés.

Dans ce chapitre dédié à la méthodologie de recherche, nous débiterons par exposer les limites de la recherche, puis détaillerons la méthode choisie, le lieu de la recherche, et notre groupe de recherche avec les critères d'inclusion et d'exclusion. Nous mettrons en lumière les outils utilisés pour la collecte et l'analyse des informations, puis rapporterons le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête.

Enfin, nous aborderons l'attitude du chercheur et les difficultés rencontrées au cours de la recherche, concluant ce chapitre par une synthèse.

1. Les limites de la recherche :

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée au niveau de « CHU de Bejaïa unité Frantz fanon » service ORL.
- Limite temporelle : Du 05 mars 2024 au 11 avril 2024.
- Outils de recherche : Entretien semi directif et questionnaire MOS Sf 36.
- Limites de la taille de l'échantillon : peu de cas existent sur notre thématique de recherche.

2. Méthodes utilisées dans la recherche :

La recherche scientifique en psychologie, similaire à d'autres explorations scientifiques, se déroule selon un processus et une démarche rationnels visant à comprendre les phénomènes. Le choix de la méthodologie de recherche revêt donc une grande importance, en alignement avec les objectifs du chercheur.

2-1- La démarche qualitative :

Par ailleurs, pour l'analyse des données on a opté pour la méthode d'analyse qualitative pour traiter et décortiquer les données recueillies dans ce travail de recherche grâce au guide d'entretien est la méthode qualitative qui est une méthode qui repose sur une approche large et ouverte de l'objet d'étude, ainsi que les données recueillies et les techniques d'analyse sont majoritairement qualitatives. La méthode qualitative est définie comme une étude destinée à recueillir des éléments qualitatifs, qui sont – la plupart du temps - non directement chiffrables par les individus interrogés ou étudiés. Elle est le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs ou individuels ou par des observations en situation menées auprès d'échantillons

réduits. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements. (Kivits, 2016, p. 162). Les analyses qualitatives reposent principalement sur la construction de catégories d'analyses théoriques permettant de repérer des énoncés significatifs même lorsque leur apparition dans un corpus est minimale, voire unique.

Cependant, Une recherche en sciences humaines et sociales est constamment une expérience. En particulier, le champ qualitatif a beaucoup d'inconnues, étant donné que ses activités ne sont pas si prévisibles que celles de la recherche expérimentale.

Alors, l'enquête qualitative de terrain, une recherche qui comporte une relation personnelle aux sujets de l'enquête, essentiellement par des entretiens et l'observation des Pratiques au sein des milieux dans lesquels les acteurs évoluent. L'enquête est dite : « qualitative » notamment dans deux sens :

Tout d'abord, dans le sens où les instruments et les méthodes utilisés sont conçus, à la fois, pour collecter des données qualitatives (témoignages, notes de terrain. Images vidéo, etc.), et également, pour les analyser de manière qualitative (c'est-à-dire à dégager le sens plutôt qu'à les transformer en données), l'enquête est également dite qualitative dans un second sens, ce qui veut dire que tout le processus se déroule de manière naturelle », sans dispositifs sophistiqués ni situations artificielles, selon une logique proche des gens.

(Paillé & Mucchelli, 2021, p. 15).

Cette approche nous a permis une exploration approfondie des expériences individuelles, favorisant la description, l'interprétation et la compréhension des phénomènes. Donc, nous avons analysé les données de chaque cas, compte tenu des hypothèses de notre recherche en suivant les axes posés dans le guide d'entretien, et nous avons investis les axes du guide d'entretien et nous les avons interprétés cliniquement en se référant à l'approches théoriques adoptée dans notre recherche, à savoir, l'approche

En adoptant cette méthodologie, notre recherche devient plus exploratoire, offrant la liberté d'expression à la population étudiée et permettant la découverte de particularités et de singularités.

2-2- La méthode clinique :

Nous avons aussi choisi la méthode clinique pour vérifier nos hypothèses :

D'après Lagache elle envisage : « la conduite dans sa perspective propre, relève aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ».

Elle répond aux exigences de référence à la singularité des sujets et la totalité des situations concrètes. Elle utilise l'entretien, les tests et les échelles d'évaluation, le dessin et le jeu, l'observation, l'étude de cas.

(Lagache, 1949, cité dans Fernandez & Pedinielli, 2020, p. 14)

2-3- L'étude de cas :

L'étude de cas est une observation d'un sujet ou d'un petit groupe de sujets. Les études de cas sont utiles lorsqu'on essaie de connaître soit un phénomène qui n'est pas encore compris et donc requiert une exploration, soit des phénomènes psychologiques complexes qui sont difficiles à reproduire expérimentalement. **(Westend, 2000, P 63).**

Aussi, Stiles (2004) affirme que « l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres transmet l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée, situées données dans un contexte individualisé plutôt que dans la sphère des valeurs absolues », **(Schauder, 2012, p.2)**

Dans le contexte de nos objectifs de recherche exploratoire sur la qualité de vie des personnes atteintes de polyposse nasosinusienne, l'adoption de l'étude de cas se révèle pertinente.

Cette approche permet d'explorer des phénomènes nouveaux et complexes, tout en approfondissant les connaissances existantes sur des sujets déjà abordés, tels que la qualité de vie dans le contexte de la polyposse nasosinusienne.

En choisissant la méthode clinique et l'étude de cas dans une démarche qualitative, nous cherchons à vérifier nos hypothèses et à atteindre nos objectifs de recherche en examinant de près les conséquences de cette condition médicale. La rigueur et la discipline sont considérées comme essentielles pour mener à bien cette étude exploratoire.

3. Présentation du lieu de recherche :

Notre stage a été effectué au CHU de Bejaia, au service ORL unité Frantz Fanon, l'ancien hôpital de Bejaia qui a été construit en 1888.

Nous allons procéder à la description des lieux :

Ce service est constitué d'une salle de consultation à droite et de deux unités à gauche :
Service femmes et service homme.

A. Service femme :

Il y a un totale de trois chambres et de huit lits. Les deux premières chambres ont chacune Trois lits.et la troisième a deux lits. Juste à la rentrée on retrouve le bureau de l'assistante médicale principale, une salle de soin, une cuisine.

B. Service homme :

Il y a un totale de trois chambres et de huit lits. Les deux premières Chambres ont chacune trois lits. Et la troisième à deux lits. À fond une salle réservée pour les résidents.

C. Le personnelle :

- Aides-soignants : 02
- Infirmière diplômée d'état : 01
- Infirmière de santé publique : 02
- Infirmiers principaux : 01
- Assistante médicale principale : 01
- Orthophonistes : 03
- Médecins : 01 professeure, 02 maitres assistant, 01 assistant, 01 généraliste et 04 résidents.

4. Groupe de recherche :

4-1- Les critères d'inclusion :

- Les sujets adultes ayant plus de 18ans.
- Les sujets qui ont subis une chirurgie.

4-2- Les critères d'exclusion :

- Les sujets ayant moins de 18ans.
- Le niveau socioculturel** : cette dimension n'est pas prise en considérations car toutes personnes peuvent être atteintes de la polypose nasosinusienne.
- Le sexe** : critère d'exclusion car les deux sexes (femmes et hommes) peuvent être atteintes de polypose nasale.

5. Présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :

Nous avons recueilli des informations concernant les attributions et les caractéristique personnelles de l'échantillon étudié constitué de 05 cas, à savoir ; Age, situation, matrimoniale, niveaux d'instruction, profession, nombre d'enfant.

5-1- Les tableaux de représentation :

Cas	Age	Matrimoniale	Nombre d'enfants
1 H	21 ans	Célibataire	0
2 F	42 ans	Divorcée	2
3 F	31 ans	Mariée	1
4 F	26 ans	Célibataire	0
5 H	26 ans	Célibataire	0

Tableaux N° 01 : la représentation de l'échantillon selon les informations personnelles.

Cas	Niveaux d'instruction	Profession
1	Licence	Etudiant
2	Bac +2	Infirmière
3	Licence	Femme au foyer
4	Bac +5	Enseignant
5	Première année secondaire	Peintre et musicien

Tableaux N°02 : la représentation de l'échantillon selon leur profession.

6. Les outils de la recherche :

6-1- L'entretien de recherche :

La première action que nous avons fait après, la prise du contact avec les sujets de recherche, est d'entretenir avec eux, par un entretien clinique.

L'entretien clinique est défini par Alexandre, et ses collaborateurs comme :« *une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, les psychologues se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet qui vient en général exposer une souffrance, un conflit, une interrogation* » (Alexandre,2005, p.381)

Entretien clinique offre l'opportunité, la possibilité à un sujet (divisé) de dire, de se dire, et d'être écouté par un autre qui par sa disposition d'écoute invite à la parole. Mais, plus encore, il ouvre au possible, pour ce sujet, d'être entendu et d'entendre ce qui se dit, ce qu'il dit, y compris parfois, comme ce peut être le cas, lorsqu'un sujet est privé de voix, en « parlant » au clinicien au moyen de l'écriture.

En effet, dans l'espace d'interlocution particulier d'une relation dissymétrique dont s'ordonne l'instauration de l'entretien clinique, c'est à l'expérience de la parole et à sa fonction spécifique dans l'adresse à un autre, à la surprise, à l'énigme de la parole et à sa fonction spécifique dans l'adresse à un autre, à la surprise, à l'énigme de la parole, à son pouvoir de révélation et son impact, que convie le dispositif de cette situation clinique.

Soit une situation où les dimensions de l'inconscient et de ses effets, de la réalité psychique (Désir inconscient et fantasmes), celles des identifications et des transferts, ne peuvent être méconnues par le clinicien ou non prises en compte. Un clinicien qui se trouve lui aussi impliqué comme sujet, s'est-il- dire aussi comme psyché, et qui travaille avec cette implication. (Douville, 2009, p.134).

L'adaptation d'un entretien s'avère l'outil parfait pour accéder aux informations les plus ardues a détecté, ainsi que l'analyse du discours et de son contenu s'annonce vraisemblablement à un instrument d'investigation, qui ressort les points les plus profonds que l'on a besoins. (Jardin,2003, p.14)

L'entretien se révèle un outil indispensables et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leur, à leur représentation personnelle sur tel ou tel problème. Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique, c'est le terme « clinique» qui renvoie à un champ de pratiques spécifiques qui intéressent le domaine des soins en général, le modèle psychanalytique met l'accent sur les évènements inconscients, pulsionnels, les résistances et le transfert dans l'entretien.

Pour Freud, l'entretien psychanalytique a constitué une véritable méthode d'investigation du fonctionnement psychique, en même temps qu'une méthode thérapeutique permettant d'accéder au matériel refoulé, considéré comme pathologie.

Dans notre recherche nous avons opté pour un type d'entretien qui est l'entretien de type semi directif :

L'entretien semi directif s'annonce comme médiateur qui s'illustre comme un comprimé entre l'entretien directif et l'entretien non directif. (Castrede, 2003, p.93)

Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, elles sont poussées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin de la séquence d'association, l'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit (Chahraoui et Bénony, 2003, p.143).

L'entretien semi directif s'organise dans un cadre strict, le chercheur connaît les points précis qu'il désire aborder. Qui conserve un principe de liberté de parole, ils visent à obtenir un certain nombre de réponses, il peut être nécessaire de recadrer poliment son sujet si celle-ci s'écarte trop du sujet.

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien, celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ses axes porte un titre ou une thématique et ouvrent sur certains nombres de questions relatives à chaque axe.

Le guide d'entretien est le premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en question d'enquête. Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire (Blanchet et Gotman, 2014, p.58).

Dans ce sens, nous avons élaboré un guide d'entretien comprenant trente-et-un (31) questions en tout. (Nous avons en premier six (6) qui portent sur : les informations générales de sujet » l'objectif c'est de rapporter des informations sur la biographie du sujet, **L'axe numéro 01** intitulé : « informations concernant la polyposse nasosinusienne » est composé de six (06) questions, qui sont destinées à recueillir des informations sur l'expérience personnelle de quelqu'un ayant reçu un diagnostic de polyposse nasale. Elles portent sur le moment de diagnostic, les symptômes ressentis, l'impact sur la vie quotidienne, l'efficacité des traitements, l'altération des sens tel que le goût et l'odorat, et l'impact sur la qualité du sommeil.

Axe numéro 02 est sur (le vécu de la polyposse nasosinusienne) il contient dix (10) questions il se concentre sur le vécu personnel de la polyposse nasosinusienne et cherche à

explorer comment cette condition affecte divers aspects de la vie quotidienne, émotionnelle et sociale d'une personne. Les questions abordent l'impact sur les activités quotidiennes, le niveau d'énergie, la gestion de la douleur, les relations sociales, le soutien des proches, le sentiment d'isolement, l'estime de soi, les activités bénéfiques pour le bien-être, le besoin d'aide pour les tâches quotidiennes, et les objectifs visant à améliorer la qualité de vie malgré la maladie.

Axe numéro trois 3 intitulé (informations concernant le soutien familiale) comprenant six (6) questions cet axe se concentre sur le rôle du soutien familial dans la vie d'une personne atteinte de polypose nasale. Les questions portent sur l'implication de la famille dans la recherche d'informations sur la condition, la communication ouverte des préoccupations, la réaction face à la douleur et aux inconforts, l'accompagnement aux consultations médicales et l'influence du soutien familial sur les décisions concernant le traitement, comme la chirurgie.

Le dernier axe qui **l'axe numéro quatre 04** intitulé (le vécu après la chirurgie) porte sur les premiers jours de rétablissement, l'amélioration de la qualité du sommeil, la récupération des sens (comme le goût et l'odorat), et la satisfaction générale par rapport aux résultats de la chirurgie.

L'objectif de toutes les questions de guide d'entretien, est de détecter si un sujet qui souffre d'une polypose nasale a une bonne ou une mauvaise qualité de vie, pour ce fait on ne s'est pas seulement basé de notre guide d'entretien clinique semi directif mais aussi d'un questionnaire psychologique « MOS SF 36 » que nous allons présenter dans ce qui suit.

6-2- Le questionnaire MOS-SF36 :

Le questionnaire MOS SF-36 est une forme relativement courte, issue du questionnaire de la Medical Outcome Study, qui comprend 36 items répartis en 11 questions et destiné à obtenir une mesure générique de l'état de santé perceptuelle. Ce questionnaire n'est donc pas spécifique d'une maladie, il peut en outre aussi être administré à des populations générales.

Le MOS SF36 est l'instrument actuellement le plus utilisé internationalement. Il est validé en langue française et permet de réaliser des comparaisons également avec d'autres pathologies.

Il est constitué de 36 items, avec des modalités de réponse de type échelle de Likert, répartis sur 8 dimensions :

- Activité physique (Physical Functioning) ou PF : question 3 composée de 10 sous questions ;
- Limitations dues à l'état physique (Role Physical) ou RP : question 4 composé de 4 sous questions ;

- Douleur physique (Bodily Pain) ou BP : question 7 et 8 ;
 - Santé perçue (General Health) ou GH : questions 1, 2, 3, 4,6 et 8 ;
 - Vitalité (Vitalité) ou VT : question 9 composée de 4 sous questions (i, e, c, a) ;
 - Vie et relations avec les autres (Social Functioning) ou SF : questions 6 et 10 ;
- Santé psychique (Mental Health) ou MH : questions 9 composée de 4 sous questions (h, f, d, g, b) ;
- Limitations dues à l'état psychique (Role Emotional) ou RE : questions 5 composée de 3 sous questions.

Chaque domaine (ou échelle) est exploré par un nombre de questions différent.

Les réponses à ces questions permettent d'établir un score par domaine. Ce score est obtenu en plusieurs étapes (**Leplège et al, 2001, p.139-151**).

Calculer des scores du questionnaire MOS- SF 36 :

Le questionnaire MOS-SF36, se constitue de plusieurs sous échelles et chacune d'elle contient un nombre différent de réponse et défèrent cotation, comme on l'a mentionnée déjà. Le tableau suivant illustre le nombre d'items et la cotation de chaque réponse :

Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)	Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenu (sur 100)
1,2,6,8,11b , et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g, et 9i	1	0 point
				2	20 points
				3	40 ponts
	2	75 points		4	60 points
	3	50 points		5	80 points
	4	25 points		6	100 points
3a, 3b, 3c, 3d ,3e, 3f, 3g, 3h, 3i, et 3g	1	0 point			
	2	50 points			
	3	100 points			
4a, 4b, 4c,	1	0 point	10, 11a,11c	1	0 point

4d,5a,5b et 5c	2	100 points	2	25 points
			3	50 points
			4	75 points
			5	100 points
7,9a,9d, 9e, et 9h	1	100 points		
	2	80 points		
	3	60 points		
	4	40 points		
	5	20 points		
	6	0 points		
Dimension	Calcul du score		Dimension	Calcul du score
PF=	Somme des notes		VT= vitalité	Somme des notes
Fonctionnement physique	obtenues aux items 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f,3f, 3g, 3h, 3i, et 3j divisée par 10			Obtenues aux items 9a, 9e, et 9i divisée par 4
RP= limitation Physique	Somme de note obtenue aux items 4a,4b, 4c et 4d divisée par 4		SF= Fonctionnement Sociale	Somme des notes obtenues aux items 6 et 10 divisée par 2
BP= douleur Physique	Somme des notes obtenues aux items 7 et 8 divisée par 2		RE= Limitation Émotionnelle	Somme des notes obtenues aux items 5a,5b, 5c divisée par 3
GH= sante Générale	Somme des notes obtenues items 1, 2, 11a, 11b, 11c, et 11d divisée par 6		MH = sante mentale	Somme des notes obtenues aux items 9b, 9c, 9d, 9f, et 9h divisée par 5
Score Physique	Somme des scores obtenues aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4		Score mentale	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus Divisée par 4

Tableau N° 03 : Calcule des scores du questionnaire MOS SF-36

7. Déroulement de la recherche :

a. La pré-enquête :

C'est une étape très indispensable pour toute notre recherche, elle nous a permis de collecter les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre population d'étude, d'apporter les correctifs et enrichissements nécessaires pour notre guide d'entretien et d'avoir une meilleure maîtrise dans l'application de nos outils, et par la suite élaborer nos hypothèses. La pré-enquête « elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments questionnaire, analyses de documents- prévus pour l'enquête, si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs » (Grawitz, 2001, P 526).

Par ailleurs, « La pré-enquête est une phase de terrain Asie précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valide, fiable, renseignées, argumenter et justifier de même la pré-enquête permet de fixer, une meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien fanaux que partiels que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèse »(Omar, Aktouf, 1987, p, 102).

On s'est mis dès le début à effectuer une recherche bibliographique, que ça soit au sein de la bibliothèque de notre université, sur internet ou en sollicitant des enseignants de notre université ou d'ailleurs, afin d'avoir un certain bagage théorique qui va nous permettre de désigner notre variable dépendante et d'élaborer notre question de recherche, et plus tard nos chapitres théoriques. Ensuite, nous avons procédé à une exploration du terrain au niveau du CHU de Bejaia, unité de Frantz Fanon, au service ORL, cela pour mieux cerner notre thème de recherche.

Nous nous sommes présentés comme étant des étudiantes de psychologie clinique en master II à l'université d'Abderrahmane Mira de Bejaia, afin d'arriver à réaliser notre travail de recherche. L'orientation des médecins ainsi que de personnel du service d'ORL nous a suffisamment aidés pour pouvoir travailler tranquillement. Durant cette pré-enquête, nous avons effectuait des visites au niveau du service concerné pour sélectionner notre population d'étude.

Nous avons demandé au docteur SELLAMI (professeur en orl et chirurgie maxillo-faciale) de nous citer quelque nom de ses patients (polypose nasale) pour faire l'entretien et

passer le test MOS.SF36. Lui-même a demandé à l'assistante médicale principale de convoquer les malades par téléphone et de prendre un RDV avec eux, par suite l'orthophoniste monsieur ABBASSI nous a présentés un patient atteint de la polypose nasale et on a pu effectuer le guide d'entretien avec lui qui a duré 30min car le sujet maîtrise la langue française,

Le deuxième est un jeune homme que l'assistante médicale nous a donné son contact, il a accepté de répondre à notre guide d'entretien et au questionnaire MOS SF36 par appel téléphonique, le jeune aussi maîtrise la langue donc cela nous a pris 1h pour terminer.

Cette première exploration revêt une importance capitale dans toute recherche scientifique, car elle vise à définir les hypothèses de l'étude et par conséquent, les objectifs visant à délimiter notre population d'étude.

b. L'enquête :

Une enquête n'est pas une finalité en soi, Mais un outil et un processus pour obtenir et valider de l'information destinée à l'analyse. Pour commencer nous allons illustrer le concept enquête en premier puis nous passerons à son élaboration dans notre recherche.

En matière des sciences sociales, l'enquête de terrain est la procédure méthodologique appropriée à la recherche empirique. C'est le processus qui permet d'obtenir, l'information relative aux phénomènes de société, d'économie, d'espace, etc., en vue de son analyse. Elle vise l'observation et la compréhension des phénomènes de société tels que les comportements, les systèmes relationnels, les comportements de consommation, les attitudes et les opinions.

L'enquête est définie comme :« l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé » (**Blanchet & Otman, 2014, p. 35**).

Dans ce contexte, notre enquête s'est déroulée auprès personnes atteintes d'une polypose nasosinusienne entre le mois de mars et le mois d'avril. Les participants à notre étude ont démontré une grande collaboration.

La plupart d'entre eux ont fait tout leur possible pour nous fournir les informations souhaitées. Ils étaient très motivés pour faire partie de l'enquête et ont montré de la compassion et de la motivation.

Cependant, avant de lancer notre enquête, nous avons demandé leur consentement libre et éclairé. Nous les avons également éclairés sur l'objectif général de la recherche et sur le respect de la confidentialité des informations transmises, tout en précisant l'anonymat et le fait que les données collectées ne servaient qu'à la recherche scientifique.

Un consentement éclairé suppose que le participant soit informé des objectifs de la recherche ainsi que des risques potentiels, y compris les désagréments éventuels.

Ainsi, nous avons maintenu les rendez-vous fixés selon le temps libre des sujets concerner les outils ont été administrés par téléphonique et par e-mail car ils ne peuvent pas se déplacer au CHU, et chaque patient a ces raisons.

Déroulement de l'entretien diffère d'un sujet à l'autre, avec une estimation moyenne d'une demi-heure.

Nous avons également utilisé la traduction des instruments car certains des participants de la recherche ne maîtrisaient pas la langue française. Par conséquent, les entretiens ont été menés en langue arabe. Pour la collecte des informations communiquées par les sujets de recherche, nous sommes contents de prendre des notes sur un agenda.

En second temps, nous avons poursuivi avec l'administration de questionnaire de qualité de vie MOS SF 36 que nous avons sélectionné avec notre superviseur. La passation de cet outil été faite de la même manière que l'entretien Nous avons donc présenté le questionnaire aux participants et les avons encouragés à nous questionner en cas d'incompréhension de leur part.

À l'issue de chaque entretien semi-directif et de chaque session de questionnaires, nous avons exprimé notre appréciation aux participants pour leur engagement dans notre recherche et pour le temps généreusement accordé à répondre à nos interrogations.

Or, nous avons procédé pour analyser les résultats des outils psychométriques comme suit: Réaliser une interprétation globale des scores obtenus, évaluation du niveau global, évaluation des niveaux partiels, analyse clinique des données, analyse des items, décrire précisément et avec honnêteté les scores. Comme nous l'avons vu précédemment l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ses axes se porte un titre ou une thématique et ouvrent sur un certain nombre de questions relatives à chaque axe. Le guide d'entretien c'est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en question d'enquête (pour les interviewés). Le degré de formalisation du guide est fonction de l'objet d'étude (multi dimensionnalité), de l'usage de l'enquête (exploration, principale ou complémentaire) et du type d'analyse que l'on projette de faire.

(Blanchet, et Gotman, 2014. p.58).

Dans ce sens, nous avons élaboré un guide d'entretien de 20 questions en tout (pour l'ensemble des questions voir annexe n°2). Trois questions portent sur : « les informations générales sur le sujet » qui ont pour objectif de rapporter des informations sur la biographie du

sujet. Ensuite on a dû faire trois volets du guide d'entretien, un avec les malades porteurs d'une polypose nasosinusienne.

8. Attitude de chercheure :

Dans ce type d'entretien, dans la mesure c'est le clinicien qui cadre le discours, ce dernier n'est pas passif et ne se contente pas d'observer l'interlocuteur qui parle. Ainsi le clinicien a recours dans l'entretien clinique à différents types d'interventions, les relances, les interrogations ou les reformulations (**Benony, Chahraoui, 1999, p.17**).

- Non directivité

La notion de l'attitude clinique est proche de la conception rogérianne de la non-directivité qui peut se définir de la manière suivante : La notion non-directivité, c'est d'abord une attitude par laquelle le thérapeute se refuse à tendre à imprimer au client une direction quelconque, sur un plan quelconque, se refuse à penser ce que le client doit penser, sentir ou agir d'une manière déterminée. Il s'agit donc d'une attitude où la centration sur le sujet est l'élément essentiel

(**Benony, Chahraoui, 1999, p.17-18**).

- Respect

L'attitude relève d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect du sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code déontologie de psychologue signé par les associations représentant les psychologues et les enseignants de psychologie le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues, cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur liberté, de leur protection, du secret professionnel et implique le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Au niveau de l'entretien clinique, l'on doit appliquer cette position éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas toujours en soi une valeur négative mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le sujet

(**Benony, Chahraoui, 1999, p.18**).

- Neutralité bienveillante

La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : La neutralité bienveillante. Le clinicien ne doit pas formuler de jugement, de critiques ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais doit

s'associer à la bienveillance ; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement (**Benony, Chahraoui, 1999, p.19**).

- **Empathie**

Une dernière dimension de l'attitude clinique est compréhension empathique ; il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive.

Selon C. Rogers, il s'agit de, de sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si »... Sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient vôtres, et cependant sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que nous essayons de décrire. L'empathie de clinicien apparaît comme un principe clé de la psychothérapie et de son efficacité (**Benony, Chahraoui, 1999, p.19**).

-**L'engagement :**

Dans le courant sociologique, certains auteurs abandonnent cette notion de neutralité et adoptent une attitude d'« engagement». Selon Kaufman (2007), celui qui pose des questions doit s'engager car s'il reste dans une position neutre, son interlocuteur ne se livre pas, il n'ose pas donner son avis, ses opinions profondes. « C'est l'exact opposé de la neutralité et de la distance qui convient : la présence forte, bien que discrète, personnalisée de l'enquêteur » (**Kaufman, 2007, p.53**).

9. Difficultés rencontrées :

Toute recherche bien menée se confronte toujours à d'énormes difficultés qui apparaissent parfois comme des obstacles majeurs pour son bon déroulement. En notre qualité d'étudiant en psychologie - débutant en recherche- nous sommes encore plus exposés à ces problèmes qui n'épargnent pas les professionnels eux-mêmes. Néanmoins ces difficultés ne constituent pas des obstacles infranchissables qui pourront bloquer la recherche ; elles enrichissent l'analyse lorsque celles-ci trouvent les solutions adéquates et appropriées pour les dépasser. Ici dans cette étude, les plus importantes difficultés à laquelle nous nous sommes confrontés est : le problème d'accès à la documentation sur la polypose nasosinusienne, et carence d'études antérieures, sachant que c'est une variable médicale.

La difficulté d'accès aux CHU DE Bejaia, La période consacrée à la recherche qui a été très insuffisante pour effectuer un bon travail, La difficulté de faire un entretien avec certains malades, et parfois le refus de quelques patients à la participation dans notre recherche surtout

que c'est des malades opérés et sortants. Rajoutant à tout ça les problèmes rencontrés avec l'administration de l'hôpital pour notre dossier de stage.

Synthèse :

Ce chapitre nous l'avons consacré à la méthodologie qui joue un rôle principal dans notre recherche qui porte sur « le vécu psychologie des enfants orphelins », elle nous a permis d'assurer une bonne organisation de notre travail d'investigation, comprendre et connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Mais, aussi apprendre l'utilisation des techniques à suivre, vu le guide d'entretien, l'échelle de la qualité de vie (SF-36)) afin de recueillir des informations sur les sujets traiter. Le prochain chapitre sera consacré à présenter et analyser les résultats de la recherche puis discuter les hypothèses.

CHAPITRE V

Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule :

Ce chapitre présente une analyse détaillée des données recueillies auprès de cinq participants, combinant entretiens semi-directifs et questionnaire MOS SF36.

Nous commencerons par une présentation des participants, puis nous examinerons les résultats des entretiens et des questionnaires.

Enfin, nous discuterons des hypothèses formulées pour notre étude, en mettant en évidence les conclusions et les implications.

1. Présentation du cas de M.djamel Eddine :

1-1- l'analyse de l'entretien clinique :

Djamel Eddine est un étudiant dynamique de 21 ans, célibataire et passionné par le domaine du droit. Il a récemment obtenu sa licence en droit, démontrant ainsi son engagement et sa persévérance dans ses études. Bien qu'il vienne d'un milieu socio-économique moyen, il aspire à réussir et à s'épanouir dans sa carrière professionnelle.

Lors de l'entretien, Djamel Eddine a partagé son parcours depuis le diagnostic de polypose nasosinusienne **en janvier 2024**, soulignant les défis qu'il rencontre au quotidien. Il a décrit une série de symptômes débilitants, notamment une obstruction nasale droite, une perte de l'odorat, des saignements, une perte de la sensation gustative et des difficultés d'expression orale avec des mots sortant par le nez.

Ces symptômes ont un impact tangible sur sa vie quotidienne, il nous a déclaré qu'il souffre des problèmes respiratoires, des difficultés à s'endormir jusqu'à trois heures après s'être couché et des épisodes de ronflement qui perturbent son sommeil. Il a dit « **Malgré les traitements entrepris, les symptômes sont toujours persistants** ». Il a également partagé l'impact émotionnel de la polypose nasale sur ses sens du goût et de l'odorat, notant qu'il a du mal à différencier les saveurs lors des repas et même à percevoir les parfums. Cette altération sensorielle ajoute une autre dimension à ses difficultés quotidiennes, exacerbant encore ses problèmes de qualité de sommeil et soulignant la nécessité d'une gestion efficace de sa condition médicale.

En effet, Djamel Eddine a répondu aux questions avec facilité et assurance. Il a régulièrement exprimé les difficultés liées à sa respiration. Il a dit : « **Je me sens toujours incapable à cause de ma respiration entravée.** » Cette condition affecte également son niveau d'énergie, avec une fatigue persistante, notamment la nuit en raison de l'insomnie, Ils a dit aussi

: « **Je ne suis pas en bonne forme le matin.** » Bien qu'il ne ressente pas de douleur physique, Il ressent un malaise généralisé, en particulier au niveau de la respiration et de l'odorat.

Sur le plan social, il note un sentiment croissant de nervosité et d'isolement, déclarant : « **Je deviens nerveux et je m'isole souvent des autres.** » Heureusement, sa famille le soutient, comprenant pleinement sa maladie. Même s'il se sent parfois isolé, jouer à des jeux vidéo lui apporte un certain réconfort. Bien qu'il n'éprouve pas actuellement le besoin d'aide supplémentaire pour ses tâches quotidiennes, il envisage des objectifs visant à améliorer sa qualité de vie malgré sa maladie.

Djamel Eddine témoigne que sa famille participe activement à la recherche d'informations sur la maladie pour mieux comprendre sa situation, et qu'ils l'ont même accompagné lors de son opération. De plus, il a dit « **ma sœur est médecin elle m'a beaucoup aidé à comprendre ma situation et aussi Comprend l'intervention chirurgicale pour ne pas avoir peur et avoir confiance en moi** ». Le partage ouvert des préoccupations avec la famille est également souligné, bien que ses parents expriment des craintes face à l'opération. En termes de gestion quotidienne de la maladie, la famille est décrite comme toujours présente pour aider à soulager les douleurs et les inconforts, et à soutenir le patient dans son processus de guérison.

Finalement, il a répondu à notre question « **Est-ce-que le soutien familiale a joué un rôle dans votre décision de subir la chirurgie de la polyposé nasale ?** » en précisant que : « **oui ils m'ont beaucoup encouragé pour subir la chirurgie pour mon bien** » nous concluons que le soutien familial joue un rôle crucial dans le bien-être des personnes souffrant d'une maladie.

Après la chirurgie, le patient a dit que ses premiers jours de rétablissement après la chirurgie étaient difficiles en raison d'une douleur intense et de la fatigue. Cependant, il ajoute aussi une amélioration concernant la qualité de son sommeil qu'une amélioration de la qualité de son sommeil. De plus, le patient rapporte avoir récupéré ses sens après l'intervention.

Enfin, il exprime une grande satisfaction quant aux résultats de la chirurgie jusqu'à présent, mettant en avant une meilleure respiration et une satisfaction remarquable quant à la récupération de ses sens (le goût et l'odorat). Ces déclarations indiquent une expérience globalement positive après la chirurgie, avec des bénéfices tangibles en termes de confort et de qualité de vie.

1-2- L'analyse de questionnaire généraliste de qualité de vie :

Dimensions	Dimensions physiques				Dimensions mentales				QDV Globale
	PPF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	85	50	77.5	62.5	35	37.5	33.33	48	53.6
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.78	52.15	64.30

Tableaux N° 04 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 et le degré de la qualité de vie chez Djamel Eddine.

A. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de $85 > 70.61$
- Limitation physique RP qui est de $50 < 52.92$.
- Douleur physique BP qui est $77.5 > 70.38$
- Santé générale GH qui est de $62.5 < 78.77$

B. Les dimensions mentales :

- Vitalité VT qui de $35 < 70.38$.
- Fonctionnement sociale SF qui est de $37.5 < 65.78$ □ Limitation émotionnel RE qui est de $33.33 < 56.93$.
- Santé mentale MH qui est de $48 < 52.15$.

La qualité de vie de Djamel Eddine est perçue à 53.6 en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est 64.30 elle est très basse. On a remarqué une estimation très basse dans le fonctionnement social (SF) qui est de $35.5 < 65.78$, La santé mentale (MH) qui est de $48 < 52.15$, limitation due à l'état émotionnel (RE) qui est de $33.33 < 56.93$, Et enfin la vitalité qui est de $35 < 70.38$, On juge que le patient a une mauvaise qualité de vie

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOSSF-36 on a constaté que le patient présente une mauvaise qualité de vie avec un score de 53.6, Cela est en relation avec sa santé mentale et fonctionnement social.

2. Présentation du cas de Fatima :

2-1- L'analyse de l'entretien clinique :

Fatima âgée de 42 ans, est une mère divorcée de deux enfants. Elle a obtenu un diplôme de niveau bac +2 et exerce la profession d'infirmière.

Elle a été diagnostiquée avec une polypose nasosinusienne **en novembre 2023**. Elle nous a soulignés que ses symptômes incluent une toux chronique, un nez constamment bouché, des maux de tête, une douleur faciale, une perte d'odorat, d'appétit et de goût. Elle a dit : « **La perte d'odorat affecte profondément mon quotidien, notamment dans ma capacité à percevoir des moments agréables comme l'odeur des fleurs ou celle de mon enfant.** »

En outre elle exprime des inquiétudes quant aux risques liés à cette perte sensorielle, comme ne pas détecter une fuite de gaz. Sur le plan professionnel elle nous a répondu: « **dans mon quotidien professionnel, j'ai la sensation d'être une infirmière de moins bonne qualité, l'odorat chez nous est important, elle permet de détecter les infections et d'évaluer des plaies.**»

Son traitement actuel comprend un lavage nasal deux fois par jour et une pulvérisation nasale de corticoïdes, mais elle ressent que cela n'est efficace que lorsque la maladie est en phase plateau. Elle souligne également la limitation de son odorat et de son goût, ce qui affecte sa perception des aliments et son plaisir de manger. Enfin, ses perturbations de sommeil ont un impact négatif sur son quotidien.

Fatima a exprimé sa nécessité d'être attentif à sa respiration, affirmant qu'elle se fatigue facilement. Elle a souligné l'importance de la marche régulière et des activités en piscine pour pallier ce problème. En dépit de ses difficultés respiratoires, elle a indiqué que cette maladie affecte son niveau d'énergie.

En ce qui concerne la question sur les douleurs elle nous a répondu **par : « les douleurs ont un impact sur mon humeur, c'est difficile de supporter les critiques des patients quand j'ai des maux de tête mais la technique de respiration m'aide beaucoup à gérer ».**

Les relations sociales ont été abordées, avec l'admission que parfois la douleur le pousse à se retirer et à rester au lit, malgré son métier très social. Elle a également partagé ses préoccupations concernant l'impact de sa maladie sur ses proches, en expliquant que comprendre la maladie était une chose, mais l'accepter en était une autre, surtout lorsqu'elle interfère avec des activités simples.

Bien qu'elle ne ressente pas actuellement le besoin de médicaments, elle a souligné sa vigilance envers son corps et son environnement pour éviter les poussées de la maladie. Ses stratégies de gestion incluent une alimentation saine, la pratique régulière du sport et la recherche de moments de calme.

Enfin elle a dit :« **mon seul objectif est de sentir l'odeur de mes enfants, un équilibre psychologique, pour ne pas sombrer dans le syndrome dépressif de la maladie** »

Elle a expliqué que sa famille ne cherche pas activement d'informations sur sa maladie car elle-même ne demande pas leur implication, et qu'ils sont tous occupés avec leurs propres vies.

Elle a souligné qu'aucun membre de sa famille ne perçoit sa souffrance car elle ne la partage pas, d'autant plus qu'elle vit loin d'eux, seule avec ses enfants. Elle a également noté que ses proches ne l'accompagnent pas lors de ses consultations médicales ajoutant : « **Ma famille n'a pas influencé ma décision de subir la chirurgie, c'était une décision que j'ai prise seule** ».

Fatima a décrit ses premiers jours après la chirurgie comme étant légèrement inconfortables elle a dit : « **j'ai eu des douleurs autour de mon nez, at aussi des maux de tête** ». Cependant, elle a souligné que sa qualité de sommeil s'était considérablement améliorée depuis l'opération. De plus, elle a noté avec satisfaction qu'elle avait retrouvé ses sens, elle nous a dit avec joie : « **c'est la chose la plus importante car je peux sentir mes enfants et de les protéger des dangers tel que la fuite de gaz** »

En conclusion, Fatima s'est dite satisfaite des résultats de la chirurgie, ce qui souligne l'impact positif qu'elle a eu sur sa vie quotidienne.

2-2- L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

	Dimensions physiques				Dimensions mentales				
Dimensions	PFP	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globale
QDV	80	75	65	33.33	40	75	33.33	56	57.20
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.78	52.15	64.30

Tableaux N° 05 : : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 et le degré de la qualité de vie chez Fatima.**A. Les dimensions physiques :**

- Fonctionnement physique PF qui est de $80 > 70.61$
- Limitation physique RP qui est de $75 > 52.92$.
- Douleur physique BP qui est $65 < 70.38$
- Santé générale GH qui est de $33 < 78.77$

B. Les dimensions mentales :

- Vitalité VT qui de $40 < 70.38$.
- Fonctionnement sociale SF qui est de $75 > 65.78$
- Limitation émotionnel RE qui est de $33.33 < 56.93$.
- Santé mentale MH qui est de $56 > 52.15$.

La qualité de vie globale et distinguée et évaluée à 57.20 elle est un peu élevée en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 64.30. On a remarqué une estimation très élevée dans le fonctionnement physique (PF) qui est de $80 > 70.67$, Et sentimentale (MH) qui est de $56 > 52.15$. On a aussi remarqué une estimation très basse dans vitalité qui est $40 < 70.38$, Et dans limitation due à l'état émotionnelle (RE) qui est de $33.33 < 56.78$, et dans sante générale (GH)

$33.33 < 78.77$. D'après le score général obtenue qui est de 57.20 la patiente a une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOSSF-36 on a constaté que le patient présente une mauvaise qualité de vie avec un score de 57.20, Cela est en relation avec sa sante générale et limitation due à l'état émotionnelle et la vitalité.

3. Présentation du cas de Zineb :

3-1- L'analyse de l'entretien clinique :

Zineb âgée de 31 ans, est une mère au foyer ayant obtenu une licence en Gestion des Ressources Humaines.

La patiente été diagnostiquée avec la polypose nasosinusienne **en 2015**. Elle décrit les principaux symptômes qu'elle a ressentis, notamment des troubles de l'odorat, des altérations du goût, des douleurs faciales et une obstruction nasale persistante. Concernant la 3eme question « **comment ces symptômes affectent-ils votre quotidien** » Elle dit : « **Déjà le fait d'avoir en permanence le nez qui coule et bouché, je ne me sens pas très à l'aise. J'ai des troubles de sommeil et qui dit trouble de sommeil dit fatigue, irritabilité, difficultés de travail.** »

Bien que les traitements aient été efficaces pour réduire les symptômes, elle mentionne : « **Il fallait que je prenne tous les trois mois des antibiotiques et des corticoïdes.** » Elle explique également comment la polypose nasale a affecté ses sens du goût et de l'odorat, en disant : « **J'ai besoin d'ajouter du sel, du poivre, des épices car rien n'a de goût.** » la polypose nasale a également eu un impact négatif sur son sommeil, laissant la patiente se réveiller fréquemment pour se moucher, ronfler en raison de la congestion nasale, et parfois se réveiller avec des douleurs nasales.

L'entretien de Zineb met en évidence les nombreux défis que la polypose nasale pose dans sa vie quotidienne. Ses activités, telles que le travail et les tâches ménagères, sont entravées par son essoufflement constant et la perte de sensation de goût, ce qui altère son plaisir de cuisiner. Elle dit : « **je n'arrive pas à finir une tâche complètement, je suis tout le temps essoufflé. J'ai besoin d'ajouter du sel, du poivre, des épices, car rien n'a de goût. J'ai complètement perdu le plaisir de cuisiner, donc quand je cuisine, je préfère demander de l'aide.** »

De plus, la maladie affecte son niveau d'énergie en causant de la fatigue, des difficultés à l'effort et une baisse de performance, entraînant ainsi une dégradation de son image de soi.

Les douleurs qu'elle ressent, notamment au niveau du front, et ses difficultés respiratoires ont un impact négatif sur son bien-être général, affectant son sommeil et sa capacité à se sentir reposé. Elle décrit : « **je dors mal et je me réveille la nuit avec le nez bouché. Je suis fatiguée, j'ai besoin de me moucher tous les matins, j'ai mal au front, des difficultés à l'effort, un essoufflement.** »

Sur le plan social, la maladie provoque parfois une incompréhension de la part de son entourage, qui peut mal **est mal perçue parL'entourage. Quand je dis que je suis fatiguée,**

on me traite de rabat-joie. » Bien que Zineb ne ressente pas d'isolement en raison de sa condition, elle exprime des changements dans sa perception de soi depuis le diagnostic, avec un espoir initial de guérison. Elle dit : « j'avais un peu d'espoir que cette maladie ça se soigne. Pour son bien-être, Zineb trouve du réconfort dans des activités spécifiques telles que les lavages quotidiens du nez. Elle reconnaît également avoir besoin d'aide pour accomplir certaines tâches en raison de son essoufflement constant. Elle indique aussi : « **oui, je demande toujours à ce que le plat que je prépare soit salé ou sucré. Je demande toujours de m'aider à finir une tâche parce que je suis tout le temps essoufflé.** » L'entretien souligne l'importance du soutien familial dans le parcours de Zineb face à la polypose nasosinusienne. Ses propos révèlent que bien que sa famille ne soit pas activement engagée dans la recherche d'informations sur la maladie, ils posent des questions pour mieux comprendre sa situation, comme elle le dit : « **Non, ils posent juste des questions pour mieux comprendre ma situation.** » Elle partage ouvertement ses préoccupations avec eux, notamment avec son mari, qui lui apporte un soutien pratique en l'aidant dans les tâches ménagères et en lui permettant de se reposer. La patiente confie : « **Ils sont compréhensifs quand je leur dis que je suis fatiguée, Ils s'inquiètent quand j'ai des douleurs, le nez qui saigne.** »

Bien que ses proches ne l'accompagnent pas aux consultations médicales, leur soutien a été crucial dans sa décision de subir une chirurgie pour la polypose nasale. Elle explique : «

Avant, j'avais peur de passer à la chirurgie, mais avec le soutien de mon conjoint, il m'a convaincu que la chirurgie est la seule solution pour mettre terme à la souffrance que j'ai subie à cause de cette maladie. »

De même elle a partagé avec nous son vécu post-chirurgie. Elle décrit ses premiers jours de rétablissement comme une période soulagement exprimant sa satisfaction quant aux résultats obtenus. Elle déclare : « **avec ces premiers résultats je respire à nouveau plein poumon, je trouve une bonne partie de mon odorat et de goût, je retrouve les plaisirs d'un bon repas, des odeurs qui m'entourent.** »

Elle confirme une amélioration significative de son sommeil, ne ressentant plus de renflements et se réveillant en forme et plein d'énergie, En ce qui concerne ses sens, elle déclare :

« **La première chose que j'ai récupérée, c'est ma respiration, J'ai récupéré une bonne partie de mon goût et de mon odorat.** »

Enfin, Zineb exprime sa satisfaction quant aux résultats de la chirurgie : « **oui pour l'instant tout va de mieux en mieux.** » Ses paroles illustrent un rétablissement positif et une amélioration notable de sa qualité de vie après la chirurgie.

3-2- L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

	Dimensions physiques				Dimensions mentales				
Dimensions	PFP	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globale
QDV	55	75	42.5	52.5	40	50	66.66	56	54.70
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.78	52.15	64.30

Tableaux N° 06 : : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 et le degré de la qualité de vie chez Zineb.

A. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de 55<70.61 ➤Limitation physique RP qui est de75>52.92.
- Douleur physique BP qui est 42.5<70.38
- Santé générale GH qui est de 52.5<78.77

B. Les dimensions mentales :

- Vitalité VT qui est de $40 < 70.38$.
- Fonctionnement sociale SF qui est de $50 < 65.78$ ➤ Limitation émotionnel RE qui est de $66.66 > 56.93$.
- Santé mentale MH qui est de $56 > 52.15$.

La qualité de vie globale et distinguée a 54.70 en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui 64.30 elle est très bas. On a observé une estimation très baisser dans la vitalité VT qui est de $40 < 70.38$, Et dans le fonctionnement sociale SF qui est de $50 < 65.78$, Et dans la sante générale GH qui est de $52.5 < 78.77$, Et dans limitation due l'état physique. On juge que la patiente a une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOSSF-36 on a constaté que le patient présente une mauvaise qualité de vie avec un score de 54.70, Cela est en relation avec sa sante générale et limitation due a l'état physique et fonctionnement sociale et la vitalité.

4. Présentation du cas de Katia :

4-1- L'analyse de l'entretien clinique :

Katia est une jeune femme célibataire âgée de 26 ans, titulaire d'un diplôme de niveau bac plus 5. Elle exerce le métier d'enseignante.

Elle a été diagnostiquée avec la polypose nasosinusienne **en 2015**. Concernant la question sur ces symptômes elle nous a dit : « **Mes symptômes incluent un rhume persistant, une toux fréquente, de la fatigue, j'ai perdu mes sens le goût et l'odorat et un essoufflement** » elle ajouta aussi : « **En crise, je dois m'abstenir pour certaines activités, comme le sport.** »

Bien que deux opérations aient temporairement réduit ses symptômes, elle constate **que** « **aujourd'hui ils reviennent** » Elle mentionne également que la polypose nasale affecte son sommeil : « **Je récupère moins vite que les autres, j'ai besoin de beaucoup plus de sommeil** ».

Son entretien révèle les nombreux défis auxquels elle est confrontée en raison de sa polypose nasale. Les activités physiques lui causent de l'essoufflement et de la fatigue, parfois au point de devoir les reporter. Cette condition a un impact direct sur son niveau d'énergie, la laissant souvent épuisée. Les douleurs, notamment les migraines, affectent profondément son bien-être général, l'empêchant parfois de travailler ou de maintenir une vie sociale active. Elle dit : « **Je suis contrainte de limiter mes sorties à l'extérieur en suivant un régime sans sulfite afin de réduire les symptômes de ma maladie.** »

De plus, son régime alimentaire strict sans sulfite, nécessaire pour réduire sa maladie, limite ses sorties sociales, modifiant ainsi ses relations sociales. Malgré son entourage, certains proches ne comprennent pas pleinement sa maladie parce que elle est invisible, ce qui peut contribuer à un sentiment d'isolement, elle dit:« **Récemment, je me suis sentie isolée car certaines personnes ne comprennent pas ma maladie.** » Particulièrement accentué par son régime alimentaire restrictif.

Depuis son diagnostic, Katia ressent une pression croissante, elle dit : « **j'ai l'impression D'avoir une horloge au-dessus de la tête car plus elle évolue plus je me rapproche d'un traitement à vie que je ne veux pas pour le moment.** » et que, elle trouve du réconfort et de l'évasion mentale dans des activités telles que le sport et la poésie elle dit :« **le sport et la poésie me soulage vraiment** ». Malgré ces défis, Katia est déterminée à améliorer sa qualité de vie et envisage un avenir où sa maladie ne dicte pas chaque aspect de son existence.

L'axe du soutien familial met en évidence un manque d'implication et de compréhension de la part des proches de la patiente concernant sa polypose nasale, ces derniers ne cherchent même pas à comprendre sa condition.

Katia concernant la deuxième question de cet axe elle nous a répondu : « **Avec ma famille et mes amis, ils ne comprennent pas toujours** », soulignant ainsi une lacune dans la communication et le soutien émotionnel. De plus, elle ajoute que : « **souvent ils ne le voient pas et ne réagissent pas** » lorsqu'elle ressent des douleurs ou des inconforts liés à sa condition, mettant en évidence un manque d'empathie et de réactivité face à ses souffrances.

Le fait que ses proches ne l'accompagnent pas lors de consultations médicales renforce ce manque de soutien pratique. Malgré cela, la patiente précise que subir une chirurgie était une décision personnelle pour réduire sa souffrance. Ces éléments soulignent l'importance d'une communication ouverte et d'un soutien affectif de la part de la famille dans la gestion de la maladie.

Les réponses de Katia montrent un parcours médical complexe et émotionnellement chargé. Ses premiers jours de rétablissement après la chirurgie sont décrits comme étant éprouvants, marqués par des douleurs et une fatigue persistante. Elle dit : « **C'était vraiment difficile au début, entre les douleurs et la fatigue, j'avais du mal à me remettre sur pied** » Cette expérience initiale difficile contraste avec une légère amélioration de la qualité de son sommeil postopératoire.

Cependant, Katia partage également que sa maladie a évolué vers le stade 2 au cours de la dernière année, remettant en question les bénéfices à long terme de l'intervention chirurgicale. Malgré cela, elle a momentanément récupéré ses sens, ce qui apporte un certain réconfort dans sa situation actuelle, elle dit : « **hamdoulilah pour le moment** »

Néanmoins, l'incapacité future à se faire opérer représente un nouvel obstacle dans son cheminement médical. Cette évolution de sa condition médicale suscite des sentiments mêlés chez Katia, allant de la satisfaction initiale à la déception et à l'incertitude face à l'avenir.

4-2- L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

	Dimensions physiques				Dimensions mentales				
Dimensions	PFP	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globale
QDV	70	25	42.5	25	35	50	66.66	36	43.76
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.78	52.15	64.30

Tableaux N° 07 : : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 et le degré de la qualité de vie chez Katia

A. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de $70 < 70.61$
- Limitation physique RP qui est de $25 < 52.92$.
- Douleur physique BP qui est $42.5 < 70.38$ ➤ Santé générale GH qui est de $25 < 78.77$

B. Les dimensions mentales :

- Vitalité VT qui est de $35 < 70.38$.
- Fonctionnement sociale SF qui est de $50 < 65.78$
- Limitation émotionnel RE qui est de $66.66 > 56.93$.
- Santé mentale MH qui est de $36 < 52.15$.

La qualité de vie globale est distinguée à 43.76 elle est très basse en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est de 64.30. On a observé une baisse dans les huit (8) dimensions : Fonctionnement physique PF qui est de $70 < 70.61$, Limitation physique RP qui est de $25 < 52.92$, Douleur physique BP qui est de $42.5 < 70.38$, Santé générale GH qui est de $25 < 78.77$, Vitalité VT qui est de $35 < 70.38$, Fonctionnement sociale SF qui est de $50 < 65.78$, Limitation émotionnel RE qui est de $66.66 > 56.93$, Et santé mentale MH qui est de $36 < 52.15$.

Cela explique que la patiente a une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOSSF-36 on a constaté que le patient présente une mauvaise qualité de vie avec un score de 43.76, Cela est en relation avec ces dimensions physiques et ces dimensions mentale.

5. Présentation du cas de Syphax :

5-1- L'analyse de l'entretien clinique :

Syphax est un jeune homme de 26 ans célibataire, il a arrêté ces études en première année secondaire, Il est peintre et musicien en même temps.

Il a été diagnostiqué avec la polypose nasale le **12 septembre 2023**, suite à des symptômes Sévères tels que la fatigue, la toux, les maux de tête, et surtout la perte de l'odorat et du goût. Il nous a déclaré :

« عينيا راهم قراف عيائين مام وجهي بيان عيان خاطر ما نيش نرقد » « **Mes yeux sont toujours cernés, mon visage est constamment fatigué à cause du manque de sommeil** »

Il a souligné que ces symptômes affectent gravement sa vie quotidienne, entraînant des journées d'absence au travail et des crises où il ne peut pas mener d'activités il a dit :

« دايمان ما نروحش لخدمتي خطرش صحتي ماتسمحليش، نحس دايمان فشلان » « **Je suis souvent absent au travail en raison de mon état de santé, car je ressens une fatigue constante.** ». Il a noté que le traitement n'a été efficace qu'après sa première opération, et qu'il souffre chaque jour. Il a également confirmé que la polypose nasale a considérablement altéré son odorat et son goût, Il a indiqué :

« كي ناكل مانحسش بلبنة تع لماكلة ولا عفسه وحدة اخرى » « **Je ne prends aucun plaisir à manger ni à rien d'autre.** » Et que sa qualité de sommeil ne cesse de se détériorer jour après jour.

De plus Syphax est passionner par son travail, mais après son diagnostic ces activités quotidiennes sont réduites, il n'arrive pas à finir ses tâches au travail. Tout le temps, il est essoufflé, surtout à cause de ses maux de tête, ce qui gâche sa journée. Il a exprimé :

« نخدم شوييا برك نفشل تقول طلعت جبل يطلعلي نفس » « **Je travaille peu, puis tout à coup, je respire avec force comme si j'avais escaladé des montagnes** ».

Il a également répondu que son niveau d'énergie est toujours bas à cause de sa qualité de sommeil. Syphax a exprimé que ses douleurs influencent beaucoup son bien-être général :

« فليل نضل نوض وكي نطقن نصيب نيفي مغلوق وراسي يضرني » « **Je me réveille la nuit avec le nez bouché et j'ai mal à la tête** ». À cause de sa maladie, Syphax ne peut pas sortir avec ses amis, ce qui altère de plus en plus sa vie sociale. Ce qui le dérange, c'est que sa famille et ses amis ne comprennent pas sa maladie, alors il préfère s'isoler et rester seul. Il a dit :

« دارنا وصحابي يشوفو مرض نتاعي حاجة عادي و على هادي نخير نقعد وحدي » « **Ma famille et mes amis voient toujours ma maladie comme quelque chose de bénin et sans gravité, alors moi, je préfère de m'isoler** ».

Il a mentionné qu'il y a eu des changements dans sa perception de lui-même depuis le diagnostic :

« دايمان نقول لروحي مانبراش نقعد هكدا طول حياتي » « **Je dis toujours que je vais rester comme ça toute ma vie** ». Le patient rajoute que la seule activité qui le soulage est de jouer de la guitare.

Il a également affirmé qu'il n'a pas besoin d'autres personnes pour accomplir ses tâches et qu'il n'a aucun objectif lié à l'amélioration de sa qualité de vie.

Par ailleurs il exprime une profonde frustration envers sa famille, soulignant leur manque d'implication et d'empathie à l'égard de sa maladie. Il a dit :

« وليت مانهدرش لحتى واحد على حالي خطرش واحد ما يفهمني » « **Je ne me parle à personne de mon état, je ne pense pas qu'ils me comprennent** » révèle un sentiment d'isolement et de solitude, où il se retient de partager ses souffrances de peur de ne pas être compris ou soutenu par sa famille.

D'autre part, en ce qui concerne ses consultations médicales, Syphax prend en charge seul sa santé. Cela témoigne de son autonomie et de sa détermination à gérer sa maladie de manière indépendante. Sa décision de subir la chirurgie, prise seul, reflète également cette volonté de contrôle sur son propre traitement. Lorsqu'il déclare :

« كي قالي طبيب لزملي عملية قتلته إيه بلى ما نخم » « **Quand le médecin m'a dit que je devais subir une opération, j'ai immédiatement accepté et je lui ai dit que j'étais prêt** », cela met en évidence sa capacité à prendre des décisions importantes concernant sa santé avec assurance et détermination.

Syphax a raconté que ces premiers jours de rétablissement après la chirurgie étaient très douloureux, surtout au niveau du nez, avec une fatigue inimaginable., Syphax a enfin atteint son objectif, sa qualité de sommeil s'est améliorée et il a retrouvé son odorat et son goût. Il a déclaré : « الحمد لله ملي درت العملية و نجحت وليت نشم و نذوق بزاف فرحت » « **Enfin, je peux sentir et goûter toutes les odeurs, et je suis très heureux des résultats de l'opération chirurgicale. Hamdoulilah.** »

5-2- L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	Dimensions physiques				Dimensions mentales				QDV Globale
	PFP	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	70	25	30	45	53.33	25	0	44	36.54
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.78	52.15	64.30

Tableaux N° 08 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 et le degré de la qualité de vie chez Syphax**A. Les dimensions physiques :**

- Fonctionnement physique PF qui est de $70 < 70.61$ ➤ Limitation physique RP qui est de $25 < 52.92$.
- Douleur physique BP qui est $30 < 70.38$
- Santé générale GH qui est de $45 < 78.77$

B. Les dimensions mentales :

- Vitalité VT qui est de $53.33 < 70.38$.
- Fonctionnement sociale SF qui est de $25 < 65.78$ ➤ Limitation émotionnel RE qui est de $0 < 56.93$.
- Santé mentale MH qui est de $44 < 52.15$.

La qualité de vie globale est distinguée à 36.5 elle est très basse en comparant avec le score moyen référentiel de SF-36 qui est de 64.30. On a observé une baisse dans les huit (8) dimensions : Fonctionnement physique PF qui est de $70 < 70.61$, Limitation physique RP qui est de $25 < 52.92$, Douleur physique BP qui est de $30 < 70.38$, Santé générale GH qui est de $45 < 78.77$, Vitalité VT qui est de $53.33 < 70.38$, Fonctionnement sociale SF qui est de $25 < 65.78$, Limitation émotionnel RE qui est de $0 > 56.93$, Et santé mentale MH qui est de $44 < 52.15$.

D'après les résultats obtenus, On est arrivées à souligner que le patient a une mauvaise qualité de vie (-)

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOSSF-36 on a constaté que le patient présente une mauvaise qualité de vie avec un score de 36.5, Cela est en relation avec ces dimensions physiques et ces dimensions mentale.

➤ **Analyse générale des cas :**

L'étude est portée sur 05 cas âgés entre 21 ans et 42ans atteintes de la polypose nasosinusienne dont 03 femmes et 2 hommes.

Selon l'analyse des entretiens semi directif et les résultats obtenus dans l'échelle de la qualité de vie MOS SF-36 tous les 05 cas représente une mauvaise qualité de vie (-) leurs scores globaux sont inférieurs à la norme qui est 64.30.

	Djamel Eddine	Fatima	Zineb	Katia	Syphax
Qualité de Vie globale	53,6	57,20	54,70	43,76	36,54
MOS-SF36	64,3	64,3	64,3	64,3	64,3

Tableau N °09 : Le degré de la qualité de vie globale des cas étudiés

Discussion des hypothèses :

Selon les résultats obtenus et après avoir présenté les (05) cas de notre recherche , cette dernière étape va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses relatives aux deux variables de notre étude porté sur « **la qualité de vie des personnes atteintes d'une Polypose nasosinusienne**» A partir des données recueillies dans l'entretien semi-directif réalisé avec notre population D'étude au niveau de service ORL à l'hôpital FRANTZ FANON, ainsi que l'analyse de questionnaire MOS SF-36 nous allons faire ressortir que l'hypothèse : « **la polypose nasosinusienne peut influencer négativement la qualité de vie des personnes atteintes**» est confirmée

Dans notre recherche, la plupart des cas ont confirmé notre hypothèse selon laquelle la qualité de vie est généralement négative.

Cependant, nous avons observé un déséquilibre entre les deux dimensions psychique et physique chez nos patients : Djamel Eddine, Fatima, Zineb, et Syphax qui présentent une meilleure qualité de vie physique que psychique, sauf notre patiente Katia qui montre une différence entre les deux, avec une qualité de vie psychique à 46.91% et physique à 40.62% et cela est due à l'augmentation dans la dimension psychique RE (limitation émotionnel) qui est de 66.66 %) 56.93%.

-Djamel Eddine : à partir des informations recueillies sans l'entretien semi-directif, il semble que Djamel Eddine bénéficie d'un fort soutien familial, qui participe activement à sa compréhension de la maladie, et l'accompagne également dans son parcours médical et le soutient émotionnellement au quotidien ce qui lui donne une confiance en soi et cela explique comment Djamel Eddine a une bonne moyenne de dimension psychique que physique, et à partir de l'analyse de l'échelle de qualité de vie MOS SF-36, on note que Djamel Eddine représente une mauvaise qualité de vie (53.6%) inférieure à la moyenne référentiel de questionnaire Mos SF36 (64.30%).

-Fatima : à partir des informations obtenues dans l'entretien semi-directif on a constaté que notre patiente ne bénéficie pas d'un soutien actif de sa famille pour sa maladie, car elle préfère gérer seule sa situation. Sa famille est occupée et elle vit loin d'eux avec ses enfants, ce qui limite leur implication, et à partir de l'analyse de l'échelle de qualité de vie MOS SF36 ; on note que Fatima représente une mauvaise qualité de vie (57.20%) inférieure à la moyenne référentielle de questionnaire MOS SF36 (64.30%).

-Zineb : à partir des informations obtenues dans l'entretien semi-directif on a constaté que notre patiente est satisfaite de soutien pratique et émotionnel qu'elle reçoit de la part de son mari et ces enfants ce qui a été important de sa décision de traiter sa condition. A partir de l'analyse de l'échelle de qualité de vie MOS SF36, on note que Zineb représente une mauvaise qualité de vie (54.70%) inférieure à la moyenne référentielle de questionnaire MOS SF36 (64.30%).

-Katia : à partir des informations obtenues dans l'entretien semi-directif on a constaté que notre patiente Katia est confrontée aux plusieurs défis en raison de sa maladie et qu'elle s'isole à cause de ces symptômes physiques tel que la fatigue et les maux de tête. À partir de l'analyse de l'échelle de qualité de vie MOS SF36, on note que Katia représente une mauvaise qualité de vie (43.76%) inférieure à la moyenne référentielle de questionnaire MOS SF36 (64.30%).

-Syphax : À partir des informations recueillies sans l'entretien semi-directif, il semble que Syphax a une qualité de vie altérée avec des symptômes qui affectent son travail son sommeil et sa vie sociale, il souffre également de manque de compréhension et de soutien par son

entourage. Et à partir de l'analyse de l'échelle de qualité de vie MOS SF-36, on note que Djamel Eddine représente une mauvaise qualité de vie (36.54%) inférieure à la moyenne référentielle de questionnaire Mos SF36 (64.30%)

À partir des données situées dans le tableau ci-dessus, toutes les moyennes obtenues sont inférieures à la moyenne référentielle (64.30%)

Personne	Dimensions physique	Dimensions psychique	Qualité de vie globale	Intimation de qualité de vie
Djamel Eddine	68.75	38.45	53.69	Mauvaise
Fatima	63.33	51.08	57.20	Mauvaise
Zineb	56.25	53.16	54.70	Mauvaise
Katia	40.62	46.91	43.76	Mauvaise
Syphax	42.50	30.58	36.54	Mauvaise

Tableau N°10 : récapitulatif de la population d'étude après l'analyse

À partir des données situées dans le tableau ci-dessus, toutes les moyennes obtenues sont inférieures à la moyenne référentielle du questionnaire MOS-SF36 « 64.30% »

Cependant, il y a eu une détérioration des niveaux obtenus, ce qui indique que chaque cas est particulier. Ainsi, sur les 05 cas étudiés, quatre représente une meilleure qualité de vie physique que psychique : **Djamel Eddine, Zineb, Fatima, Syphax**. Tandis que Katia présente une qualité de vie physique un peu inférieure à la qualité de vie psychique.

Plusieurs recherches effectuées par des différents chercheurs tel que L'étude menée par Bachert et al. (2016), et l'étude de Jarvis et al. (1997) et celle de Hoehle et al(2016) ont montrés que la polypose nasale avait un impact négatif significatif sur la qualité de vie des patients ce qui confirme notre résultat.

En ce qui concerne notre deuxième hypothèse :« **La polypose nasale peut influencer de manière positive la qualité de vie des personnes atteintes** » elle est infirmée d'après nos résultat et d'après les études effectuées par d'autres chercheurs.

Synthèse :

Dans ce chapitre nous avons fait une présentation et analyse pour chaque cas, nous avons constaté que notre pop d'étude a une mauvaise (-). Enfin, nous sommes arrivées à confirmer notre première hypothèse et à infirmer notre deuxième hypothèse.

Conclusion générale

Conclusion générale :

Notre étude intitulée la qualité de vie des personnes atteintes d'une polypose nasosinusienne est l'une des études qui est pour objectif d'évaluer et de comprendre la qualité de vie de ces personnes qui souffre de cette condition invisible ignoré par leurs entourages.

D'ailleurs la polypose nasosinusienne présente un défi complexe qui affecte la santé physique, mentale et émotionnelle des individus, impactant ainsi la qualité de vie et engendrant une fatigue chronique à cause des symptômes physiques (Manque de sommeil, congestion nasale persistante) et des symptômes psychique (l'anxiété et la dépression)

Il est important de reconnaître l'impact profond de la polypose nasosinusienne sur la vie quotidienne et de mettre en place des stratégies personnalisées pour améliorer la qualité de vie des patients cela implique non seulement un traitement efficace des symptômes physiques, mais aussi un soutien psychologique pour faire face aux aspects émotionnels de la maladie.

Nous avons effectué notre stage au niveau de l'hôpital Frantz Fanon plus exactement au service ORL ou nous avons choisi la population d'étude qui se compose de cinq personnes âgés entre 21ans et 43ans de sexe différent.

Ainsi, dans notre recherche, nous avons choisi la méthode clinique d'étude de cas dans le but d'examiner en profondeur le groupe de recherche afin de cerner notre thématique. Cette méthode nous permet d'obtenir des données détaillées et contextuelles sur les expériences individuelles des participants, et de comprendre les variations interpersonnelles. Par la suite, nous avons choisi comme outils l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36, qui contient 11 items. Ces outils nous permettent de recueillir des informations qualitatives, offrant ainsi une vue holistique de l'impact de la polypose nasale sur la qualité de vie des participants.

D'après l'analyse des résultats obtenus, nous avons constaté que la polypose nasale a un impact négatif significatif sur la qualité de vie, tant sur le plan physique que psychique. Il est important de noter que les degrés d'impact varient d'un cas à l'autre, ce qui signifie que notre première hypothèse de recherche est confirmée.

En conclusion, cette recherche souligne l'importance d'une prise en charge globale et personnalisée des patients atteints de polypose nasale. Les résultats obtenus contribuent à une meilleure compréhension de l'impact de cette condition sur la qualité de vie et ouvrent des perspectives pour des interventions thérapeutiques plus efficaces. Il est également crucial de prendre en charge ces patients sur le plan psychologique et de sensibiliser leur entourage à leur condition afin de favoriser un soutien social adéquat. Il est essentiel de continuer à explorer ce

domaine pour améliorer les soins et le soutien offerts aux patients. Il y a plusieurs thématiques que nous suggérons comme nécessitant une étude ultérieure notamment

- La résilience chez les personnes atteintes d'une Polypose nasosinusienne.
- La dynamique familiale chez les personnes atteintes d'une Polypose nasale.
- L'anxiété chez les personnes atteintes d'une Polypose nasale.
- La qualité de vie chez les familles ayant un malade cardiovasculaire.

Bibliographie

1. Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
2. Angers, M. (2005). *Initiation pratique à la méthodologie*. Paris : Dunod.
3. Bartier, A., Coste, E., & Bequignon, E. (2020). Stratégies de prise en charge de la polypose nasosinusienne primitive de l'adulte. *ScienceDirect*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0761842520303867>
4. Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien* (2^e éd.). Paris : Armand Colin.
5. Bonfils, P. (2012). *La polypose nasosinusienne*. <https://docs.legeneraliste.fr>
6. Bonfils, P., Laccoerreye, O., & Couliogner, V. (2011). *Le livre de l'interne*. Paris : Béatrice Brottier.
7. Bouvenot, G., & Vray, M. (2006). *Essais cliniques : Théorie, pratique et critique* (4^e éd.). Paris.
8. Bugeignon, E. (2019). *Polypose nasosinusienne : rôle des facteurs inflammatoires dans les dysfonctions épithéliales et perspectives thérapeutiques* (Thèse de doctorat, Université de Paris Est Créteil, Institut Mondor de Recherche Biomédicale, Créteil). <https://www.theses.fr>
9. Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
10. Chahraoui, K., & Bénony, H. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
11. Chwalow, J. (1996). *Méthodologie de l'évaluation de la qualité de vie dans l'essai clinique*. Paris : Dunod.
12. Demoly, P. (2005). *Rhinite allergique et polypose nasosinusienne*. Paris : John LibbeyEurotext.
13. Devouassoux, G., Guilleminault, L., Malard, O., et al. (2023). *Comprendre et poser le diagnostic d'une polypose nasosinusienne*. <https://www.romeo-eosinophilie.com>
14. Fisher, G. N. (2002). *Traité de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
15. Gabory, L., Portmann, D., & Kérimian, M. (2023). *La petite histoire de la polypose nasale*. <https://www.em-consulte.com/article/1621215/la-petite-histoire-de-la-polypose-nasale>
16. Hiltbrand, G. (2008). *Étude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes selon leur lieu d'exercice* (Thèse de doctorat). Université Claude Bernard-Lyon 1, Faculté de Médecine Lyon Grange-Blanche.
17. Le Loir, Y., & Gautier, M. (2010). *Staphylococcus aureus*. Paris : Tec & DOC.
18. Le lorrain, S. (2009). *Qualité de vie et développement post-traumatique de patientes en rémission à long terme d'un cancer du sein* (Thèse de doctorat). Université de Nantes, École doctorale 504 : Cognition, Éducation, Interaction.

19. Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Paris : Armand Colin.
20. Papon, J. F. (2011). *Le scanner des sinus : la polypose nasosinusienne en pratique*. <https://despneumo.org>
21. Papon, J. F. (2023). *Prise en charge ORL de la polypose nasosinusienne*.
22. Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2020). *L'observation clinique et l'étude de cas* (4^e éd.). Paris : Armand Colin.
23. Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
24. Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
25. Sellami, M. (2019-2020). *Étude de l'impact de la chirurgie sur la qualité de vie des patients porteurs d'une polypose nasosinusienne* (Thèse de doctorat en sciences médicales, spécialité ORL et CCF, Université Abderrahmane Mira, Béjaïa). <https://univ-bejaia.dz>
26. Westend. (2000). *Psychologie : Pensée, cerveau et culture*. Paris : De Boeck Université.

Annexes

Annexes

Note préliminaire : ces repères permettent de s'assurer de l'adéquation entre le patient et l'outil de bilan proposé. BILAN D'UTILISATION COURANTE :

International « Validé » (3)	International, largement accepté (2)	National (1)	Local (0)
--	--	------------------------	---------------------

Niveau du bilan : 3

POINT DE VUE UTILISATEUR (SI POSSIBLE)

Simplicité d'utilisation SCORE = 2	Facilité de lecture SCORE = 1	Sensibilité aux très petits écarts SCORE = 3	Fiabilité vérifiée SCORE = 3	Reproductible inter intra SCORE = 3
--	---	--	--	---

Scores appliqués : 3 = excellent 2 = bon 1 = acceptable 0 = questionnable

Présentation :

Ce bilan de santé généraliste peut être utilisé en complément de bilans plus spécifiques.

Critères d'inclusion (les catégories majeures cliniques) :

Toutes catégories de personnes ayant des difficultés de santé.

Critères d'exclusion (ne pas utiliser pour) :

Aucun.

Critères de péjoration (diagnostic associé) :

Dépression, difficultés relationnelles.

Evolution du score :

Varie selon les items, afin de tester la vigilance du patient. La lecture des résultats fournit une appréciation sémantique.

Le questionnaire généraliste SF-36

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise ___

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an ___ Un peu meilleure qu'il y a un an ___

A peu près comme il y a un an ___ Un peu moins bonne qu'il y a un an ___

Pire qu'il y a un an ___

Annexes

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (Entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ Oui,
très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ Oui,
très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ Oui,
très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ Oui,
très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ Oui,
très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ Oui,
très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓
Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

Annexes

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (Réponse : oui ou non à chaque ligne)

	Oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (Réponse : oui ou non à chaque ligne).

	Oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire moins de choses que vous n'espérez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental a perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
 Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
 Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
 Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ Tout
 le temps très souvent parfois peu souvent jamais b. étiez-vous très nerveux ?

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
 Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. Étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

Annexes

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. Vous sentiez-vous au calme, en paix ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. Aviez-vous beaucoup d'énergie ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. Étiez-vous triste et maussade ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. Aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. Étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. Vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. Il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ Tout à fait
vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. Ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ Tout à fait
vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. Je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

Annexes

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ Tout
à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux
d. Mon état de santé est excellent.

_____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992 ;30 :473–483.

Annexes

Information personnelles :

1. Nom :.....
2. Age :.....
3. Situation familial :
4. Nombre d'enfants :.....
5. Niveau d'instruction :.....
6. Profession :.....

Axe 01 : informations sur la polypose nasosinusienne :

- 1-Quand avez-vous été diagnostiqué avec la polypose nasosinusienne ?
- 2-Quelles sont les principaux symptômes que vous avez ressentis liés à la polypose nasale ?
- 3-Comment ces symptômes affectent-ils votre quotidien ?
- 4-Est-ce que les traitements étaient efficaces pour réduire les symptômes ?
- 5-Est ce que la polypose nasale à affecter vos sens (le goût et l'odorat) si oui comment ?
- 6-Est-ce que la polypose nasale a affecté votre qualité de sommeil ?

Axe 02 : le vécu de la polypose nasosinusienne :

- 1-comment la polypose nasale affecte-t-elle vos activités quotidiennes (le travail, les tâches ménagères) ?
- 2- Est-ce qu'elle a influencé votre niveau d'énergie ? Si oui comment ?
- 3-comment les douleurs ont un impact sur votre bien être générale ?
- 4-En quoi la polypose nasale a-t-elle modifié vos relations sociales ?
- 5-Est-ce que vos proches comprennent votre maladie ?
- 6-Avez-vous vécu un sentiment d'isolement à cause de la polypose nasale ?
- 7- Avez-vous constaté des changements dans la perception de vous-même depuis le diagnostic ?
- 8-Y va-t-il des activités spécifiques qui contribuent à votre bien-être ? Si oui quelles sont ?
- 9-Est-ce que vous pensez que vous avez besoins d'autres personnes pour accomplir vos tâches quotidiennes ?
- 10.Avez-vous des objectifs spécifiques liés à l'amélioration de votre qualité de vie malgré la maladie ?

Axe 3 : Le soutien familiale :

1- Votre famille participe-t-elle activement à la recherche d'informations sur la polypose nasale pour mieux comprendre votre situation ?

2- Est-ce que vous partagez ouvertement vos préoccupations concernant la polypose nasale avec votre famille, et comment réagissent-ils ?

3- Comment votre famille réagit-elle lorsque vous ressentez des douleurs ou des inconforts liés à la polypose nasale ?

4- Est-ce que vos proches vous accompagnent lors des consultations médicales liées à la polypose nasale

5- Est-ce que le soutien familial a joué un rôle dans votre décision de subir la chirurgie de la polypose nasale ?

Axe 4 : le vécu après la chirurgie :

1- Comment décririez-vous vos premiers jours de rétablissement après la chirurgie ?

2- Est-ce que la qualité de votre sommeil s'est améliorée après la chirurgie ?

3- Avez-vous récupéré vos sens ?

4- Êtes-vous satisfait des résultats de la chirurgie jusqu'à présent ?

Résumé :

L'étude présentée à travers ce mémoire s'intitule :« la qualité de vie des personnes atteintes d'une polypose nasosinusienne » elle est pour but d'évaluer et décrire l'impact de la polypose nasosinusienne sur la qualité de vie.

Nous avons suivi la démarche qualitative et la méthode clinique étude de cas, on a usé comme outils l'entretien clinique semi directif et le questionnaire MOS SF-36, sur un échantillon de 5 personnes adultes de sexe différent.

Nous avons mené notre recherche au niveau d'hôpital Frantz Fanon service ORL, cette recherche nous a permis de confirmer notre première hypothèse «la polypose nasosinusienne peut influencer négativement la qualité de vie des personnes atteintes » et d'infirmier la deuxième hypothèse :« La polypose nasale peut influencer de manière positive la qualité de vie des personnes atteintes »

Mots clé : la santé, polypose nasosinusienne, Qualité de vie.

Abstract:

The study presented in this thesis is titled: « The Quality of Life of People with Nasal Polyposis. » Its aim is to evaluate and describe the impact of nasal polyposis on quality of life. We followed a qualitative approach and the clinical case study method, using semistructured-clinical interviews and the MOS SF-36 questionnaire as tools, on a sample of 5 adult individuals of different genders.

Our research was conducted at the ENT department of Frantz Fanon Hospital. This research allowed us to confirm our first hypothesis: « Nasal polyposis can negatively influence the quality of life of affected individuals, » and to refute the second hypothesis: « Nasal polyposis can positively influence the quality of life of affected individuals. »

Keywords: Health, Nasal Polyposis, Quality of Life.