

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention du diplôme de master en psychologie
Spécialité : psychologie clinique

Thème :

La qualité de vie chez les patients adultes atteints du cancer du larynx

Laryngectomisés

Etude de cinq cas au sein du CHU de Bejaïa unité Frantz Fanon.



Réalisé par :

• Madi Nadia

Encadré par :

Mme : ABDI Samira

Année universitaire : 2017/2018

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention du diplôme de master en psychologie
Spécialité : psychologie clinique

Thème :

La qualité de vie chez les patients adultes atteints du cancer du larynx

Laryngectomisés

Etude de cinq cas au sein du CHU de Bejaïa unité Frantz Fanon.



Réalisé par :

• Madi Nadia

Encadré par :

Mme : ABDI Samira

Année universitaire : 2017/2018

« *Lire c'est boire et manger.*

L'esprit qui ne lit pas maigrit comme le corps qui

Ne mange pas »

Victor Hugo

**Mon paradis des livres*

Remerciements

Avant tout, je remercie le bon dieu le tout puissant de m'avoir donné la volonté et le courage de réaliser ce travail. Je tiens à remercier ma promotrice Madame ABDI Samira pour son accompagnement et ses précieux conseils tout au long de ce travail. Je remercie également les membres de jury qui ont accepté d'examiner et d'évaluer mon travail.

Je tiens aussi à remercier vivement toute l'équipe médicale du service ORL de l'établissement hospitalier de FRANTZ FANON pour leur gentillesse, disponibilité et soutien lors de mon stage pratique. Ainsi que tous les patients pour leur confiance, collaboration et participation. Sans oublier, je remercie tous ceux ou celles qui ont contribué du près ou du loin à l'élaboration de ce travail.

Dédicace

*C'est avec une très grande émotion, que je dédie ce modeste travail
A mes très chers parents : « AMMAR et DAOUIA », source de mon existence,
qui m'ont accompagné durant tout mon parcours, je leur dit MERCI pour votre*

Soutien, que dieu les protège.

A mon chère mari HAMMOU.

A mes chers fils : Koceila, Yougourthen et Anaïs

A mes chers frères : Hocine, Braham, Ahmed, Farid et Slimane.

A mes très chères sœurs : Lila et Sabrina.

A mes chères nièces : Lynda et Anissa.

A mes très chères belles sœurs : Safia et Nadia.

A mon cousin adoré Lyes.

A toute la famille, Madi et Mammeri.

A Tout mes amis et particulièrement : Dania, Nesrine, Kahina, Souad,

Hanane, Tiziri, Hamza et Omar.

A ma promotrice universitaire Mme ABDI Samira et a toutes sa famille.

*A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce
Mémoire.*

Nadia

Liste des figures :

Figures	Titres	Pages
Figure N 1	Carrefour aéro-digestif.	8
Figure N 2	Cartilage du larynx.	9
Figure N 3	La configuration interne du larynx.	11
Figure N 4	Larynx normal/ Larynx cancéreux.	13
Figure N 5	Laryngoscopie indirecte.	17
Figure N 6	Micro laryngoscopie en suspension.	18
Figure N 7	Cordes vocales vues au microscope opératoire.	18
Figure N 8	Microscope, table et suspension	19
Figure N 9	Piece de laryngectomie totale	25
Figure N 10	La laryngectomie totale-vocal	28
Figure N 11	Le larynx artificielle	29
Figure N 12	Carrefour aéro-digestif après intervention	30
Figure N 13	Larynx/Trachéotomie.	38
Figure N 14	Qualité de vie : évaluation globale et pluridimensionnels.	43

Liste des tableaux :

<i>Numéro</i>	<i>Titres</i>	<i>Pages</i>
Tableau N 1	La présentation de l'échantillon selon les informations	57
Tableau N 2	La présentation de l'échantillon selon leur profession.	57
Tableau N 3	La présentation de l'échantillon selon l'ancienneté de l'intervention de leur maladie.	57
Tableau N 4	Calcul e des scores du questionnaire MOS-SF36.	63
Tableau N 5	L'analyse de qualité de vie de Nacer qui est laryngectomisé.	66
Tableau N 6	L'analyse de qualité de vie de Larbi qui est laryngectomisé.	69
Tableau N 7	L'analyse de qualité de vie de Lyazid qui est laryngectomisé.	72
Tableau N 8	L'analyse de qualité de vie de Rachida qui est laryngectomisé.	75
Tableau N 9	L'analyse de qualité de vie de Abdeladim qui est laryngectomisé.	78
Tableau N 10	Récapitulatif de la population d'étude après l'analyse.	80

Table de matières

• Introduction générale :	1
1- Cadre générale de la problématique	2
1.1 Problématique :	2
1.2 Hypothèses :	4
1.3 Définition des concepts :	5
1.4 Opérationnalisations des concepts :	6
1.5 Choix de thème :	7
1.6 Objectifs de la recherche :	7
2-Cancer du larynx :	8
2.1 Anatomie du larynx :	8
2.1.1 Les cartilages du larynx :	8
2.1.2 Les articulations :	10
2.1.3 Les membranes et ligaments :	10
2.1.4 Musculature :	10
2.1.5 Vascularisation du larynx :	12
2.1.6 Innervation :	12
2.2 Physiologie Du Larynx :	12
2.2.1 Phonation :	12
2.2.2 Respiration :	14
2.2.3 Déglutition et protection des voies aériennes :	14
2.2.4 Fonctions d'appui	15
2.3 Etio-épidémiologie :	15
2.4 Anatomopathologie :	15
2.5 Diagnostic clinique et paraclinique :	16
2.5.1 Signes d'appel et circonstances de découverte :	16
2.5.2 Bilan clinique :	16
2.6 Classification :	19
2.6.1 Classification T :	19
2.6.2 Classification N :	20
2.6.3 Classification M :	20
2.7 Traitement :	21
2.8 Evolution et surveillance :	22
2.8.1 Le facteur de pronostique :	22
2.8.2 La Surveillance :	22

2.9	Complications :	22
2.9.1	Chirurgicales :	22
2.9.2	Complication de la radiothérapie :	23
2.9.3	Complications de la chimiothérapie :	23
3-	La laryngectomie totale :	25
3.1	Définition :	25
3.2	Conséquence de la laryngectomie totale :	30
3.3	Conséquences psychologiques :	33
3.4	Conséquences familiales, sociales et professionnels :	35
4.	La qualité de vie :	39
4.1	Historique et évolution :	39
4.2	Définition :	42
4.3	Théorie de la qualité de vie :	43
4.4	Les domaines et les composantes de la qualité de vie :	46
4.5	Les conceptions de la qualité de vie :	48
4.6	L'évaluation de la qualité de vie :	49
4.7	Qualité de vie dans le domaine de la cancérologie :	51
4.8	Qualité de vie en cancérologie ORL :	52
	Conclusion :	53
5.	Méthodologie de recherche :	55
5.1	La pré-enquête :	55
5.2	Présentation du lieu de recherche :	56
5.3	Présentation des groupes de recherches :	56
5.4	Présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :	56
5.6	Méthode de recherche :	58
5.7	Les outils de recherche :	58
5.8	Déroulement de la recherche :	64
5.9	Les difficultés rencontrées :	64
	Conclusion :	64
6.	Analyse des résultats et discussion des hypothèses	65
6.1	Présentation du cas de T. Nacer :	65
6.2	Présentation du cas de C. Larbi :	68
6.3	Présentation du cas de A. Lyazid :	71
6.4	Présentation du cas de G. Rachida :	74
6.5	Présentation du cas Z. Abdeladim :	77
6.6	Discussion des hypothèses :	80
	Conclusion générale :	82
	Liste bibliographique :	
	Liste des annexes :	

Listes des annexes :

Annexe n° 01 :

Axe 1 : Identification personnelle.

Axe 2 : Les informations concernant le cancer du larynx.

Axe 3 : Les informations concernant le soutien sociale et familiale.

Axe 4 : Les informations concernant la qualité de vie.

Annexe n°02 :

Questionnaire généraliste MOS SF-36 (Qualité de vie)

Liste des abréviations

1. **BP** : Douleur Physique (Bodily Pain).
2. **GH**: Santé Perçue (General Health).
3. **MH** : Santé Psychique (Mental Health).
4. **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.
5. **PF** : Activité Physique (Physical Functioning).
6. **QdV** : Qualité de Vie.
7. **RE** : Limitation dues à l'état physique (Rôle Emotional).
8. **RP** : Limitation dues à l'état physique (Rôle Physical).
9. **SF** : Vie et Relations avec les autres (Social Functioning).
10. **VT** : Vitalité (Vitalité).
11. **ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie.
12. **VADS** : Voie aéro-digestive supérieures
13. **ADP** : Adénopathie.
14. **LDS** : Laryngoscopie direct en suspension.
15. **TDM** : Tomodensitométrie.
16. **IRM** : Imagerie par résonance magnétiques.
17. **HTE** : Hyo- Thyro- Epiglottique.
18. **UICC** : Union internationale contre le cancer.

Introduction Générale

• Introduction générale :

Vivre avec sa propre maladie ou vivre avec la maladie d'un proche est aujourd'hui un enjeu de société. En effet, des maladies autrefois mortelles sont devenues des maladies chroniques, c'est-à-dire, des maladies caractérisées par leur durée, par la gestion qu'elles exigent et par l'incertitude qu'elles provoquent. Parmi ces maladies on cite les maladies cancéreuses, en particulier le cancer du larynx.

Le larynx parfois appelé la boîte vocale ou la pomme d'Adam est la partie du corps qui permet aux humains de produire sons et paroles. Le larynx referme les cordes vocales (glottes qui vibrent au passage de l'air). L'épiglotte est un recouvrement cartilagineux qui se retrouve au-dessus du larynx. L'épiglotte protège les voies respiratoires en empêchant la nourriture et la salive de pénétrer dans la trachée, tube qui mène aux poumons.

Le cancer du larynx peut se produire au niveau de la glotte (le site de la plupart des cancers du larynx), dans la région supraglottique (la partie au-dessus des cordes vocales qui comprend l'épiglotte) ou la région sous-glottique (la partie où le larynx rencontre la trachée).

(Cancer du larynx santécheznous.com)

Le cancer du larynx est le cancer dont le diagnostic est le plus fréquent chez les hommes, comme c'est un cancer qui se traite assez bien s'il est dépisté au début. Une maladie qui induit tant de perturbation que ce soit sur le côté physique, psychologique et sociale.

En cancérologie, la prise en charge médicale n'a pas seulement pour objectif de guérir ou de prolonger la vie, elle vise également à diminuer les comorbidités de la maladie et les effets secondaires des traitements, à lutter contre les possibles séquelles de ces derniers, bref, à préserver ou améliorer la qualité de vie de la personne malade.

Dans ma recherche, portée sur « la qualité de vie chez les personnes atteintes d'un cancer du larynx opéré », j'ai choisi comme terrain d'étude le service ORL de l'hôpital Frantz Fanon.

Pour réaliser ma recherche, j'ai subdivisé le travail en deux parties :

La partie théorique :

Comporte six chapitres repartis en deux parties : médicale et psychologique.

Le premier chapitre : porte sur le cadre général de la problématique.

Le deuxième chapitre : porte sur le cancer du larynx.

Le troisième : sur la laryngectomie totale.

Le quatrième chapitre : porte sur la qualité de vie.

La partie pratique :

Consacrée aux chapitres suivants :

Le premier : consiste en la présentation de la méthode sur laquelle je me suis basée pour effectuer ma recherche qui est la méthode clinique (étude de cas), et je vais servir à l'entretien clinique (semi-directif) et le questionnaire généraliste (MOS.SF36).

Le deuxième : centré sur la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats et discussion des hypothèses.

Chapitre I

Le cadre général de la Problématique

1- Cadre générale de la problématique

1.1 Problématique :

La santé est un don bien précieux. Le désir de tous est de le sauvegarder le plus longtemps possible, et la santé telle qu'elle se définit par l'OMS en 1974 étant un état complet de bien-être physique, mental et social, ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité.

La maladie est un défaut biologique, psychique et même socioculturel elle est en outre, un drame individuel et culturel l'état de maladie et spécialement pour le malade hospitalisé est source d'une inquiétude et d'incertitude pour la bonne marche non seulement du malade lui-même mais aussi de celle de la famille et de la société dans laquelle il évolue. Nombreuses sont les personnes atteintes de maladie chronique, parmi les qu'elles on trouve le cancer.

(Tazapoulou, 2008, P 45).

Le cancer est encore une maladie terrible, mais une maladie qu'on apprend de plus en plus à connaître et elle reste mystérieuse. On peut rarement dire avec exactitude quelles sont les causes de la plupart de cancer mais on sait que c'est une maladie qui est liée en grande partie aux conditions et aux habitudes de vie. **(Tazapoulou, 2008, P 46).**

Les cancers ne se développent pas tous de la même façon ou à la même vitesse les choses peuvent être différentes d'une personne à l'autre. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) le terme général de cancer s'applique à un grand groupe de maladie qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme, l'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes, formant ce qu'on appelle des métastases. **(Razavi.d, Delvaux.n, 2002, P 48).**

Le cancer est une maladie génétique somatique dans le sens où la prolifération des cellules tumorales est liée au fonctionnement anarchique de plusieurs gènes (Janin, 1994). Plus la tumeur est maligne et plus l'on constate d'anomalie génétiques. **(razavi.d, Delvaux.n, 2002, P 46).**

Donc toute personne peut atteindre un cancer et parmi ces types on retrouve, le cancer du larynx. Le cancer du larynx représente 5% du total de cancers masculins et 25 % des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) : il s'agit d'un homme dans 90% à 95 % des cas. Ainsi en 2000, 4226 nouveau cas de cancer du larynx ont été recensés : 3865 chez des hommes 361 chez des femmes, soit respectivement 91,4 % et 8.6 % du nombre totale de cancers du larynx (**chiffres de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer**).

Notons que la consommation régulière et croissante de tabac (et d'alcool) chez les femmes entrainera très probablement une augmentation de la proportion de cas féminins du cancer du larynx.

L'Age de survenus de ce cancer se situe entre 50 et 70 ans néanmoins, l'apparition de plus en plus précoce du tabagisme explique, entre autres qu'actuellement 25 % des cas soient diagnostiquées en dessous de 50 ans. (**Chiffre de la ligue contre le cancer**)

Le taux d'incidence du cancer du larynx en Algérie est de 4.4 %, selon les spécialistes en ORL. Sachant que ce taux du cancer du larynx en Algérie est plus élevé que celui enregistré en Europe qui est de l'ordre de 3 % (**Horizon 13-12-2009**).

Il faut la parole au patient et considéré le point de vu qu'il a sur vécu de son traitement et de sa maladie, c'est-à-dire sa qualité de vie.

Selon l'OMS « le traitement du cancer a pour but de guérir, de prolonger la vie et d'améliorer la qualité de vie des patients ». Suite à l'adoption par la 58 -ème assemblée mondiale de la santé en mai 2005, d'une résolution sur la prévention et la lutte anti-cancéreuse. L'OMS est actuellement en train de mettre actuellement de mettre sa stratégie mondiale de la lutte contre le cancer visant notamment à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille.

L'OMS (1993) à donner une définition mondiale de la qualité de vie comme étant : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquelles il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes, c'est un concept très vaste et large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique de sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relations aux éléments essentiels de son environnement ». (**Tzapoulou e, 2008, P 50**).

Patrick et Erickson (1993) révèlent que la qualité de vie correspond à la satisfaction d'un individu dans les différents domaines de sa vie incluant le bien-être physique, social, économique et psychologique. (Achachera Asma, 2015, P 17).

Plus généralement, on définit la qualité de vie par « un état général de satisfaction et le bien-être, une émotivité équilibrée, une bonne intégration sociale, un état physique satisfaisant ». Le concept de la qualité de vie apparaît ainsi comme multidimensionnel. La majorité des autres s'accorde à reconnaître au moins trois domaines principaux au concept de la qualité de vie : les conditions de vie objectives, l'accès aux ressources et les capacités à les utiliser, le sentiment de bien subjectives. Ces différents domaines peuvent être regroupés en qualité de vie objectives et qualité de vie subjectives. (Michel Lorca- pierre, 2001, P 39).

Dans cela j'ai opté pour la théorie cognitivo- comportemental qui me semble la plus correspondante et adéquate comme cadre de Référence de mon thème de recherche, elle vise à remplacer les idées négatives et le comportement inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. La théorie cognitivo- comportementale se base essentiellement sur le comportement réel qui forme le comportement problème, elle s'intéresse aux lois d'apprentissages qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants.

Ensuite, j'ai utilisé dans ma recherche le questionnaire MOS SF-36 pour évaluer la qualité de vie chez les personnes atteintes d'un cancer du larynx, en essayant de répondre à la question suivante :

- ❖ Quelle est la qualité de vie des patients adultes atteints du cancer du larynx laryngectomisés ? est-elle satisfaisante ?

1.2 Hypothèses :

- ❖ La qualité de vie des patients adultes atteints du cancer du larynx laryngectomisés n'est pas satisfaisante dans les domaines physique et psychique.

1.3 Définitions des concepts :**1- Cancer :**

Le cancer peut atteindre tous les organes et tous les tissus. Quelle qu'en soit la localisation, la cellule cancéreuse présente des anomalies caractéristique, reconnaissable au microscope. Le tissu cancéreux a une structure anarchique profondément modifiée par rapport au tissu d'origine et il envahit les tissus voisins. Il se dissémine à distance par voie sanguine ou lymphatique (métastases). (**Le petit Larousse illustre, 2013, P 164**).

2- Larynx :

Organe de la phonation, situé dans le cou, entre le pharynx et la trachée.

(Larousse Médical 2012, P 535).

3- Cancer du larynx :

Tumeur maligne se développant sur la paroi du larynx.

(Larousse médical 2012, P 536)

4- Laryngectomie :

Ablation chirurgicale d'une partie ou de la totalité du larynx. Une laryngectomie est indiquée surtout dans le cancer du larynx ou de l'hypopharynx (partie inférieure du pharynx, en arrière du larynx). On distingue deux sortes de laryngectomie : Laryngectomie totale et laryngectomie partielle. **(Larousse Médical 2012, P 534).**

5- Qualité de vie :

Définir clairement la qualité de vie n'est pas aisé : elle pourrait se rapprocher de la définition de la santé, donnée par l'OMS en 1946, et qui correspond non pas à l'absence de maladie, mais à « étant complet de bien-être physique, psychologique et social ». En ce sens, l'objectif des traitements carcinologique n'est plus seulement de guérir ou de prolonger la vie, mais aussi de préserver ou d'améliorer la qualité de vie dans ses différentes composantes, en réduisant les répercussions fonctionnelles négatives de la maladie et des traitements. La qualité de vie englobe quatre dimensions : physique, psychologique, somatique et sociale.

(Serin d, Rauglaudre G, 2007, P 182).

1.4 Opérationnalisations des concepts :

1- Cancer du larynx :

Les signes caractéristiques du larynx selon mon échantillon :

- Une toux persistante.
- Une toux ramenant une expectoration su sang.
- Une dysphonie, un enrrouement persistant.
- Une gêne ou une douleur lors de la déglutition.
- Des difficultés respiratoires.
- Une masse anormale au niveau cervical.

2- Laryngectomie totale :

- Ablation du larynx
- Respirer définitivement par un orifice situé à la partie basse du cou.
- Une défiguration dans le cas d'une trachéostomie (ouverture).
- Une perte de la voie.
-

3- Qualité de vie :

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

3-1- Bonne qualité de vie (+)

- Bien-être physique et psychique. - Evaluation des capacités fonctionnelles. - Sensation du bonheur, Bonne relations familial, social et amical, Ardeur- Joie.

3-2- Mauvaise qualité de vie (-)

- Souffrance physique et psychique. - Manque de capacités fonctionnelles. - Sensation de malaise. - Peu de relations avec les autres. - Fatigue. - Stress.

Remarque : ces signes ne sont pas tous présent chez le même cas, mais c'est dans l'ensemble des cas constituent notre population d'étude.

1.5 Choix de thème :

Le cancer du larynx reste une pathologie très fréquente dans notre pays, et son diagnostic est souvent tardif, affectant la qualité de vie de la personne et son environnement et nécessitant une prise en charge lourde tant sur le plan médicale, économique et sociale, ainsi que l'augmentation du nombre de cancer du larynx, Et voire aussi le manque des travaux sur ce thème.

C'est pour cette raison que notre choix a été porté sur ce thème.

1.6 Objectifs de la recherche :

- Promouvoir au maximum leur qualité de vie. - Evaluer la qualité de vie des personnes laryngectomisées et voir comment réagissent-elles face à l'annonce de diagnostic.
- L'objectif pratique est d'arriver à confirmer ou infirmer les hypothèses tracées durant notre étude.

Chapitre II

Le cancer du larynx

2- Cancer du larynx :

2.1 Anatomie du larynx :

Le larynx est un organe impair et médian, situé à la partie moyenne de la gaine viscérale du cou et qui occupe la partie supérieure de la région infra-hyoïdienne. Il a la forme d'une pyramide triangulaire à base postéro-supérieure répondant au pharynx et à l'os hyoïde, et à sommet inférieur répondant à l'orifice supérieur de la trachée. (**Debrosses.C. Expert**).



Figure N°1

2.1.1 Les cartilages du larynx :

* Cartilage thyroïde :

Le plus volumineux, il a la forme d'un bouclier qui occupe la partie antéro-supérieure de l'organe qui sert d'ancrage aux ligaments thyro-aryténoïdiens et en particulier aux ligaments cordaux au niveau de la commissure antérieure. : (

Debrosses, C.Expert) * Cartilage cricoïde :

Il se situe à la base du larynx et fait suite au premier anneau trachéal. Il assure le calibrage de la filière respiratoire. (**Ibid**)

*** Cartilage épiglottique :**

L'épiglotte est une lame fibro-cartilagineuse triangulaire qui a la forme d'une raquette à manche inférieur incurvé, dont l'extrémité forme le pied de l'épiglotte. Il protège l'appareil respiratoire des pénétrations alimentaires. **(Ibid).**

*** Cartilages aryténoïdes :**

Au nombre de deux, l'un droit, l'autre gauche situés à la partie postéro-supérieure du cartilage cricoïde, qui ont un rôle physiologique capital. Ils s'écartent et se rapprochent sous l'action de certains muscles, ces mouvements vont déterminer le degré d'aperture de la glotte, ainsi que la tension des plis vocaux. **(Ibid).**

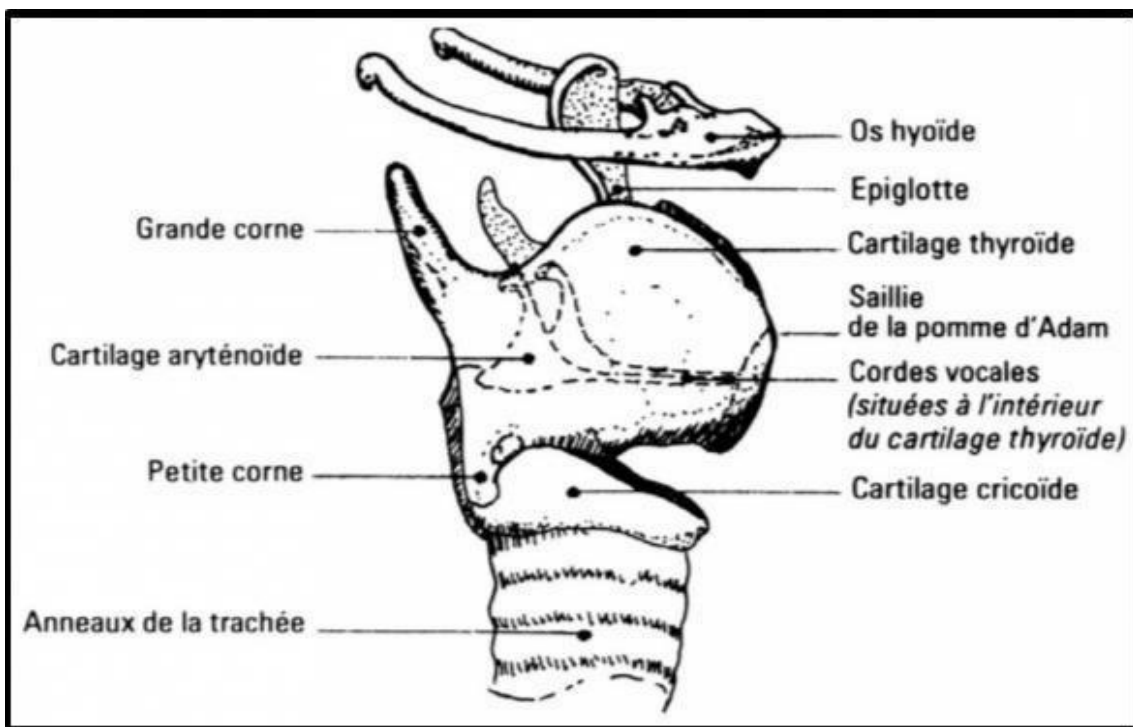


Figure N°2 Cartilage de larynx

2.1.2 Les articulations :

Trois types d'articulations paires :

*Articulation cricoaryténoïdienne : qui permet un mouvement de glissement latéral et de rotation des aryténoïdes.

*Articulation crico-thyroïdienne : qui permet surtout un mouvement de bascule antérieur du thyroïde.

L'articulation ary-corniculée. **(F. Débrousses, C. Expert)**

2.1.3 Les membranes et ligaments :

*Les ligaments extrinsèques : Ils relient le larynx à l'os hyoïde et la trachée.

Ils comprennent essentiellement : la membrane crico-trachéale, la membrane thyro-hyoïdienne, la membrane hyo-épiglottique. Plus accessoirement, les ligaments glosso-épiglottiques, les ligaments pharyngo-épiglottiques. **(Ibid)**.

*Les ligaments intrinsèques : Ils permettent de maintenir entre eux les cartilages formant l'armature solide du larynx. On y retrouve : la membrane crico-thyroïdienne, le ligament thyro-épiglottique, la membrane élastique composé des ligament aryténo-épiglottique, des ligaments thyro-aryténoïdiens supérieure (ligaments ventriculaires), des ligaments thyro-aryténoïdiens inférieurs (ligaments vocaux). Les ligaments crico-corniculés. **(Ibid)**

2.1.4 Musculature :

Les muscles extrinsèques : relient le larynx aux structures environnantes.

Les muscles sus-hyoïdiens : qui entraînent des mouvements du larynx vers le haut, l'avant et l'arrière : les muscles géniohyoïdien ou mylo-hyoïdien, le stylo-hyoïdien, le muscle digastrique.

Les muscles sous-hyoïdiens : qui entraînent un abaissement du larynx.

*Sur le plan profond, on perçoit : le muscle sternothyroïdien, le muscle thyro-hyoïdien.

*Sur le plan superficiel, on perçoit : le muscle sterno-cleido-hyoïdien, l'omohyoïdien.

- **Les muscles intrinsèques** : qui relient les cartilages entre eux. Ils appartiennent en totalité au larynx.

-Les muscles tenseurs : le crico-thyroïdien qui mettent en tension les plis vocaux.

-Les muscles abducteurs : Le cricoaryténoïdien postérieur qui écartent les plis vocaux.

- **Les muscles adducteurs** : qui rapprochent les plis vocaux : le cricoaryténoïdien latéral, le muscle inter-aryténoïdien, le thyro-aryténoïdien supérieur, le thyro-aryténoïdien inférieur, l'aryténo-épiglottique, muscle pair, qui va du bord externe de

l'aryténoïde au bord latéral de la partie supérieure de l'épiglotte. (Source. Mémoire de : F. Débrousses, C. Expert).

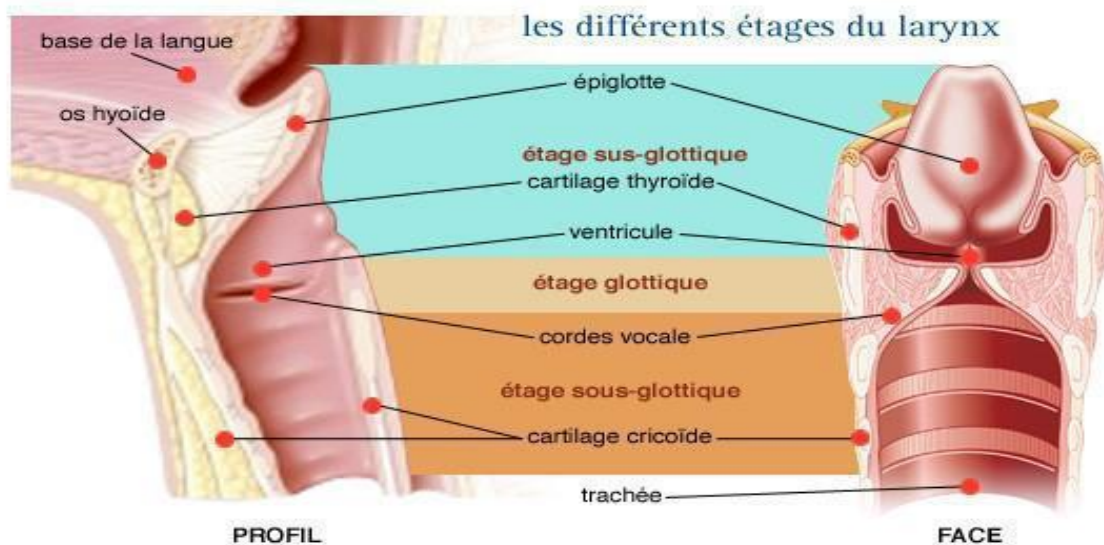


Figure N°3 La configuration interne de larynx

La cavité laryngée est divisée en trois étages par deux replis : les cordes vocales supérieures, les cordes vocales inférieures.

***Le plan glottique** : ce sont elles qui délimitent la glotte. Elles se rejoignent en avant, dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde, pour former la commissure antérieure, et s'insère en arrière sur l'apophyse vocale de l'aryténoïde correspondant.

***Le plan sus-glottique**, encore appelé étage vestibulaire qui comprend deux bourrelets horizontaux qui ne s'accolent pas à l'état physiologique lors de la phonation, ce sont les bandes ventriculaires.

Entre les plis vocaux et les bandes ventriculaires, se situent deux petites cavités : les ventricules de MORGANI qui sont des résonateurs permettant la formation d'harmonique aigue. Au-dessus des bandes ventriculaires se trouvent l'épiglotte. A cet étage se trouve également la margelle laryngée, qui correspond à l'orifice supérieur du larynx. C'est la zone frontière entre les voies aériennes et les voies digestives supérieures. Elle correspond à l'épiglotte en avant, au carrefour des replis latéralement, aux aryténoïdes et à la commissure postérieure en arrière.

Le plan sous-glottique : Il s'agit de l'espace situé entre les plis vocaux, qui s'élargit progressivement pour s'unir à la trachée. Cet étage est entouré par le cartilage cricoïde. (Hadj-Allal. F).

2.1.5 Vascularisation du larynx :**• Vascularisation artérielle :**

***Artère laryngée supérieure :** c'est une branche de l'artère thyroïdienne supérieure, elle vascularise la partie supra-glottique du larynx.

*** Artère crico-thyroïdienne ou artère laryngée moyenne :** c'est une branche de l'artère thyroïdienne supérieure, elle se distribue à la partie postérieure de la muqueuse laryngée.

*** Artère laryngée inférieure :** c'est une branche de l'artère thyroïdienne inférieure, elle vascularise la partie antérieure de la sous-glote du larynx.

*** Vascularisation veineuse :**

Elle est schématiquement satellite des artères. Les veines laryngées supérieures et inférieures se drainent dans les veines thyroïdiennes supérieures. Les veines laryngées postérieures se jettent dans les veines thyroïdiennes inférieures et les veines thyroïdiennes se jettent dans la veine jugulaire interne.

*** Vascularisation lymphatique :**

Elles se divisent en deux territoires : le premier, sus-glottique, très important et le second, sous-glottique, plus fin se draine vers les ganglions des chaînes jugulaires internes et récurrentielles. Ces éléments ganglionnaires sont en relation avec les chaînes spinales et cervicales transverse. Il est pauvre au niveau glottique. **(Hadj-Allal. F).**

2.1.6 Innervation :

L'innervation sensitive et motrice du larynx se fait par deux branches du nerf vague à savoir le laryngé supérieur et le laryngé inférieur.

***Nerf laryngé supérieur :** nerf mixte, ayant surtout un rôle sensitif du vestibule laryngé. Il est à l'origine du réflexe de toux dès qu'un corps étranger (alimentaire en particulier) touche la muqueuse laryngée.

*** Nerf laryngé inférieur (ou récurrent) :** Il innerve la muqueuse postérieure et tous les muscles du larynx, sauf le crico-thyroïdien et assure la mobilité de l'articulation cricoaryténoïdienne. Son atteinte entraîne une paralysie bilatérale provoquant l'asphyxie.

(Ibid).

2.2 Physiologie Du Larynx :**2.2.1 Phonation :**

L'appareil vocal est un système composé d'une chaîne anatomique complexe classiquement divisée en trois parties :

L'appareil respiratoire ou soufflerie pulmonaire :

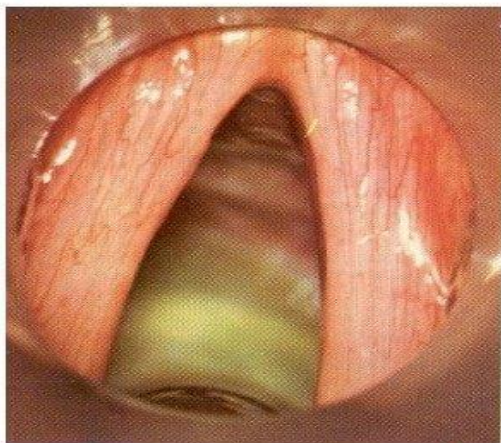
*La phonation est une expiration « sonorisée » qu'on appelle « souffle phonatoire » qui met en jeu le squelette du thorax et les muscles respiratoires. Et donc, la réalisation de la phonation nécessite l'arrivée d'un souffle pulmonaire au niveau du larynx. Ce flux d'air peut devenir un souffle phonatoire qui résulte de l'interruption périodique de l'air pulmonaire, par la fermeture glottique après modification du rythme respiratoire. En situation de parole, la phase inspiratoire se raccourcit, tandis que l'expiration est allongée, représentant ainsi le temps phonatoire.

Le souffle pulmonaire permet également de souffler, parler, chanter, siffler, tousser, sentir et renifler. Dans la plupart de ces actions (sauf sentir et renifler), l'air est chassé des poumons énergiquement, grâce aux muscles expirateurs. **(Faculté de Médecine de Louvain).** * **Le larynx :**

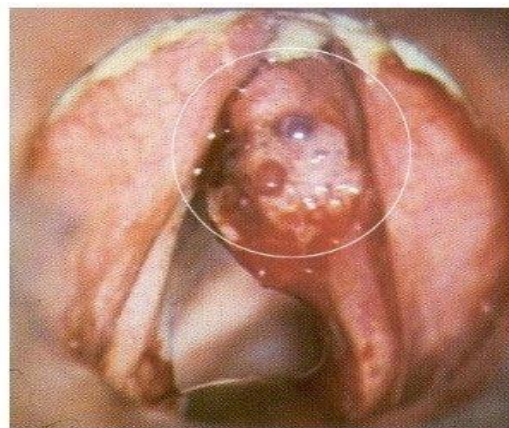
Le larynx a un rôle primordial dans la production phonatoire. En effet, Les cordes vocales constituent la source vocale responsable de la production du flux laryngée, c'est la pression d'air venant des poumons qui permet aux cordes vocales d'entrer en mouvement. Elles peuvent alors s'écarter ou se rapprocher l'une de l'autre.

La production du voisement implique que les cordes vocales soient entièrement accolées mais également tendue de façon à offrir une certaine résistance à l'air expulsé des poumons.

(Daniel Brasnu et All. P)



Larynx normal



Larynx cancéreux

Figure N°4

*** Les résonateurs :**

On donne le nom de résonateurs aux cavités que le son laryngé traverse avant d'arriver à l'air libre, à savoir l'hypopharynx et l'oropharynx, la cavité buccale, et pour certains sons, le rhinopharynx et les fosses nasales qui permettent de moduler le son laryngé pour aboutir à la parole ce qu'on appelle le timbre vocal.

La taille et la forme des résonateurs varient dans des proportions considérables, car leurs parois sont sous la dépendance d'organes mobiles : la mandibule, la langue, les muscles du pharynx, le voile du palais, les lèvres. **(Ibid).**

2.2.2 Respiration :

Le larynx assure le passage de l'air de l'extérieur vers les poumons et inversement. Pour cela, il doit rester en position ouverte par l'écartement des cordes vocales. En situation de respiration, le larynx est mobilisé en globalité, puisqu'il descend lors de l'inspiration et remonte au cours de l'expiration. **(Site de faculté de Médecine de Louvain).**

-*Pendant l'inspiration* : le larynx rattaché en bas à la trachée par le cricoïde, et en haut à l'os hyoïde, et la tête par les muscles suspenseurs, subit une double contrainte. En effet, il est tiré vers le bas et retenu vers le haut. Les aryténoïdes sont particulièrement soumis à ces forces contraires. Ils vont glisser vers l'extérieur, ouvrant ainsi plus largement la glotte. **(Ibid).**

-Lors d'une inspiration forcée : ils pivotent vers le dehors, augmentant ainsi l'ouverture glottique. Ce mouvement entraîne un déplissement des cordes vocales, d'autant plus grand que l'inspiration est profonde. **(Ibid).**

-Pendant l'expiration : le diaphragme se relâche et remonte passivement, le larynx suit le même mouvement, et les aryténoïdes reprennent leurs positions initiales sur le chaton cricoïdien. La glotte se rétrécit. **(Ibid).**

2.2.3 Déglutition et protection des voies aériennes :

Le larynx a pour rôle de protéger les voies aériennes supérieures de toute pénétration alimentaire. Ainsi le bolus ne pénètre pas les voies aériennes et se dirige vers l'œsophage par l'intermédiaire de l'hypopharynx. La déglutition se divise en trois temps, dans le premier, le temps oral est volontaire, et les deux suivants, temps pharyngé et œsophagien, sont réflexes. C'est le temps pharyngé (ou pharyngo- laryngo- œsophagien) qui va intéresser la protection du larynx. En effet, un triple verrouillage se met en place pour assurer une fermeture parfaitement étanche des voies aériennes.

Elle débute par un réflexe d'apnée au moment de la déglutition. Elle se poursuit par la fermeture nasopharyngée afin d'éviter tout reflux nasal. L'ascension et l'occlusion laryngée, primordiales pour éviter les fausses routes,

viennent clore ces mécanismes de protection. (**Site de faculté de Médecine de Louvain**).

2.2.4 Fonctions d'appui

La fonction d'appui nécessite une fermeture de tout le plan glottique (cordes vocales+ bandes ventriculaires), permettant la mise en place de l'apnée inspiratoire, afin de retenir l'air pulmonaire. La ceinture abdominale se contracte et prend alors appui sur la cage thoracique. Au niveau laryngé, les aryténoïdes gagnent la ligne médiane, et le cartilage thyroïde se rapproche de l'os hyoïde par élévation. Cette fonction du larynx permet de réaliser des efforts physiques à glotte fermée, comme pour soulever ou pousser un objet. Elle intervient également dans des phénomènes élémentaires tels que la toux, le humage, le vomissement, la miction, la défécation, et l'accouchement. (**Ibid**).

2.3 Etio-épidémiologie :

Le cancer du larynx représente 25% des cancers des voies aéro-digestives supérieures, et 5% du total des cancers masculins.

* **sexe et âge** : hommes dans 94% des cas, contre 6% de femmes ; **âge varie** de 50 à 70 ans.

***Facteurs favorisants** :

-Le tabagisme : facteur essentiel, qui multiplie par 4 le risque de développer un cancer des VADS

-La mauvaise hygiène bucco-dentaire.

-Certains facteurs de risque professionnel : le fer, l'amiante, le nickel, le chrome.

-Le traumatisme vocal chronique :

-Etat précancéreux : dysplasie rouge (érythroplasie), dysplasie blanche (Leucoplasie).

-Virus (virus herpès simplex ou papillomavirus humain) : qui dégénère très fréquemment.

-il arrive aussi qu'un reflux gastro-œsophagien chronique ou une carence vitaminique (A et C) en soient responsables.

-facteurs génétiques : certaines maladies autosomiques récessives sont associées à une fragilité chromosomique et donc prédisposent aux cancers. (**Faculté de Médecine d'Oran**).

2.4 Anatomopathologie :

- **Histologie** : le cancer du larynx est en 98% des cas un carcinome épidermoïde bien ou modérément différenciés.

- **Le siège** :

-**Les cordes vocales** : dans leur tiers moyen ne connaissent pas de drainage lymphatique si bien qu'il est exceptionnel que cette localisation s'accompagne d'une adénopathie

métastatique expliquant leur évolution longtemps locale. Le risque de métastase ganglionnaire est plus important en cas d'atteinte de la commissure antérieure du larynx.

-Le ventricule : il est situé entre la face supérieure de la corde vocale et le plancher de la bande ventriculaire. Cette localisation tumorale s'étend préférentiellement au cartilage thyroïde. Le risque de métastase ganglionnaire est de 60 car le réseau lymphatique se draine vers les ganglions jugulo-carotidiens supérieurs et moyens de façon bilatérales.

-Le vestibule laryngé : c'est une localisation très fréquente. Elle concerne soit la face laryngée de l'épiglotte soit la bande ventriculaire soit s'étend au niveau du pied de l'épiglotte et des bandes ventriculaires. Le risque de métastases ganglionnaires bilatérales est aussi de 60.

(Daniel-BRASNU et all.2005).

2.5 Diagnostic clinique et paraclinique :

2.5.1 Signes d'appel et circonstances de découverte :

- **Le maître symptôme est la dysphonie** : (peut se voir lors de l'atteinte de toutes les localisations) qui est précoce puis progressive de façon insidieuse.
- **La dyspnée est plus tardive** : (représente une lésion sous-glottique et/ou une grosse lésion des deux étages) et témoigne d'une tumeur volumineuse apparaissent d'abord l'effort puis de façon continue. Elle est souvent le seul signe d'appel d'un carcinome de la sous-glottite.
- **La dysphagie** : apparait dans les cancers sus-glottiques (vestibule laryngé et pharyngo larynx) ou les très volumineuse tumeurs laryngées. Elle s'accompagne souvent d'une odynophagie (douleur à la déglutition), et d'une otalgie réflexe du côté de la lésion tumorale.
- **Une adénopathie cervicale** : en apparence isolée peut révéler un cancer du larynx (sus-glottique, sinus piriforme).

Des signes plus rares, jamais isolées : crachats hémoptoïques, une toux sèche, irritative et persistante, une sensation de corps étranger peut révéler une tumeur du larynx.

(Daniel-BRASNU et ALL.2005)

2.5.2 Bilan clinique :

L'examen clinique :

- * Un examen de la cavité buccale, à l'aide d'un abaisse-langue.
- * L'examen du larynx repose sur la laryngoscopie indirecte au miroir sous bon éclairage elle est la base de tout examen. Elle a pour but d'observer la région pharyngolaryngée donne une première indication sur la tumeur et son extension. **(Cancer du larynx.pdf).**

- * Une Nasfibroscopie : nécessaire si la laryngoscopie indirecte est difficile et qui permet de localiser le siège de la lésion, d'apprécier sa typologie, ainsi que la mobilité des cordes vocales et des aryténoïdes en respiration et en phonation.



Photo : laryngoscopie indirecte
Utilisation de miroirs laryngiens
(E. Reyt)

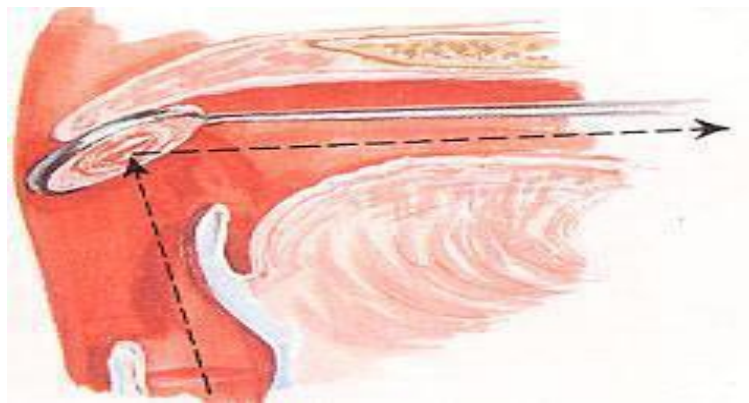


Figure N°5 Schéma : laryngoscopie indirecte

La bouche est largement ouverte, la langue est tractée entre le pouce et le majeur, l'examineur prend appui avec l'index sur les incisives ou la lèvre supérieure. L'éclairage doit être focalisé sur le miroir.

*Examen stroboscopique laryngé : Il peut être couplé au Nas fibroscope. Utile pour préciser une éventuelle infiltration tumorale à partir d'une petite tumeur superficielle née au niveau du bord libre de la corde vocale.

Le résultat de l'examen clinique ORL est consigné sur un schéma daté et signé.

*Une palpation des aires ganglionnaires cervicales : est indispensable, permet de détecter une éventuelle adénopathie métastatique, témoignant d'un envahissement locorégional. Les aires ganglionnaires étudiés sont les territoires jugulo-carotidienne, spinaux et sus-claviculaires. (Cancer du larynx.pdf).

Le bilan paraclinique :

Micro-laryngoscopie en suspension (MLES) sous anesthésie générale : si la laryngoscopie indirecte est difficile. C'est le seul examen qui permet de préciser l'extension tumorale locale précise, de compléter les précédant examens en permettant les biopsies nécessaires au diagnostic et de rechercher une seconde localisation des VADS.

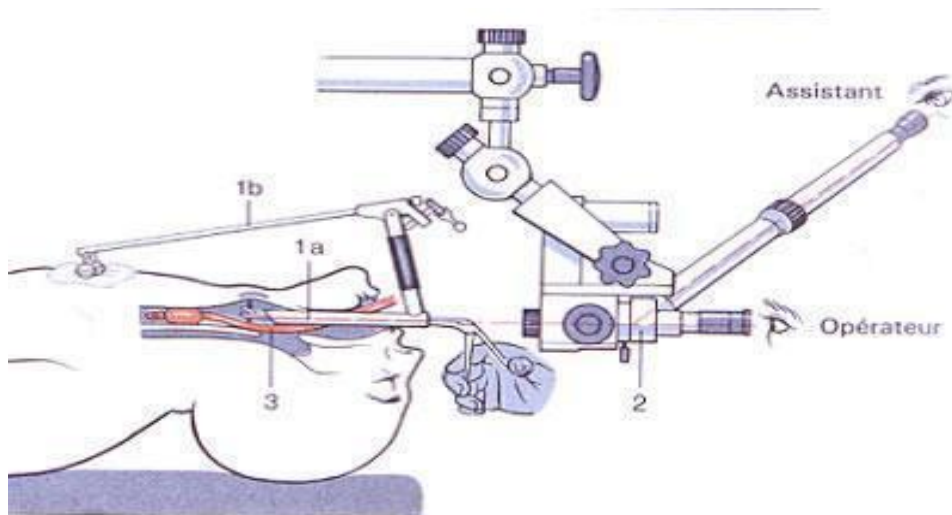


Figure N°6 Schéma : MLES (micro laryngoscopie en suspension) (E. Reyt)



**Figure N°7 Photo : MLES (micro laryngoscopie en suspension)
Cordes vocales vues au microscope opératoire (E. REYT)**

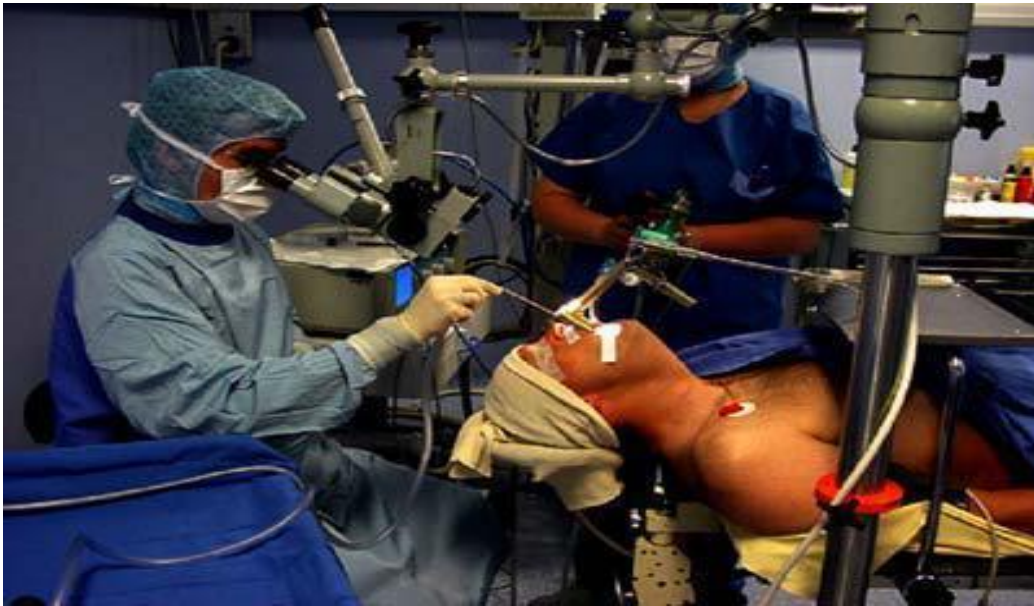


Figure N°8 Photo : MLES (micro laryngoscopie en suspension) Microscope, table et suspension (E. Reyt)

Le bilan général :

- Il apprécie l'état nutritionnel, les fonctions respiratoires l'état cardiovasculaire, rénal, hépatique, l'état dentaire enfin. (Cancer du larynx.pdf).

2.6 Classification :

2.6.1 Classification T :

* Le cancer glottique :

T1a : Tm d'une CV mobile.

B : Tm des CV mobiles.

T2 : atteinte sus ou sous-glottique avec diminution de la mobilité.

T3 : corde fixée ou atteinte para-glottique ou érosion du cartilage thyroïde.

T4a : transfixion du cartilage thyroïde, extension trachéale, œsophagienne de la thyroïde, de la langue.

B : atteinte des espaces paravertébral, médiastin, carotide.

*** Le cancer supra-glottique :**

T1 : atteinte d'une sous localisation avec mobilité normale.

T2 : atteinte de plus d'une sous localisation de la région supra-glottique ou de la glotte ou des structures adjacentes a la région sus-glottique sans fixité.

T3 : fixité de la CV ou envahissement de la région post-cricoïde, ou de l'espace para-glottique ou de la loge HTE ou érosion du cartilage. T4a : atteinte de l'espace pré- vertébral, médiastin, carotide.

B : cartilage thyroïde transfixie, atteinte de la trachée, de l'œsophage, de la glande thyroïde, de la langue.

*** Le cancer sous-glottique :**

T1 : Tumeur limitée aux larynx sous glottique.

T2 : Tumeur étendue à une (aux) cordes vocale (s) avec mobilité normal ou diminuée.

T3 : Tumeur limitée au larynx avec fixation d'une corde vocale.

T4 : Tumeur étendue au cartilage thyroïde et/ou cricoïde, et/ou structure extra laryngées (œsophage, trachée, tissus mous du cou)

2.6.2 Classification N :

N0 : pas de signe d'atteinte des ganglions.

N1 : métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral mesurant 03 cm dans son plus grand diamètre.

N2 : métastase unique dans un seul ganglion lymphatique homolatéral supérieur à 03 cm et inférieur à 06 cm dans son plus grand diamètre ou métastase ganglionnaire homolatérale multiples mesurant 06 cm.

A : métastase dans un seul ganglion lymphatique >03 cm mais < 06 cm

B : métastase homolatérale multiples atteints un diamètre de 06 cm.

C : métastase dans un ganglion lymphatique >06 cm dans son grand diamètre. (Les ganglions médians sont considérés comme homolatéraux).

2.6.3 Classification M :

M0 : Pas de métastases.

M1 : Présence de métastases.

Mx : métastases non précis able.

Regroupement par stades :

- Stade 0 : Tis N0 M0
- Stade I : T1 N0 M0
- Stade II : T2 N0 M0
- Stade III : T3 N0 M0 – T1 T2 T3 N1 M0
- Stade Iva : T1 T2 T3 N2 M0 – T4a N0 N1 N2 M0
- Stade Ivb : tous T N3 M0 – T4b tous N M0
- Stade Ivc : tous T tous N M1 (**Cancer du larynx.pdf**)

2.7 Traitement :

Puisque nos patients ont bénéficié tous d'une laryngectomie totale, on préfère développer dans ce chapitre ce type de traitement.

A. Radiothérapie :

C'est une méthode du traitement locorégionale des cancers, utilisant les radiations Ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses subsistant souvent au voisinage de la zone opérée, tout en bloquant leur capacité de se multiplier.

Elle tient une place capitale dans la prise en charge des cancers des VADS. Elle est souvent intensive, le traitement s'effectuant sur cinq séances par semaine pendant cinq à huit semaines, Classiquement, on administre 1,8 à 2 Grays par séance. Elle peut être utilisée pour trois types de traitement :

*Traitement curatif c.à.d. radiothérapie de première intention seule ou radiothérapie exclusive destinée aux petites tumeurs T1 de la corde vocale. Elle permet la préservation d'organe un traitement complémentaire : post-chirurgical afin d'éliminer les cellules tumorales résiduelles et limiter les risques de récidives. On parle alors de radiothérapie adjuvante. Dans ce cas, la radiothérapie est généralement associée à la chirurgie et ne débute que trois semaines environ après l'opération, c'est-à-dire une fois les tissus complètement cicatrisés. Or un traitement chirurgical ultérieur, dit de rattrapage lorsqu'il est nécessaire peut poser des problèmes de cicatrisation au niveau des tissus irradiés pouvant se traduire par la survenue d'une fistule salivaire (pharyngostome).

Un traitement à visée palliative dans le but d'obtenir un ralentissement de l'évolution ou des conséquences de la maladie.

-Notons que dans le cas des cancers glottiques, et si les lésions sont bien localisées, seule la tumeur est irradiée. Dans tous les autres cas, on irradiera les aires ganglionnaires en plus de la tumeur initiale. (**Cancer du larynx.docx**). **B. Chimiothérapie :**

Elle consiste à administrer certaines substances chimiques qui ont pour objectif d'enrayer ou de ralentir l'évolution de la prolifération des cellules cancéreuses, en les détruisant et en empêchant leur reproduction anarchique au sein de l'organisme. C'est un traitement long effectué par cures de cinq jours espacées d'environ trois à quatre semaines. Le rythme et la durée du traitement sont propres à chaque patient. Il existe trois manières d'aborder une chimiothérapie :

***la chimiothérapie exclusive** : rare, dont le but est le traitement complet de la tumeur ou de radiothérapie. (**Cancer du larynx.docx**).

2. 8 Evolution et surveillance :

2.8.1 Le facteur de pronostique :

Le pronostique du cancer du larynx est relativement bon : 50% de survie a cinq ans en moyenne. Ce taux de survie dépend principalement :

- * De la localisation de la tumeur (les tumeurs du plan glottique sont de meilleur pronostique).
- * De la présence d'adénopathies
- * Du volume de la tumeur.

2.8.2 La Surveillance :

Quel que soit le traitement choisi, une surveillance est indispensable au moins pendant 5 ans car les récurrences ou les secondes localisations sont loin d'être exceptionnelles surtout dans les formes extensives.

Sont ainsi colligés environ 20 % de second cancer des voies aérodigestives justifiant en fait une surveillance à vie. (**Article 145-5 tumeur du larynx.pdf P72**)

2. 9 Complications :

2.9.1 Chirurgicales :

Elles sont multiples et peuvent être :

-soit immédiates dans les 48heures : il peut s'agir d'un hématome ou hémorragie extériorisée par la bouche, gêne respiratoire, lâchage de suture, emphysème sous cutané. Le décès en post

opératoire immédiat est rare mais non exceptionnel et en particulier quand la trachéotomie a été réalisée quelques jours avant l'intervention.

-soit tardives : il peut s'agir des :

*Troubles de déglutition.

*fistules salivaires ou pharyngostomes : Principale complication postopératoire immédiate, peut être également favorisée par la radiothérapie. Ce terme désigne une fistule pharyngocutanée, liée à une désunion locale de la suture. Elles se déclarent habituellement entre le 4^e et le 7^e j post chirurgie. Il représente une complication importante qui repousse la date de reprise alimentaire, le traitement radiothérapique, et la rééducation vocale. Il peut aboutir à un rétrécissement pharyngé cicatriciel ou une fibrose.

*Infection de la plaie : est souvent le résultat d'une contamination pharyngée ou bronchique.

(Debrosses. C.Expert).

2.9.2 Complication de la radiothérapie :

Certaines conséquences apparaissent au moment de l'irradiation comme :

***Toxicité aigüe** : Les effets aigus de la radiothérapie se manifestent Au bout de quelques séances seulement, et disparaissent quelques semaines après la fin du traitement :

***La dysgueusie** : (altération ou perte du goût), par destruction d'un certain nombre de cellules sensorielles ce qui contribue à la perte d'appétit du patient, et par conséquent, à la dénutrition. Ces effets, toxiques sont souvent accompagnés de douleurs, dysphagie et amaigrissement. Cette agueusie diminue progressivement jusqu'à disparaître en général un a deux mois après la fin de la radiothérapie.

***L'hyposialie, voire asialie** : est l'absence de production de salive, engendrant Parfois une bouche sèche, appelée xérostomie qui peut être chronique.

***La fibrose cervicale** : Il s'agit de la perte de souplesse des muscles, de celle de la peau du ou ainsi que de celle des articulations, qui altère la contraction musculaire ainsi que la mobilité du cou, pouvant succéder à l'œdème ou apparaître très tardivement.

2.9.3 Complications de la chimiothérapie :

Des troubles digestifs comme des nausées, des vomissements, des diarrhées ou des constipations, une pancytopenie (diminution des globules R.B.P), des aphtes, la chute des cheveux, l'arrêt ou l'irrégularité des règles. **(Debrosses. C.Expert).**

CHAPITRE 3
LA LARYNGECTOMIE TOTALE

3- La laryngectomie totale

Préambule :

La laryngectomie totale est une opération chirurgicale effectuée aux stades avancés des cancers touchants le larynx ou les zones à proximité. Elle peut s'avère être une expérience traumatisante. ([Www.atosmedical.fr](http://www.atosmedical.fr))

3.1 Définition :

La laryngectomie totale est une intervention chirurgicale consistant à retirer le larynx, qui est l'organe de la phonation. Après une laryngectomie, la respiration se fait à travers une ouverture pratiquée dans le cou et non plus par le nez et la bouche.

Bien que cette opération change radicalement la vie de la personne qui la subit, elle peut continuer à profiter de la vie. La toux peut être réduite à un niveau minimal, vous pouvez réapprendre à parler et il est possible d'apprécier à nouveau les odeurs et les saveurs.

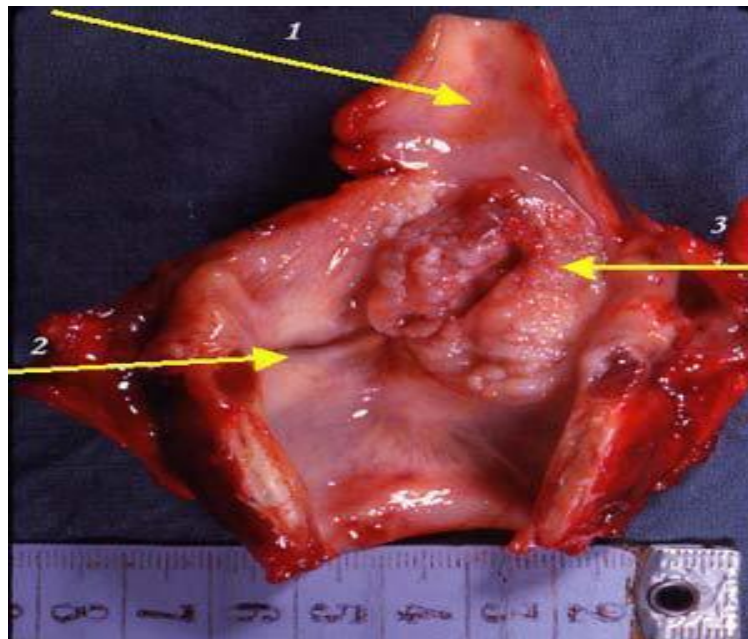


Figure N°9 Photo : pièce de laryngectomie totale (vue postérieure)

1 : épiglotte, 2 : corde vocale gauche, 3 : tumeur touchant les 3 étages

(E.Reyt)

Cette intervention est réalisée d'emblée ou après échec des protocoles de préservation laryngée. Elle réalise l'exérèse complète du larynx depuis l'os hyoïde jusqu'aux premiers

anneaux trachéaux, sans enlever la muqueuse de l'hypopharynx en dehors de la muqueuse rétro-cricoïdienne. Elles s'adressent :

* En première intention à des tumeurs volumineuses T3 et T4 du larynx et de l'hypopharynx qui l'extension tumorale est trop importante pour que le chirurgien puisse reconstruire un sphincter laryngé efficace.

* En seconde intention, lorsque l'extension locale de la tumeur primitive contre indique la réalisation d'une laryngectomie partielle fonctionnelle et dans le cas de récurrence après chirurgie partielle du larynx ou du pharynx, ou après échec d'une radiothérapie.

Ce type de tumeurs s'accompagnent souvent d'adénopathies qui nécessitent un curage ganglionnaire uni- ou bilatéral suivant le siège de la tumeur et son volume, et qui conduit à proposer une irradiation postopératoire systématique sur l'ancien lit tumoral et les aires ganglionnaires, en particulier dans les zones où l'exérèse chirurgicale est impossible : médiastin supérieur pour les cancers sous-glottiques et trans-glottiques, région sous-parotidienne et basi-crânienne pour les cancers du vestibule.

Il arrive que l'intervention nécessite la mise en place d'un lambeau destiné à combler la perte de substance au niveau cervical. Les lambeaux les plus fréquemment utilisés sont le grand pectoral et le delto-pectoral.

L'intervention se fait sous anesthésie générale, c'est une opération longue pouvant durer jusqu'à 5 heures. **(Daniel-BRASNUS et ALL.P 92).**

*** Laryngectomie totale à champ étroit :**

Lors de l'exérèse, les muscles constricteurs du pharynx sont sectionnés au bord postérieur du cartilage thyroïde. Le muscle crico-pharyngien est sectionné au niveau du bord postérieur et inférieur du cartilage cricoïde. Le péri-chondre thyroïdien est incisé permettant ainsi le décollement sous péri-chondral de la paroi latérale du sinus piriforme à la face interne de l'aile thyroïdienne. A la fin de l'exérèse les limites de section pharyngée sont : *En haut la muqueuse de la base de la langue ; *Latéralement la muqueuse de la paroi externe des sinus piriformes ; La plaie est donc triangulaire à base supérieure et à sommet inférieur. A ce sommet on retrouve la muqueuse rétro-cricoïdienne intacte. La fermeture se fait en T suivant la forme de la plaie. Elle s'adresse aux cancers glottiques avec extension sous-glottique et fixation de la corde. Elle peut aussi être utilisée comme chirurgie de rattrapage d'un cancer de corde irradié à dose totale. Elle ne doit jamais être réalisée pour un cancer du vestibule ou de la commissure antérieure.

(Daniel-BRASNUS et ALL.P 93).

*** Laryngectomies totales élargies : -****Les Pharyngo-laryngectomie totale :**

Elle comporte une exérèse de tout le bloc laryngé associée à une partie plus ou moins importante de la muqueuse de l'hypopharynx. Le calibre du pharynx est rétréci de façon plus ou moins importante en fonction de l'exérèse nécessaire. La reconstruction peut parfois nécessiter la réalisation d'un lambeau libre ou pédiculé. Ces lambeaux formant alors une masse inerte, perturbent la cinétique locale lors de la déglutition et de la phonation. Cette intervention est destinée pour les cancers étendus du sinus piriforme ou Pour les tumeurs de la margelle étendues au larynx.

-Laryngectomie totale élargie à la loge HTE :

Cette laryngectomie s'adresse aux tumeurs vestibulaires ayant envahi la loge HTE Le curage ganglionnaire bilatéral est réalisé. La trachéotomie peut être basse ou inter-crico-thyroïdienne si l'on désire pratiquer une laryngectomie supra-cricoïdienne qui permet d'éviter le port de la canule. **(Daniel-BRASNUS et ALL.P 93).**

-Laryngectomie totale étendue à la base de la langue (subglossolaryngectomie totale) :

Elle s'adresse aux cancers vestibulo-épiglottiques qui ont envahi la vallécule et mordu sur le tiers inférieur de la base de la langue. On l'appelle aussi subglossolaryngectomie totale. Ce type de laryngectomie nécessite toujours un curage ganglionnaire bilatéral. La seule particularité technique est qu'elle doit être réalisée de bas en haut.

(Daniel-BRASNUS et ALL.P 96).

-Laryngectomie élargie au corps thyroïde :

Elle doit être pratiquée pour les cancers des 3 étages avec fixité de l'hémi larynx. L'extension à l'espace para-glottique de la tumeur l'amène au contact du corps thyroïde qui sera enlevé pour avoir une bonne marge de sécurité.

-Laryngectomie carrée :

Il s'agit d'une laryngectomie totale étendue aux tissus pré-laryngés avec atteinte des tissus sous-cutanés au revêtement cutané. Elle est indiquée en cas de suspicion de perméation antérieure des cartilages laryngés : cancer du vestibule ayant traversé la loge ; Cancer du ventricule ou de la commissure antérieure ayant détruit le cartilage thyroïde ; cancer de la sous-glote ayant infiltré la membrane crico-thyroïdienne.

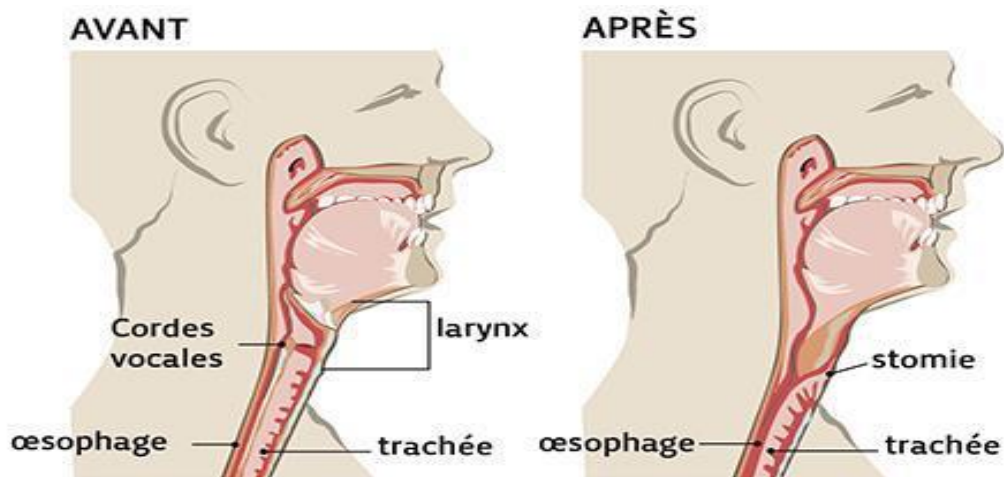


Figure N°10 La laryngectomie totale-vocal

Trachéostomie :

Une trachéostomie est réalisée durant une laryngectomie partielle ouverte ou une laryngectomie totale. Le chirurgien crée une ouverture (stomie) dans la trachée et le cou, il insère un tube (canule) dans la stomie afin de créer un nouveau passage pour que l'air puisse atteindre les poumons et vous permettre de respirer. (www.cancer.ca)

Trachéostomie temporaire :

Lorsque on pratique une laryngectomie partielle, la stomie est habituellement temporaire. Elle permet au larynx de guérir après la chirurgie. Lorsque l'enflure du cou et du larynx s'est atténuée, on retire la canule de trachéostomie, la stomie se referme et vous pouvez respirer et parler normalement. **(Ibid)**



Figure N°11 Larynx artificiel

Trachéostomie permanente :

Si vous subissez une laryngectomie totale la stomie est permanente. Vous respirez par stomie et devrez apprendre à parler d'une nouvelle façon. Avant de quitter l'hôpital les personnes qui ont subis une trachéostomie permanente apprennent comment on prend soin. Vivre avec une trachéostomie requiert certains changements dans votre vie normale après avoir pris un certain temps pour s'habituer aux changements. **(Ibid)**

La chirurgie des aires ganglionnaires cervicales :

Elle est systématique (sauf dans les cas des cancers limités strictement à la corde vocale). Elle correspond à une ablation chirurgicale des ganglions et des sites de drainages lymphatiques du cancer. Il en existe :

*le curage ganglionnaire fonctionnel : est conservateur et préserve les éléments nobles, tels que la veine jugulaire interne, le nerf spinal, le sterno-cléido-mastoïdien.

*le curage ganglionnaire radical : est non conservateur, il correspond à une exérèse du tissu cellulo-ganglionnaire des niveaux I et IV, associé à une exérèse du muscle

sterno-cléido-mastoïdien, de la veine jugulaire interne, de la glande sous-mandibulaire, du nerf accessoire (IX), des racines du plexus cervical profond Et parfois de la carotide externe.

*Le curage sélectif : il préserve au moins un des groupes ganglionnaires usuellement au cours du curage radical. Ces curages de principe s'adressent généralement à des cous N0 afin d'éliminer les ganglions à risque de métastases. Dans le cadre des cancers de l'hypopharynx et du larynx, on résèque les groupes II A IV, mais de façon unilatérale.

*Le choix de type de curage dépend de plusieurs facteurs qui sont la présence ou non d'adénopathies, leur siège, leur taille, leur uni ou bilatéralité et de l'envahissement des structures de voisinages.

Notons que les cancers des étages sus-glottique et sous-glottiques imposent la plupart du temps un curage bilatéral. (**Ibid**).

3.2 Conséquence de la laryngectomie totale :

3.2.1 Conséquences physiologiques :

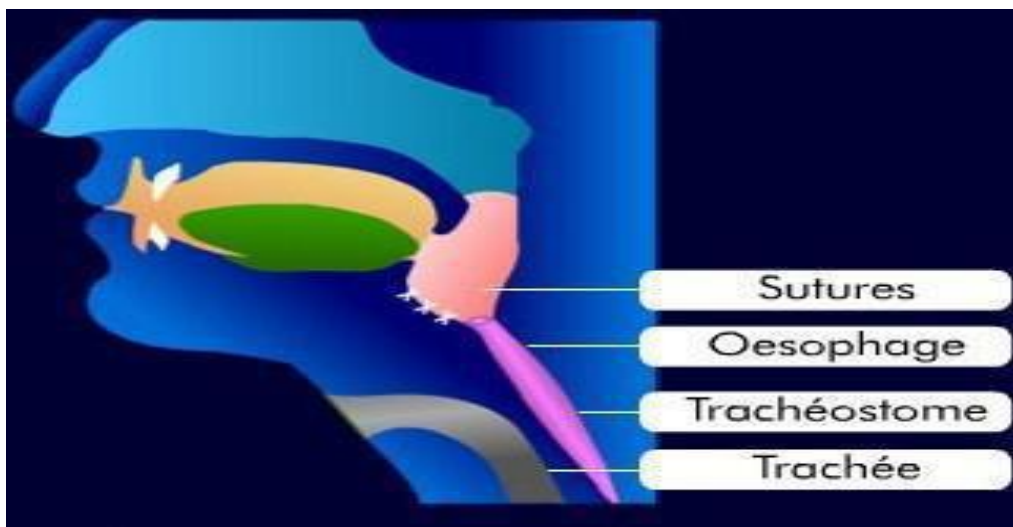


Figure N°12 Carrefour aéro-digestif après l'intervention

Cette intervention altère gravement l'anatomie. Elle entraîne tout d'abord la perte du carrefour aéro-digestif avec la dissociation des voies aériennes et digestives. La voie digestive ainsi isolée abolit tout risque de fausses routes. Les conséquences sur les voies aériennes sont beaucoup plus importantes puisque le patient va subir un bouleversement de l'organisation de ces appareils phonatoire et respiratoire. En effet, l'ablation du larynx entraîne la perte des plis vocaux et l'abouchement de la trachée à la base du cou. Le courant d'air pulmonaire est ainsi dévié et le laryngectomisé respirera définitivement par son trachéostome, orifice sur la paroi cervicale.

L'absence des plis vocaux et de jonction entre les poumons et l'articulateur de la parole amènera le patient à développer la bouche œsophagienne de la filière digestive- situé en amont de l'œsophage- comme réservoir d'air pour parler.

Problèmes alimentaires :

L'alimentation lors de la période de cicatrisation de la suture pharyngée se fait par une sonde nasogastrique introduite dans l'estomac en période péri-opératoire. Celle-ci est laissée en place une à deux semaines.

On note par ailleurs des difficultés pour certains patients à ingérer des aliments solides. Ceci peut être en rapport avec un problème de dynamique œsophagienne, Rétrécissement secondaire à la chirurgie, ou à une sténose de la bouche œsophagienne.

(Debrosses. C.Expert).

Problèmes de la phonation :

La perte des plis vocaux interdit au patient toute possibilité de voix laryngée. Aussi l'air ne circulant plus par le nez ou la bouche, l'articulation ou la parole du patient seront également perturbées. Néanmoins, le patient ne sera pas privé de communication puisque dès la période postopératoire, en plus du recours à l'écriture, il pourra réaliser une sorte de chuchotage résultant de la mobilisation de l'air de la bouche et de l'arrière de la bouche par les organes d'articulation de la parole (lèvres, langue, voile du palais et mâchoire). Ainsi, il réussira à se faire comprendre partiellement. Notons toutefois qu'avant toute réhabilitation vocale, certains phonèmes lui seront impossibles à prononcer comme les consonnes voisées et nasales. Une fois la rééducation orthophonique débutée, le patient devra apprendre une nouvelle technique de phonation puisque les principes divergent totalement de ceux qu'il possédait avant l'opération. (Ibid).

Problèmes Respiratoires :**La détresse respiratoire Postopératoire :**

Il est difficile au nouvel opéré de s'adapter à sa nouvelle filière respiratoire. Dans la période postopératoire, une canule est placée dans le trachéostome du patient, réduisant nettement la dimension de sa filière inspiratoire. Qui plus est, il est impératif qu'il protège son orifice trachéal au moyen d'un filtre pour éviter que germes et poussières ne pénètrent directement dans les poumons. Le patient aura alors l'impression de manquer d'air. Notons que la canule sert dans un premier temps à calibrer la taille de l'orifice puisque ce dernier a tendance à se rétrécir. Elle pourra être retirée, une fois le trachéostome stabilisé. Il est cependant des patients pour qui l'armature de la trachée au niveau cervical n'est pas assez solide et dont l'orifice ne parviendra jamais à se stabiliser. Ces patients devront garder

une canule à vie. En ôtant uniquement la chemise interne, les patients peuvent effectuer ses soins (aspiration, nettoyage) sans trop malmener le trachéostome et en évitant tout risque de fermeture de ce dernier. **(Debrosses. C.Expert)**.

La toux et l'encombrement :

La toux et l'encombrement trachéal par des mucosités. Sont fréquemment observés chez les nouveaux opérés. Ils sont en rapport avec la sécheresse de l'air inspiré, du fait de la disparition l'humidification et du filtrage normalement assuré lors du passage de l'air dans les cavités nasales. Ces modifications entraînent une augmentation de sécrétion de mucus au niveau de la trachée. Cette hypersécrétion est difficile à éliminer du fait de l'absence du sphincter laryngée. Le traitement repose sur les aérosols, l'aspiration trachéale régulière, et la prescription éventuelle des mucolytiques. **(Ibid)**.

Sténose trachéale :

Elle survient surtout chez les patients qui ont une radiothérapie avec une chondrite des premiers anneau trachéaux ou chez certains patients porteurs de prothèse phonatoire. Elle peut être patients porteurs de prothèse phonatoire. Sa survenue nécessite le port prolongé d'une canule de trachéotomie ou une reconstruction chirurgicale du trachéostome.

(Ibid).

L'essoufflement :

Les laryngectomisés sont très vite essoufflés. Ceci s'explique par la perte du freinage de l'air expiratoire, normalement assuré par le larynx. **(Ibid)**.

Le mouchage :

L'intervention entraîne une modification du chemin de l'air pulmonaire. Il devient donc très difficile pour le laryngectomisé de se moucher. En effet, bien que l'air ne passe plus par le nez, cette zone n'en demeure pas pour autant inerte, et le patient restera sujet aux encombrements et écoulements nasaux. Pour pallier l'absence de pression pulmonaire, le patient devra apprendre une manœuvre de substitution consistant à faire remonter rapidement par le nez, l'air contenu en bouche. **(Ibid)**.

Atteinte de l'odorat, du gout :

Ces deux perturbations sont liées à l'absence de circulation d'air dans les fosses nasales. En général, c'est l'olfaction par voie antérieure qui est la plus touchée, alors que l'olfaction par voie rétrograde intervenant dans la détermination des saveurs est peu perturbée. **(Ibid)**.

Perte de la fonction d'appui en apnée :

Chez le sujet sain, le corps qui se met en pression fait un glottage (fermeture glottique). Le laryngectomisé ne peut plus augmenter cette pression. Il se trouvera en difficulté pour tout effort tel que soulever les charges lourdes, faire du sport, ou même pour déféquer. Il leur est proposé d'obturer l'orifice du trachéostome pour aider un peu à la mise en effort. (**Ibid**).

3.3 Conséquences psychologiques :**Choc de l'annonce :**

L'annonce du diagnostic de cancer est vécue comme un choc dans l'histoire d'un individu. Celle-ci est associée à une soudaine prise de conscience de la finalité de la vie. On aura trois types de réactions :

-Réaction normale : émotion, peur, inquiétude sur le DG et le traitement, angoisse de mort, répression des affections.

-Réaction pathologique : dépression, manifestations anxiodépressives, altération du fonctionnement social et professionnel.

-Risque suicidaire : le risque est plus élevé lors des premiers mois après l'annonce d'un diagnostic de cancer.

Les facteurs de risque du passage à l'acte suicidaire sont multiples, il s'agit de la gravité de la maladie, la dépression actuelle ou ancienne, antécédent psychiatrique, délire, dépendance médicamenteuse ou toxique, épuisement physique, et la tentative suicidaires anciennes du patient ou dans sa famille. (**Debrosses.C.Expert**).

Le travail de deuil :

Après l'annonce du diagnostic et suite à l'intervention, un travail de deuil est indispensable pour le retour à un bon équilibre. Il s'agit d'un processus psychique dynamique qui permet une réorganisation des investissements libidinaux en surmontant la perte de l'objet disparu. A l'intérieur de ce travail se succèdent plusieurs phases : sidération, dénégation, douleur profonde puis reconstruction avec réinvestissement affectif. Certaines phases sont plus longues que d'autres et parfois le passage d'une phase à l'autre se révèle compliqué. Parfois le processus se complique ou se bloque, avec prolongation exagérée de la phase dépressive (vécu douloureux), réaction las de stress, manifestations psychosomatiques et parfois tendances suicidaires. Ces réactions sont multiples, chacun peut ressentir de façon très différente l'impact du cancer.

Bien entendu, chacun réagit avec sa nature, son histoire et sa connaissance de la maladie. On retrouve néanmoins des ressentis communs chez les personnes malades. **(Ibid)**.

Bouleversement psycho-affectif et perte de l'estime de soi :

Le patient se sent affaibli, diminué par rapport à autrui, et dépendant des autres dans les soins, la parole, etc.... (Notons par ailleurs, qu'il peut y avoir chez certains d'entre eux un état préexistant de dépréciation d'eux même et d'isolement socio-familial les ayant incités à se tourner vers des comportements alcool-tabagique excessif).

En outre, ce trop-plein de modifications physiques et sociales va se répercuter sur l'état psycho-affectif du patient et des changements comportementaux vont apparaître.

L'anxiété engendrée par l'annonce du cancer est souvent à l'origine d'un comportement dépressif. La sensation de détresse peut contribuer à une perte d'autonomie qu'il est important de prendre en compte. Les sentiments de frustration, tristesse ou encore irritabilité sont couramment évoqués par les patients. L'angoisse, les insomnies et la dépression peuvent, tout en aggravant la fatigue, réduire la motivation et en être sources de problèmes de mémoires et de concentration. A toutes ces modifications comportementales vient se greffer le temps de l'incertitude quant à l'avenir, qu'il est difficile de gérer. **(Ibid)**.

La culpabilité :

Certaines personnes affrontent également le poids de la culpabilité. La plupart des opérés du larynx sont des personnes consommant ou ayant consommé tabac et/ou alcool durant des années et parfois en grande quantité. Beaucoup se sentent responsables et vivent la maladie comme une sanction pour leur comportement à risque dans le passé. **(Ibid)**

La perte de la voix :

L'absence de langage constitue une expérience humaine traumatisante. En effet, la voix est le reflet de la personnalité et permet d'exprimer pensées et émotions. Cette perte est très difficile à accepter pour tous, mais particulièrement pour les personnes appréciant tout particulièrement la communication orale et les contacts sociaux, ou pour lesquelles le langage était au centre de l'activité professionnelle. **(Ibid)**.

Le retour à domicile :

Après le temps d'hospitalisation, si le retour à domicile est un soulagement pour un grand nombre de personnes, il peut aussi s'avérer anxiogène pour d'autres : la rupture avec l'hôpital

est brutale, le patient se retrouve seul du jour au lendemain et dépourvu d'aides médicales ainsi que du soutien des différents professionnels. Ce vide provoque inquiétude et désorientation.

A la peur de la maladie s'ajoute celle de ne pas se faire comprendre, la peur du jugement et de la réaction des autres. Néanmoins, tous ne vivent pas la maladie de la même façon, et alors que la situation est très lourde et pesante pour certains, d'autres sont au contraire pleins d'énergie et de volonté pour s'en sortir.

Dès le retour à domicile, il faut réorganiser le quotidien et pour se faire, l'aide de l'entourage est primordial. Toutefois, ce besoin constant de l'autre est mal vécu dans certains cas, car le patient dépendant peut se sentir infantilise. **(Ibid)**.

3.4 Conséquences familiales, sociales et professionnels :

Conséquences sur les relations familiales :

Il passe du statut de « personne en bonne santé » à « malade » Dans les relations familiales, la famille sera elle-aussi atteinte par le diagnostic. Leurs réactions face la maladie peuvent être très diverses et parfois difficile à comprendre ou à supporter par le malade. En effet, certaines vont minimiser, chercher à rassurer, d'autres s'affoler, parfois prendre temporairement de la distance. Des décalages psychologiques vont alors se créer entre malade et famille. Retrouver sa place au sein de la cellule familiale s'avère parfois difficile pour le nouvel opéré. Il lui faut accepter un certain nombre de choses, mais il faut aussi au conjoint et aux enfants accepter le laryngectomisé dans sa nouvelle identité. **(Debrosses. C.Expert)**.

Conséquences sur les relations sociales :

De nombreux facteurs sont mis en cause dans la diminution des relations sociales. Tout d'abord, le travail doit être interrompu rompant un lien social important. L'environnement affectif et social s'altère. Par ailleurs, la chirurgie elle-même, empêche le patient de communiquer avec autrui. La nouvelle apparence et l'état psychologique du patient ne favorisent pas non plus les contacts sociaux. La fatigue et la douleur, tant physique que morale sont également impliquées dans la diminution des activités relationnelles. Des problèmes de concentration, ou des pertes de mémoires poussent au repli sur soi. La vie affective et sociale en pâtit. Certaines situations sociales sont très difficiles à gérer pendant un long moment, notamment les échanges en milieu bruyant ou avec plusieurs interlocuteurs ainsi que les conversations téléphoniques.

Le laryngectomisé peut avoir des difficultés à aborder les gens, du fait de son trachéostome visible et de sa nouvelle voix. Il peut se sentir en situation de gêne et d'inconfort. Le risque est qu'il n'ose plus aller vers les autres, et préfère se restreindre à son cercle familial plutôt que de tenter de créer de nouvelles relations. La peur de susciter le rejet est souvent présent. C'est l'acceptation progressive de sa nouvelle anatomie et sa volonté d'entretenir un contact social qui permettront au patient de mieux vivre la relation à l'autre. (**Ibid**).

Conséquences professionnelles :

La perte de l'emploi :

Dans un premier temps, l'état de santé du patient nécessite beaucoup de repos et des soins médicaux au quotidien. Une période d'arrêt maladie est indispensable.

Progressivement, le patient peut éventuellement reprendre son activité professionnelle. Les personnes laryngectomisées peuvent aussi être reconnues comme travailleurs handicapés. Mais il arrive souvent que les patients ne parviennent plus à retrouver un emploi. L'âge au moment de la laryngectomie conditionne la possible reprise du travail suite à l'intervention. La reprise du travail concerne principalement ceux qui avaient moins de 60 ans au moment de l'intervention. En cas de reprise professionnelle, il s'agit parfois de l'ancien travail à temps complet, à temps partiel, ou d'un poste aménagé. Dans d'autres cas, il s'agit d'une nouvelle activité professionnelle, trouvée par le patient lui-même ou par l'intermédiaire de l'ancien employeur.

Concernant les plus de 60 ans qui parviennent à retrouver un travail, il s'agit davantage d'une activité bénévole, non rémunérée. (**Debrosses.C. Expert**).

Les difficultés financières :

De cette difficulté à retrouver un statut professionnel émane souvent des problèmes financiers, et beaucoup de laryngectomisés se retrouvent confrontés à une baisse de leurs revenus. Certains laryngectomisés trouvent un secours financier auprès de leur famille, ou obtiennent l'aide d'une association et d'autres se rapprochent d'autres personnes (employeur, banque, amis, collègues, assistante sociale...). Ce secours financier peut être très difficile à obtenir et les personnes connaissent alors de grosses difficultés au quotidien. Ils peuvent avoir recours à des emprunts qui se font auprès d'un organisme financier (prêt personnel ou prêt immobilier) mais ils ne sont pas toujours obtenus.

Toutes ces difficultés au niveau professionnel et financier ont des répercussions sur l'humeur et l'estime de soi, et sont également à prendre en compte. (**Ibid**).

Prise en charge psychologique :

Le cancer bouleverse le cours d'une vie et il est parfois difficile de mettre des mots sur cette maladie et ses conséquences. Cela est plus vrai lorsqu'on a perdu la voix...

L'environnement du patient souffre également de cette maladie. Le patient doit pouvoir trouver une écoute à ses craintes, ses angoisses mais aussi ses besoins de solutions pour pouvoir renouer avec la vie que ce soit sur le plan affectif, sociale ou professionnel. Cela est d'autant plus vrai dans les situations de sevrage alcoolique et/ou tabagique.

L'image de soi est très perturbée après toute laryngectomie, et d'avantage après une laryngectomie totale (LT).

Un travail de deuil doit donc être réalisé. Le laryngectomisé doit accepter et s'adapter à ce nouveau corps qui fonctionne plus comme auparavant et qui isole par la perte de la voix, au-delà de la maladie elle-même (le cancer).

Ce deuil est décrit par la plupart des auteures en trois phases. Une phase de sidération, de détresse physique et psychique (sidération, déni, révolte). Deuxième phase de dépression et enfin une dernière phase de récupération progressive d'un fonctionnement psychique harmonieux une prise en charge par un médecin psychiatre s'avère nécessaire dans les cas de détresse profonde marquée par une tentative de suicide ou dans les situations où un passage à l'acte est fortement craint.

Le rôle des associations des laryngectomisés et mutilés de la voix et également une aide très précieuse, aussi bien avant l'intervention que pendant l'hospitalisation et plus encore lors de la nouvelle vie du laryngectomisé, dès sa sortie de l'hôpital.

La qualité de vie du patient laryngectomisé peut donc ainsi être améliorée au travers des différents prises en charge. Mais qu'entend-on exactement par qualité de vie ?



Figure N°13 larynx/trachéot

Chapitre IV

Qualité de vie

4. La qualité de vie

Préambule :

Le concept de la qualité de vie est un concept vaste qui peut être défini de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de revenus, que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé. Il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liés à la santé, sociaux, environnementaux, économiques, politiques, etc. Il ressort que le concept de la qualité de vie paraît simple, par ce que son emploi est banalisé. Cependant, il faut rester vigilant par rapport à son utilisation, car selon le cadre dans lequel il est employé, son sens peut varier. **(Gustave-Nicolas Fischer, 2002, P 283).**

4.1 Historique et évolution

4.1.1 Le concept de la qualité de vie :

Le terme de la qualité de vie a été initialement introduit aux Etats-Unis dans les années 50 comme slogan politique, puis étendu à un niveau social et individuel dans les années 70. La notion de la qualité de vie apparaît pour la première fois dans les Annales de médecine interne en 1966. En effet, la qualité de vie a pris une importance croissante dans l'évaluation des soins de santé. Il s'agit de l'intérêt porté par les patients, les pouvoirs publics et la société sur l'impact global des soins dispensés et sur le bien être des patients, au-delà de la simple amélioration des signes cliniques et biomédicaux de la maladie. Elle concerne les états physiques et socio-psychologiques tels qu'ils sont perçus par le patient.

Ce sont essentiellement les médecins et les chercheurs en santé publique qui vont assurer la notion de la qualité de vie qui finira par intégrer les notions voisines (Bien-être, Santé satisfaction). Les progrès de la médecine, vis-à-vis du traitement des maladies infectieuses notamment, se sont traduits par un allongement de la longévité des populations et donc par l'accroissement du taux de certaines maladies chroniques, aux conséquences nouvelles et multiples (physiques, mentales, sociales) affectant le bien-être des patients plutôt que leur survie. Il était alors fondamental de restaurer ou de préserver la qualité de vie de ces personnes et de construire des outils permettant d'évaluer l'impact physique, mental et social subjectif de ces pathologies et de leurs conséquences, ainsi que celui des soins et des traitements qui leurs sont associés. **(Eva Tazapoulou, 2008, P 15).**

Le concept de la qualité de vie n'est pas nouveau, historiquement et de manière schématique comme le souligne (martin, 1999) quatre approches sont envisagées. Ces différents approches peuvent être décomposées en périodes et intérêts en fonction du domaine de ceux qui l'abordent philosophes, psychosociologues, politologues et médecines. nous allons brièvement résumer ces différentes approche. **(Gustave-Nicolas Fischer, 2002, P 283).**

***L'approche philosophique :**

Le concept de la qualité de vie a 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 principal de leur préoccupation .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 .soulignons aussi que la notion de plaisir s'est différenciée de celle de bonheur par son accessibilité et partie intégrante du bonheur. Rappelons que pour Aristote, le bonheur est désirable. 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. Ainsi nous dirons qu'il est important de ne pas confondre qualité de vie et bonheur, plaisir, bien-être, même s'ils en constituent des composantes importantes de la même manière, la qualité de vie ne se résume pas à la santé, comme nous le verrons plus loin, même si celle –ci en est un facteur important.

(Gustave-Nicolas Fischer, 2002, PP 284-285).

***L'approche Psychosociologique :**

Contrairement aux philosophes, les psychosociologues ne sont pas préoccupés de vérité sur la qualité de vie, mais de vérité de chacun sur la qualité de vie d'une population. Le concept de la qualité de vie tel qu'il est étudié par les psychologues et les sociologues restent liés à la santé. Aussi, il permet une exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociale et familiales.

(Gustave-Nicolas Fischer, 2002, P 285).

***L'approche politologue :**

Selon cette approche, la notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Nous pouvons retenir des noms comme Henri en France, Hoover, Johnson aux Etats-Unis et bien d'autre, qui traitaient déjà de la qualité de vie. Notons que Jefferson demanda, dès l'élaboration de la constitution des Etats-Unis, que le « droit au bonheur » figure parmi les droits inaliénables des citoyens américains. Plus tard, dans les années 1960, toujours aux Etats-Unis, nous pouvons observer un intérêt et une préoccupation grandissants et quasiment omniprésents pour l'amélioration de la qualité de vie. **(Ibid).**

***L'approche médicale :**

Nous retrouvons ce concept de qualité de vie en médecine et, plus Particulièrement, en psychiatrie lors de programme de désinstitutionalisation (1963) aux Etats-Unis. Psychiatres vont alors dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatrique à partir de moment ou des institutionnalisations attacher peu d'impotence à l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie à l'extérieurs. Cependant, nous pouvons observer que les études sur la qualité de vie apparaitront plus tardivement dans les pays Anglo-Saxons, puis scandinaves et enfin dans le reste de l'Europe. Quelques dates marquent le développement des études sur la qualité de vie dans le domaine médical. En effet, en 1947, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition de la santé qui reste cependant proche de celle de bien-être. Le terme de la qualité de vie fut utilisé pour la première fois en 1966 par Elkington, dans une publication médicale.

Ainsi le concept de la qualité de vie est très répondu dans le domaine médical. Les échelles évaluant la qualité de vie sont abondantes, allés représentent un outil clinique a part entière à condition qu'elles soient couplées à d'autres instruments cliniques validés. **(Gustave-Nicolas Fischer, 2002, P 286).**

4.2 Définition :

La qualité de vie est un concept complexe car chaque individu possède sa propre définition de sa qualité de vie en fonction de ses désirs, de ses attentes, et de sa satisfaction.

(Klein Delphine, 2011, P 27).

« La qualité de vie, sous l'angle individuel, c'est ce qu'on souhaite au nouvel an : nous pas la simple survie, mais ce qui fait la vie bonne santé, amour, succès, confort, jouissance brève, le bonheur... ».

La mesure de la qualité de vie est une « mesure composite du bien-être physique, mental, social tel qu'il est perçu par chaque individu ou groupe d'individus. Cette notion regroupe des notions touchant au bonheur, aux satisfactions et gratifications en rapport avec la santé, le mariage, la famille, le travail, la situation financière, les filières d'éducation, l'estime de soi, le sens d'appartenance à un groupe social ou encore la confiance autrui »

(Ibid).

Launois et Reboul-Marty définissent la qualité de vie liée à la santé comme Les retentissements physiques, psychologiques, et sociaux d'une pathologie sur la vie d'un patient ». Notant toutefois qu'elle « dépend de multiple facteurs », parfois « indépendants de la santé ». Ils introduisant aussi le terme de la qualité de vie liée à la santé, qui considère uniquement les facteurs « qui ont trait à l'état de santé du malade et à son évolution sous traitement ». Cette définition est basée sur le fait qu'un traitement est censé faire disparaître la morbidité et la mortalité d'une maladie de telle sorte qu'il laisserait le malade comme non atteint. Les chercheurs s'accordent tout de même à considérer la qualité de vie comme un concept multidimensionnel qui se structure le plus souvent autour de quatre dimensions essentielles :

- La dimension physique : capacité physique, autonomie, gestes de la vie quotidienne...etc.
- La dimension psychologique : émotivité, anxiété, dépression...etc.
- La dimension somatique : douleur, asthénie, sommeil...etc.
- La dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle. ...etc.

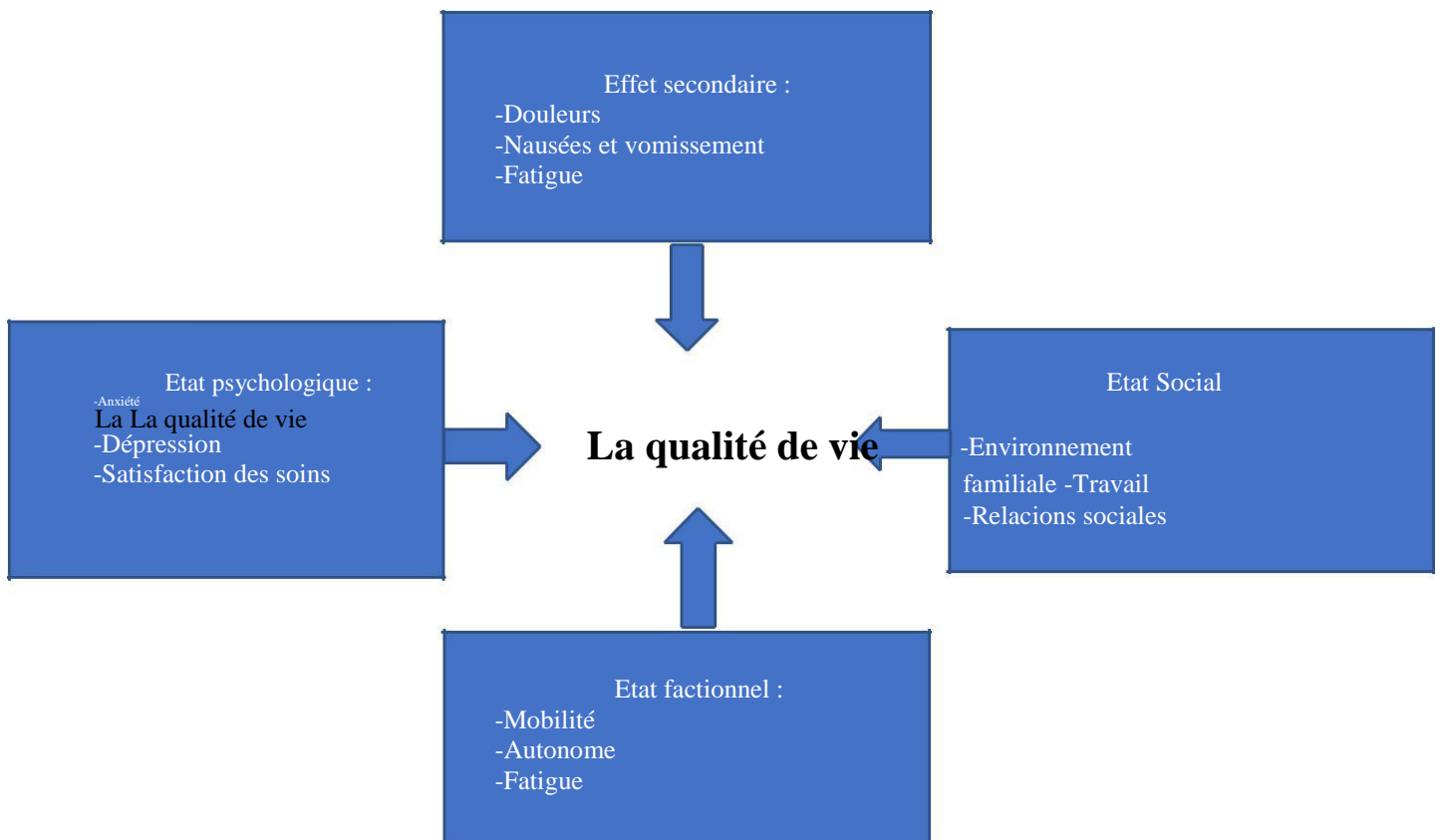


Figure 14: Qualité de vie : évaluation globale et pluridimensionnelle

4.3 Théorie de la qualité de vie

4.3.1 La qualité de vie du point de vue environnemental :

Dans ce courant de pensée les recherches étaient consacrées à l'approche dite objectives de la qualité de vie. Cette démarche était en rapport étroit avec les projets politiques et les dispositions prises pour leurs mises en œuvre. Elle rapportait au plus haut niveau politique, les études concernant L'environnement dans lequel vie la société telle que : le niveau de vie, la pollution, la scolarité, les crimes et la délinquance ...etc. Nous retrouvons dans la littérature différente exemples d'enquête dans de grandes villes du monde qui ont été menées pour mesurer le niveau de satisfaction des personnes de leurs conditions de vie. (Boudouda N.E, 2013, P 58).

4.3.2 La qualité de la vie en relation avec la santé :

Dans ce courant de recherches l'approche était au départ objectiviste, elle souscrivait l'étude de troubles de santé spécifiques telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le

diabète, le sida, etc. Impliquant des difficultés motrices et la dépendance des patients à cause de leurs états de santé.

Ces études ont permis la construction d'un nombre important d'échelles qui accordent au patient le choix d'estimer son propre état de santé. Cette approche considère la qualité de vie comme multidimensionnelle, qui peut être étudiée soit par l'observation ou par le biais l'auto-évaluation ou l'hétéroévaluation, à l'aide des outils psychométriques. Par la suite d'autres indicateurs de la qualité de vie santé ont émergé à travers les études qui portaient sur l'analyse des symptômes qu'ils soient somatiques ou psychiques. Ces études ont ouvert la réflexion sur l'impact interne et la souffrance en lien a la maladie, sur le patient et son entourage (anxiété, angoisse, dépression...etc.). **(Ibid).**

4.3.3 La qualité de vie au travail (théorie des organisations) :

L'étude de la qualité de vie au travail est présentée depuis quelques années comme fondamentale, à cause des changements observés dans le monde économique et l'évolution accrue du taux d'employer qui sont dans l'incapacité de travailler à cause de leurs problèmes de santé psychologique.

La définition de la qualité au travail est très complexe, car elle peut être confondue avec d'autres indicateur tels que le stress au travail ce qui a laissé paraître trois points importants qui décrivent la qualité de vie au travail comme étant :

- a. Un construit subjectif.
- b. Devant intégrer des aspects organisationnels, individuels et sociaux.
- c. Le travail ayant une influence certaine sur les autres domaines de la vie et il fait partie intégrante de la qualité de vie générale.

Les instruments de mesures systémiques mis en place pour étudier la qualité de vie au travail ont un double objectif. Ils prennent en compte en premier lieu les différents problèmes individuels et ou organisationnels, en second lieu l'objectif est d'organiser une méthode de prévention. **(Boudouda N.E, 2013, P 59).**

Martel et Dupuis, 2004 ont avancé une définition qui considère que : « La qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société ». **(Ibid).**

4.3.4 La qualité de Vie vue comme un tout (globale) :

Ce domaine de recherche a émergé à travers des approches psychosociologiques, ce qui a donné sens à des notions, telles que le bonheur et le bien-être qui sont associées aux travaux de **Bradburn** et **Caplovitz**, 1965 ; **Bradburn**, 1969 sur la qualité de vie dans différents pays du monde et différentes villes aux états unis. **Campbell** 1976 a organisé ainsi un modèle de la qualité de vie à partir de l'étude de deux concepts qu'il considère importants, à savoir les concepts de satisfaction et domaines de la vie. **(Ibid)**.

Ces différents auteurs estiment qu'à travers la mesure de la notion de bonheur et de bien-être il est important de signaler l'impact observé sur le déroulement de la vie d'un individu. Mais il est également essentiel d'indiquer que cette analyse visait la mesure du bien-être ressenti à travers la satisfaction d'un sujet à un moment donné de sa vie. Les résultats obtenus sont très intéressants car ils montrent qu'il y a une grande variation dans les réponses d'un âge à un autre et d'une personne à une autre. **(Boudouda, 2013, P 59-60)**.

Selon ces expérimentations le sujet est présenté comme seul juge de la place et du rôle qu'il occupe socialement. Cette démarche a entrouvert l'idée de la conceptualisation d'une approche cognitive qui prend en compte la perception de soi (satisfaction de vie, condition physique et santé), l'environnement et lien aux autres, comme étant des processus importants dans l'analyse psychosociale et générationnelle. Selon Dupuis ce modèle aide à comprendre le sujet comme un tout, il considère aussi que le statut médical, psychologique et social ne peuvent pas être introduits dans la définition de la qualité de vie car ce sont des dimensions pour lesquelles il existe plusieurs instruments de mesure et qui aident à Décrire l'état du patient mais qui ne mesurent pas pour autant sa qualité de vie. **(Boudouda, 2013, P 61)**

4.4 Les domaines et les composantes de la qualité de vie :

4.4.1 Les domaines :

La qualité de vie est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines : physique, psychologique et social.

***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 des états affectifs. Pour d'autres, elle inclure en outre, une absence d'affect négatif (par exemple, dans la SF-36 de Ware, 1987) On est ici proche des notions de santé psychologique ou de bien-être subjectif qui sont un peu plus vastes car elles incluent certains processus cognitifs (comme la satisfaction de la vie). Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi (créativité, sens donné à la vie, moral, vie spirituelle, compréhension du monde). **(Eva Tazopoulou.2008, P 18).**

***Le domaine physique de la qualité de vie :**

A l'intérieur de ce domaine les auteurs classent plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique (ou états physiques, ou états fonctionnels) et les capacités fonctionnelles. Ainsi, la santé physique comprend-elle : l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes, et divers indicateurs biologique. Les capacités fonctionnelles incluent : le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que la personne peut accomplir et sa relative autonomie (ou sa dépendance) .On peut évaluer ces deux aspects de la qualité de vie (santé physique, capacité fonctionnelle) selon deux points de vue : un point de vue « externe » (médical) qui va évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles, et un point de vue « interne » seulement accessible par autoévaluation pour atteindre les représentations, les perceptions et le vécu subjectif de santé, par le patient lui-même . **(Ibid).**

***Le domaine social de la qualité de vie :**

Les relations et les activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie. On oppose généralement la vie sociale des individus à l'isolement et au retrait, ceci dans diverses sphères : familiale, amicale professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations quantitativement suffisant (c'est l'intégration sociale effective) et qualitativement satisfaisant (c'est le soutien social perçu, en

termes de disponibilité et de satisfaction). Pour certains auteurs (Griffin, 1988), il faut prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus. Pour des auteurs comme Flanagan (1982), la façon dont l'individu évalue ses activités sociales (estime de soi « social », sentiment de réalisation de soi, sociale est évaluée, en général, par des outils génériques. (Eva Tazopoulou.2008, P 19).

4.4.2 Les composantes de la qualité de vie :

***La satisfaction de vie :**

La satisfaction de vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre la vie d'une personne et ses normes de référence (valeurs, idéaux). C'est « l'évaluation globale que le sujet fait de sa vie » (Pavot et al, 1991). Pour **Diener** (1994), la satisfaction de vie renvoie à un domaine plus spécifique (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 espérance »

(Corrigan et al, 2001).

*** Le bonheur :**

Le bonheur est une notion issue de la philosophie et qui désigne un état dans lequel l'affect composant de bien - être subjectif (présence d'affectivité positive, satisfaction globale).

Quelques chercheurs en psychologie ont réhabilité la notion de « bonheur » depuis les années 90 (**Aryle et al, 1989 ; Buss, 2000 ; Eysenck, 1990, Myers, 1995**). Pour eux le bonheur est une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver fréquemment des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté), à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité).

(Eva Tazopoulou.2008, P 1).

*** Le bien-être subjectif :**

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

- Il est subjectif, c'est bien une autoévaluation qui n'a rien à voir avec les conditions de positifs l'emportent, sur les affects négatifs. Ce terme est remplacé peu à peu par les composantes de qualité 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 Echelles d'anxiété, de dépression ou d'hostilité), car il correspond à la présence d'affects agréables.

L'intérêt de ce modèle est d'intégrer des processus cognitifs (évaluation, jugement) 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 le plus important 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.

(Eva Tazopoulou.2008, P 20).

4.5 Les conceptions de la qualité de vie :

4.5.1 Conception objectives de la qualité de vie :

Jusque vers les années 1960, on évaluait la qualité de vie des nations à partir d'indicateur économiques objectifs puis on s'intéressa au « bien-être » des populations en utilisant divers indicateurs (espérance de vie, mortalité infantile)

A la fin du XX siècle, on évaluera des conceptions objectives, de la qualité de vie vers des conceptions subjectives, des indicateurs économiques (**Welfare**) vers des indicateurs psychosociaux, d'une conception collective à une conception individualisée. L'UNDP (United Nations Développement Programme, 2011) a créé un index de qualité de vie composite, (indice de développement humain), constitué de trois dimensions : santé (espérance de vie à la naissance), éducation (durée moyenne de la scolarisation) et niveau de vie. Divers indicateurs objectifs sont utilisés pour décrire l'état des sociétés et des individus. Ils sont notés dans des registres et fichiers et sont donc aisément disponibles, d'où sans doute leur succès. Même si on les spécifie au niveau individuel (santé physique, santé émotionnelle, relation familiales, relation sociale ...). A cette conception objective de la qualité de vie extérieure et descriptive, s'opposera, puis s'ajoutera, une conception subjective, seulement accessible par auto-évaluation. C'est bien la façon dont chaque individu perçoit sa santé, par exemple, qui détermine en grande partie sa demande et son utilisation des services de soins

(Lepère 2008). (Bruchon- Schweitzer .2014, P 42).

4.5.2 Conception subjective de la qualité de vie :

La qualité de vie trouve son origine dans le mouvement des indicateurs sociaux au milieu de l'année 1960. Les conceptions qui s'inspirent (aux Etats-Unis et en Europe de l'Ouest) s'intéressant à des indicateurs subjectifs et individualisées (bien-être, satisfaction, bonheur), issus du domaine de la santé mentale et en continuité avec les philosophes humanistes et utilitariste. La qualité de vie sera vue comme une notion alternative à celle de

bien-être matériel, dont elle s'éloignera de plus en plus, se rapprocher des notions de satisfaction et le bien-être subjectif. Dans différentes disciplines (économie, sciences sociales), la qualité de vie est définie aujourd'hui comme un concept intégratif, ne se limitant pas à l'état de santé ni au niveau de vie, mais se rapportant à d'autres domaines, relationnel et social en particulier (communauté, famille, travail, sexualité). (Bruchon-Schweitzer. 2014, PP 43-44).

4.5.3 Conception intégratives :

Sont simplement additives, d'autre appliquent à la fois les conditions des vies objectives il s'existe dans le littérature des conceptions intégratives diverses. Les unes et la façon dont les individus les perçoivent et les utilisent pour se réaliser. Parmi les définitions négatives additives, on trouve par exemple celle-ci : « la qualité de vie est un concept très large influence de manière complexe par la santé physique de l'individu, et son état psychologique, ses relations sociales, et sa relation aux facteurs essentiels de son environnement » (Whoqol Group, 1995). Le modèle proposé par Urzua et Caqueo-Urizar (2012) illustre bien une conception intégrative et additive de la qualité de vie.

(Bruchon-Schweitzer. 2014, P 44).

Les définitions de la qualité de vie en terme à la fois intégratifs et dynamiques ont plusieurs avantages : elles prennent en compte à la fois les composantes « externes » (état de santé, conditions de vie...) et « interne » (satisfaction, bien-être subjectif ...), plusieurs points de vue et elles supposent des interactions dynamiques entre les composantes de la qualité de vie, en termes de processus. Ce sont certainement les conceptions les plus heuristiques actuellement. Le développement de modèles systémiques de la qualité de vie étant en plein essor, on peut s'attendre à une expansion des mises à l'épreuve de ces modèles par des analyses confirmatoires. Nous considérerons à présent certains domaines plus spécifiques de la qualité de vie. (Bruchon-Schweitzer .2014, P 45).

4.6 L'évaluation de la qualité de vie :

Depuis une vingtaine d'années, la recherche en matière de QDV a pris un essor important. En effet, connaître le retentissement de la maladie et de ses traitements sur la QDV du patient est une donnée fondamentale du processus d'aide à la décision. Mais comment est-elle évaluée ?

Il existe deux méthodes d'appréciation de la QDV : **la méthode directe** (entretiens psychologiques), et **la méthode indirecte** (les outils psychométriques).

A. 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)**

B. 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/relations (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4).
- NHP (Nottingham Health Profile), avec 45items regroupés en 6 echelles
- 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).

4.7 Qualité de vie dans le domaine de la cancérologie :

Comme le soulignent Schraub, Mercier et Aveux (1996), le terme « qualité de vie » est largement employé en cancérologie depuis une vingtaine d'années. Cependant, à l'origine, son

évaluation posait problème, car les méthodes utilisées ne tenaient pas compte de l'aspect multidimensionnel de ce concept et se limitaient, par exemple, à l'absence de toxicité médicamenteuse, mesurées par le médecin, à l'aide d'index ou de codes : codes de toxicité de chimiothérapie, indice de **Karnofsky (Karnofsky et Burchenal, 1949)** ou code de vie OMS (**Zubrod, Schneiderman et Frei, 1960**). Par la suite, d'autres auteurs ont assimilé la qualité de vie à la durée de survie sans toxicité thérapeutique ou sans rechute de la maladie cancéreuse (temps sans symptôme ou rechute ou TWIST) qui ne mesure qu'une seule partie du concept de la qualité de vie. Progressivement, sont ensuite apparues des échelles issues de la Psychiatrie, évaluant l'anxiété ou la dépression, associées ou non à des index de santé ou atteintes de différentes affections. L'utilisation additionnelle de différentes s'est révélée assez contraignante pour le patient. (**Fischer G-N. 2002, P 293**).

De nombreuses études montrent que les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive de leur vie. Ainsi le fait de vivre une expérience négative (la maladie) peut amener l'individu à modifier les valeurs vis-à-vis desquelles il évalue sa qualité de vie. Les patients émettent alors une appréciation en fonction de leur histoire et de l'évolution de leurs valeurs de référence (Fischer, 1994). Comme ils subissent plus de stimuli négatifs que des personnes en bonne santé, leur référence est de ce fait plus négative. En effet, certaines dimensions de la qualité de vie seraient améliorées « grâce » à la maladie (comme les relations familiales), tandis que d'autres prendraient moins d'importance, notamment la vie professionnelle. (**Fischer G-N .2002, PP 293-294**).

L'évaluation relativement positive qu'ont les patients cancéreux de leur vie peut également s'expliquer par l'hypothèse proposée par **Razavi et Delvaux (1998)**, selon laquelle deux composantes sont impliquées dans l'évaluation de la qualité de vie : l'une cognitive, l'autre affective.

La connaissance de ces derniers est un préalable indispensable, lorsqu'il s'agit d'aider le malade cancéreux dans les difficultés qu'il rencontre au cours de sa maladie. (**Ibid**)

4.8 Qualité de vie en cancérologie ORL :

Outre la fatigabilité chronique et la plus grande sensibilité aux infections, les cancers ORL et les traitements altèrent les fonctions physiologiques de l'individu : la respiration, l'alimentation et la phonation. Respirer est souvent difficile, car les encombrements trachéo-bronchiques sont fréquents. La déglutition est délicate, car la radiothérapie a privé l'individu

de salive. Les “rayons” associés à la chirurgie parfois mutilante ont modifié le goût et l’odorat. Avaler s’accompagne souvent de douleurs de type brûlures. Manger ne représente plus un plaisir, d’autant que les aliments sont le plus souvent mixés. L’administration d’une radiothérapie nécessite, dans la grande majorité des cas, des extractions dentaires multiples. La réhabilitation dentaire par appareillage est souvent tardive et mal supportée, ce qui explique le choix d’une alimentation semi-liquide. L’audition s’altère inéluctablement avec le temps, mais cette dégradation peut être précipitée si l’individu a eu un traitement avec une chimiothérapie ototoxique ou une radiothérapie. La phonation est modifiée par l’amputation partielle ou totale des structures laryngées, ou les modifications des muqueuses liées à la radio-thérapie. La perte de la voix originelle constitue un des éléments majeurs de l’altération de la QdV. Elle est ressentie comme le plus grand trouble pour 40 % des laryngectomisés. Toutefois, chez le patient laryngectomisé, les troubles de la voix liés au cancer lui-même et au traitement radiothérapique (oedème, fibrose) seraient équivalents aux problèmes vocaux liés à l’utilisation de la voix oro-oesophagienne ou aux autres moyens de communication (prothèse électrique, implant phonatoire). L’altération physique liée à la laryngectomie totale stigmatise les opérés. La présence d’un trachéo-stome représente une doléance majeure dans la vie quotidienne chez 25 % des laryngectomisés. Il a un impact négatif sur la vie des opérés et serait davantage préjudiciable que l’altération de la voix. Les problèmes sont liés aux soins quotidiens de nettoyage, qui sont source de dégoût et peuvent générer une gêne. De plus, cet orifice est source d’angoisses. Cette ouverture corporelle augmente le risque d’inhalation d’eau lors de la douche, du lavage des cheveux ou de la baignade. Certains patients ont parfois l’impression de manquer d’air. Ces craintes tendent toutefois à s’amender deux ans après une laryngectomie totale. Le trachéostome apparaît bien ici comme un facteur d’altération de la QdV. D’ailleurs, les patients qui ont conservé leur larynx ont une meilleure QdV que les laryngectomisés, tant sur le plan spécifique de leur affection que sur le plan de la santé globale.

www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/15201.pd

Conclusion :

A travers ce chapitre que la notion de la qualité de vie est un concept pluridisciplinaire et multidimensionnel qui se structure autour de quelques dimensions : ils s’agit de celle du bonheur, bien-être subjectif et matériel ou encore au degré de satisfaction de vie, elle intègre les éléments suivants : objectifs (cadre de vie, niveau socio-économique), subjectifs (bonheur, sentiments de bien-être) physique(état de santé réel, absence ou présence d’une pathologie) et les facteurs d’ordre cognitif et sociale.

Partie pratique

Chapitre V

Méthodologie de Recherche

5. Méthodologie de recherche :

Préambule :

D'après la présentation des quatre chapitres théoriques de notre recherche, ce chapitre consiste en la présentation de la méthode sur laquelle on s'est basée pour effectuer notre recherche, ainsi que les outils d'investigations, la population sur laquelle a porté notre enquête et lieu de recherche, répondant en cela à une demande scientifique reconnue. La méthodologie de recherche est : « un ensemble de méthodes et des techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et guident la demande scientifique. » (**M.angers, 1994, P 58**)

5.1 La pré-enquête :

La pré-enquête est définie comme étant « la phrase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre d'une part, les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas. Et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation. » (**chauchat.H, 1990, P 19**)

Avant de parler de la méthodologie de recherche nous allons aborder la pré-enquête qu'on a effectuée au niveau du CHU de Bejaia, unité de Frantz Fanon, au service ORL, cela pour mieux cerner notre thème de recherche.

J'ai demandé au docteur **Sellami (maitre assistant en orl et chirurgie maxillo-faciale)** de me citer quelque nom de ses malades laryngectomisés 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. J'ai effectué des observations auprès des patients et j'en ai choisis deux. Le premier est un homme avec qui j'ai effectué un entretien semi directif qui a duré une heure et pour passer à la passation du test le patient a refusé (Fatigué).

Le deuxième est une femme que j'ai rencontrée au couloir du service ORL. J'ai pris son numéro de téléphones et son compte Facebook où j'ai fait l'entretien et la passation du test.

Les trois autres patients convoqués par la secrétaire, j'ai effectué avec eux l'entretien et la passation le jour même au niveau du service. (Une salle d'hospitalisation)

Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique car elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquences les objectifs est de cerner notre population d'études.

5.2 Présentation du lieu de recherche :

Mon 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.

Je vais procéder à la description des lieux :

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

a. Service femme : il ya un totale de trois chambres et de huit lits. Les deux premières chambres ont chacune trois lits.et la troisième a deux lits. Juste a 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 personnel :

- 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.

5.3 Présentation des groupes de recherches :

Mon étude a été menée sur un groupe d'hommes et une femme, leurs âges varient de 46 ans à 66 ans...

Qui ont subis une intervention chirurgicale au niveau de leur larynx (cancer du larynx opéré).

5.4 présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :

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

5.5 Les tableaux de représentation :

Cas	Age	Matrimoniale	Nombre d'enfants
1 H	63 ans	Marie	06
2 H	63 ans	Marie	02
3 H	59 ans	Marie	04
4 F	46 ans	Marie	04
5 H	66 ans	Marie	05

Tableau n 01 : la représentation de l'échantillon selon les informations personnelles.

Cas	Niveaux d'instruction	Profession
1	Niveau terminale	Maçon
2	2eme année secondaire	Retraite
3	Terminale	Retraite
4	Bachelier+ ITE	Enseignante
5	4eme moyenne	Comptable

Tableau n 02 : La présentation de l'échantillon selon leur profession.

Cas	Ancienneté du laryngectomie	Type de laryngectomie
1	10 mois	LT
2	3 ans	LT
3	1ans et 6 mois	LT
4	7 mois	LT
5	2 ans et 4 mois	LT

Tableau n 03 : la présentation de l'échantillon selon L'ancienneté de l'intervention de leur maladie

5.6 Méthode de recherche :

Nous avons opté pour la méthode clinique qui semble être la plus appropriée aux objets de notre recherche, car elle va nous permettre d'étudier et analyser le sujet de façon d'arriver à la fin, à une synthèse sur la qualité de vie de ces laryngectomisés.

Grawitz (1993) définit une méthode « comme l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontre, les vérifie ». La méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de la réalité.

(**Gumuchian H et all, 2000, P 77**).

Pour Pedinielli: « Cette méthode regroupe l'ensemble des techniques utilisées en présence de l'individu concerné et qui vise à recueillir ses différentes expressions en limitant les contraintes qui pèsent sur le recueil » (**Pedinielli. 1994, P 36**)

De ce fait cette démarche, m'amène à des techniques de recueil d'informations qui sont pour l'essentiel : les entretiens, l'échelle et l'analyse du contenu. Techniques qui ont selon PEDINIELLI, pour but d'enrichir le clinicien par un grand nombre d'informations

5.6.1 Etude du 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. (**Westen D, 2000, P 63**).

Selon **Fernandez** et **Catteeuw** : « l'observation permet d'étudier les phénomènes cliniques dans leur contexte. L'observation clinique est leur fonction, elle peut consister, soit à mettre à distance l'objet pour recueillir et organiser les données, soit à aménager un espace potentiel pour l'interprétation des phénomènes cliniques ».

(**Fernandez L et Catteeuw M, 2001, P 68**).

5.7 Les outils de recherche :

Tout travail scientifique suit une méthodologie précise afin de montrer comment le chercheur a pu atteindre les objectifs assignés. C'est pour cette raison que dans le but de vérifier nos hypothèses et atteindre nos objectifs, nous nous sommes servies d'une méthode de recherche et des outils d'investigations qui nous semblent les plus adéquates à notre champ d'études.

5.7.1 Techniques :

Selon **Chevalier**, les techniques de recherches sont « les outils de la recherche impliquant des procédés de collecte des données adaptées à la fois à l'objet d'investigation, à la méthode d'analyse adoptée et surtout au point de vue qui guide la recherche ».

(Chevalier J, 1992, P 168).

*** Entretien clinique :**

L'entretien clinique est sans doute la méthode la plus fréquemment. Elle bénéficie de l'illusion qu'elle s'agit d'une méthode « Intuitive » car reposant sur la parole et ou, en dehors des questions particulières ou les individus n'ont pas accès au langage « Il suffit de parler ». Or l'entretien nécessite un savoir-faire qui s'acquiert sur la base des théories et formalisent l'entretien et bien sûr, une pratique suffisante. La conduite d'un entretien nécessite de la part du clinicien d'avoir identifié la demande du patient (« Pourquoi vient-il », d'où vient la demande ?>>). Le premier temps de l'entretien se focalisera généralement sur l'anamnèse du sujet (collecter des informations retraçant le développement de l'individu : psychologique, social et familial >> sur la nature de sa demande et sur les difficultés qu'il rencontre actuellement et qui l'amènent à consulter.

Durant l'entretien, le clinicien est attentif au comportement verbal et non verbal du sujet, permettant d'évaluer le niveau d'adaptation du sujet, son humeur son anxiété, son aptitude à focaliser son attention. Le clinicien évalue également la cohérence des processus de penser, la qualité de l'orientation, la conscience que le sujet a de lui-même et son environnement (qualité de son inscription dans la réalité). Les jugements réalisés ici par les cliniciens occupent une place importante dans l'évaluation psychologiques en complément d'une évaluation qui pourra s'appuyer ensuite sur des méthodes plus spécifiques. **(Nevid j. et all, 2009, P 60).**

*** Entretien semi directif :**

C'est le plus courant. Le chercheur se sert d'un guide d'entretien pré structuré (en fonction de ses hypothèses de recherche). Il invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. Il n'hésitera pas à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour reprendre un point de vue évoqué par le sujet (réitération).

(Lavarde A. M, 2008, P 194).

Selon **Benony et Chahraoui** : « l'entretien semi-directif il se définit en tant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance. Bien entendu, le chercheur pose une question puis laisse le sujet s'exprimer librement. Mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre. Car l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien propose un cadre qui permet au sujet de dérouler son récit ».

(Benony, Chahraoui, 2003, P 134).

Au niveau méthodologique, l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, retraçant les hypothèses construites autour de la problématique explorée. Le guide d'entretien est construit en fonction des objectifs de la recherche, il structure l'entretien et en est un de ses fondements. **(Gallon E, 2012, P 181).**

Notre guide d'entretien est composé de quatre axes, chaque axe est composé des questions principales en relation directe avec notre thème de recherche qui sont les suivants :

Axe 1 : Identification personnelles.

Axe 2 : Les informations concernant le cancer du larynx.

Axe 3 : Les informations concernant le soutien social et familial.

Axe 4 : Les informations concernant la qualité de vie.

5.7.2 Questionnaire MOS-SF36 :

*** Présentation du questionnaire MOS-SF36 :**

Le questionnaire MOS-SF36 est un auto-questionnaire, issu d'une étude d'observation débutée en 1986, la « Médical Outcome Study » (MOS), menée pendant quatre années consécutives chez 2546 patients.

Ces derniers présentaient une affection chronique apparue l'année précédant le début de l'étude (hypertension artérielle, diabète, insuffisance cardiaque congestive ou infarctus du myocarde). La MOS comportait une enquête longitudinale et une enquête transversale sur 20 000 patients.

Cet outil est l'un des instruments de la qualité de vie les plus usités à travers le monde, et son niveau internationalement reconnu et

« validé ». D'un point de vue de l'utilisateur, les critères qui définissent la qualité et la validité d'un questionnaire sont au nombre de cinq et comportent :

- La simplicité d'utilisation
- La facilité de lecture
- La sensibilité aux très petits écarts
- La fiabilité
- La reproductibilité inter et intra-sujets

En ce qui concerne les deux premiers critères, le MOS-SF36 est jugé respectivement de niveau 2 (bon) et de niveau 1 (acceptable) sur une échelle de 0 à 3. Les trois derniers critères cités sont cotés de niveau 3 (excellent). Le MOS-SF36 est par conséquent devenu un outil validé d'utilisation courante, international, instrument de référence présentant de bonnes qualités psychométriques, destiné à l'évaluation des programmes et des actions de santé. Les critères d'inclusion sont exhaustifs, toutes les catégories de personnes malades ou en bonne santé peuvent répondre au questionnaire. Cependant il existe un seul critère d'exclusion, relatif aux personnes illettrées.

Le MOS-SF36 est la version courte (SF signifie «sort form») du questionnaire qui était utilisé dans le Medical Outcome Study. L'analyse des fonctions physique, sociale et psychique de l'état de santé constitue l'objectif du MOS-SF36, qui comporte 36 questions standardisées regroupées en huit dimensions :

- Activité physique (physical functioning) ou PF.
- Limitation de l'état physique (role physical) ou RP.
- Douleurs physiques (bodily pain) ou BP.
- Santé perçue (general health) ou GH.
- Santé psychique (mental health) ou MH.
- Vitalité (vitality) ou VT.
- Relation avec les autres (social functioning) ou SF.
- Limitation dues à l'état psychique (role emotional) ou RE.

(Brunon Séverine, 2007, P 22-24).

***Calcul des scores du questionnaire MOS-SF36 :**

Le questionnaire MOS-SF36, se constitue de plusieurs sous échelles et chacune d'elle contient un nombre différent de réponses et une différente 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 obtenue (sur 100)
1, 2, 6, 8, 11b, et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g et 9i	1	0 point
	2	75 points		2	20 points
	3	50 points		3	40 points
	4	25 points		4	60 points
	5	0 point		5	80 points
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j	1	0 point	10, 11a et 11c	6	100 points
	2	50 points		1	0 point
	3	100 points		2	25 points
4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b et 5c	1	0 point		3	50 points
	2	100 points		4	75 points
7, 9a, 9d, 9 e et 9h	1	100 points		5	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, 9g et 9i divisée par 4
RP= limitation physique	Somme des notes obtenues aux items 4a, 4b, 4c et 4d divisée par 4	SF= fonctionnement social	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 et 5c divisée par 3
GH= santé générale	Somme des notes obtenues items 1, 2, 11a, 11b, 11c et 11d divisée par 6	MH= santé mental	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 mental	Somme des scores obtenues aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4

Tableau n°4 calcule des scores du questionnaire MOS SF-36

5.8 Déroulement de la recherche :

Le personnel du service (Docteur Sellami et l'assistante médicale principale) s'est montré coopérative et n'as pas hésité à donner son aide dans ce qui est de rajouter des informations sur l'état du patient. J'ai procédé à une pré-enquête sur deux cas afin de mieux cerner les patients et ajuster le guide d'entretien. J'ai utilisé toutes les langues avec les patients (Kabyle, arabe, français) car ils sont de différentes régions. (Bejaia, Akbou, Jijel). L'entretien s'est déroulé dans la chambre d'hospitalisation et dans la salle de soin.

5.9 Les difficultés rencontrées :

Toute recherche scientifique a des difficultés sur le plan théorique et pratique. Parmi les difficultés que j'ai rencontrées pendant la réalisation de mon étude :

- Le manque de document sur la laryngectomie.
- Le manque de nouveaux cas laryngectomisés (2018) car tous les cas sont des anciens.
- Les difficultés de communications avec les patients à cause de la perte de leur voix.
- Le refus de quelques patients de répondre au questionnaire et leur désinvestissement vis-à-vis de cette étude.
- Le manque de salle pour faire la passation et l'entretien.
- Et le grand problème est que les stages sont gelés.

Conclusion :

Dans ce chapitre nous avons exposer notre problématique dans un cadre clinique en utilisant une méthode de recherche et des techniques appropriées pour atteindre les objectives fixée et par la suite assurer une meilleure organisation et planification pour mener à bon port notre travail

Chapitre VI

Analyse des résultats et discussion des hypothèses

6. Analyse des résultats et discussion des hypothèses

6.1 Présentation du cas de T. Nacer :

6.1.1 L'analyse de l'entretien clinique :

Identification personnelle :

Nacer est un fumeur alcoolique âgé de 63 ans, mariée, avec six enfants, trois garçons et trois filles. Son niveau d'instruction est terminal. Il est maçon, son niveau socio-économique est moyen.

Les informations concernant le cancer du larynx :

Avant de commencer l'entretien j'ai remarqué que Nacer est très fatigué, triste, ce qui m'a compliqué l'entretien avec lui, il répond à mes questions difficilement. Nacer n'a aucune maladie auparavant.

Pour ce qui est de la découverte de sa maladie il m'a dit : « **J'ai ressenti des douleurs au niveau de mon cou et un enrouement persistant. J'ai consulté un médecin spécialisé qui m'a directement fait l'examen nécessaire** ». D'après cette analyse le diagnostic a été confirmé. Il rajoute : « **Quand le médecin m'a annoncé cette maladie, ma réaction été normal (ouytou9i3ara d rebbi iythidifkan) c'est dieu qui me la donnée** ». Il décide de suivre les conseils du médecin, qui lui a suggéré de se faire opérer. Il m'a dit : « **J'ai fait l'opération le 24 juillet 2017, hospitalisée pendant 15 jours** ». Et comme vous voyez je me retrouve avec un handicap, Un trou au niveau de cou.

Pour les antécédents familiaux, son fils est touché par une tumeur a la tête.

Il rajoute : « **Je n'ai jamais rencontré une personne atteinte de cette maladie auparavant** ». Actuellement il prend le traitement de l'hypertension, glycémie, et le traitement ORL. Pour lui la période de traitement est normale, il est accompagné par sa femme et ses frères. Il a décrit les effets de cette maladie, très difficile surtout lors de l'embouchement trachéale car pour retirer l'orifice, il faut l'aide d'un médecin

Les informations concernant le soutien social et familial :

Pendant l'entretien que j'ai effectué avec Nacer et d'après ses dires, j'ai remarqué que sa famille est choquée plus que lui. Il a reçu un grand soutien de la part de sa famille, ses frères et son oncle (zizi). Il nous a dit : « **J'ai reçu le bon soutien moral et financier qui m'a donné le courage pour oublier que je suis malade.** ». D'après ses dires, Nacer est un homme sociable, a une bonne relation avec sa famille et son entourage, quant à ses comportements, il

m'a dit : « **Oui, je vois que ma vie a complètement changé, je m'isole et je suis devenue nerveux et tout le temp fatigué** ».

Les informations liées à la qualité de la vie :

Concernant la qualité de la vie de mon patient, j'ai constaté que Nacer a besoin de beaucoup d'aide pour accomplir ses tâches quotidiennes. Il m'a dit qu'il ne s'occupe pas assez de sa famille, et souffre des troubles de sommeil. Il m'a dit : « **je dors uniquement 2 heures à cause de l'embouchement trachéal et la toux qui me dérange et me coupe la respiration.** » Il rajoute : « **oui il y a un changement total après l'atteinte surtout sur le côté professionnel, je ne travaille pas, c'est difficile** ». Pendant l'entretien effectué avec ce patient j'ai remarqué que sa vie a complètement changé.

6.1.2 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 Globales
QDV	55	50	42.5	37.5	30	37.5	0	32	35.56
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.93	52.15	64.30

Tableau n°5 Montre le degré de qualité de vie de Nacer qui est laryngectomisé.

La qualité de vie de Nacer est perçue à 35.56, elle est très basse en comparaison avec le score référentiel qui est de 64,30. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes :

A. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de 55<70.61
- Limitation physique RP qui est de 50<52.92
- Douleurs physique BP qui est de 42.5<70.38
- Santé générale GH qui de 37.5<78.77

B. Les dimensions mentales :

- Vitalité VT qui de 30<77.38
- Fonctionnement sociale SF qui de 37.5<65.78
- Limitation émotionnelle RE qui est de 0<56.93
- Santé mentale MH qui est de 32<52.15

Je remarque que Nacer présente une estimation très basse par rapport à la norme pour les deux dimensions avec une estimation négative dans la dimension RE concernant une limitation du à l'état psychique est 0 par rapport au score référentielle 56.93.

D'après la cotation des résultats, je suis arrivé à soutenir que le patient à une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

Je conclue à partir de l'analyse de l'entretien semi- directive et le résultat de l'échelle MOS-SF36 que mon cas présente une mauvaise qualité de vie physique et psychique avec un score de 35.56. Et cela renvoi a son incapacité physique de réaliser ces devoirs comme il faisait au paravent.

6.2 Présentation du cas de C. Larbi :

6.2.1 L'analyse de l'entretien clinique :

Identification personnelle :

Larbi est un grand fumeur alcoolique, âgé de 63 ans, mariée avec deux enfants, un garçon et une fille. Son niveau d'instruction est 2eme année secondaire. Il est chef de service ADS, son niveau socio-économique est satisfaisant.

Les informations concernant le cancer du larynx :

Avant d'entamer l'entretien j'ai remarqué que mon patient est très dynamique, calme, souriant tout au long de la séance. Il m'a dit : « **Je suis là pour vous aider** » et c'était les cas. Il répondait à mes questions et cochait les réponses et s'exprimait par des écrits. Larbi a rencontré des maladies auparavant tels que le diabète (type II).

Pour ce qui est de la découverte de sa maladie il m'a dit : « **La première fois J'ai cru que c'était une angine et comme j'avais un enrrouement persistant, J'ai consulté un médecin spécialisé qui m'a directement fait l'examen nécessaire. D'après cette analyse le diagnostic a été confirmé** ». Il rajoute : « **Quand le médecin m'a annoncé cette nouvelle, j'étais choqué** ». D'après ses dires, j'ai remarqué que Larbi était choqué le jour même. Le lendemain, il a décidé de décide de suivre les conseils du médecin, qui lui a suggéré de se faire opérer. Il m'a dit : « **J'ai fait l'opération le 28 juin 2015, hospitalisé pendant 15 jours** ».

Pour les antécédents familiaux, aucun de ces membres de sa famille n'est atteint d'une maladie considérable.

Il rajoute : « **avant d'être malade je voyais cette maladie très grave** ». Concernant le traitement suivi actuellement, il prend le traitement du diabète et il est sous contrôle periodique de l'opération et Il est accompagné par son conjoint. Pour lui la période de traitement n'a aucun effet. Il a dit : « **La période de traitement que j'ai suivi est très normale** ».

Les informations concernant le soutien social et familial :

Quant au soutien sociale et familiale de mon patient, il m'a dit que sa famille a été choquée, et anxieuse. Il rajoute : « **quant au soutien financier je n'ai reçu aucune aide de ma famille *juste ma poche * j'ai reçu que des soutiens morale** ». D'après ses dires, Larbi a constaté aucun changement de ses comportement, mem chose des comportements des autres envers lui.

B. Les dimensions mentales :

- Vitalité VT qui de 72.5>77.38
- Fonctionnement sociale SF qui de 100>65.78
- Limitation émotionnelle RE qui est de 33.33<56.93
- Santé mentale MH qui est de 80>52.15

Je remarque que Larbi présente une estimation très élevée pour les deux dimensions par rapport à la norme. Evaluation bien exprimé dans les dimensions suivantes : SF relation avec les autres 100, BP douleurs physique est 100. MH Santé mentale perçus est de 80 et PF fonctionnement physique est de 90. Avec une estimation très basse dans la dimension RE concernant une limitation du à l'état psychique est 33.33 par rapport au score référentielle 56.93.

D'après la cotation des résultats obtenues par MOS-SF36, je suis arrivé à constater que le patient à une bonne qualité de vie (+).

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi- directive et les résultats de l'échelle MOS-SF36 et avec un score de 74.06 je constate que mon patient présente une bonne qualité. Et cela renvoi au soutien morale que sa famille représentée pour lui.

6.3 Présentation du cas de A. Lyazid :

6.3.1 L'analyse de l'entretien clinique :

Identification personnelle :

Lyazid est un grand fumeur alcoolique, âgé de 59 ans, mariée, avec quatre enfants, trois filles et un garçon. Son niveau d'instruction est de terminale. Il est commerçant, son niveau socio-économique est moyen.

Les informations concernant le cancer du larynx :

Avant d'entamer l'entretien j'ai remarqué que mon patient était triste. Il m'a dit : « **est-ce que je peux vous poser une question ? cette entretien sert à quoi ?** » et c'était étonné. Il répondait à mes questions et cochait les réponses et s'exprimait par des écrits. Lyazid n'a rencontré aucune maladie auparavant.

Pour ce qui est de la découverte de sa maladie il m'a dit : « La première fois J'ai cru que c'était une angine et comme j'avais un enrouement persistant, **J'ai consulté un médecin spécialisé qui m'a directement fait l'examen nécessaire. D'après cette analyse le diagnostic a été confirmé** ». Il rajoute : « **Quand le médecin m'a annoncé cette nouvelle, j'étais**

Surpris ! ».

Lyazid a fait son opération le 23-10-2016, hospitalisé pendant 15 jours. Et se retrouve actuellement avec un handicap.

Pour les antécédents familiaux, aucun de ces membres de sa famille n'est atteint d'une maladie considérable.

Il rajoute : « **avant d'être malade je voyais cette maladie comme handicap** ». Il a dit : « **la période du traitement que j'ai subi a été très difficile par rapport à l'entourage extérieure, et je me sens gêné quand les personnes me disent meskin** ». Il a décrit les effets de cette maladie comme étant très difficile à cause de la tout répété et la perte de la parole. Yazid ne prend aucun traitement actuellement.

Les informations concernant le soutien social et familial :

Quant au soutien sociale et familiale de mon patient, il m'a dit que sa famille a été étonné. Il rajoute : « **j'ai reçu un grand soutien de ma petite famille et j'ai reçus que des d3awi de mon entourage familial (bechfa 3lik)** ». D'après ses dires, Lyazid a constaté un changement de ses comportements, même chose des comportements des autres envers lui.

Les informations liées à la qualité de la vie :

Concernant la qualité de la vie de mon patient, j’ai constaté que Lyazid a besoin de d’aide pour accomplir ses tâches quotidiennes mais juste dans certains domaines. Il m’a dit qu’il souffre des troubles du sommeil. Quant au changement qu’il a rencontré, il dit : « **oui il y a un changement après l’atteinte, je ressens un handicap physique qui me provoque des obstacles sur la parole et un handicap au niveau des épaules causé par l’opération** ».

D’après l’entretien, j’ai remarqué que Lyazid est un peu désespéré et que sa maladie a influencée sur sa qualité de vie.

6.3.2 L’analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	Dimensions physiques				Dimensions mentales				QDV Globales
	PFP	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	80	37.5	65	75	65	37.5	100	52	63.99
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.93	52.15	64.30

Tableau n07 Montre le degré de qualité de vie de Lyazid qui est laryngectomisé.

La qualité de vie de Lyazid est perçue à 63.99, elle est proche la norme qui est de 64,30. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes :

A. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de 80>70.61
- Limitation physique RP qui est de 37.5<52.92
- Douleurs physique BP qui est de 65<70.38
- Santé générale GH qui de 75<78.77

B. Les dimensions mentales :

- Vitalité VT qui est de 65 < 77.38
- Fonctionnement sociale SF qui est de 37.5 < 65.78
- Limitation émotionnelle RE qui est de 100 > 56.93
- Santé mentale MH qui est de 52 < 52.15

Je remarque que Lyazid présente une estimation très élevée par rapport à la norme exprimé dans les dimensions suivantes : PF fonctionnement physique est de 80 et RE concernant une limitation du a l'état psychique est de 100.

Bien que l'imitation du a l'état psychique RP et le fonctionnement sociale SF demeurant très basse comparativement à la moyenne référentielle.

D'après la cotation des résultats obtenues par MOS-SF36, je suis arrivé à constater que le patient à une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi- directive et les résultats obtenus de l'échelle MOS-SF36 j'ai constaté que mon patient présente une mauvaise qualité de vie physique et psychique avec un score de 63.99. Et cela est due au handicap qu'il a au niveau des épaules et aux douleurs dont il souffre quotidiennement.

6.4 Présentation du cas de G. Rachida :

6.4.1 L'analyse de l'entretien clinique :

Identification personnelle :

Rachida est une femme âgée de 46 ans, mariée, quatre enfants, deux garçons et deux filles. Son niveau d'instruction est terminal + ITE. Elle est enseignante (26 ans de carrière), son niveau socio-économique est satisfaisant.

Les informations concernant le cancer du larynx :

Avant de commencer l'entretien, j'ai remarqué que Rachida est très dynamique, souriante, elle a montré un bien-être et une bonne humeur ce qui témoigne la présence d'un transfert positif de sa part, ce qui m'a attiré mon attention par sa simplicité. Rachida m'a beaucoup aidé par sa compréhension de la langue française. Elle m'a donné des réponses bien détaillées, elle m'a dit : « **je suis prête à vous donner toutes les informations nécessaires pour établir votre travail de recherche** ». Elle est l'aînée de sa famille à avoir cette maladie, malheureusement que Rachida à rencontrer d'autres maladies tel qu'une hernie cervicale et un asthme bronchique concernant la découverte de sa maladie elle a dit : « **Grace à mon médecin traitant ORL** ». Elle rajoute : « **quand le médecin m'a annoncé cette nouvelle j'étais un peu stressé et anxieuse en entendant parler de cette maladie en toute première fois** ». Malgré ça Rachida a décidé de suivre les conseils du médecin qui lui a suggère de se faire opérer. Elle m'a dit : « **j'ai fait l'opération le 05/10 /17, j'étais hospitalisé pendant 15jrs.** » pour les antécédents familiaux aucune d'eux est malade, bien dit : « **non aucune m'en souffre heureusement.** » elle rajoute : « **avant d'être malade franchement je n'en ai jamais entendu parler...** ». Concernant le traitement suivi elle a dit : « pour le moment, j'ai subi une trachéotomie pour moi cette période est difficile, au départ je n'arrivais pas à admettre ma situation étant sans voix, toutes stressé .et la je suis en 8eme mois intervention j'ai surmonté quand même. » d'après ses dires je constate que Rachida était courageuse, elle s'exprime : « **franchement je me suis prise en charge, car ma petite famille ne s'est pas bien préoccupée de mon cas. Pour eux l'essentiel que je sois en vie et que je m'occupe d'eux. Évidemment, j'ai en quelques complications, la canule et le Sten (prothèse) placé me fait mal et respire un peu mal en plus j'ai en quelques difficultés avec l'usage de l'aspiration.** ». D'après l'entretien j'ai remarqué malgré toutes ses souffrances, est toujours souriante elle garde l'espoir de guérir, elle est très courageuse.

Les informations concernant le soutien social et familial :

En ce qui concerne le soutien social et familial de ma patiente d’après l’entretien que j’ai effectué en vie. Elle s’exprimé : « **au départ, ils s’inquiétaient de mo absence ayant passé plus de 20 jours loin d’eux, quant au soutien je n’ai reçu aucune aide de la part de ma famille, franchement comme je l’ai déjà avancé, je prends seul en charge.** » elle rajoute : « **j’ai constaté un changement énorme, je deviens irritable nerveuse vue que le message ne passe pas et ne comprennent pas soit je le fais par écrit et j’arrête complètement.** »

Les informations liées à la qualité de la vie :

Concernant la qualité de la vie de mon patient, j’ai constaté que Rachida a besoin de d’aide pour accomplir ses tâches quotidiennes parce ’qu’elle devienne épuisée au moindre effort et souffre des troubles de sommeil. Elle m’a dit : « **Oui ça l’affecte étant un problème pour ma respiration et que veille a nettoie ma canule fréquemment pour qu’elle n’ait pas de canules et bouche.** » Il rajoute : « **oui il y a un changement total après l’atteinte sur les plans : physique, moral, relationnel et professionnel qui me provoquent des obstacles tels que : actionnel, pas trop de taches, loin de mon travail qui me cause l’ennui. Passage du message...etc».**

6.4.2 L’analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

	Dimensions physiques				Dimensions mentales				
Dimensions	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globales
QDV	60	0	42.5	37.5	45	50	0	48	35.37
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.93	52.15	64.30

Tableau n°8 Montre le degré de qualité de vie de Rachida qui est laryngectomisé.

La qualité de vie de Rachida est perçue à 35.37, elle est très basse en comparaison avec le score référentiel qui est de 64,30. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivantes :

A. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de $60 < 70.61$
- Limitation physique RP qui est de $0 < 52.92$
- Douleurs physique BP qui est de $42.5 < 70.38$
- Santé générale GH qui est de $37.5 < 78.77$

B. Les dimensions mentales :

- Vitalité VT qui est de $45 < 77.38$
- Fonctionnement sociale SF qui est de $50 < 65.78$
- Limitation émotionnelle RE qui est de $0 < 56.93$
- Santé mentale MH qui est de $48 < 52.15$

Je remarque que Rachida présente une estimation très basse par rapport à la norme pour les deux dimensions avec une estimation négative dans la dimension RE concernant une limitation du à l'état psychique est 0 par rapport au score référentielle 56.93.

D'après la cotation des résultats, je suis arrivé à soutenir que la patiente à une mauvaise qualité de vie (-).

Synthèse :

Je conclue à partir de l'analyse de l'entretien semi- directive et le résultat de l'échelle MOS-SF36 que mon cas présente une mauvaise qualité de vie physique et psychique avec un score de 35.37. Et cela renvoi a son incapacité physique de réaliser ces devoirs comme il faisait au paravent.

6.5 présentation du cas Z. Abdeladim :

6.5.1 L'analyse de l'entretien clinique :

Identification personnelle :

Abdeladim est un grand fumeur pendant 40ans, âgée de 66 ans, mariée, père de 5 enfants (3filles et 2 garçons), son niveau d'instruction est de 4ème année moyenne est un comptable de profession, son niveau socioéconomique est moyen.

Les informations concernant le cancer du larynx :

Avant de commencer l'entretien j'ai remarqué que Abdeladim s'est montré triste, et angoissé, son visage paraissait soucieux, il a répondu à mes questions difficilement au début de l'entretien, mais après quelques minutes de présentation de mon but de recherche, j'ai pu gagner sa confiance et il a commencé à s'exprimer par écrit.

Abdeladim a vécu son enfance sans aucun problème de santé. Pour ce qui est de la découverte de sa maladie il m'a dit : « **Ça commencé le mois d'Aout 2015, j'ai perdu presque la voix et enrrouement persistant, j'ai accepté parce que tous les gens tombent malade comme moi.** » Il a été opérer la même année de la découverte en 2015.

Pour les antécédents familiaux, aucune ne d'eux est malade. Il rajoute : « **avant d'être malade je voyais cette maladie est grave.** » concernant le traitement-il raconté : « **quand j'ai fait l'opération ils me soignent à l'hôpital avec des antibiotique, j'avais mal à l'estomac, puis j'ai réclamé, après il m'injecte des injections pour là soulager, ça calme, hamdoullah, j'ai constaté que cette période est terrible.** »

A propos de cela mon patient souffre beaucoup il m'a dit : « **je respire mal, j'ai des cailloux de sang encombré de mes pomment ces eux qui me gêne, je dors mal, je mange mal, je ne peux pas marcher et je me fatigue trop.** »

Les informations concernant le soutien social et familial :

Abdeladim est un homme sociable, qui une bonne relation avec sa petite famille et son entourage qui apportent du soutien, et sa belle-famille qui assure l'aide moral et matérielle ça m'encourage et me soulage. Il a dit : « **oui j'ai constaté un changement je m'énerve un peu, et je presse, tout le temps stressé, parce que je ne parle pas.** » il rajoute : « **oui, vraiment changé.** »

Les informations concernant la qualité de vie.

D’après l’entretien, j’ai remarqué que mon patient a besoin d’autre personne pour accomplir ces tâches, il a bien précisé : « **oui je ne peux pas prendre une douche tout seul pour faire les achats il ne faut un compagnon** ». Il rajoute : « **je souffre des troubles de sommeil, je me réveille chaque 2 heures parce que je tousse beaucoup** ». Quant à ses comportements, il m’a dit : « **bien sûr, ma vie à complètement changé sur tous les côtés surtout le cotés physique et je ne peux pas aire la prière comme avant, je ne peux pas assister aux cérémonies des décès...** ».

Pendant l’entretien effectué avec Abdeladim j’ai remarqué que sa vie a changé.

6.5.2 L’analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

	Dimensions physiques				Dimensions mentales				
Dimensions	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globales
QDV	10	25	20	16.66	10	37.5	0	36	19.38
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.93	52.15	64.30

Tableau n°9 Montre le degré de la qualité de vie de Abdeladim qui est laryngectomisé

La qualité de vie globale est perçue jaugée à 19.38, elle est très basse en comparaison avec le score référentiel MOS SF-36 qui est de 64,30. Evaluation bien exprimée, surtout dans la dimension (RE) limitation due à l’état psychique estimé à (0) face à la norme qui est (56.93), et une dégradation des niveaux de ces dimensions par rapport aux moyennes référentiels du SF-36, ce qui signifie l’impact négatif de la maladie sur la qualité de vie Abdeladim.

A. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de 10<70.61
- Limitation physique RP qui est de 25<52.92
- Douleurs physique BP qui est de 20<70.38
- Santé générale GH qui de 16.66<78.77

B. Les dimensions mentales :

- Vitalité VT qui est de 10 < 77.38
- Fonctionnement sociale SF qui est de 37.5 < 65.78
- Limitation émotionnelle RE qui est de 0 < 56.93
- Santé mentale MH qui est de 36 < 52.15

D'après les résultats obtenus, on est arrivé à conclure 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 J'ai constaté que mon patient présente une qualité de vie mauvaise avec un score de 19,38. Cela est dû à son incapacité physique qui influence directement sur son état psychique.

6.6 Discussion des hypothèses :

Selon les résultats obtenus et après avoir présenté les (05) cas de mon étude. Cette dernière partie va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses relatives aux deux variables de notre étude porté sur « **la qualité de vie chez les personnes atteintes d'un cancer du larynx opéré** ».

A partir des données recueillies dans l'entretien semi-directif réalisé avec ma 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 qualité de vie des Personnes laryngectomisée n'est pas satisfaisante dans les domaines physique et psychique » est confirmée.

Prénom	Qualité de vie physique	Qualité de vie psychique	Qualité de vie globale	L'estimation de la qualité de vie
Nacer	46.25	24.87	35.56	Mauvaise
Larbi	76.66	71.45	74.06	Bonne
Lyazid	64.37	63.62	63.99	Mauvaise
Rachida	35	35.75	35.75	Mauvaise
Abdeladim	17.91	20.87	19.38	Mauvaise

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

A partir des données situées dans le tableau ci-dessus, toutes les moyennes obtenues sont inférieures à la moyenne référentielle (64,30%) sauf, Larbi qui de 74.06. Mais il y a eu une dégradation dans les niveaux obtenus ce qui signifie chaque cas est un cas particulier. De ce fait j'avais cinq cas dont 3/5présentent une bonne qualité de vie physique par rapport à la qualité de vie psychique sont : Nacer, Larbi et Lyazid et Rachida présente le même score de qualité de vie physique et psychique, par contre Abdeladim présente une bonne qualité de vie psychique en comparaison avec la qualité de vie physique.

Synthèse :

Dans ce chapitre j'ai fait une présentation et analyse pour chaque cas, j'ai constaté que les personnes de mon groupe d'étude ont une bonne qualité de vie psychique par rapport à la qualité de vie physique. En finale, je suis arrivée à la confirmation de mon hypothèse que j'ai supposée au début de mon travail de recherche.

Conclusion générale

- **Conclusion générale :**

Le cancer du larynx, comme tout cancer reste une maladie potentiellement mortelle. Cette terrible nouvelle bouleverse la vie de nombreuses manières. Dans ma recherche, j'ai tenté d'étudier la qualité de vie chez les personnes atteintes d'un cancer du larynx opéré. Et cette notion de la qualité de vie reste très subjectif, multidimensionnel et dépend des valeurs socioculturelles des individus. Chacun, bien portant ou malade, à une notion individuelle de la qualité de vie avec ses désirs, ses souhaits, sa satisfaction et le but à atteindre.

Les cancers du larynx sont liés pour une très grande majorité au tabagisme et en partie à l'alcoolisme. Leur dépistage précoce à l'occasion d'une dysphonie autorise un traitement conservateur, la précocité du diagnostic permet d'améliorer la QDV des malades.

La qualité de vie liée à l'état de santé évalue donc les répercussions de la maladie et de son traitement, perçues par le patient dans les différentes dimensions de la vie et sur son état de bien-être.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour ma recherche et de vérifier l'hypothèse souligner au début de la recherche, j'ai limité mon travail à (05) cas à l'hôpital FRANTZ FANON dont j'ai fait recours à la méthode clinique qui a permis l'étude approfondie et individuelle des sujets, et l'entretien clinique (semi-directif) pour rassembler les données nécessaires, et le questionnaire généraliste MOS SF-36, afin de mesurer la qualité de vie des sujets atteints.

Dans cette étude j'ai déterminé l'étude sur la qualité de vie chez les patients adultes atteints d'un cancer du larynx laryngectomisés.

Je souhaite que ce mémoire soit ouvert à tout apport bénéfique sur mon thème de recherche.

Liste bibliographique

La liste des ouvrages :

1. Bates B, (2010), « **Guide de l'examen clinique** », Arnette, France.
2. Blanc B, Siproudhisl , (2005), « **Pelvi-péri néologie** » , springer-Verlag France.
3. Bouvenot G, VRAY M, (2006), « **Essais cliniques-théorie, Pratique et critique** », 4^e édition, Paris.
4. Briaçcon M, (2007), « **Qualité de vie et maladie rénales chroniques** », John Libbey Eurotext, Paris.
5. Chahraoui K H. et Benony H, (2003), « **Méthodes, évaluations et recherches en psychologie clinique** », édition Dunod, Paris.
6. Chassany O, Caulin C, (2003), « **Qualité de vie liée à la santé : critère d'évaluation** », Springer-Verlag France, Paris.
7. Chevalier J, (1992), « **Administration de l'entreprise** », Dunod, Paris.
8. Fernandez L ET Catteeeuw M, (2001), « **la recherche en psychologie clinique** », édition Nathan, Paris.
9. Fischer G-N, (2009), « **traité de psychologie de la santé** », édition Dunod, Paris.
10. Gumuchian H ET All, (2000), « **Initiation à la recherche en géographie : Aménagement développement territorial, environnement** », édition Economica, Paris.
11. Lavarde A.M, (2008), « **Guide méthodologique de la recherche en psychologie** », édition de boeck, Belgique.
12. Llorca P.M, (2001), « **Les psychoses** », John Libbey Eurotext, Paris.
13. Lorient Y ET Morddant P, (2001), « **Cancérologie** », édition Masson, France.
14. Méric J. B, Zelek L, Khayat D, (2004), « **Guide pratique de Cancérologie** », 3^e édition, Masson, Paris.
15. Nevid ET All, (2009), « **Psychologie** », 7^e édition, Pearson Education France.
16. Razavi D, Delvaux N, (2002), « **Psycho-oncologie, le cancer, le malade et sa famille** », édition Masson, Paris.
17. Roch N, Similowski T, (2007), « **Qualité de vie et BPCO** », John Libbey Eurotext, Paris.
18. Westend, (2000), « **psychologie : pensée, cerveau et culture** », édition de Boeck université, Paris

19. Bruchon-Schweitzer M. (2002), « Psychologie de la santé, modèle et concepts et méthodes », Paris, Edition Dunad.
20. Daniel Brasnu et all (2005) « la chirurgie conservatrice des cancers du larynx et du pharynx. » Paris, Edition (2005)
21. J-l. Penideli (2005), introduction à la psychologie clinique , Paris, éd.
22. Jean-Louis PEDINIELLI(2005) « **Introduction à la psychologie clinique** »2^e Ed, copyright, groupes de Boeck.
23. **Pr : Hadj Allal** : cour de « cancer du larynx », faculté de médecine Dr :Benzerdjeb, Tlemcen (2015).
24. Pr : Emile Reyt « cancer du larynx : diagnostic, principes de traitement », faculté de médecine de Grenoble (2005).
25. Fanny Desbrosses, Camille expert « Prise en charge des patients laryngectomisés totaux porteurs d'implant phonatoire au sein du service ORL de l'hôpital HURIEZ du CHRU de Lille et perspectives orthophoniques », certificat de capacité d'orthophonie, école d'orthophonie Gabriel Decroix. Université Lille 2, 2011.
26. Achachera A, (2015), « **Handicap de l'enfant et l'impact sur la Qualité de vie des patients en Algérie : Validation d'un instrument** », Université Paul Valéry-Montpellier.
27. Bercier S, (2003), « **Qualité de vie, caractéristiques socio démographiques et réalisation d'examen complémentaire chez les Femmes traités ou non par THS** », Université Paris val de marne.
28. Boudouda N.E, (2013), « **les immigrants maghrébins à l'épreuve du Vieillessement : concept de soi et qualité de vie** », Université Nancy.
29. CHRISTINE R, (2011), « **Qualité de vie et Fatigue en cancérologie** », Université Henri Poincaré.

32. Tazopoulou E, (2008), « **Evaluation de la qualité de vie subjective Après un traumatisme crânien : relation entre qualité de vie, Psychologique, stratégie d’ajustement et reconstruction identitaire** », Université Paris 8.
33. [Www.edimark.fr/Front/Fontpost/getfiles/15201.pdf](http://www.edimark.fr/Front/Fontpost/getfiles/15201.pdf).
34. Article 145 -5 tumeur du larynx.pdf.
35. Cancer du larynx.pdf.
36. [Www.cancer.ca](http://www.cancer.ca).
37. [Www.Vulgaris-medical.com](http://www.Vulgaris-medical.com)
38. Cancer du larynx santé chez nous.com
39. Chiffres de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer.
40. Chiffres de la ligue contre le cancer.
41. Horizon 13-12-2009.
42. Damart A, (2008), « **Larousse médicale** », Paris.
43. Garnier D, (2009), « **Dictionnaire illustré des termes de médecine** », Malonie, Paris.
44. Dictionnaire, (2013), « **Le petit larous illustre** », édition, Paris.
45. Dictionnaire, (2012), « **Larousse Medicale** », édition, Paris.

Annexes

ANNEXE I :

Guide d'entretien

Axe 1 : identification personnelle :

1. Nom :.....
2. Age :.....
3. Situation familial : Marie.....Divorcée.....Célibataire.....
4. Nombre d'enfants :.....
5. Niveau d'instruction :.....
6. Niveau professionnelle :.....
7. Niveau socio- économique :.....

Axe 2 : Les informations concernant le cancer du larynx :

1. Avez-vous rencontre d'autre maladie que celle dont vous souffrir actuellement ?
2. Comment avez-vous appris que vous avez le cancer du larynx ?
3. Et quel est votre réaction ?
4. Avez- vous d'autre personne dans votre famille qui a cette maladie ?
5. Que représente pour vous cette maladie avant votre atteinte ?
6. Quel est votre traitement suive actuellement ?
7. Est-ce que vous pouvez me raconter comment vous le vivez cette période de traitement ? et quel est votre réaction suite à effets ?
8. Pouvez- vous me dire qui vous accompagne pendant la période de Traitement ?
9. Quel sont les complications qui ont accompagné votre maladie aujourd'hui ?

Axe 3 : Les informations concernant le soutien social et familial :

1. Comment votre famille réagit elle face à votre maladie ?
2. Est-ce que vous avez obtenu de l'aide oui / non si c'est oui de la part de qui ?
3. Quel type d'aide vous avez reçu de leur part ?
4. En quoi le soutien peut -il aide à faire face à la maladie ?
5. Est-ce que vous avez ressentir un changement dans vos comportement relation avec autrui ?
6. Est-ce que vous voyez que votre comportement est changé commentez ?

Axe 4 : Les informations concernant la qualité de vie :

1. Est-ce que vous pensez que vous êtes besoin d'autres personnes pour accomplir vos tâches quotidiennes ?
2. Est-ce que cette maladie influence sur votre sommeil ?
3. Est-ce que vous recentre un changement après votre atteinte ? si c'est oui alors dans quel côté ?
4. Est-ce que cette maladie provoque des obstacles pour vous ?

ANNEXE II :

QUESTIONNAIRE GENERALISTE MOS SF-36 (QUALITE DE VIE)

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 ___

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

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

_____ · _____ · _____ · _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

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 ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?		
Trouver les limites ou types de travaux ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire mais au prix d'un effort ?		

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 ?		
Faire moins de choses que vous n'espérez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement ?		

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 ?

_____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____

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.

_____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____

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