



Université Abderrahmane Mira Bejaïa
Faculté des sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

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

Option : Psychologie Clinique

Thème

LA QUALITÉ DE VIE CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER THYROÏDIEN

Étude de cinq (05) cas au niveau de l'hôpital Frans fanon de Béjaïa

Réalisé par

BRAIKIA Asma

AIT SAHEL Thinhinane

Soutenu le .../.....2024

Devant les Membres du jury

Mr/Mme----- Président

Dr. ABDI Samira ----- Rapporteur

Mr/Mme ----- Examineur

Année universitaire : 2023 / 2024

Résumé

Cette recherche intitulée << la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien>>, a pour but d'évaluer leur qualité de vie. La problématique par conséquent est la suivante ; le cancer thyroïdien perturbe la qualité de vie chez les personnes atteintes, ce qui traduit par une qualité de vie globalement négative.

Cette étude a concerné 05 cas qui sont sélectionné au sein de l'hôpital Franz fanon service ORL, de Bejaïa. Pour réaliser cette recherche nous avons opté la méthode clinique dont nous avons utilisé l'entretien clinique (semi-directif), et l'échelle générale MOS SF-36, qui mesure la qualité de vie

D'après les résultats qu'on a obtenus à travers notre étude avec notre groupe de recherche, on a constaté que le cancer thyroïdien exerce une influence négative sur la qualité de vie psychique et physique des personnes atteintes.

Mots clés: la qualité de vie, la santé physique, la santé mentale, le soutien sociale, le soutien familiale, la glande thyroïde, cancer thyroïdien, thyroïdectomie totale.

Abstract

This research, entitled « quality of life in people with thyroid cancer », aims to evaluate their quality of life. The problem is therefore as follows; Thyroid cancer disrupts the quality of life in affected individuals, resulting in an overall negative quality of life.

This study concerned 05 cases which were selected within the Franz Fanon ENT department hospital in Bejaïa. To carry out this research we opted for the clinical method of which we used the clinical interview (semi-directive), and the general MOS SF-36 scale, which measures quality of life.

According to the results obtained through our study with our research group, we found that thyroid cancer has a negative influence on the psychological and physical quality of life of affected people.

Keywords: quality of life, physical health, mental health, social support, family support, thyroid gland, thyroid cancer, total thyroidectomy.

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été une aventure enrichissante que nous avons eu la chance de partager ensemble. Nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Tout d'abord, nous remercions **Dieu** le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

Nous remercions chaleureusement notre promotrice, **Dr. Abdi Samira**, pour son soutien indéfectible, ses conseils pertinents et sa disponibilité. Son expertise et son encadrement ont été essentiels pour la réussite de ce projet.

Nous remercions également **les membres de jury** qui ont accepté d'examiner et d'évaluer notre travail.

Nos remerciements les plus sincères à **l'ensemble des enseignants du Département des sciences sociales** qui ont contribué à notre formation.

Nous remercions sincèrement **professeur SELLAMI** pour sa patience, son encouragement et sa confiance tout au long de la période de stage. Sa passion pour son travail est une véritable source d'inspiration pour nous.

Nous tenons 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 notre stage pratique. Ainsi que tous les patients Pour leur confiance, collaboration et participation.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à **nos familles** respectives pour leur soutien et leur patience tout au long de cette période. Leur encouragement nous a été précieux.

Enfin, nous souhaitons remercier **toutes les personnes et institutions** ayant contribué de près ou de loin à cette recherche, pour leur aide précieuse et leur collaboration.

Merci à tous.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail accompagné d'un profond amour :

A mes très chers parents aucune dédicace, aucun mot ne pourrait exprimer à leur juste valeur, la gratitude et l'amour que je veux porter. Vos sacrifices, votre amour inconditionnel et votre sagesse m'ont guidé tout au long de ma vie. Vous avez été mes premiers enseignants, mes modèles et mes plus grands soutiens.

A mes chers frères **Abd Elhalim, Chems Eddine, Ilyes**, Votre présence dans ma vie est une bénédiction inestimable. Chacun de vous, avec votre unicité et vos qualités exceptionnelles, a enrichi mon existence d'une manière inoubliable.

A ma petite princesse **Ritedj** qui fait maintenant 4 ans, qui sait toujours comment procurer la joie et le bonheur pour toute la famille.

A mon grand-père et grand-mère maternelle, je vous remercie pour votre amour et attention.

À mes meilleures copines : **Amina, Imane, Atika, Kenza** et **jiji** vous êtes les étoiles qui illuminent ma vie de mille éclats. Votre amitié est un trésor inestimable qui m'apporte joie, réconfort et inspiration chaque jour.

A mes adorables copines : **Manel, sylvia, massisilya, chenez, Lina, yasmine** et **Nawal** qui sont toujours à mes côtés que dieu les garde.

A ma chère copine et binôme **Thinhinane** qu'a partagé avec moi tous du bien et du mal de ce travail. Merci pour ton soutien indéfectible, tes conseils avisés, et les nombreux éclats de rire que nous avons partagés. Travailler à tes côtés a été un véritable privilège, et je suis reconnaissant pour tout ce que nous avons accompli ensemble.

À ma cousine **Abir** Depuis toujours, tu as été bien plus qu'une simple cousine pour moi. Ta présence dans ma vie a été une source constante de joie, de soutien et de complicité. Ta gentillesse, ta générosité et ta loyauté font de toi une personne exceptionnelle, et je suis fière de t'avoir à mes côtés.

Asma

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

Mes **chers grands-pères et grands-mères**, cela fait un bon moment que vous nous avez quittés, mais vous resterez à jamais gravé dans mon cœur et ma mémoire. Que Dieu vous accueille dans son vaste paradis.

À mes très **chers parents**, aucun mot ne saurait exprimer mon amour pour vous, ni ma gratitude pour les sacrifices que vous avez consentis pour mon bien-être. Je prie Dieu de vous garder.

À mon unique frère, **Anis**. Tu as toujours été à mes côtés, Merci d'être mon pilier et bon courage pour ton parcours.

À **mes tantes et oncles** bien-aimés, votre affection et votre soutien ont toujours illuminé ma vie.

À ma chère cousine **Katia**, Merci pour tous les moments partagés.

À mes chères amies : **Djamila, Imane, et Lamia**.

À ma chère amie **Asma**, mon adorable binôme, pour ton soutien, ta patience et ta compréhension tout au long de ce parcours. Ta présence a été une source de motivation constante. Sans toi, rien n'aurait été possible.

À toutes les personnes que j'ai rencontrées, et à tous ceux qui m'aiment et m'ont aidé de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Thinhinane

Liste des abréviations

ATC : carcinome anaplasique de la thyroïde.

BP : Douleur Physique (Bodily Pain).

CEA : carcinomebryonnaire.

DTC : cancer différencié de la thyroïde.

FTC : cancer folliculaire de la thyroïde.

GH: Santé Perçue (General Health).

IMC : Indice de Masse Corporelle.

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique.

ITK : inhibiteurs de la Tyrosine kinase.

MAPK: Mitogen- Activated-Protein Kinase.

MH : Santé Psychique (Mental Health).

MTC : carcinome médullaire de la thyroïde.

NHP: Nottingham Health Profile.

OMS : Organisation Mondial de la Santé.

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie.

PF : Activité Physique (Physical Functioning).

PGI: Patient-Generated Index.

PTC : Cancer papillaire da la thyroïde.

QdV : Qualité de Vie.

RE : Limitation dues à l'état Émotionnelle (Rôle Emotional).

RP : Limitation dues à l'état physique (Rôle Physical).

SEIQoL: Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life.

SF : Vie et Relations avec les autres (Social Functioning).

SQLP: Subjective Quality of Life Profile.

TDM: Tomodensitométrie.

VT: Vitalité.

WHOQOL BREF: world health organization quality of life brief version.

WHOQOL: World health organization Quality of Life assessment.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les caractéristiques du groupe de recherche	40
Tableau 2 : calcul des scores du questionnaire MOS-SF36	45
Tableau 3 : présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 et le degré de la qualité de vie chez Ilyes.....	52
Tableau 4: présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 et le degré de la qualité de vie chez Salim	55
Tableau 5: présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 et le degré de la qualité de vie chez Safia	57
Tableau 6: présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 et le degré de la qualité de vie chez Sabrina	60
Tableau 7: présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 et le degré de la qualité de vie chez Hedaya	62
Tableau 8: récapitulatif de la population d'étude après l'analyse.	64

Liste des figures

Figure 1: Localisation de la glande thyroïde (NETTER et LAMOGLIA, 2012).	12
Figure 2: Coupe histologique de la thyroïde (KAWTHER et al., 2017)	13
Figure 3: La régulation de la fonction thyroïdienne (ECOCHARD, 2011).	14

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien	70
Annexe 2 : Le questionnaire généraliste SF-36	72

Sommaire

Résumé	I
Abstract	II
Remerciements	III
Dédicaces	V
Liste des abréviations	VI
Liste des tableaux	VII
Liste des figures	VIII
Liste des annexes	IX
Table des matières.....	X
<i>Introduction générale</i>	1
chapitre 01: cadre générale de la problématique	
1. Problématique.....	3
2. Hypothèse :.....	7
3. Définitions des concepts :.....	7
4. Opérationnalisation des concepts :	8
5. Raisons de choix du thème :.....	10
6. Objectifs de recherche :	10
<i>Chapitre 02 : Le cancer thyroïdien</i>	
1. La définition de la thyroïde	11
2. Anatomie, Histologie et physiologie de la glande thyroïde	11
3. Les pathologies de la glande thyroïde	14
4. Symptômes du cancer thyroïdien	15
5. Facteurs de risque :.....	16
6. Les types du cancer thyroïdien	17
7. Diagnostic du cancer thyroïdien	19
8. Les différents stades du cancer thyroïdien	21
9. Traitement du cancer thyroïdien.....	21
10. Le suivi médical après le traitement.....	23
Synthèse.....	24
Chapitre 03: la qualité de vie	

Préambule	25
1. Définition de la qualité de vie	25
2. Histoire et évolution	25
3. Les conceptions et les composantes de la qualité de vie	26
4. Les domaines de la qualité de vie.....	27
5. Les différentes outils de mesure de la qualité de vie	28
6. Les instruments de mesure de la qualité de vie	29
7. L'intérêt de mesurer la qualité de vie.....	30
8. Les approches de la qualité de vie.....	30
9. La qualité de vie liée à la santé.....	31
10. Qualité de vie et cancer thyroïdien.....	32
11. La Qualité de vie dans le domaine de la cancérologie.....	33
Synthèse.....	34
Partie pratique	
<i>Chapitre 04 : Méthodologie de la recherche</i>	
Préambule	35
1. Les limites de la recherche.....	35
2. Méthode de recherche.....	35
4. Présentation des groupes de recherche	39
5. Présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :	40
6. Les outils de recherche	40
7. Le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête.....	46
8. Déroulement de la recherche	48
9. Attitude de chercheur	48
10. Les difficultés rencontrées.....	49
Synthèse.....	50
Préambule	51
1. Présentation et analyse de l'entretien et le questionnaire MOS-SF36	51
2. Discussion des hypothèses :	63
Synthèse.....	68
Conclusion.....	69
Références bibliographiques	
<i>Annexes</i>	75

Introduction générale

Introduction générale

L'enjeu sociétal de vivre avec un cancer, que ce soit en tant que patient ou en accompagnant un proche, est devenu crucial. Autrefois perçu comme une condamnation à mort, le cancer est désormais envisagé comme une maladie chronique, caractérisée par sa persistance dans le temps et les nombreux défis quotidiens qu'elle présente. Parmi ses types, on trouve le cancer thyroïdien.

Le cancer de la thyroïde est le plus fréquent des cancers endocriniens. Environ 8 500 nouveaux cas de cancer de la thyroïde sont diagnostiqués chaque année en France, dont 75 % surviennent chez les femmes. Ce cancer se caractérise par une multiplication anormale des cellules de la glande thyroïde. Bien qu'il puisse prendre diverses formes et que ses causes soient généralement méconnues, certains facteurs, tels que des prédispositions génétiques ou une exposition aux radiations, en particulier pendant l'enfance, peuvent favoriser son apparition

Concernant, sa prise en charge, elle dépend du type de cancer et peut inclure la chirurgie, la radiothérapie et la prise d'hormones thyroïdiennes. En cancérologie, la prise en charge médicale ne se limite pas à la guérison ou à la prolongation de la vie. En effet, elle vise également à réduire les comorbidités liées à la maladie et les effets secondaires des traitements. De plus, cette prise en charge s'efforce de prévenir ou de traiter les éventuelles séquelles laissées par les traitements, tout en cherchant à améliorer la qualité de vie des patients

Par ailleurs, il est important de souligner que vivre avec un cancer, comme celui de la thyroïde, implique non seulement des défis médicaux, mais aussi psychologiques et sociaux. L'accompagnement des proches et le soutien psychologique sont autant d'éléments essentiels pour aider les patients à surmonter les obstacles quotidiens et à maintenir une bonne qualité de vie.

En conclusion, la gestion du cancer de la thyroïde, comme celle de nombreux autres cancers, nécessite une approche holistique qui prend en compte non seulement les aspects médicaux, mais aussi les dimensions humaines et sociales, afin de permettre aux patients de vivre le plus pleinement possible.

Dans notre recherche, portée sur « la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien », on a choisi comme terrain d'étude le CHU unité FRANZ FANON est plus précisément le service ORL où nous avons pris contact avec les patients répondant aux caractéristiques de notre groupe d'étude pour réaliser un entretien semi-directif avec eux, ainsi que la passation du questionnaire généraliste de la qualité de vie (MOS-SF36), tout en s'appuyant sur la méthode clinique ; étude de cas.

Afin de réaliser notre travail, nous avons débuté par une introduction suivie du cadre général de la problématique qui inclut notre problématique, nos hypothèses, la définition et l'opérationnalisation des concepts ainsi que les raisons de choix de thème et les objectifs de notre recherche.

Pour approfondir notre étude et fournir une explication claire des idées évoquées précédemment, nous avons élaboré un plan de travail structuré en deux parties : une partie théorique et une partie pratique.

Une partie théorique est divisée en deux chapitres. Le premier chapitre, intitulé «le cancer de la thyroïde >>, commence par un court préambule, suivie d'une définition de la glande thyroïde, son anatomie, son histologie et sa physiologie. Nous y présentons les différentes pathologies de la glande thyroïde (le goitre simple, les nodules thyroïdiens, l'hypothyroïdie, l'hyperthyroïdie et le cancer thyroïdien), ensuite nous abordons le cancer de la thyroïde, les symptômes de cancer thyroïdien, le facteur de risque, les types de cancer thyroïdien, le diagnostic de cancer thyroïdien, les différents stades de cancer de la thyroïde. Nous traitons ensuite le traitement de cette maladie, y compris le suivi médical après le traitement, et concluons par une synthèse.

Le deuxième chapitre est consacré à «la qualité de vie>>, il débute par un préambule, suivi de quelques définitions de la qualité de vie, une brève histoire de la qualité de vie, des conceptions et composantes de la qualité de vie, les domaines de la qualité de vie (domaine psychologique, physique et sociale). Nous abordons également les différents outils pour mesurer la qualité de vie, ses instruments de mesure et l'intérêt de mesurer cette qualité de vie. Nous rajoutons à cela les différentes approches de la qualité de vie (psychologique, médicale, politique et sociale et économique), la qualité de vie liée à la santé, qualité de vie et cancer thyroïdien ainsi que la qualité de vie dans le domaine de la cancérologie. Et nous clôturons ce chapitre par une synthèse.

Une partie pratique divisée en deux chapitres, le premier chapitre qui traite la méthodologie de la recherche dans lequel nous avons présentées les limites de la recherche, les méthodes utilisées dans la recherche, la présentation de lieu de recherche et le groupe de recherche, ainsi que les outils qu'on a utilisées pour mener ce travail. Nous y décrivons également notre pré-enquête et enquête, les attitudes de chercheur et les difficultés rencontrés, avant de conclure par une petite synthèse.

Notre deuxième chapitre est consacré à la présentation, analyse des données et discussion des hypothèses, dont la première partie est dédiée à la présentation et à l'analyse des résultats et des données recueillies sur le terrain concernant les cas étudiés dans notre recherche. La deuxième partie se concentre sur la discussion des hypothèses à travers les données recueillies et analysées et concluons par une courte synthèse.

Nous terminerons notre mémoire par une conclusion générale.

Partie théorique

Chapitre 01 : Cadre général de la problématique

1. Problématique

L'humain, depuis sa naissance, parcourt diverses phases et états, évoluant physiquement et psychologiquement. La construction de son organisme contribue à sa santé et à son bien-être physique, mental et social.

Cependant, tout individu au cours de sa vie indépendamment de son statut économique, de son âge ou de son sexe, est susceptible de faire face à des défis menaçant son intégrité physique et son équilibre mental. Les maladies, qu'elles soient passagères ou chroniques, font partie intégrante de l'expérience humaine.

En outre, Selon le dictionnaire Larousse, la santé est définie comme « un état de bon fonctionnement de l'organisme », Cette définition est complétée par la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui considère que la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition implique que la santé est relative et résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu, et qu'elle peut être évaluée pour chaque individu avec la médecine clinique ou pour une population avec la santé publique.

De plus, La santé est un état de bien-être émotionnel et mental dans lequel l'individu est capable de faire face aux défis de la vie, de maintenir des relations saines, de contribuer à sa communauté et de réaliser son potentiel. Par conséquent, La santé pierre angulaire de notre bien-être, est souvent mise à l'épreuve par des facteurs tels que les maladies chroniques.

A cet effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une maladie chronique est une affection de longue durée qui évolue généralement lentement, nécessitent souvent une gestion continue, des soins à long terme et peuvent avoir des effets durables sur la qualité de vie.

Ces dernières années, de nombreuses maladies sont apparues, parmi elles, les cancers qui sont devenus l'une des préoccupations les plus importantes.

Par ailleurs, dans le monde, On estime qu'en 2018, 18,1 millions de nouveaux cas de cancers seront diagnostiqués et que 9,6 millions de patients décéderont des suites d'un cancer. (**Centre international de recherche sur le cancer 2018**).

L'Algérie fait face à des défis importants dans la gestion des maladies chroniques, avec plus de 3 millions de personnes touchées et un taux de décès de 63% en 2008. Les causes principales de ces décès sont les maladies non transmissibles (maladies chroniques) telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires,

l'insuffisance rénale chronique terminale, les maladies respiratoires chroniques et certaines formes de cancer.

On s'intéresse à ce dernier puisqu'il fait partie de notre sujet de recherche, donc le cancer est une maladie caractérisée par le développement de cellules anormales qui se divisent de manière incontrôlable et ont la capacité de s'infiltrer et de détruire les tissus normaux du corps. Le cancer peut se propager dans tout le corps et est la deuxième cause de décès dans le monde ; Les cancérigènes, ou cancérogènes, sont des facteurs qui augmentent le risque de développement de cancer. Ils peuvent être classés en deux catégories : Les facteurs évitables qui sont liés à notre comportement ou nos habitudes de vie et les facteurs non évitables sont liés à notre âge, notre sexe et notre patrimoine génétique.

En 2020, il y a eu environ 18,1 millions de cas de cancer dans le monde, dont 9,3 millions chez les hommes et 8,8 millions chez les femmes. Les estimations de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisme international de recherche sur le cancer (OMS/IARC) prévoient que le nombre de cas de cancer devrait atteindre 28,4 millions d'ici 2030. L'OMS/IARC affirme que les taux d'incidence du cancer varient de 2 à 3 fois plus élevés dans les pays industrialisés que dans les pays en transition. **(Sung H and al, CA, cancer Jclin. 2020.May).**

Parmi les nombreux types de cancer, chacun affectant un organe ou un tissu différent du corps, le cancer thyroïdien qui émerge comme un sujet d'une importance cruciale. Cette maladie, affectant la glande thyroïde, présente des défis uniques et souvent complexes, Le cancer de la thyroïde est la malignité endocrine la plus courante, touchant près de 570 000 personnes chaque année dans le monde, dont 75% de femmes. **(Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)).**

En France, il a estimé à 10 665 le nombre de nouveaux cas de cancers de la thyroïde en 2018, Les femmes sont plus touchées que les hommes (76% des nouveaux cas), L'âge moyen au diagnostic est d'environ 50 ans, et le pic d'incidence est atteint chez les 55-60 ans, quel que soit le sexe. **(Chiffres de la ligue contre le cancer).**

Au cours des trois dernières décennies, l'incidence de carcinome thyroïdien a augmenté dans le monde, tandis que le taux de mortalité globale est resté presque inchangé, avec environ 44 280 nouveaux cas et 2 200 décès aux États-Unis en 2021. **(<https://www.sfendocrino.org>).**

Lors des 4èmes journées d'endocrinologie de l'HCA en 2008, en Algérie, plusieurs communications ont été présentées concernant le cancer de la thyroïde où il s'avère que le cancer de la thyroïde occupe la 5^{ème} place par ordre de fréquence chez la

femme en Algérie, avec une incidence standardisée selon la population mondiale de 7.7/100 000 chez les femmes et de 2.9/100 000 chez les hommes.

Par ailleurs, De janvier 1998 à décembre 2006, 1240 cas de cancer de la thyroïde ont été enregistrés, avec une prédominance chez les femmes, L'âge modal de diagnostic se situe aux alentours de la soixantaine, bien que des cas soient diagnostiqués chez les enfants et les adolescents.

Lors d'une journée d'étude sur cette maladie organisée samedi dans la wilaya de Blida, Les participants aux travaux de cette rencontre scientifique organisée par l'Association nationale El-Badr d'aide aux personnes atteintes du cancer, dans le cadre de la semaine arabe contre le cancer, ont affirmé que la moyenne des cas du cancer de la thyroïde chez la femme est très élevée par rapport aux hommes.

Le spécialiste en chirurgie au centre anti-cancer (CAC) de l'hôpital Frantz Fanon, professeur Boukhatem Zahi, a souligné que le cancer de la thyroïde est « l'un des quatre cancers qui touchent les femmes et le 13^e chez les hommes », ajoutant que ce type de cancer touche toutes les catégories d'âge, y compris les enfants.

Pour sa part, l'oncologue Samira Tarouadada a affirmé que les femmes « sont les plus exposées à ce type de cancer comparativement aux hommes, même si son incidence demeure moyenne comparé aux autres types de cancers ».

Elle a expliqué que la prise en charge du cancer de la thyroïde repose principalement sur la chirurgie et la radiothérapie et qu'un nombre « réduit » des cas nécessitent un traitement médicamenteux, indiquant que le dépistage précoce de la maladie reste le seul moyen pour la réussite du traitement. www.aps.dz/sante-science-technologie

Ainsi, la réalité quotidienne d'un individu confronté au diagnostic de cancer de la thyroïde est façonnée par une série de défis complexes qui s'étendent au-delà des aspects médicaux, influençant profondément sa qualité de vie.

Au-delà de la douleur physique, les personnes atteintes de cette maladie peuvent être des victimes d'une souffrance morale, psychologique.

Dès lors La gestion de cette réalité englobe des aspects émotionnels, psychologiques et physiques, tous contribuant à la manière dont la personne expérimente sa qualité de vie au quotidien ; cela signifie prendre en compte les aspects émotionnels, psychologiques et physiques de son expérience , Les émotions telles que l'anxiété et la peur, les défis psychologiques liés à l'acceptation de la maladie, ainsi que les ajustements physiques nécessaires dans le cadre du traitement, tous ces éléments

jouent un rôle crucial dans la façon dont cette personne vit sa vie au jour le jour, en d'autres termes, ces différents aspects interagissent pour façonner son expérience globale et influencer sa qualité de vie pendant son parcours face à la maladie.

En effets, La mesure de l'efficacité clinique et la tolérance demeure cruciale dans l'évaluation d'un traitement médical, mais il devient de plus en plus impératif d'intégrer la perspective du patient sur son expérience avec le traitement et sa maladie ; genre Lorsque'on évalue si un traitement médical est efficace, on a l'habitude de regarder des choses comme son impact sur la maladie et comment les patients le supportent. Mais maintenant, on se rend compte que c'est important d'écouter ce que les patients pensent eux-mêmes. Comment le traitement affecte-t-il leur vie quotidienne ? Comment ils ressentent la maladie ? Tout cela, on l'appelle la « qualité de vie » ; Cette appréciation subjective devient de plus en plus centrale dans les recherches et les évaluations médicales, soulignant l'importance de comprendre l'impact global d'une intervention médicale sur la vie quotidienne et le bien-être du patient.

De ce fait, La qualité de vie, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), se définit comme la manière dont un individu perçoit sa position dans l'existence, en tenant compte de la culture et des valeurs de son environnement. **(OMS 1994).**

Dans le même contexte cette perception est façonnée par des éléments tels que la santé physique, l'état psychologique, l'indépendance, les relations sociales et l'interaction avec l'environnement.

En outre, la qualité de vie, selon Patrick et Erickson (1993), se définit par la satisfaction individuelle dans divers aspects de la vie tels que le bien-être physique, social, économique et psychologique, **(Achachera Asma, 2015.p. 17).**

Pour cela, l'OMS accorde une importance particulière à l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques, et l'évaluation de la qualité de vie liée à la santé est devenue cruciale dans la prise en charge des patients. **(WHOQOL, 1994).**

La qualité de vie liée à la santé ou (Heath related quality of life), elle se définit comme un « agrégat de représentations fondées sur l'état de santé, l'état physiologique, le bien-être et la satisfaction de vie » **(MacKeigan et Pathak, 1992).**

Donc, l'idée de qualité de vie liée à la santé (HRQoL) repose sur la reconnaissance que la santé ne se limite pas seulement à des indicateurs médicaux, mais englobe également les aspects subjectifs de la vie d'une personne, Cela inclut la perception de son propre état de santé, le fonctionnement physiologique, le bien-être émotionnel et la satisfaction globale dans la vie quotidienne.

Afin de conduire efficacement notre sujet de recherche sur la qualité de vie chez les personnes atteintes de cancer thyroïdien on trouve que la théorie cognitivo-comportementale est le cadre le plus approprié pour notre thème de recherche, mettant en avant l'importance des pensées, croyances et cognitions dans la compréhension des comportements humains. Elle cherche à substituer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et réactions conformes à la réalité.

Afin d'évaluer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer thyroïdien, nous avons soumis ses dernières au questionnaire **MOS SF-36** et l'entretien clinique semi-directif. Et cela nous mène à poser les questions suivantes :

- Quel est l'effet du cancer thyroïdien sur la qualité de vie physique et psychique des personnes atteintes ?
- Les personnes atteintes de cancer thyroïdien ont-ils une qualité de vie satisfaisante ?

2. Hypothèse :

Le cancer thyroïdien perturbe la qualité de vie physique et psychique chez les personnes atteintes, ce qui se traduit par une qualité de vie globalement négative.

3. Définitions des concepts :

La qualité de vie : La qualité de vie est un concept complexe qui embrasse une multitude d'aspects de la vie humaine. Elle va bien au-delà des simples conditions matérielles pour inclure des dimensions telles que la santé, les interactions sociales, le bien-être émotionnel, l'épanouissement professionnel et la satisfaction personnelle. En définitive, la qualité de vie est le reflet global de la perception qu'une personne a de sa propre existence et de son bien-être. **(Formarier, M. (2012 (pp. 260-262)).**

Le Cancer : toute prolifération anormale des cellules d'un tissu ou d'un organe ; état morbide, affection qui en résulte.

Maladie causée par une croissance anormale et incontrôlée de cellules, qui peut envahir les tissus adjacents et se propager à d'autres parties du corps (métastases). **(Le petit Larousse, 1995.p65).**

La glande thyroïde : une glande endocrine située à la base de la face antérieure du cou, sécrétant plusieurs hormones, dont la thyroxine et la calcitonine et intervenant dans la croissance et le métabolisme générale. **(Le petit Larousse. 1995. p1009).**

Cancer thyroïdien : Le cancer thyroïdien est une forme de cancer qui se développe dans la glande thyroïde, une petite glande située à la base du cou. Il survient lorsque les cellules de la thyroïde commencent à se développer de manière incontrôlée, formant une tumeur maligne. Ce type de cancer peut se présenter sous différentes formes histologiques, telles que le carcinome papillaire, le carcinome folliculaire, le carcinome médullaire ou le carcinome anaplasique. Les symptômes peuvent varier selon le type et le stade du cancer

Thyroïdectomie totale : est une intervention chirurgicale visant à enlever la totalité de la glande thyroïde. Ce type de chirurgie est souvent nécessaire dans les cas de cancer de la thyroïde, d'hyperthyroïdie réfractaire aux traitements, de goitre volumineux ou de maladie de graves sévère.

4. Opérationnalisation des concepts :

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

Cancer thyroïdien :

Les signes physiques selon notre échantillon :

- Augmentation de rythme cardiaque
- Fatigue intense
- Trouble de sommeil
- Les vertiges
- Stress
- Difficultés de respiration
- Douleurs dans la majorité de corps comme épaules et mains
- Chute de cheveux
- Mal aise pendant le fait d'avaler de la nourriture
- Une boule sur le cou

La thyroïdectomie totale :

Ablation complète de la glande thyroïde pour traiter diverses pathologies.

Ses objectifs :

- Élimination de la source de cellules cancéreuses.
- Contrôler une hyperthyroïdie sévère ou résistante.
- Soulager les symptômes causés par un goitre volumineux.
- Prévenir les complications liées à la thyroïdite chronique.

La qualité de vie

Ses principales dimensions.

- Santé physique : Inclut la perception de la santé générale, la présence de douleurs ou de malaises, et la capacité à réaliser des activités quotidiennes.
- Santé psychologique : Englobe le bien-être émotionnel, les niveaux de stress, l'anxiété, la dépression, etc.
- Relations sociales : Comprend le soutien social, les relations familiales et amicales, et la participation à des activités communautaires.
- Environnement : Inclut la sécurité, le confort du logement, l'accès aux services de santé, etc.

La qualité de vie a deux aspects : un aspect positif (+) signifiant une bonne qualité de vie et un aspect négatif (-) signifiant une mauvaise qualité de vie.

Les symptômes sont des manifestations cliniques ou psychologiques qui peuvent indiquer une qualité de vie positive ou négative.

Symptômes de qualité de vie positive :

- Énergie et vitalité
- Bon sommeil
- Émotions positives fréquentes (joie, contentement)
- Interactions sociales fréquentes et satisfaisantes
- Bonne gestion du stress

Symptômes de qualité de vie négative :

- Fatigue excessive

- Insomnie ou troubles du sommeil
- Émotions négatives fréquentes (tristesse, irritabilité)
- Isolement social
- Mauvaise gestion du stress, sentiments de débordement et anxiété

5. Raisons de choix du thème :

Ce travail se concentre sur la qualité de vie des patients atteints de cancer thyroïdien. Réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique, notre étude vise les objectifs suivants :

1. Acquérir une connaissance approfondie de cette pathologie grâce à l'analyse d'entretiens cliniques.
2. Le cancer thyroïdien est également fréquent dans notre pays, mais son diagnostic est souvent tardif. Cela a un impact significatif sur la qualité de vie de la personne et son environnement, le manque de recherches sur ce thème nous a poussé à choisir d'étudier ce sujet.
3. Comprendre l'influence du cancer thyroïdien sur l'état psychique, physique et relationnel des patients.
4. Mettre en lumière l'importance du côté psychologique dans la prise en charge du cancer thyroïdien.
5. Évaluer la qualité de vie des personnes atteintes afin de répondre à nos hypothèses.

6. Objectifs de recherche :

- Dans le cadre de notre recherche et autant que futures psychologues notre principal objectif était d'avoir un contact avec le terrain, mais surtout arriver à confirmer ou infirmer l'hypothèse tracée durant notre étude.

Chapitre 02 : **Le cancer thyroïdien**

Préambule

Le cancer de la thyroïde, malgré sa rareté relative, il peut avoir des répercussions significatives sur la qualité de vie des individus concernés. Comprendre les fondements anatomiques, histologiques et physiologiques de la thyroïde est essentiel pour appréhender pleinement cette maladie et ses implications sur la santé et le bien-être des patients. Donc dans ce chapitre se concentrera sur la définition du cancer thyroïdien, en examinant en détail son anatomie, sa physiologie et son histologie. De plus, nous explorerons les différents facteurs de risque associés à son développement, ainsi que les symptômes caractéristiques qui peuvent alerter sur sa présence. Nous aborderons également les méthodes de diagnostic utilisées pour identifier la maladie à ses différents stades, ainsi que les différentes options de traitement disponibles. Enfin, nous discuterons de la nécessité d'un suivi médical post-traitement pour assurer une gestion efficace de la santé et de la qualité de vie des patients atteints de cancer thyroïdien.

1. La définition de la thyroïde

Le mot thyroïde provient du grec <thyroeidōs>, qui signifie thyros : bouclier, Eidos : forme.

La thyroïde, d'environ 5 cm de diamètre, se trouve sous la peau du cou sous la pomme d'Adam. Ses deux moitiés (lobes) sont reliées par une partie centrale appelée isthme, donnant à la grande une forme de papillon. Normalement discrète, la thyroïde peut être palpée à peine. En cas d'augmentation de taille, les médecins peuvent la détecter facilement par palpation ou en observant une masse proéminente autour ou sur les côtés de la pomme d'Adam. **(Glenn D. Braunstein, 2022).**

2. Anatomie, Histologie et physiologie de la glande thyroïde

2.1. Anatomie de la glande thyroïde

La glande thyroïde occupe la partie antéro-inférieure du cou, devant les six premiers anneaux trachéaux. Elle se compose de deux lobes latéraux verticaux reliés par un isthme horizontal. La forme de la thyroïde est celle d'une pyramide triangulaire à base inférieure, avec des lobes mesurant environ 6 cm de haut, 2cm de large et 2 cm d'épaisseur. Son poids normal varie entre 20 et 30 grammes, sa texture est élastique et elle est mobile avec des mouvements de la déglutition. Contrairement à la peau, la thyroïde n'adhère pas et est étroitement liée aux vaisseaux, aux nerfs récurrents et aux quatre parathyroïdes, deux supérieures et deux inférieures, apposées contre la face postérieure des lobes latéraux. **(IMAM et AHMAD, 2016).**

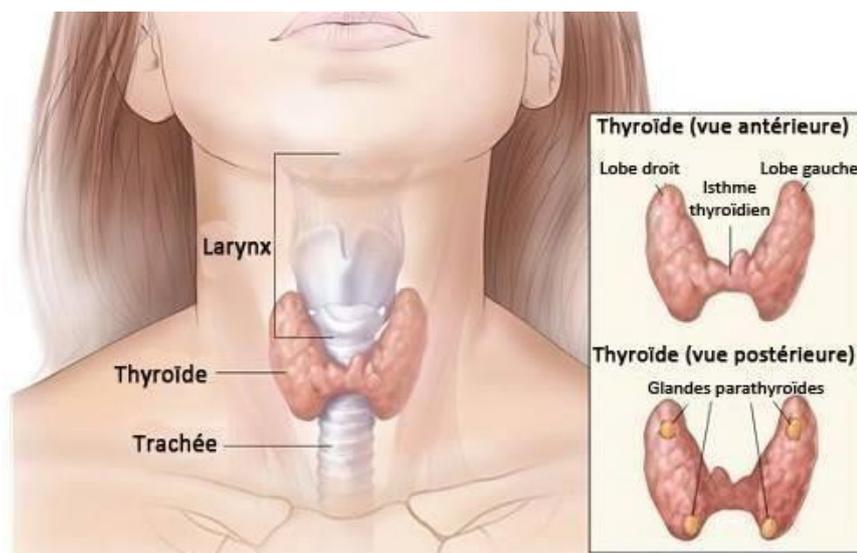


Figure 1: Localisation de la glande thyroïde (NETTER et LAMOGLIA, 2012).

2.2. Histologie de la glande thyroïde

À l'intérieur de la thyroïde humaine, les deux types de cellules (cellules folliculaires et cellules parafolliculaires) se regroupent au sein d'une structure morpho fonctionnelle distincte appelée le follicule.

2.2.1. Les cellules folliculaires (les thyrocytes)

Ce sont des cellules polarisées reposant sur une lame basale et s'assemblant en une assise unistratifiée réalisant une formation sphérique <<le follicule ou vésicule>>, d'environ 200 µm de diamètre (figure 02). Ces cellules d'origine endodermique, représentent 99% du parenchyme total et assurent la production des hormones thyroïdiennes (HT) à partir de la thyroglobuline (Tg) (pro- hormone thyroïdienne).

Les thyrocytes ont un pôle basal où l'iode va être capté et un pôle apical qui projette des microvillosités dans la lumière du follicule qui contient le colloïde, substance gélatineuse où sont stockées les HT avant d'être libérés dans la circulation sanguine. (WEMEAU, 2012).

Les cellules folliculaires sont les seules cellules de l'organisme qui fonctionnent à la fois sur une mode exocrine (synthèse, excrétion et stockage de la thyroglobuline) et endocrine (libération plasmatique de T3 et T4). (TRMALLONI, 2011).

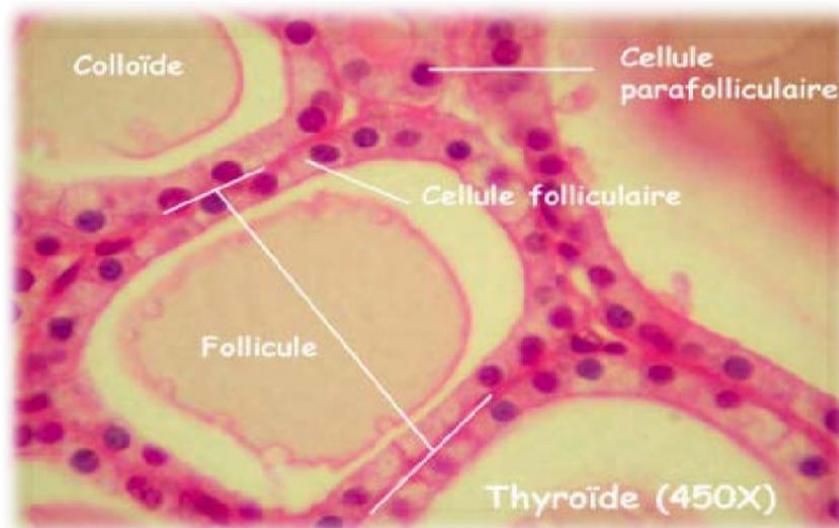


Figure 2: Coupe histologique de la thyroïde (KAWTHER et al., 2017)

La morphologie des thyrocytes varie selon leur activité, lors de repos, les cellules sont aplaties, riche en colloïde. Au moment de l'hyperactivité elles adoptent une forme cylindrique, avec plus d'organites pour la synthèse protéique et moins de substance colloïde.

2.2.2. Les cellules parafolliculaires (cellules C)

Les cellules para folliculaires sont associées aux follicules thyroïdiens, elles représentent environ 1% du parenchyme thyroïdien et produisent la calcitonine ;(hormone qui qui réduit la calcémie) (KIERSZENBAUM et al., 2006).

2.3. Physiologie de la glande thyroïde

La thyroïde sécrète deux types principaux d'hormones : les hormones thyroïdiennes, qui comprennent la thyroxine (T4) et la triiodothyronine (T3), tous deux contenant des acides aminés iodés, et la calcitonine, un polypeptide de 32 acides aminés. Ces hormones sont produites à partir de l'iode provenant de l'alimentation et sont stockées sous forme de thyronines dans la thyroglobuline, puis libérées dans la circulation sanguine. Les hormones thyroïdiennes agissent comme des accélérateurs métaboliques, jouant un rôle crucial dans le développement du système nerveux central chez le fœtus et le nourrisson, ainsi que dans la croissance et le développement osseux. Chez l'adulte, elles régulent la vitesse des réactions enzymatiques, augmentant la consommation d'oxygène, la production de chaleur, la dégradation du glucose et des lipides, et influençant le fonctionnement du système nerveux sympathique. La calcitonine, quant à elle, aide à abaisser le taux de calcium dans le sang.

(<https://www.em-consulte.com>.) **Figure 03**

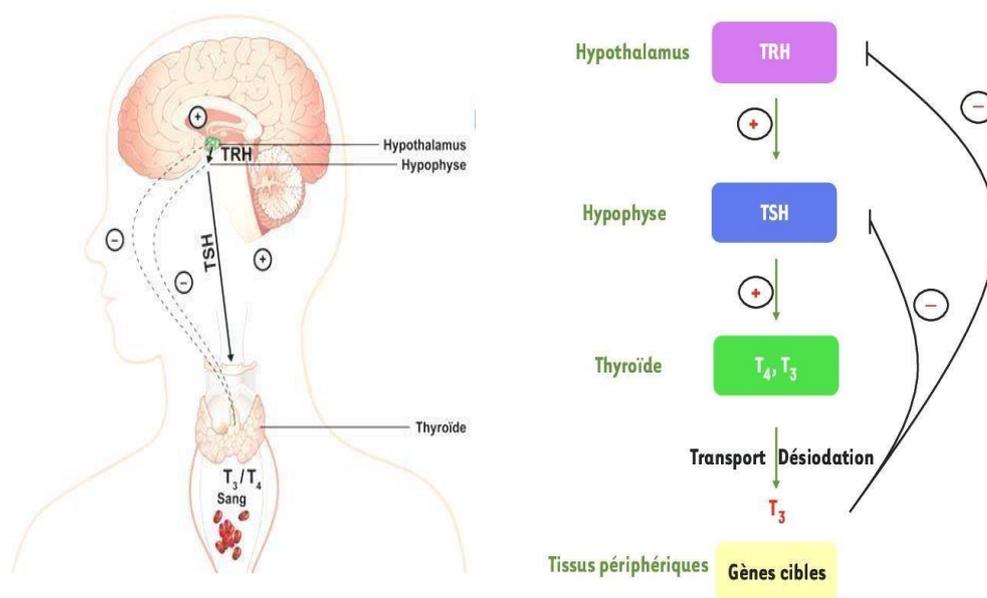


Figure 3: La régulation de la fonction thyroïdienne (ECOCHARD, 2011).

3. Les pathologies de la glande thyroïde

3.1. Le goitre simple

Le goitre simple est une affection endocrinienne très répandue à l'échelle mondiale, touchant principalement les femmes. Il se caractérise par une augmentation de la taille de la thyroïde, qui reste normale sur le plan fonctionnel, ne causant ni hypothyroïdie ni hyperthyroïdie, et n'est ni inflammatoire ni cancéreuse. Au début, le goitre est uniforme, mais il a tendance à devenir nodulaire et hétérogène avec le temps. La plupart des nodules sont non cancéreux, mais certains peuvent entraîner des symptômes et des complications, surtout lorsqu'il évolue vers un goitre multi nodulaire.

3.2. Les nodules thyroïdiens

Le nodule thyroïdien se réfère à toute masse localisée dans la glande thyroïde. Ces masses peuvent être solitaires ou multiples, de forme arrondie et de taille variable. Elles peuvent se développer dans une thyroïde de taille et de texture normales, dans un goitre simple uniforme, ou au sein d'un goitre multioculaire. (BORGESMARTINS et al., 2006).

3.3. L'hypothyroïdie

Il se produit lorsque la glande thyroïde ne produit pas suffisamment d'hormones thyroïdiennes (HT) ou lorsque ces hormones ne sont pas correctement utilisées par les tissus du corps. Elle peut être primaire, résultant d'un dysfonctionnement de la glande thyroïde elle-même, entraînant une production insuffisante d'HT. Alternativement, elle peut être secondaire, survenant au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire en raison d'un défaut de signalisation de la thyrotropine (TSH) ou de la thyrotropin-releasing hormone (TRH) vers la glande thyroïde. (ALMANDOZ et GHARIB, 2012).

3.4. L'hyperthyroïdie

L'hyperthyroïdie : est une condition pathologique caractérisée par une activité excessive de la glande thyroïde et une production excessive d'hormones thyroïdiennes.

Thyrotoxicose : La thyrotoxicose désigne un état clinique résultant d'une action excessive des hormones thyroïdiennes dans les tissus cibles.

La prévalence de l'hyperthyroïdie est de 0,5 à 2% chez les femmes, et dix fois moins fréquente chez les hommes. (THIRION et al., 2006).

3.5. Le cancer de la thyroïde

Est le cancer endocrinien le plus répandu, représentant environ 3,4 % de tous les cancers diagnostiqués actuellement. (PRETE et al., 2020).

Les taux d'incidence ont augmenté dans le monde entier au cours des dernières décennies. En 2018, environ 567 233 nouveaux cas ont été diagnostiqués, entraînant 41 071 décès. La transformation des cellules thyroïdiennes peut conduire à différents types de cancer, dont les formes différenciées sont les plus communes et ont un meilleur pronostic, tandis que les formes indifférenciées sont rares, agressives et ont un pronostic moins favorable. (Krüger et al., 2019).

4. Symptômes du cancer thyroïdien

Durant les premiers mois de la maladie, le cancer de la thyroïde passe souvent inaperçu. À un stade plus avancé, il peut entraîner divers symptômes tels que :

- Un nodule palpable à la base du cou.
- Augmentation rapide du volume d'un goitre ou d'un nodule de la thyroïde
- Une voix rauque.
- Des problèmes de déglutition ou de respiration.

- Des douleurs dans le cou ou la gorge.
- Des ganglions lymphatiques enflés à la base du cou.

(Haute Autorité de Santé, mai 2010.)

5. Facteurs de risque :

La cause précise du cancer de la glande thyroïde demeure inconnue, cependant, certains facteurs de risque ont été identifiés (Sophie 2007). Un facteur de risque est un élément tel qu'un comportement, une substance ou un état, qui augmente la probabilité de développer un cancer. Bien que la plupart des cancers soient associés à divers facteurs de risque, il est à noter que le cancer de la thyroïde peut survenir chez des individus ne présentant aucun des éléments de risque énumérés ci-dessous.

- Apparaître à l'âge : adulte et dans l'enfance.
- Au niveau de sexe : le cancer affecte plus souvent la femme que l'homme.
- Exposition à un rayonnement ionisant : c'est le plus grand facteur de risque du cancer de la thyroïde, il existe un lien entre ce dernier avec l'âge de l'exposition à la radiation.
- Radiothérapie : les personnes, en particulier les enfants, qui reçoivent une radiothérapie à la tête et au cou risquent davantage d'être atteints d'un cancer thyroïdien.
- Accidents étamines nucléaires : l'utilisation d'armes nucléaires risquent davantage d'être atteints d'un cancer thyroïdien, surtout pour les enfants lors de leur exposition.
- Les examens diagnostiques d'imagerie : radiographie et la tomodensitométrie (TDM), qui utilisent un rayonnement ionisant pour produire des images.
- Antécédents familiaux de cancer de la thyroïde : un parent au premier degré qui a eu un cancer de la thyroïde un risque accru d'être un jour atteint de ce cancer.
- Affections héréditaires : rare qui suivent sont liées à divers types de cancer de la thyroïde.
- Facteur de risque possible : un certain lien entre les facteurs qui suivent et le cancer de la thyroïde.
- Alimentation faible en iode.

- Ne pas manger suffisamment de légumes ou manger de très grandes quantités de légumes crucifères (de la famille de chou).
- Taux de thyroïdostimuline (TSH) plus élevé que la normale.
- Facteur liés à la reproduction et aux hormones chez la femme.
- Diabète.
- L'obésité et l'indice de masse corporelle (IMC) : l'incidence du cancer de la thyroïde augmentée de manière significative chez les sujets ayant l'augmentation de l'IMC plus élevée ainsi que chez les sujets qui étaient maigres et sont devenus obèses. L'IMC élevé est associé à un risque plus élevé de cancer de la thyroïde, mais les caractéristiques tumorales sont plus agressives de base. **(Selon l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER)**

6. Les types du cancer thyroïdien

Selon la classification de l'Organisation mondiale de la Santé, il existe quatre (04) principaux types de cancers thyroïdiens papillaire, folliculaire, anaplasique et médullaire **(CHMIELIK et al., 2018)**.

6.1. Cancer papillaire

Le cancer papillaire de la thyroïde (PTC) est typiquement constitué de papilles. Structures composées d'un axe conjonctivo-vasculaire et bordées de cellules épithéliales et de follicules. Les noyaux des cellules épithéliales sont caractéristiques (noyaux en verre dépoli) il peut être unique ou pluri focal au sein de la thyroïde, certaines tumeurs peuvent être encapsulées, alors que d'autres peuvent infiltrer le parenchyme de voisinage avec des limites peu nettes. Les lésions peuvent être le siège de remaniements fibreux et de calcifications et sont souvent kystiques, sur la tranche de section l'aspect peut être granuleux et on distingue parfois des foyers papillaires grossiers **(FAQUIN, 2008)**.

Parmi les facteurs pronostiques, le plus débattue est la taille de la tumeur dont les patients moins de 55 ans ayant de petites tumeurs confirmées à la thyroïde ont un excellent pronostic. Le PTC représente 80 à 90% de tous les cancers de la thyroïde, le ratio, femme : homme est de 3 :1. La plupart des patients ont à la présentation entre 30 et 60 ans et est souvent plus agressive chez les patients âgés. De nombreux PTC contiennent des éléments folliculaires, une variante est appelée néoplasme thyroïdien folliculaire non invasif avec des caractéristiques nucléaires papillaires (connu sous le nom de carcinome thyroïdien papillaire encapsulé) **(BARBARO et al., 2005)**.

6.2. Cancer folliculaire

Les carcinomes folliculaires ou (vésiculaires) sont des nodules isolés qui peuvent être bien limités ou infiltrant. Dans les formes bien limités, il peut être extrêmement difficile de les distinguer des adénomes vésiculaires aux seuls données de l'examen macroscopique d'où la nécessité d'un examen histologique **(COOPER et al., 2006)**.

Le cancer folliculaire de la thyroïde (FTC) est le deuxième sous-type histologique le plus courant des cancers différenciés derrière le cancer papillaire (PTC), son diagnostic est difficile car il se distingue des adénomes thyroïdiens folliculaires uniquement par la présence d'une invasion capsulaire et/ou vasculaire dont aucun ne peut être évalué dans des échantillons cytologiques.

Le FTC se propage dans les vaisseaux sanguins et les métastases ganglionnaires sont plus rares (< 10%) que les métastases à distance (15% à 27%), son pronostic est plus sévère que celui de la PTC et sa malignité est affirmée par la présence d'invasion de la capsule tumorale et/ou l'existence d'embolies vasculaires ou lymphatiques **(DURANTE et FILETTI, 2021)**.

6.3. Cancer anaplasique

Le carcinome anaplasique de la thyroïde (ATC) est l'un des tumeurs extrêmement agressives et rare chez l'homme, il se présente généralement comme largement invasif ou métastatique avec un mauvais pronostic et une survie médiane courte des patients à environ quatre (04) mois.

L'ATC évolue à partir de cancer différencié de la thyroïde (DTC) par événement génétique délétère causé par l'activation de mutations oncogènes de la voie MAPK (Mitogen- Activated Protein Kinase) de la famille des gènes BRAF, RAS et la fusion des gènes du récepteur tyrosine kinase (Figure14). Ils sont très peu différenciés et ne sont pas capables de produire la Tg, ne captent pas l'iode radioactif et ne répondent pas au traitement freineur par T'homme thyroïdienne d'où leur particulière agressivité tumorale **(UCAL et OZPINAR, 2020)**.

Actuellement aucune thérapie n'est disponible pour guérir ou prolonger la survie des patients atteints d'ATC. Cependant, plusieurs nouveaux médicaments pour le traitement de 'ATC, principalement les inhibiteurs de la tyrosine kinase (ITK) ont été testés ou sont sous-évaluation actuelle dans les essais cliniques **(POZDEYEV et al., 2020)**.

6.4. Cancer médullaire

Le carcinome médullaire de la thyroïde (MTC) est un cancer neuroendocrinien rare qui présente 1 à 2% des cancers de la thyroïde, il provient des cellules C para folliculaires qui secrètent plusieurs hormones et bioamines notamment la calcitonine et l'antigène. Carcinomebryonnaire (CEA) utilisés comme marqueurs de diagnostic et pronostique avec leurs concentrations sériques proportionnelles à la masse des cellules C (ILANCHEZHIAN et al., 2020).

Le MTC est connue pour sa tendance à se propager aux nœuds régionaux du cou, il survient à la fois sous les formes sporadiques et héréditaires et diffuse à la fois par voie. Sanguine (métastases osseuses, pulmonaires hépatique) et lymphatique (adénopathies cervico- médiastinales) (MACHENS et al., 2020).

7. Diagnostic du cancer thyroïdien

Les cancers de la thyroïde entraînent généralement peu de symptômes. C'est donc souvent lors d'une palpation du cou ou au cours d'un examen d'imagerie qu'un nodule est repéré.

7.1. La consultation avec le médecin

Si le médecin décèle un nodule au niveau du cou, il interrogera sur les antécédents médicaux et chirurgicaux et s'enquerra d'éventuels cas de cancer de la thyroïde dans votre famille. Il recherchera également les symptômes qui indiqueraient que le nodule comprime les organes du voisinage : troubles de la voix, difficultés à avaler ou à respirer. Il palpera la glande thyroïde pour déterminer les caractéristiques de la glande et il recherchera d'éventuels ganglions dans la région du cou. Il évaluera également votre état de santé général.

Lorsqu'un nodule est découvert sur la thyroïde, des examens complémentaires sont prescrits. Il s'agit en général d'un bilan sanguin et d'une échographie. En fonction des informations obtenues par ces examens, le médecin pourra décider de réaliser une cytoponction pour confirmer ou non le diagnostic de cancer. (Institut national du cancer. Juillet 2013.)

7.2. Les principaux examens

Le bilan sanguin : il est systématiquement demandé par le médecin. Il s'agit d'un ensemble d'analyses biologiques réalisées à partir d'une prise de sang et qui a pour objectif d'évaluer le fonctionnement de la thyroïde.

L'échographie cervicale et thyroïdienne : elle est pratiquée de façon systématique en cas de nodule thyroïdien. C'est un examen indolore qui permet d'observer grâce aux ultrasons la structure et la taille de la thyroïde, la présence de nodules et leurs caractéristiques (localisation, vascularisation, forme de leurs contours...). Les ganglions lymphatiques situés à proximité de la thyroïde sont également visualisés.

La ponction cytologique : Si le médecin suspecte la présence d'un cancer, il prescrit une ponction cytologique ou cytoponction. C'est un examen qui peut être réalisé avec ou sans anesthésie locale. Il s'agit d'un prélèvement de cellules du nodule ou des ganglions lymphatiques à l'aide d'une aiguille très fine. Les cellules prélevées sont alors analysées, ce qui permet de porter ou non le diagnostic de cancer et de préciser de quel type de cancer il s'agit.

L'apport de la biologie moléculaire dans les cancers de la thyroïde a considérablement évolué au fil des ans. Aujourd'hui, les modifications génétiques RET/PTC sont bien documentées. Ces modifications génétiques sont responsables de plus de 90% des cancers de la thyroïde. La recherche des marqueurs moléculaires est importante car elle peut être utile pour le diagnostic, pour la prise en charge thérapeutique et pour la compréhension de la pathologie moléculaire.

Grâce aux progrès de la recherche, les médecins peuvent désormais s'appuyer sur différents marqueurs moléculaires qui peuvent être retrouvés au sein de la tumeur, comme des mutations de certains gènes. Dans le cadre du cancer de la thyroïde, ces avancées ont débuté dès les années 90 avec la découverte des mutations des gènes RAS et des réarrangements RET/PTC. Le diagnostic moléculaire permet en effet de déterminer les caractéristiques spécifiques de la tumeur et de faire bénéficier chaque patient d'un traitement personnalisé et administré au bon moment. (**Onco-Occitanie, 2020.**)

7.3. Les examens complémentaires

D'autres examens peuvent être utiles pour compléter le bilan et préciser l'extension du cancer.

La scintigraphie thyroïdienne : elle consiste à injecter dans une veine un produit faiblement radioactif qui se fixe sur les cellules thyroïdiennes. Le rayonnement émis est alors visible sur un écran et permet de détecter un nodule lorsqu'il produit des hormones thyroïdiennes de manière excessive.

L'IRM (imagerie par résonance magnétique) et le scanner du cou : ces examens indolores peuvent être indiqués lorsque l'échographie n'a pas permis d'apporter

suffisamment d'informations sur le cancer ou pour déterminer si celui-ci s'est étendu aux tissus voisins.

Le PET Scan : cet examen d'imagerie combine une scintigraphie et un marqueur faiblement radioactif. Il permet de préciser les caractéristiques des cancers anaplasiques et de détecter la présence de métastases éventuelles dans l'organisme.

(Institut national du cancer. Juillet 2013.)

8. Les différents stades du cancer thyroïdien

Le cancer de la thyroïde est typiquement classé en quatre stades (01 à 04), déterminés par le type de cancer, la taille de la tumeur, son extension et sa propagation à d'autres parties du corps, l'atteinte des ganglions lymphatiques et la présence de métastases dans d'autres parties du corps. Les stades vont de 01 à 04, et les options thérapeutiques sont choisies en fonction de l'étendue de la maladie. Elles peuvent être ajustées en fonction de l'évolution de la maladie et des résultats des traitements.

- **Stade 01** : La tumeur est petite et confinée à la thyroïde, sans atteinte des ganglions lymphatiques ni de métastases.
- **Stade 02** : La tumeur est plus grande mais toujours limitée à la thyroïde, sans atteinte des ganglions lymphatiques ni de métastases.
- **Stade 03** : La tumeur peut être de taille variable, avec une possible extension aux ganglions lymphatiques du cou, mais sans métastases.
- **Stade 04** : La tumeur s'est étendue au-delà de la thyroïde, atteignant les ganglions lymphatiques et/ou d'autres parties du corps, formant des métastases. **(Eccancer.fr).**

9. Traitement du cancer thyroïdien

Il existe quatre (04) traitements du cancer de la thyroïde ; ils sont souvent associés.

9.1. La chirurgie

La chirurgie est souvent la première ligne de traitement pour le cancer de la thyroïde. Elle peut prendre différentes formes, telles que la thyroïdectomie totale, la lobectomie ou la lobisthmectomie, en fonction de la taille et de la localisation de la tumeur. Pendant la chirurgie, les chirurgiens peuvent également prélever des ganglions lymphatiques pour évaluer la propagation du cancer. Cependant, en raison de la proximité de certains tissus thyroïdiens avec des vaisseaux sanguins et des nerfs, il peut être difficile de les retirer complètement. Les tissus restants peuvent être traités ultérieurement par irradiation. Les échantillons prélevés lors de l'intervention chirurgicale sont analysés pour déterminer les caractéristiques précises de la tumeur, avec les résultats disponibles

généralement dans un délai de 1 à 3 semaines. (**Institut national du cancer. Juillet 2013.**)

9.2. L'irathérapie

Elle est également appelée radiothérapie interne, consiste à prendre de l'iode radioactif par voie orale. Les cellules thyroïdiennes restantes, qu'elles soient cancéreuses ou non, absorbent cet iode radioactif, ce qui endommage progressivement ces cellules au fil des semaines ou des mois. Ce traitement se déroule à l'hôpital, où le patient est hospitalisé dans une chambre spécialement conçue pour bloquer le rayonnement. Il est généralement programmé quelques mois après la chirurgie et peut être administré une seule fois, avec la possibilité de répéter si nécessaire. Avant la sortie de l'hôpital, une scintigraphie est réalisée pour détecter la présence éventuelle de cellules cancéreuses ailleurs dans le corps. L'irathérapie n'est pas recommandée pour les cancers médullaires ou anaplasiques de la thyroïde, car ces cellules ne réagissent pas à l'iode radioactif.

(<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-thyroide/traitement>).

9.3. L'hormonothérapie

L'hormonothérapie est un traitement courant administrer après la chirurgie ou l'irathérapie pour le cancer de la thyroïde. Il implique la prise quotidienne d'hormones thyroïdiennes de synthèse sous forme de médicaments par voie orale.

Ce traitement remplace les hormones naturelles produites par la thyroïde en cas d'ablation chirurgicale. Il peut être administré à des doses normales pour remplacer simplement l'action de la thyroïde (hormonothérapie substitutive), ou à des doses élevées pour limiter la croissance éventuelle de cellules cancéreuses restantes (hormonothérapie frénatrice). Le suivi de l'hormonothérapie nécessite des analyses sanguines régulières pour ajuster la dose en fonction des besoins du patient.

(<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-thyroide/traitement>).

9.4. La radiothérapie externe

Est une option lorsque le traitement à l'iode radioactif n'a pas réussi à éliminer toutes les cellules cancéreuses de la thyroïde et que la chirurgie n'est pas possible. Elle utilise des rayons pour cibler et détruire les cellules cancéreuses restantes, généralement en cinq séances par semaine pendant 5 à 7 semaines.

Les effets secondaires incluent une fatigue modérée, des rougeurs cutanées temporaires et des réactions inflammatoires dans le cou pouvant causer des douleurs lors

de l'alimentation et des changements vocaux. Des effets tardifs comme une perte de souplesse de la peau ou des problèmes de salive peuvent survenir des mois ou des années après le traitement. Il est recommandé de ne pas appliquer de corps gras sur la peau avant les séances pour éviter les irritations, et de consulter le radiothérapeute avant d'utiliser de tels produits après le traitement. (<https://www.e-cancer.fr>).

Les traitements médicamenteux pour le cancer peuvent inclure la chimiothérapie ou des thérapies ciblées, qui sont des médicaments utilisés en cancérologie pour bloquer la croissance ou la propagation des cellules tumorales en visant des caractéristiques moléculaires spécifiques de la tumeur. Par exemple, dans le cancer de la thyroïde, les mutations des gènes BRAF, RAS ou RET peuvent être ciblées par ces traitements.

(Institut National du Cancer. janvier 2015.)

10. Le suivi médical après le traitement

10.1. Le bilan de fin du traitement

Après le traitement à l'iode radioactif, un bilan de fin de traitement est recommandé entre 6 et 12 mois après pour évaluer votre réponse initiale. Ce bilan inclut une consultation, un examen clinique, des analyses sanguines, et une échographie du cou. Si nécessaire, une cytoponction peut être réalisée sur un ganglion. En cas de réponse incomplète, d'autres options comme une nouvelle chirurgie ou une irradiation peuvent être envisagées par votre médecin.

10.2. Le suivi à long terme

Après la rémission, un suivi personnalisé est maintenu, déterminé par une équipe spécialisée en coordination avec votre médecin généraliste. Ce suivi varie selon le risque de récurrence et comprend des consultations régulières, des examens cliniques, des analyses sanguines, et éventuellement des échographies du cou, surtout durant les 10 premières années, pour surveiller votre état de santé. (<https://www.e-cancer.fr>)

Synthèse

Le cancer thyroïdien est un néoplasie qui se développe dans la glande thyroïde, affectant une petite mais cruciale partie du système endocrinien. Caractérisé par des variations histologiques, il peut se manifester sous différentes formes, allant du carcinome papillaire au carcinome médullaire. Le diagnostic précoce, souvent grâce à l'imagerie médicale et aux analyses cytopathologies, permet une prise en charge adaptée, souvent chirurgicale. Les traitements complémentaires incluent l'iodothérapie et parfois la radiothérapie. Malgré un pronostic généralement favorable, le cancer thyroïdien soulève des défis psychologiques et endocriniens durables pour les patients, soulignant l'importance d'une approche holistique dans la gestion de cette pathologie.

Chapitre 03 : La qualité de vie

Préambule

La qualité de vie d'une personne est un concept complexe et subjectif, où l'aspect perceptuel est mieux exprimé par l'individu lui-même. Apparu dans les années 60 grâce aux travaux de **Bardburr**, ce concept a gagné en importance en intégrant divers aspects tels que la santé physique et mentale, le bien-être matériel et subjectif, le bonheur et la satisfaction de la vie. Chacun a sa propre définition de la qualité de vie, similaire à la douleur où seul le sujet peut exprimer ses sentiments et expériences. C'est devenu un enjeu majeur dans le domaine de la santé, avec la volonté légitime de la communauté médicale de comprendre comment les patients vivent leur maladie. La qualité de vie est étudiée dans diverses disciplines scientifiques comme l'économie, la philosophie et l'éthique.

Dans ce chapitre on va citer la définition de la qualité de vie, son histoire et évolution, ses conceptions et composantes, ses domaines, ses différents outils de mesure, ses instruments et ses approches et aussi on va parler sur la qualité de vie liée à la santé et son rôle dans le domaine de la cancérologie.

1. Définition de la qualité de vie

« La qualité de la vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement. »
(L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1994)

2. Histoire et évolution

Le terme "qualité de vie" a émergé aux États-Unis dans les années 50 en tant que slogan politique, puis s'est étendu au niveau social et individuel dans les années 70. D'abord mentionnée dans les annales de médecine interne en 1966, cette notion a gagné en importance dans l'évaluation des soins de santé, suscitant l'intérêt des patients, des pouvoirs publics et de la société pour l'impact global des soins et le bien-être des patients. Les médecins et les chercheurs en santé publique ont largement contribué à développer cette notion, l'intégrant avec des concepts voisins tels que le bien-être et la satisfaction en santé. Avec les progrès médicaux, notamment dans le traitement des maladies infectieuses, la durée de vie des populations a augmenté, mais également le taux de maladies chroniques aux conséquences multiples sur le bien-être des patients. Ainsi, il est devenu crucial de restaurer ou de préserver la qualité de vie de ces personnes

en développant des outils pour évaluer l'impact subjectif, physique, mental et social de ces pathologies et de leurs traitements associés. (tazopouLou Eva, p15, 2008).

3. Les conceptions et les composantes de la qualité de vie

Les aspects conceptuels de la qualité de vie peuvent être divisés en deux éléments principaux : les aspects subjectifs et les aspects objectifs.

3.1. Aspects subjectifs

Les aspects subjectifs de la qualité de vie se réfèrent aux évaluations et aux perceptions personnelles d'une personne concernant sa propre vie et son bien-être. Cela inclut des éléments tels que :

3.1.1. Satisfaction de vie :

Il s'agit de l'évaluation globale que fait une personne de sa propre vie, en prenant en compte ses attentes, ses normes et ses aspirations personnelles.

La satisfaction de vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre sa vie et ses normes de références (valeurs idéaux) est « l'évaluation globale que le sujet fait de sa vie ». (Pavot et all, 1991).

3.1.2. Le Bonheur

Le bonheur est un état émotionnel positif dans lequel les sentiments de joie, de plaisir et de satisfaction prédominent sur les sentiments négatifs. Il est souvent mesuré en termes d'affectivité positive et d'absence d'affectivité négative.

Pour Muschenga (1997) ; le bonheur est une notion « pluraliste », il comprendrait trois composantes distinctes : une composante émotionnelle positive (l'hédonisme) ; une composante cognitive- évaluative (la satisfaction, estimer que l'on réussit à réaliser ses aspirations), une composante comportementale (l'excitante ; réussite auto- évaluée dans ses activités).

3.1.3. Le Bien-être subjectif :

Le bien-être subjectif est une évaluation globale et subjective de sa propre vie, qui englobe à la fois la satisfaction de vie et les états émotionnels positifs. Il ne se limite pas à l'absence de symptômes négatifs, mais met l'accent sur l'expérience de sentiments agréables. (Schweitzer M, pp57-61).

En effet le bien- être subjectif se définit selon trois critères essentiels :

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

3.2. Aspects objectifs

Les aspects objectifs de la qualité de vie se réfèrent à des conditions de vie mesurables et observables, indépendamment des évaluations subjectives de chaque individu. Cela inclut des éléments tels que :

3.2.1. Niveau de vie

Il s'agit du niveau de revenu, des ressources économiques et matérielles dont dispose une personne, ainsi que de son accès à l'éducation, au logement, aux soins de santé et à d'autres services essentiels.

3.2.2. Santé physique

La santé physique joue un rôle important dans la qualité de vie. Cela inclut l'absence de maladies et de handicaps, ainsi que la capacité de mener une vie active et épanouissante.

3.2.3. Environnement

La qualité de l'environnement physique dans lequel une personne vit peut avoir un impact significatif sur sa qualité de vie. Cela inclut la sécurité, la propreté, l'accès à des espaces verts, ainsi que la qualité de l'air et de l'eau. (MONTREUIL, Michèle, p138).

4. Les domaines de la qualité de vie

4.1. Le domaine psychologique de la qualité de vie

Il englobe généralement les émotions positives selon la plupart des chercheurs, tandis que d'autres insistent sur l'absence d'affects négatifs, comme le suggère l'échelle SF-36 de Ware (1987) largement utilisée dans le domaine médical à l'échelle internationale. Certains auteurs préfèrent élargir cette dimension en y incluant des aspects tels que la santé psychologique, le bien-être subjectif, et des processus cognitifs comme la satisfaction de la vie. De plus, certaines perspectives intègrent des concepts

dynamiques tels que le développement personnel, la réalisation de soi, la créativité, le sens de la vie, la morale, la vie spirituelle et la compréhension du monde.

4.2. Le domaine physique de la qualité de vie

Au sein de ce domaine, les auteurs classifient divers aspects de la santé, principalement la santé physique et les capacités fonctionnelles. La santé physique englobe des éléments tels que l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes, et d'autres indicateurs biologiques. Les capacités fonctionnelles comprennent le statut fonctionnel, la mobilité, les activités quotidiennes réalisables, et le degré d'autonomie. Ces deux aspects peuvent être évalués selon deux perspectives : une perspective "externe" (médicale) qui évalue objectivement la santé physique et les capacités fonctionnelles, et une perspective "interne", accessible uniquement par l'autoévaluation du patient, révélant ses représentations, perceptions et son ressenti subjectif de sa santé. C'est cette dernière perspective qui reflète exclusivement la satisfaction de vie individuelle.

4.3. Le domaine social de la qualité de vie

Les interactions sociales et les activités sociales individuelles représentent le troisième aspect essentiel de la qualité de vie. Les évaluations cliniques tendent à opposer la vie sociale à l'isolement dans divers domaines tels que la famille, les amis, le travail et la citoyenneté. Un fonctionnement social optimal nécessite un réseau de relations adéquat tant en quantité (intégration sociale effective) qu'en qualité (soutien social perçu en termes de disponibilité et de satisfaction). Griffin (1988) souligne l'importance de considérer la qualité perçue par l'individu plutôt que la quantité de ses relations sociales, pour une évaluation plus objective. Flanagan (1982) ajoute que la manière dont un individu évalue ses activités sociales, y compris l'estime de soi sociale, le sentiment de réalisation de soi, l'échec et la réussite, constitue également un indicateur du bon fonctionnement social. La qualité de vie sociale est couramment évaluée à l'aide d'échelles génériques. **(Ibid. pp 136- 137)**

5. Les différentes outils de mesure de la qualité de vie

On distingue deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie : l'entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative).

5.1. L'entretien psychologique

L'évaluation de la qualité de vie à travers l'entretien psychologique offre une perspective globale et présente des bénéfices thérapeutiques. Néanmoins, elle présente des inconvénients tels que la difficulté de standardisation, limitant son utilisation dans des études comparatives, son inapplicabilité à grande échelle et son coût élevé.

5.2. Les outils psychométriques

Les instruments psychométriques, sous forme d'échelles ou de questionnaires (auto- ou hétéroévaluation), offrent une évaluation plus ciblée de la qualité de vie, tout en permettant une mesure standardisée et une utilisation généralement aisée. Ils ciblent des individus au sein d'une population spécifique, fournissant des informations pertinentes en moyenne pour l'ensemble du groupe. Ces outils sont employés pour faciliter la prise de décision à un niveau collectif.

Au niveau individuel, il faut disposer d'un outil psychométrique qui doit prendre le sujet comme sa propre référence, explorer et analyser tous les domaines qui composent la qualité de vie ou la qualité de vie liée à la santé, pondérer chacun des domaines les uns et par rapport aux autres, en fonction de leur importance pour chaque individu, un tel outil est extraordinairement complexe. Peu d'outils répondant à ces caractéristiques ont été élaborés à ce jour ; on peut citer le SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), le PGI (Patient-Generated Index) et le SQLP (Subjective Quality of Life Profile). (M. Mercier, S. Schraub, p419, 2005).

6. Les instruments de mesure de la qualité de vie

Il n'existe pas un instrument de mesure standard et universel, et l'on recense plusieurs centaines de questionnaires ou échelles dans la littérature. On distingue habituellement les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

6.1. Les questionnaires génériques :

Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent, en particulier, de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes. Mais ils manquent de sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales). Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

- SF-36 (MOS 36 Short Form), avec 36 items regroupés en 8 échelles : activité physique, limitation/état physique, douleur physique, santé perçue, vitalité, vie/relations, santé psychologique, limitation/état psychologique ;

- NHP (Nottingham Health Profile), avec 45 items regroupés en 6 échelles ;
- WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items ;
- WHOQOL BREF, avec 26 items regroupés en 4 échelles.

6.2. Les questionnaires spécifiques :

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, oncologie...) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur, sommeil...). Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile.

Généralement, des modules particuliers sont associés au questionnaire spécifique à une pathologie (appelé "questionnaire central" ou "core questionnaire"). Les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique. (M. Mercier, S. Schraub, pp420-421, 2005).

7. L'intérêt de mesurer la qualité de vie

Les mesures de qualité de vie sont cruciales pour améliorer les soins de santé et garantir qu'ils répondent aux besoins des patients. Elles servent à évaluer la qualité des soins à l'hôpital, sont des indicateurs essentiels comme la mortalité ou la satisfaction du patient, et sont utilisées en recherche clinique, notamment en oncologie, où les effets secondaires peuvent impacter la qualité de vie. De plus, les questionnaires sur la qualité de vie aident les médecins à repérer les problèmes des patients et à améliorer la communication avec eux. En résumé, ces mesures permettent de décrire des personnes ou des groupes, détecter des changements au fil du temps, et prédire l'évolution de la santé, notamment dans la prévention des maladies. (Gras D, 2009, P 19).

8. Les approches de la qualité de vie

Les approches psychologique, médicale, politique et économique de la qualité de vie fournissent des perspectives spécifiques sur la façon dont la qualité de vie est évaluée et abordée.

8.1. Approche psychologique

L'approche psychologique met l'accent sur les aspects subjectifs et psychologiques de la qualité de vie. Elle se concentre sur les émotions, les attitudes, les perceptions et la satisfaction des individus dans différents domaines de leur vie. Les chercheurs utilisent

souvent des questionnaires et des échelles pour mesurer la qualité de vie perçue et explorer les facteurs psychologiques qui influencent le bien-être.

8.2. Approche médicale

L'approche médicale de la qualité de vie se concentre sur la santé physique et mentale des individus. Elle évalue l'impact des maladies, des troubles et des conditions médicales sur la qualité de vie, ainsi que l'efficacité des interventions médicales pour améliorer le bien-être des patients. Les mesures de la qualité de vie liées à la santé peuvent inclure des indicateurs tels que la douleur, la mobilité, la fonction cognitive, la qualité du sommeil, etc.

8.3. Approche politique et sociale

L'approche politique et sociale de la qualité de vie examine les facteurs sociaux, politiques et environnementaux qui influencent le bien-être des individus et des communautés. Cela peut inclure des aspects tels que l'accès aux services sociaux, l'égalité des chances, la sécurité, la participation civique, l'environnement physique, etc. Cette approche met l'accent sur la création de politiques et de programmes sociaux pour améliorer la qualité de vie de manière équitable et durable.

8.4. Approche économique

L'approche économique de la qualité de vie se concentre sur les aspects économiques et matériels de la vie des individus. Elle évalue la mesure dans laquelle les ressources économiques, telles que le revenu, l'emploi, l'accès aux biens et services, contribuent au bien-être des individus. Cette approche examine également les inégalités économiques et cherche à déterminer comment les politiques économiques peuvent influencer la qualité de vie. **(Fabien, bacro, 2014, p160)**

9. La qualité de vie liée à la santé

La qualité de vie liée à la santé est le résultat d'une interaction entre un individu et son environnement, influençant les comportements liés à la santé et les perspectives sur les soins et les prestataires de soins. C'est une perception subjective à un moment donné, reflétant l'expérience et l'adaptation du patient à sa maladie. Pour les professionnels de la santé, cette notion souligne l'importance de traiter les effets globaux des différentes manifestations d'une maladie, en plus de réduire les symptômes ou d'augmenter la durée de vie. Devenue un élément essentiel pour évaluer l'efficacité des traitements ou des programmes éducatifs, la qualité de vie liée à la santé permet de mesurer les impacts des interventions thérapeutiques et représente un enjeu majeur dans

tout processus thérapeutique. Malgré l'absence d'une définition universelle, ce concept est largement reconnu pour son utilité, mettant en lumière la complexité des maladies chroniques et la nécessité d'une approche holistique dans leur prise en charge.

La QDV liée à la santé est un concept multidimensionnel, dans le cadre duquel on tient compte de la perception subjective par la personne de sa capacité de fonctionner, de ses symptômes physiques, de son bien-être émotionnel et de son fonctionnement social. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. (Protate et al, 2009, p.44).

Patrick et Erickson (1993) précisent que « la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé ». (LOUREL Marcel, Paris, mars 2007, pp. 4-17).

10. Qualité de vie et cancer thyroïdien

10.1. Accompagnement et soins complémentaires

Les patients bénéficient d'un soutien complet de la part de leur équipe médicale, qui peut inclure des professionnels spécialisés tels que des spécialistes de la douleur, des assistantes sociales, des diététiciens, des psychologues, des psychiatres, des orthophonistes, des kinésithérapeutes, des socio-esthéticiens, et d'autres encore. Cette approche multidisciplinaire vise à répondre à divers besoins et à offrir un soutien personnalisé.

10.2. Soutien psychologique

La maladie peut entraîner une souffrance psychologique, et les patients ont accès à différents types de soutien en fonction de leurs besoins et de leurs préférences. Cela peut inclure des consultations individuelles avec un psychologue, la participation à des groupes de parole, ou le soutien offert par des associations de patients. Les proches peuvent également bénéficier d'une consultation avec un psychologue pour les aider à faire face à la situation.

10.3. La vie intime et sexualité

Le cancer et ses traitements peuvent avoir un impact sur la vie intime et la sexualité des patients. Le diagnostic, le stress et la fatigue peuvent entraîner une baisse du désir, mais il est souligné que la sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels. Il s'agit

également d'affection, de tendresse et de communication. Il peut falloir du temps pour s'adapter aux conséquences physiques et psychologiques de la maladie et des traitements, mais la confiance et la communication avec le partenaire sont importantes pour faciliter le réapprentissage de la sexualité.

10.4. La fertilité

Bien que le cancer de la thyroïde et ses traitements ne rendent pas impossible un projet de grossesse future ou d'allaitement, il est recommandé d'utiliser une contraception pour les hommes et les femmes en âge d'avoir des enfants, surtout avant et après certains traitements comme l'ira-thérapie, afin de prévenir les risques pour la santé. (<https://www.e-cancer.fr>).

11. La Qualité de vie dans le domaine de la cancérologie

En cancérologie la notion de qualité de vie est étroitement liée à l'état de santé de chaque individu et a évolué au fil du temps. Pendant longtemps, la priorité des médecins était la survie des patients, souvent associée à une prolongation de vie grâce à des traitements améliorés ou à une guérison rare. Cependant, les limitations de l'espérance de vie et les traitements invasifs ont suscité une prise de conscience croissante de l'importance de la qualité de vie. Aujourd'hui, son évaluation est intégrée dans les essais cliniques aux côtés de la survie et du taux de réponse.

En particulier en cancérologie ORL, la prise en compte de la qualité de vie est essentielle. Les patients doivent faire face à une maladie potentiellement mortelle et aux séquelles physiques et fonctionnelles de la maladie et des traitements, telles que des difficultés de déglutition, de respiration et de parole. De plus, les impacts socioéconomiques, comme la perte d'emploi, ainsi que les conséquences psychologiques et sociales des traitements, contribuent à l'isolement et à une détérioration de la qualité de vie. (Heutte.N, al, février 2014, pp 34-35)

De nombreuses études révèlent que malgré leur expérience éprouvante de la maladie, les patients atteints de cancer peuvent maintenir une perception relativement positive de leur vie. Cette perception peut être influencée par des changements dans leurs valeurs et leurs priorités, façonnés par leur histoire personnelle et leur évolution face à la maladie. Comparativement aux personnes en bonne santé, les patients cancéreux sont exposés à davantage de stimuli négatifs, ce qui peut altérer leur référence subjective en matière de qualité de vie. Certaines dimensions de leur vie, comme les relations familiales, peuvent être renforcées par l'expérience de la maladie, tandis que d'autres, telles que la vie professionnelle, peuvent perdre de leur importance. (Fischer G-N2002, PP 293-294).

Synthèse

La qualité de vie est un concept complexe et multidimensionnel qui englobe divers aspects tels que le bonheur, le bien-être subjectif et matériel, ainsi que le niveau de satisfaction de vie. Elle intègre des éléments objectifs, subjectifs, physiques et sociaux, reflétant ainsi la perception individuelle du bien-être dans différents domaines de la vie.

Partie pratique

Chapitre 04 : Méthodologie de la recherche

Préambule

Toute recherche scientifique requiert une méthodologie à la nature de la recherche, pour cela, le chercheur devra être en mesure d'exposer et de justifier toutes les étapes de la recherche.

A travers ce chapitre intitulé "méthodologie de recherche", nous allons présenter notre démarche méthodologique.

Dans un premier temps, nous allons présenter la méthode sur laquelle on s'est basé afin d'effectuer notre recherche, puis nous allons énoncer les outils d'investigation ainsi que la population d'étude a porté notre enquête avec le lieu de recherche.

Sur ce, « 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)

1. Les limites de la recherche

C'est la phase où nous situons la recherche dans un cadre spatio-temporel, et où nous précisons le nombre de cas prévus pour effectuer notre étude, les outils adéquats et l'approche retenue que nous présentons comme suit :

- **Limite spatiale** : la recherche s'est déroulée au CHU de Bejaia, au service ORL unité FRANZ FANON.
- **Limite temporelle** : du 11 mars 2024 au 24 avril 2024.
- **Limite du groupe** : 02 hommes et 03 femmes
- **Outils de recherche** : nous avons opté pour un entretien semi-directif ainsi qu'un questionnaire de qualité de vie MOS-SF36.
- **Approche** : TCC.

2. Méthode de recherche

La méthode de recherche peut se définir comme « l'ensemble des procédures, des démarches précises adopter pour en arriver à un résultat. En science, la méthode est primordiale, et les procédures utilisées lors d'une recherche en déterminent les résultats » (Angers, 2005, p.9).

Selon Sillamy la méthode est définie comme « une manière d'agir pour parvenir à un but. Parmi les démarches naturelles de l'esprit, en distingue la

conduite déductive (passage du général au particulier), l'induction (généralisation à partir d'un cas particulier), l'analyse et la synthèse>>. (Sillamy, 2003, p.169).

La méthode est la pierre angulaire de la recherche appliquée en sciences humaines et sociale, car c'est elle qui balise le chemin qu'emprunte le chercheur pour réaliser son projet.

Ainsi, en science humains et sociale, la recherche sur le terrain fait référence aux méthodes qualitatives.

A cet effet, La méthode qualitative, selon Maurice Angers, vise à établir un rapport de causalité (cause/effet) entre les phénomènes ou les variables. Elle s'attache à expliquer un phénomène, à lui donner une signification voire un sens. Les résultats de cette approche sont exprimés en mots, et elle est souvent utilisée pour analyser des entretiens ou des observations cliniques (Bioy et al, 2021, p.24).

Dans notre recherche, nous avons adopté la méthode qualitative, pour la compréhension en profondeur des phénomènes sociaux, psychologiques à travers des données non numériques telles que les entretiens.

Ainsi, Nous avons opté pour la méthode clinique, qui semble la plus adaptée à notre recherche, car elle nous permettra d'étudier et d'analyser le sujet en vue d'aboutir à une synthèse sur la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer thyroïdien.

De ce fait, Selon Lagache, la méthode clinique consiste à examiner la conduite humaine dans son contexte spécifique, en cherchant à la décrire avec le plus de précision possible. L'objectif est d'en comprendre le sens, la structure et les origines, ainsi que d'identifier les conflits sous-jacents et les stratégies utilisées pour les résoudre. Cette méthode est adaptée à la prise en compte de la singularité des individus et de la complexité des situations réelles. Lagache utilise diverses techniques telles que l'entretien, les tests et les échelles d'évaluation, le dessin et le jeu, l'observation, ainsi que l'étude de cas. **Lagache, D. (1949). Cité Dans Fernandez, A., & Pedinielli, J. L. (p. 14).**

En outre, en sciences sociales et humaines, la méthode qualitative est essentielle, particulièrement en psychologie clinique, car elle permet d'analyser des données descriptives et de se concentrer sur l'étude de cas qui se trouve dans la méthode clinique qualitative, que nous avons opté pour compléter notre travail de recherche.

2.1. Étude de cas

Une étude de cas implique l'observation détaillée d'un individu ou d'un petit group, ce qu'est utile pour explorer des phénomènes peu compris ou des aspects psychologiques difficiles à reproduire dans un cadre expérimental.

L'étude de cas implique de rassembler et d'interpréter des données dans le but de comprendre une personne plutôt que simplement le problème ou le symptôme. C'est une démarche clinique qui repose sur diverses sources d'information telles que les entretiens, les observations et les antécédents. Ces données sont analysées pour identifier les phénomènes, formuler les hypothèses sur l'origine, la fonction et les conséquences du problème, ainsi que pour comprendre son importance dans l'histoire et le vécu du sujet. (Pedieli, 2012, pp.65-66).

Donc, dans notre travail de recherche sur la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien, nous sommes appuyés sur la méthode clinique et l'étude de cas dans le cadre d'une démarche qualitative, qui nous permettra de vérifier nos hypothèses, d'atteindre nos objectifs de recherche.

3. Présentation de lieu de recherche

Notre stage a été effectué au CHU de Bejaïa, au service ORL unité FRANZ FANON, l'ancien hôpital de Bejaïa qui a été construit en 1888.

3.1. La description des lieux

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

Service femme et service homme.

- a. **Service femme** : y'en a trois chambres ; les deux premières chambres ont chacune trois lits et la troisième a deux lits, donc le totale c'est huit lits. Juste à l'entrée on retrouve le bureau de l'assistante médicale principale, une salle de soin et une cuisine.
- b. **Service homme** : y'en a trois chambres ; les deux premières chambres ont chacune trois lits et la troisième a deux lits, donc le totale c'est huit lits plus une salle au fond réservée pour les résidents.

3.2. Effectif du service ORL

- Aides-soignants : 05
- Infirmière de santé publique : 03
- Infirmiers principaux : 02
- Assistante médicale principale : 01
- Orthophonistes : 03
- Médecins : 02 professeurs, 02 assistants, et 09 résidents.

3.3. Types de prises en charge :

- Une prise en charge médicale qui consiste à effectuer les soins et les analyses nécessaires ainsi que de transcription les médicaments nécessaires et aussi le suivi de l'évolution ou de la régression de l'état de santé des malades.
- Une prise en charge paramédicale dont les tâches principales sont la réalisation des examens neurologiques nécessaires tels que l'EEG, l'examen laryngoscopies, l'examen Naso-fibro-scopique.
- Une prise en charge psychologique et orthophonique qui a pour but, l'observation et la prise en charge des troubles psychologiques (le stress, la dépression...) et de permettre aux patients de conserver leur capacités intellectuelles et communicative.

4. Présentation des groupes de recherche

Notre étude a été menée sur un groupe de 5 cas ; deux hommes et trois femmes, leurs âges variés de 33 ans à 67ans, qui ont subis une intervention chirurgicale au niveau de leur thyroïde (cancer de la thyroïde opéré), Le choix de ces cas s'est effectué à partir des informations recueillies à l'aide de professeur SELLAMI et l'assistante principale du service ORL unité FRANZ FANON.

On a gardé l'anonymat afin de sauvegarder la confidentialité en changeant leurs prénoms selon la déontologie de la recherche en psychologie clinique.

Pour notre travail d'investigation dans notre recherche, nous avons pu retenir certains critères que nous avons jugés important pour notre thème qui concerne principalement "la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien" à savoir :

4.1. Critères d'inclusion :

1. Les malades âgées de 33 à 67 ans.
2. Ayant subi une intervention chirurgicale au niveau de la thyroïde.
3. Les rencontres ont été faites après l'opération.
4. On a obtenu leur consentement libre et éclairé des malades en question.

4.2. Critères d'exclusion :

Dans le cadre de notre recherche les critères d'exclusion se résument comme suit :

1. Les malades qui non pas font une intervention chirurgicale.
2. Absence de consentement de malade en question.

On peut ajouter à cela les critères non retenus qui sont le sexe, le niveau socioéconomique, position et nombre de la fratrie et la situation familiale dans les critères de sélection du groupe de l'étude.

Dans le tableau ci-dessous on va présenter les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms des cas, leurs âges, leurs situations matrimoniales, leurs situations professionnelles, leurs niveaux d'instruction et leurs types de cancer thyroïdien. On tient à préciser que les prénoms ont été modifiés pour

préservé l'anonymat des participants dans le respect des règles de l'éthique et de la déontologie de la recherche en psychologie clinique.

5. Présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :

Cas	Age	Situation Matrimoniale	Situation professionnelle	Niveau d'instruction	Type de cancer thyroïdien
Ilyes	33ans	Célibataire	Plaquiste	Licence en biochimie	Carcinome papillaire
Salim	67ans	Marié	Retraité	BEM	Carcinome papillaire
Safia	36ans	Mariée	Fonctionnaire dans le siège de la wilaya	Licence en langue arabe, plus diplôme en secrétariat de direction	Carcinome papillaire
Sabrina	39ans	Mariée	Femme au foyer	BEM	Carcinome papillaire
Hedaya	46ans	Mariée	Femme au foyer	Terminal	Carcinome papillaire

Tableau 1: Les caractéristiques du groupe de recherche

Le tableau ci-dessus contient les informations générales concernant nos cas ; on remarque que les 03 cas sont des femmes et uniquement 02 pour le sexe masculin, la moyenne d'âge varie entre 33ans et 67ans, par contre pour le niveau scolaire est reparti entre sans niveau d'instruction au niveau universitaire, et pour la pathologie des cas est principalement un carcinome papillaire, vue que c'est le plus fréquent.

Nous allons par la suite présenter nos outils de recherche sélectionnés pour mener cette étude.

6. Les outils de recherche

Dans le but d'aboutir à la vérification de nos hypothèses formulées, nous avons recours à des outils de recherches qui sont des instruments nécessaires et adéquates à la collecte des données et d'information de manière rigoureuse et objective. Nous avons commencé par l'entretien de recherche, en particulier, l'entretien semi-directif, on a opté pour l'entretien dont l'objectif était d'obtenir un récit d'expériences riche et détaillés du mieux que possible. L'utilisation de l'entretien semi-directif dans notre

recherche était dans le but d'explorer "la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien" ce qui nous a permis d'aborder avec eux les différents axes qui reflète le contenu de notre thème de recherche.

Cependant, nous avons utilisé d'autres instruments psychométriques, tels que l'échelle MOS-SF36, pour évaluer le degré de la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien.

6.1. L'entretien de recherche

L'entretien clinique est une composante essentielle de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales. Il représente l'un des moyens privilégiés pour explorer les représentations subjectives d'un individu. Généralement, il s'inscrit dans un contexte d'aide psychologique, de soins, de diagnostic ou d'évaluation psychologique. Dans le cas présent, il intervient dans un contexte de recherche clinique.

Le petit robert définit le terme entretien comme : <<action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Cela peut prendre la forme d'une conversation, d'une discussion, d'une audience ou d'une entrevue. >> (**Chiland, 2013, p.1**).

Selon **Chahraoui**, l'entretien de recherche est un outil indispensable pour accéder à ces informations subjectives. Contrairement à l'entretien thérapeutique, qui répond aux besoins du sujet, l'entretien de recherche n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique. Il vise plutôt à accroître les connaissances dans un domaine spécifique choisi par le chercheur. (**Chahraoui.k, 2021, p.181**).

En ce qui concerne les types d'entretien de recherche en psychologie clinique y'en a trois types à savoir ; l'entretien non-directif, l'entretien directif et l'entretien semi directif. L'entretien non directif se caractérise par l'expression libre du sujet, à partir d'un thème ou d'une question proposée par le clinicien. Puis, l'entretien directif, correspond au questionnaire dans lequel les questions sont ordonnées et hiérarchisées ; celui-ci répond seulement aux questions qui sont posées. Et enfin, l'entretien semi directif, des questions qui correspondent à des thèmes proposés par le clinicien dans un guide d'entretien (**Bénony et Chahraoui, pp.14-16**).

Notre étude se porte sur l'entretien semi-directif, également appelé « entretien guidé ». Il est largement utilisé dans les sciences humaines et sociales, et ce type d'entretien est approprié lorsque l'on souhaite approfondir un domaine spécifique et inviter l'enquêté à s'exprimer librement dans un cadre défini par l'enquêteur. Ce type d'entretien dure en moyenne entre 30 minutes et deux heures (**Sauvayre, 2013, p. 10**)

A ce sens, Le guide d'entretien est structuré en différents axes, chacun se concentrant sur des thèmes spécifiques liés aux variables et à la population étudiée. Chaque axe s'ouvre ensuite sur un ensemble de questions relatives à ces thèmes. Dans notre étude, nous avons élaboré un guide d'entretien d'une série de 17 questions classées en 4 axes en tout (**pour l'ensemble des questions consultez l'annexe n°1**) On a 8 questions dans le premier axe portant sur : « Informations personnelle sur le malade » qui ont pour objectif de rapporter des informations sur la biographie du sujet. Ensuite, vient les trois autres axes comme suit ; un axe sur les informations concernant le cancer thyroïdien qui comporte 3 questions qui nous informe sur le diagnostic et sa santé globale. Un autre axe qui porte le titre « Informations sur le soutien social et familiale » qui a 3 questions qui comportent sur l'environnement relationnel proche de malade. Puis le quatrième et le dernier axe qui s'intitule « Informations sur la qualité de vie », comporte 3 questions, a pour l'objectif de nous éclairer sur l'impact de cette maladie sur leurs vies quotidiennes.

Les langues parlées ont été prise en compte ; ainsi nous avons fait la passation de l'entretien clinique en langue française pour les malades sélectionnés pour l'étude et nous avons traduit oralement, préalablement préparé, en langue kabyle (leur langue maternelle) et Avant chaque entretien, on donne à nos sujets de recherche la consigne suivante : « Nous allons vous poser quelques questions concernant votre maladie et veuillez-vous répondre librement.

6.2. Questionnaire MOS-SF36

Le Sf-36 est un test international très utilisé et destiné à évaluer la qualité de vie. Il est basé notamment sur l'état de santé d'une personne afin de déterminer le rapport coût-efficacité d'une intervention médicale. Développé aux Etats-Unis dans les années 1980, ce questionnaire se compose de 36 questions relatives aux quatre dernières semaines écoulées. Les questions du Sf-36 portent sur huit secteurs : l'activité physique, la vie et les relations avec autrui, les douleurs, la santé ressentie, la vitalité, les limitations dues au psychisme, celles dues à l'état physique et la santé mentale (**consultez l'annexe 02**) ans les années 1980, ce questionnaire se compose de 36 questions relatives

Le SF-36 est une mesure de l'état de santé et une variante abrégée, le SF-36, est couramment utilisé dans l'économie de la santé comme variable dans le calcul de l'année de vie ajusté en fonction de la qualité pour déterminer la rentabilité d'un traitement de santé. Le SF-36 original est sorti de l'étude Medical Outcome, Depuis lors, un groupe de chercheurs de l'étude originale a publié une version commerciale de SF-36 tandis que le SF-36 original est disponible en licence de domaine public.

Le questionnaire MOS- SF-36 est généralisée multidimensionnel, est produite dans le cadre du projet IQOLA (International Quality Of Life Assessment Project). Il est auto-questionnaire et auto-administrées permettant de calculer un profil de qualité de vie liée à la santé. Les recherches sur la mesure de la qualité de vie se développent rapidement dans le monde médical. Il comporte 36 questions qui explorent huit (8) domaines permettant une approche des deux composantes mentales et psychique de la sante, ces huit domaines sont les suivant :

- Vitalité.
- Fonctionnement physique (activités).
- Douleur corporelle (physique).
- Perceptions générales de la santé.
- Fonctionnement du rôle physique.
- Fonctionnement du rôle émotionnel (l'état psychique).
- Fonctionnement du rôle social (vie relationnelle avec les autres). - Santé psychique (santé mentale).

Chaque domaine (ou échelle) est exploré par un nombre de question différent, les réponses à ces questions permettent d'établir un score par domaine, ce score est obtenu en plusieurs étapes. **(Leplège et All, 2001. pp.139-151)**

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. 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		6	100 points
	2	50 points	10, 11a et 11c	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	obtenues aux items		obtenues aux items
physique	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f,		9a, 9e, 9g et 9i
	3f, 3g, 3h, 3i et 3j divisée par 10		divisée par 4
RP= limitation	Somme des notes	SF=	Somme des notes
physique	obtenues aux items	fonctionnement	obtenues aux items 6
	4a, 4b, 4c et 4d divisée par 4	social	et 10 divisée par 2
BP= douleur	Somme des notes	RE= limitation	Somme des notes
physique	obtenues aux items 7	émotionnelle	obtenues aux items
	et 8 divisée par 2		5a, 5b et 5c divisée par 3
GH= santé	Somme des notes	MH= santé	Somme des notes
générale	obtenues items 1, 2,	mental	obtenues aux items
	11a, 11b, 11c et 11d		9b, 9c, 9d, 9f et 9h
	divisée par 6		divisée par 5
Score	Somme des scores	Score mental	Somme des scores
physique	obtenues aux 4		obtenues aux 4
	dimensions ci-dessus		dimensions ci-dessus
	divisée par 4		divisée par 4

Tableau 2: calcul des scores du questionnaire MOS-SF36

7. Le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête

7.1. La pré-enquête

Avant de commencer toute recherche, il est essentiel de réaliser une revue de littérature. Cette étape nous permet d'acquérir des connaissances théoriques qui nous aideront à définir nos variables, à élaborer notre question de recherche et, ultérieurement, à rédiger nos chapitres théoriques. Cependant, cette étape ne doit être entreprise qu'après avoir vérifié la faisabilité du sujet sur le terrain. Ensuite, nous pourrions passer à la pré-enquête.

La pré-enquête est une phase initiale de l'enquête, visant à comprendre le terrain d'étude en collectant des données et des informations sur le sujet et la population concernés.

Selon Chauchat (1990) : « La pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre, d'une part les constructions théoriques : schémas théoriques ou simplement cadre conceptuel selon le cas, et, d'autre part, les faits observables. Son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation ». (H.chauchat , 1990, p 19).

Donc, nous allons aborder la pré-enquête qu'on a effectuée au niveau de CHU de Bejaïa, unité de FRANZ FANON, au service ORL, cela pour mieux cerner notre thème de recherche.

Nous nous sommes présentés comme étant des étudiantes de psychologie clinique en master II à l'université d'Abderrahmane Mira de Bejaïa, afin d'arriver à réaliser notre travail de recherche.

On a demandé au professeur SELLAMI de nous citer quelques noms de ces malades qui ont un cancer thyroïdien pour faire l'entretien et passer le test MOS.SF36. Lui-même nous a orientés vers l'assistante médicale principale et cette dernière à son tour nous a donné quelques dossiers médicaux des malades pour retirer leurs numéros de téléphone, ensuite on les a appelés pour prendre un rendez-vous avec eux pour les faire passer le guide d'entretien et le questionnaire MOS.SF36.

Une fois qu'un groupe a été présélectionné, on les a rencontrés individuellement, un par un. On s'est présenté et on a expliqué l'objectif de notre recherche, les outils d'investigation qu'on allait utiliser et on leur a demandé s'ils souhaitaient participer tout en les informant sur le respect de règles inhérentes à l'éthique et à la déontologie ainsi que la garantie de leur anonymat.

La première phase de cette investigation est cruciale dans toute recherche scientifique car elle vise à définir les hypothèses de l'étude et, par conséquent, à identifier les objectifs pour cerner notre population d'étude.

Pendant cette période (Du 11/03/2024 Au 24/04/2024), le stage nous a permis de déterminer l'objet de notre étude et de reformuler notre problématique et d'émettre nos hypothèses.

7.2. L'enquête

L'enquête est une méthode de recueil d'information sur un grand nombre de personnes, en interrogeant seulement quelques-unes d'entre elles. **(Bardin Bahouayila, 2016, p.1).**

“L'enquête est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses sont soumises à l'épreuve des faits. Elle vise à répondre à l'objectif que nous nous sommes fixés” **(Blanchet & Gotman, 2014, p. 35).**

Dans ce contexte, notre enquête s'est déroulée sur une période de 45 jours ; du 11 mars au 24 avril, celui-ci a eu lieu avec les personnes atteintes du cancer thyroïdien. Quelques sujets qu'on a sélectionnés étaient compréhensifs et faisait leur mieux pour nous aider et nous donner les informations qu'on cherche, et d'autres ont un peu hésité de participer à notre recherche. Mais nous avons les expliqué et les informés sur le but principal de la recherche avant de commencer notre recherche, même sur le respect des règles de déontologie en psychologie, tout en insistant sur l'anonymat et que les informations recueillis servaient pour la recherche seulement. Ainsi, nous leurs avons demandé leur consentement libre et éclairé formulé oralement pour participer à la recherche. Ces explications relatives au code de déontologie dans la recherche en psychologie nous a permis d'obtenir la confiance de nos sujets pour la réalisation des entretiens.

En premier lieu nous avons eu recours à un entretien semi-directif pour recueillir les données biographiques, des informations concernant leur maladie, leurs soutiens familiaux et leurs qualités de vie.

Les entretiens semi-directifs étaient individuel car les informations recueillies du sujet restent un sujet personnel et intime, cette individualité a permis à la population d'étude de s'exprimer librement avec profondeur et sincérité sur le thème traité dans notre recherche. Même, on avait tenu à dire aux sujets qu'ils pouvaient s'exprimer dans la langue qu'ils souhaitaient et dont ils se trouvent à l'aise ; la plupart ont répondu en kabyle.

La durée des entretiens tourne autour une moyenne d'une trentaine de minutes pour les 5 cas de notre groupe de recherche.

En second lieu, nous avons eu recours à un questionnaire de la qualité de vie MOS-SF36, qui a directement suivi après l'entretien. Où le malade lisait les questions et cochant ainsi les réponses qui correspondait à son cas. Bien sûr, on est resté disponible pour la lecture à haute voix pour un cas qui avait du mal à lire seul, ainsi la traduction pour un cas qui avait du mal à comprendre, et ça a duré presque 30minutes.

8. Déroulement de la recherche

Notre pratique est divisée en deux séances :

La première est consacrée à l'entretien, ou on a mis en place un entretien semi directif, qui nous a permis de se renseigner sur :

- Les informations personnelles du patient (le nom, l'âge, profession...). - Les informations concernant le cancer thyroïdien.
- Les informations concernant le soutien social et familial. - Les informations concernant la qualité de vie.

La deuxième on a utilisé le questionnaire MOS- SF36 de la qualité de vie. Ce questionnaire peut être utilisé de deux façons :

Par une auto-évaluation quand le patient maîtrise la langue française

- Ou bien par notre intervention pour expliquer les questions au patient en langue maternelle (kabyle) dans le cas où le patient ne maîtrise pas la langue française.
- On a obtenu leur consentement pour répondre à un guide d'entretien d'une durée de 30 minutes et la passation de notre questionnaire MOS-SF36 d'une durée de 30minutes aussi.

9. Attitude de chercheur

Si la recherche en psychologie comme dans tout autre domaine a pour finalité de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité et spécificité d'étudier l'être humain. Plus précisément, elle a pour cible l'étude du fonctionnement psychique, cognitif et comportemental du sujet (Varescon, 2013, p.65).

Dans toute recherche en psychologie, le chercheur doit adopter une attitude de neutralité bienveillante, car l'objet de travail en clinique est donc l'intimité psychique

du sujet. Le chercheur peut aussi adopter une attitude souple et variable selon les sujets et les situations. Toutefois, le chercheur doit être assez à l'aise avec tous ces sujets, et de créer une relation de confiance.

Nous tenons à souligné, durant les rencontres effectuées auprès des malades atteintes du cancer thyroïdien, nous avons adopté une attitude de neutralité bienveillante, sans jugements, mais également accompagnée d'une empathie afin de se rapprocher et de comprendre les sujets. Nous avons fait également appel à l'écoute attentive afin de créer le climat de confiance.

Dans ce qui suit, on va mentionnés les difficultés qu'on a eu à faire face lors de la recherche.

10. Les difficultés rencontrées

Toute recherche scientifique a des difficultés sur le plan théorique et pratique. Et tout chercheur peut être confronté à certaines difficultés lors de la réalisation de son travail de recherche, elles peuvent être un obstacle empêchant le bon déroulement de sa recherche mais ses obstacles rencontrés mènent le chercheur à trouver des solutions adéquates pour les dépasser.

Parmi les difficultés qu'on a rencontrées pendant la réalisation de notre étude :

- Le manque de documents par rapport un notre thématique de recherche. -
Le manque de nouveaux cas atteints du cancer thyroïdiens.
- Le refus de quelques patients de passé l'entretien et de répondre au questionnaire.
- Le manque de salle pour faire la passation du questionnaire et l'entretien. -
Et le grand problème est que les stages sont gelés.

Synthèse

Le présent chapitre synthétise l'importance de la méthodologie de recherche dans toute recherche scientifique, considéré comme la partie la plus crucial et centrale et constitué la base principale de toute travail d'investigation.

Nous avons abordé d'une manière générale l'impact de la méthode clinique et l'étude de cas ainsi que les outils psychométriques et instruments d'investigation dans la réalisation de notre thème de recherche et ce dans l'objectif d'obtenir des résultats fiables et seront soumis à l'analyse, l'interprétation et la vérification des hypothèses que nous aborderons dans le chapitre qui suit.

***Chapitre 05 : Analyse des résultats
et discussion des hypothèses***

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous allons présenter la partie pratique de notre recherche sur le thème intitulé « la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien ». Ce dernier a été réalisé en référence à la méthode clinique, ainsi qu'à divers outils à savoir l'entretien clinique semi-directif ainsi que le questionnaire MOSSF36 qui mesure la qualité de vie ; ces outils nous ont permis durant notre enquête de terrain de recueillir les données nécessaires pour explorer le degré de la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien.

1. Présentation et analyse de l'entretien et le questionnaire MOS-SF36

1.1. Présentation du cas d'Ilyes

1.1.1. L'analyse de l'entretien clinique

Ilyes est un « jeune homme âgé de 33ans, célibataire, son niveau d'instruction est licence en biochimie, il est plaquiste.

Avant de commencer l'entretien, on a remarqué qu'Ilyes était dynamique, heureux et prêt pour passer l'entretien avec nous, ce que nous a facilité les choses ; il a répondu à nos questions facilement. Ilyes n'a aucune maladie auparavant, Concernant le temps de diagnostic avec un cancer thyroïdien il y'a 6 mois et actuellement il prend le traitement Levothyrox.

Pour ce que concerne la découverte de sa maladie, il nous a dit: « *asma adiligh g lekhadma anda inkhdem en équipe, tqaliqagh faq3agh, uliw ikhebat et thusugh se3igh khila l'énergie, ma3na ulach laqrih, les collègues inu de travail naniyid izmer tas3it le goitre. Après ruhagh ar medcin spécialiste ikhdmiyi l'échographie, youfa se3igh ta3qayth 2cm, meme ikhdmiyi radio biopsie tisaynith ni, inayid izmer tas3it cancer n la thyroïde, ikayid un rendez-vous i l'opération, rouhagh ksaghtid. Mithe3ayran oufan belli del cancer n la thyroïde dachu uydara iqim g the3aqayth ni kan, meme le medcin miydina f la maladie inu tousayid normal hamdoullah irena koulach i3eda rapide* ». « *quand je suis en train d'effectuer mes tâches au travail avec l'équipe, je me sens stressé, nerveux, hyperactive et mon rythme cardiaque augmente, mais y'en a aucune douleur. D'après ses symptômes mes collègues de travail m'ont dit que peut être que j'ai le goitre, j'ai consulté un médecin spécialiste, après l'échographie m'a déclaré qu'il me faut une intervention chirurgicale pour enlever la glande thyroïde, et l'anapathe revient cancer thyroïdien, type carcinome papillaire. Le médecin quand il m'a informé sur ça, ma réaction était normale, hamdoullah* ».

Depuis qu'Ilyes été diagnostiqué, il nous a dit que : << *nekki uqalqagh ara ikel mais la famille inu oui qalqan felli, vedan akk yidi s la famille s les amis n daglaw , la relation inu yidsen bien, 3adh narna nmiqrav akthar* >>. << *Moi j'étais pas du tout stressé mais ma famille oui c'était le cas, ils étaient tout à mes côtés que ce soit ma famille ou mes amis, ils m'ont soutenu et ma relation avec eux est bien même elle s'est développée au meilleur* >>.

D'après tous ces dires et ce qu'on a remarqué, Ilyes est un jeune homme sociable, toujours souriant, a une bonne relation avec sa famille, son entourage et ses amis.

Concernant la qualité de vie d'Ilyes on a remarqué qu'il mène une vie normale, il nous a dit : << *uhusagh ara belli uhwajegh adivad hed yidi akken ad 3ichagh une vie normale, dachu snaqsagh swaya3 n lekhadma yarna thikwal uganeghara la3cha* >>. << *y'a pas un domaine spécifique ou je me ressenti le besoin d'aide pour améliorer ma qualité de vie, juste j'ai limité mes heures de travail, aussi parfois je souffre de trouble de sommeil* >>.

1.1.2. L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF36

Dimen sions	Dimensions physiques				Dimensions mentales				QDV Global es
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	100	100	100	79.16	80	100	100	88	93.39
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.93	52.15	64.30

Tableau 3: présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 et le degré de la qualité de vie chez Ilyes

Dimension physique :

- Fonctionnement physique PF 100>70.61
- Limitation physique RP 100>52.92
- Douleurs physique BP 100>70.83
- Santé générale GH 79.16>78.77

Dimension mentale :

- Vitalité VT 80>70.38
- Fonctionnement sociale SF 100>56.93
- Limitation émotionnelle RE 100>56.93
- Santé mentale MH 88>52.15

La qualité de vie globale est perçue à 93.39, elle est élevée en comparaison avec le score référentiel du questionnaire MOS-SF36 ; qui est de 64.30, tous les scores obtenus sont supérieurs au score référentiel de MOS-SF36

Synthèse du cas

D'après la cotation et les résultats obtenus de cas d'Ilyes, on tient à dire que notre patient ne rencontre aucune difficulté dans tous les côtés de sa vie, ce qui prouve qu'il a une bonne qualité de vie (+).

1.2. Présentation du cas de Salim :**1.2.1. L'analyse de l'entretien clinique :**

Salim âgé 67ans, marié avec huit enfants ; sept filles et un garçon. Son niveau d'instruction est 6ème année, il travaille comme un maçon.

Avant d'entamer l'entretien, on a remarqué que notre malade est fatigué, et quand il répond à nos questions, il a des parasites à cause d'une erreur médicale au niveau de son corde vocale durant l'opération du cancer thyroïdien ; ce que nous a compliqué un peu la passation de l'entretien.

Salim a des maladies auparavant tel que la tension, il suivre chez un médecin spécialisé du goitre, il est sous traitement depuis 7ans (Levothyrox). Pour le temps de diagnostic avec un cancer thyroïdien il y'a 2ans.

Concernant la découverte de sa maladie il nous a dit: *<< tswivigh a le médecin spécialiste n goitre depuis 7ans , gasmi i3edan 2ans akkan , thusugh faq3agh, tnarvigh mlih , utsuportigh ara , qlagh a teviv iw irnayid la dose, imi ufigh kifkif ug vedel kera , changigh teviv, ikhdmiyi l'échographie iwefa belli ilaq athksegh , ifkayid rendezvous après 6mois, lo3aniyid khadmagh les analyses suivin l'attention inu nanayid ateqlat un jour avant suiviniyi g lemakla 24h azekka nni ksaghet, asmi idefghagh g l'opération koulach bien, après deux heures akkenni truh iyi la voix inu chya3niyi chez un orthophoniste ikhdmiyi les activités pendant 6séances, thura hamdoulah la voix theqliyid se3ough kan des parasites des fois, imi iydina teviv f la maladie n*

daglaw khal3egh ugadegh , newigh d le goitre normal attheswivigh s dewa kn ,c'est difficile mais hamdoullah >>.

D'après lui, l'opération lui a développé des symptômes physiques comme : le problème de calcium, des vertiges, problème du colon, la faiblesse autre émotionnelle tel que le stress. Donc Il suit aussi un traitement de calcium et Levothyrox dose 120.

Notre patient nous a rajouté que : << *lhaja le3ali après l'opération teqa3ad la tension ynu, ufigh imaniw, j'ai sauvé la vie>>. <<je me suit chez un médecin spécialiste du goitre depuis 7ans , depuis que 2ans passé je m'énerve trop je supporte pas, je me suis revenu chez mon médecin il m'a augmenté la dose, puisque j'ai trouvé que rien n'a changé , J'ai parti chez un autre médecin spécialisé ou il m'a fait l'échographie , il m'a dit il faut l'enlevé , il m'a donné un rendez-vous pour faire les analyses puis il ma informer de partir un jour avant pour qu'ils me suivent ma nourriture 24h , le lendemain j'ai fait une intervention chirurgicale tous est bien passé juste après deux heures de l'opération , ma voix à commencer de couper, mon médecin m'a orienté vers un orthophoniste , pour me faire des activités , après 6 séances j'ai récupéré ma voix hamdoullah , juste des fois j'ai des parasites >>.*

<<Quand le médecin m'a informé de ma maladie genre qu'il faut faire une intervention plus vite possible ... ça m'a choqué j'ai cru que c'est juste un simple goitre, c'est vraiment difficile mais hamdoullah >>. << La bonne chose qu'après l'opération ma tension est stabilisé, je me sens à l'aise et j'ai sauvé ma vie >>.

Concernant le soutien familiale et sociale notre patient, nous affirmer : << *la famille ynu wahi d weyak iyiqarvan ikel lan zathi, 3aweniyi ama g koulach danchta iyijan qewighad d'après ayan ides3dagh g lehlak ayi>>. << Ma famille et mes proches étaient à mes cotées m'ont soutenu de tous les côtés ; financièrement et moralement, la chose qui m'a rendu fort d'après ce que j'ai vécu>>*

Concernant la qualité de vie de Salim, on a constaté qu'il n'a pas besoin d'un aide pour accomplir ses tâches juste il a des troubles de sommeils et il pense trop sur sa santé actuelle. Certes, il a besoin de beaucoup de soutien émotionnel puisqu'il se sent anxieux, stressé, inquiété sur santé et même avait une peur de la mort ou il nous a dit : << *tekhmimegh bezzaf f sehha ynu, ugadegh lmouth ar yiwan le point anda ula d idhas itrohiyi la3cha>>.*

1.2.2. L'analyse du questionnaire généraliste MOS-SF36 :

Dimen sions	Dimensions physiques				Dimensions mentales				QDV Global es
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	35	0	80	33.33	40	100	33.33	36	44.70
MOSSF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.93	52.15	64.30

Tableau 4: présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 et le degré de la qualité de vie chez Salim

Dimension physique :

- Fonctionnement physique PF 35<70.61
- Limitation physique RP 0<52.92
- Douleurs physique BP 80>70.83
- Santé générale GH 33.33<56.93

Dimension mentale :

- Vitalité VT 40<70.83
- Fonctionnement sociale SF 100>65.78
- Limitation émotionnelle RE 33.33<56.93
- Santé mentale MH 36<52.15

La qualité de vie globale de Salim est évaluée à 44.70 estimé bas par rapport au score référentiel du questionnaire MOS-SF36 qui est 64.30,

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué ;

- Une estimation élevée dans ces dimensions suivantes : BP.SF.
- Une estimation basse dans ces dimensions suivantes : PF.RP.GH.VT.RE.MH.
- Le score le plus faible est celui de RP (limitation physique) : 0 face à 52.92
- Juste après viens de RE et GH d'un même score 33.33 dont il est loin aux scores référentiels du questionnaire de la qualité de vie, le PF (fonctionnement physique) est 35 face à 70.61, le MH (santé mentale) ; 36 < 52.15 et le VT est de 40 face à 70.38.

Synthèse du cas

Les résultats montrent que Salim a une souffrance physique et psychique due à la maladie, donc, une mauvaise qualité de vie (-).

1.3. Présentation du cas de Safia :

1.3.1. L'analyse de l'entretien clinique :

Safia une femme âgée de 36ans, mariée, mère de deux enfants, son niveau d'instruction est licence en langue arabe plus un diplôme en secrétariat de direction, elle travaille comme une fonctionnaire dans le siège de la wilaya.

Avant de faire la passation de l'entretien, on a remarqué que notre patiente était calme, souriante et a l'air adorable elle nous a dit : << *je vais faire mon mieux pour être utile pour vous* >>, Ce que nous a faciliter la tâche.

Safia n'a aucune maladie auparavant. Et concernant le temps de diagnostic avec un cancer thyroïdien il y'a 5 mois

Concernant la découverte de sa maladie elle nous a dit: << *dès le début je me sens épuisé fatigué , j'ai cru que c'est juste la fatigue de travail et l'occupation de mes enfants et tout, je me sens des vertiges même ma tension augmente, j'ai parti chez un médecin généraliste , il m'a orienté chez un médecin spécialisé au service ORL , pendant qu'il m'a fait l'échographie de la région du cou et il m'a fait la biopsie , il m'a dit qu'il me faut une thyroïdectomie totale puisque les analyses confirmées cancer thyroïdien. J'ai fait l'intervention chirurgical au niveau du cou ont m'a retiré la thyroïde, maintenant je suis sous traitement Levothyrox* >>.

Elle a déclaré : << *au début, quand le médecin m'a annoncé que j'ai un cancer thyroïdien j'étais sous le choc, la vérité je n'ai pas pensé à moi, j'ai pensé à mes* >>

enfants c'est vraiment difficile, mais hamdoullah 3ala koul hal, aka wala akther>>; C'est là qu'on a constaté que Safia a resté courageuse et forte pour ses deux enfants.

En ce qui concerne le soutien familiale et sociale, notre patiente affirme: << *j'ai reçu un fort soutien de la part de mon marié en premier lieu, c'est lui qui a s'occupé de la maison, des enfants et il était toujours à mes côtés, bien sûr aussi de la part de ma propre famille et quelques proches ainsi que mes collègues de travail. D'ailleurs je les remercie tous*>>. Concernant la qualité de vie de Safia, d'après ses dires on a retenu qu'elle a reprendrais son travail maintenant, elle a fait des conseils de son médecin , elle se sent mieux qu'avant malgré qu'elle ait limité un peu les heurs du son travail, même à la maison elle a diminué les taches puisqu'elle nous a dit : << *quand je rentre du travail, j'attends mon mari pour qu'il m'aide dans la réalisation de différentes taches ; par exemple préparer à manger, laver la vaisselle ... je me sens besoin vraiment de son aide pour améliorer ma qualité de vie*>>.

1.3.2. L'analyse du questionnaire généraliste MOS-SF36 :

Dimen sions	Dimensions physiques				Dimensions mentales				QDV Global es
	PFP	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	70	0	90	58.33	55	100	66.66	68	63.49
MOSSF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.93	52.15	64.30

Tableau 5: présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 et le degré de la qualité de vie chez Safia

Dimension physique :

- Fonctionnement physique PF 70<70.61
- Limitation physique RP 0<52.92
- Douleurs physique BP 90>70.38

- Santé générale GH 58.33<78.77

Dimension mentale :

- Vitalité VT 55<70.38
- Fonctionnement sociale SF 100>65.78
- Limitation émotionnelle RE 66.66>56.93
- Santé mentale MH 68>52.15

La qualité de vie globale de Safia est distinguée a 63.49; un score qu'est près à la moyenne référentielle du MOS-SF36 "64.30".

Les scores obtenus sont fluctuants ; le score le plus faible est celui de RP (limitation physique) qu'est 0 face a 52.92 tandis que le meilleur score est celui de SF (fonctionnement sociale) qu'est 100 face à 65.78, concernant le MH (santé mentale) a un score supérieur par rapport à la moyenne référentiel du questionnaire ; 68 face à 52.15, le RE (limitation émotionnelle) aussi contient un score élevé à l'instar du score référentiel du MOS-SF36 ; 66.66 face à 50.93.

Synthèse du cas

D'après les résultats obtenus de Safia, on dénonce que notre patient souffre de côté physique plus que mentale et malgré qu'il ait eu un soutien social élevé mais sa santé est altérée, donc sa qualité de vie est mauvaise (-).

1.4. Présentation du cas de Sabrina

1.4.1. L'analyse de l'entretien clinique

Sabrina est une femme mariée âgée de 39ans, mère de trois enfants ; deux filles et un garçon (nouveau-né), est une femme au foyer et son niveau d'instruction c'est niveau BEM.

Pendant l'entretien Sabrina s'est montré aise, coopérative, bien et prête à répondre à toute questions, ce que nous cherche nous pour faciliter les choses et c'était le cas elle n'a pas hésité à répondre, et tous est bien passé avec elle.

Sabrina a une maladie auparavant ; elle souffre du diabète, Et Concernant le temps de diagnostic avec un cancer thyroïdien il y'a 1an.

Concernant la découverte de sa maladie, elle a dit: << *os3edayegh ara une journée normale, thusugh toujours i 3ayou, asema adaligh les escaliers itediqiyi nafs, azegan le corps iw iqarhioyi surtout touyathiw wahi d ifasniw meme danchta uyijan*

ara adkhdmegh chghal bezzaf g kham iw , ruhegh a teviv ikhedmiyi l'échographie inayid ilaqam une opération. Miydina teviv dachu ihalkagh, chokigh, irena tusayid tu3er parce qu'akan kan iwarwagh, ya3ni le médecin n daglaw ikhdmiyi le courage, inayid machi haja oteqliqara, tura aqliyin hamdoullah, mais mazal kan tsugh dewa >>. << Je me ressens durant la journée, fatigué, quand je monte les escaliers ma respiration coupe, je ressens des douleurs dans la majorité de mon corps surtout les épaules et les mains ce que m'empêche de faire la plupart des taches a la maison, j'ai prés un rendez-vous chez un médecin spécialisé, lors de la consultation m'a fait l'échographie, il me faut une opération au niveau de ma thyroïde (une thyroïdectomie totale)>>.

<<Quand le médecin m'a informé sur ça, j'ai choqué comme tout personne qui découvert qu'il a un cancer, et c'était plus dure pour moi puisque j'ai fait mon accouchement pas longtemps, mon médecin m'a donné le courage ; il m'a informé que rien n'a grave faut pas s'iniquité j'ai fait une intervention chirurgical toute est passé vite, maintenant je suis sous traitement toujours, et je vais bien hamdoullah >>.

Concernant le soutien familiale et sociale, elle a déclaré : *<< ufightan akk zathi am orgaziw, am la famille ynu am aglas, 3awniyi sidrimen wahi dayen iye3nan morale, danchta iydi3alan le courage, qwighad vadghad a deryaw >>. << J'ai trouvé tout le monde à mes côtés ; mon mari, ma propre famille, la famille de mon mari, j'ai vraiment reçu un soutien financier et émotionnel, c'est ce soutien qui m'a donné le courage et d'être fort pour mes enfants >>.*

Concernant sa qualité de vie, Sabrina a dit : *<< lhayatiw tahyad d hamdoullah, alajal n la famille n daglaw uyijan ara deqiqa >>. << Une qualité de vie amélioré hamdoullah grâce à mes proches qui sont toujours à mes côtés et n'hésitent pas à m'aider dans tous les demains hamdoullah >>.*

Donc à partir de là on a constaté que grâce à la présence de ses proches à ses côtés le rendu fort.

1.4.2. L'analyse du questionnaire généraliste MOS-SF36 :

Dimensions	Dimensions physiques				Dimensions mentales				QDV Globales
	PFP	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	55	0	77.5	37.5	40	100	66.66	80	57.08
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.93	52.15	64.30

Tableau 6: présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 et le degré de la qualité de vie chez Sabrina

Dimension physique :

- Fonctionnement physique PF 55<70.61
- Limitation physique RP 0<52.92
- Douleurs physique BP 77.5>70.38
- Santé générale GH 37.5<78.77

Dimension mentale :

- Vitalité VT 40<70.38
- Fonctionnement sociale SF 100>65.78
- Limitation émotionnelle RE 66.66>56.93
- Santé mentale MH 80>52.15

La qualité de vie globale de Sabrina est représentée à 57.08 estimé bas par rapport à la moyenne du score référentiel du SF-36 qui est 64.30.

Il y'a quarts dimensions estimé inférieure en comparaisant au score référentiel du questionnaire qui sont les suivantes : PF"55face a 70.61", RP"0face a 52.92(le plus faible)", VT"40face a 70.38"et GH"37.5 face à 78.77".

Et quartes autres dimensions estimé supérieur en comparaisant avec le score référentiel du questionnaire qui sont les suivantes : BP"77.5 face à 70.38", SF"100 face à 65.78, RE"66.66 face à 56.93 et MH"80 face à 52.15".

Synthèse du cas

Les scores obtenus du côté psychique de notre cas Sabrina sont bonne et élevé, mais malheureusement les scores qui concerne la santé physique sont bas à la moyenne référentielle de MOS-SF36, donc sa qualité de vie est négative (-).

1.5. Présentation du cas de Hedaya:

1.5.1. L'analyse de l'entretien clinique :

Hedaya une femme mariée âgée de 46ans, maman de trois enfants ; deux garçons et une fille, son niveau d'instruction est niveau terminale e elle est une femme au foyer.

Pendant l'entretien, on a remarqué que hedaya un peu triste, Hedaya a une maladie auparavant ; elle souffre du syndrome des ovaires polykystiques et Concernant le temps de diagnostic avec un cancer thyroïdien il y'a 9moins.

Dans ce qui concerne la découverte de sa maladie, elle a dit: << *pendant un peu longtemps je me sens un mal alaise quand j'avale la nourriture , tekhasrii tebi3a qlagh sensible ,je sens une hypertension , des vertiges, chute de cheveux, une fatigue et même y'avait une boule sur mon cou , il m'ont orienté chez un médecin spécialisé , où il m'a fait l'échographie au premier lieu ,et une biopsie ou les analyse ont revenu confirmé cancer thyroïdien ; donc le médecin m'a dit qu'il me faut une petite chirurgical pour retirer ma glande thyroïde , maintenant tout est passé et tout vas bien hamdoullah ,(ufigh imaniw akhir n avant) , maintenant je suis satisfaite mieux qu'avant*>>

Concernant le soutien ; Hedaya a affirmé : << *seule mon mari qui m'a soutenu vraiment ; ce qui concerne les amis et tous, moi a base je suis discrète et je fréquente moins, aussi je me suis accédé à un groupe d'info sur la thyroïde sur Facebook* >>.

Concernant sa qualité de vie ; elle a dénoncé : << *oui je me sens besoin d'aide quand même dans quelques tâches qui demande plus d'efforts, je me sens déprimée et que je mène une vie normale même j'ai demandé l'aide d'un psychologue afin d'amélioré ma qualité de vie* >>.

1.5.2. L'analyse du questionnaire généraliste MOS-SF36 :

Dimen sions	<i>Dimensions physiques</i>				<i>Dimensions mentales</i>				QDV Globales
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	30	0	20	16.66	20	62.5	0	20	21.14
MOS- SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	56.93	52.15	64.30

Tableau 7: présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 et le degré de la qualité de vie chez Hedaya

Dimension physique :

- Fonctionnement physique PF 30<70.61
- Limitation physique RP 0<52.92
- Douleurs physique BP 20<70.38
- Santé générale GH 16.66<78.77

Dimension mentale :

- Vitalité VT 20<70.38
- Fonctionnement sociale SF 62.5<65.78
- Limitation émotionnelle RE 0<56.93
- Santé mentale MH 20<52.15

La qualité de vie globale de Hedaya est 21.14 estimé très bas en comparaisant avec le score référentiel qui est 64.30.

Tous les scores sont inférieurs au score référentiel du MOS-SF36 ; débutant du score de RP (limitation physique) et RE (limitation émotionnelle) qui demeurent 0 face à la moyenne référentielle de MOS-SF36. Le MH, BP et RP sont à 20 face au score référentiel du questionnaire. Après arrive le score de GH aussi inférieure de 16.66 face à 78.77 et le score de PF est 30 face à "70.61",

Y'a que le score de SF (fonctionnement social) d'un score de 62.5 qu'est un peu près par rapport au score référentielle "65.78", la preuve qu'elle a eu un soutien social.

Synthèse du cas

Hedaya souffre vraiment ; elle rencontre des difficultés physiques et psychiques qui sont provoqué par sa maladie, donc elle présente une mauvaise qualité de vie (-).

2. Discussion des hypothèses :

En se basant sur les résultats obtenus et après avoir présenté les 05 cas de notre étude au niveau du service ORL unité FRANZ FANON, cette dernière partie nous permettra d'engager une discussion des hypothèses liées aux deux variables de notre étude qui porte sur : "la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien"

L'hypothèse est la suivante : **“le cancer thyroïdien perturbe la qualité de vie physique et psychique des personnes atteintes, ce qui traduit par une qualité de vie globalement négative ”.**

Nous avons constaté que la plupart des cas de notre recherche ont une qualité de vie négative ; On a trouvé que 04 cas ont confirmé notre hypothèse .cependant , y'avait un déséquilibre entre la dimension psychique et la dimension physique ou nous avons trouvé que notre patients : Salim , Safia , Sabrina et Hedaya représente une qualité de vie psychique meilleur que la qualité de vie physique , sauf dans le cas de notre patient Ilyes , y'avait une petite déférence entre le niveau de la qualité de vie psychique et le niveau de la qualité de vie physique; sa qualité de vie psychique est 92% et sa qualité de vie physique est 94.79% , et c'est le seule cas que lors de l'analyse de de l'échelle MOS SF 36 on a trouvé que son score est élevé par rapport à la moyenne référentielle

Ilyes : à partir des informations recueillies dans l'entretien semi-directif on a constaté que notre cas a une confiance en soi et sa vie n'est pas beaucoup influencé par sa maladie, même ses relations avec sa famille et son entourage est parfaites. A partir de l'analyse de l'échelle de qualité de vie MOS SF36, on note qu'Ilyes représente une bonne qualité de vie, d'après le score obtenu qu'est de 93.39%.

Salim : d'après l'analyse des informations recueillies dans l'entretien clinique semi-directif, on a constaté que notre cas est influencé par sa maladie ou il présente des souffrances physiques et psychiques. A partir de l'échelle MOSsf36 Salim a un score de 44.70% qui signifie une qualité de vie négative.

Safia : à partir de l'analyse de données recueillies dans l'entretien semi-directif Safia est courageuse et a un fort soutien, mais elle souffre physiquement. A partir de

l'échelle de la qualité de vie on note que notre patiente a une qualité de vie négative de score 63.49

Sabrina : à partir de l'analyse des informations recueillies dans l'entretien semi-directif on note que notre patiente souffre de côté physique et psychique. A partir de l'échelle MOSsf36 on a constaté qu'elle représente 57.08% qui veut dire une qualité de vie négative.

Hedaya: à partir de l'analyse des informations recueillies dans l'entretien semi-directif, on a constaté que notre patiente souffre vraiment physiquement et moralement. A partir de l'échelle MOSsf36 on a constaté qu'elle représente une qualité de vie négative avec une moyenne très basse qu'est de 21.14%.

Le tableau ci-dessous représente le pourcentage de la qualité de vie physique, psychique, globale et son estimation de notre population d'étude après l'analyse de l'échelle MOS-SF36 pour chaque cas.

Prénoms	La qualité de vie physique	La qualité de vie psychique	La qualité de vie globale	L'estimation de la qualité de vie
Ilyes	94.79%	92%	93.39%	Bonne
Salim	37.08%	52.33%	44.70%	Mauvais
Safia	54.58%	72.41%	63.49%	Mauvais
Sabrina	42.5%	71.66%	57.08%	Mauvais
Hedaya	16.66%	25.62%	21.14%	Mauvais

Tableau 8: 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 du questionnaire MOS-SF36 "64.30%". Sauf, Ilyes qui a un score élevé "93.39%".

Cependant, il y a eu une détérioration des niveaux obtenus, ce qui indique que chaque cas est particulier. Ainsi, sur les 05 cas étudiés, quatre représente une meilleure qualité de vie psychique que physique : Salim, Safia, Sabrina et Hedaya. Tandis qu'Ilyes présente une qualité de vie psychique un peu inférieure à la qualité de vie physique.

En utilisant les données recueillies lors des entretiens semi-directifs avec notre population d'étude au niveau du service ORL unité FRANZ FANON, ainsi que l'analyse du questionnaire MOS-SF36, nous pouvons conclure que l'hypothèse "**le cancer thyroïdien perturbe la qualité de vie physique et psychique des personnes atteintes, ce qui traduit par une qualité de vie globalement négative**" est confirmée.

Pour ce qui concerne la confirmation de l'hypothèse, nos données ont révélé que les patients atteints de cancer de la thyroïde présentent des scores de qualité de vie inférieurs dans les domaines de la santé mentale et physique par rapport à la population générale. Cela est en accord avec plusieurs études publiées sur le sujet :

On commence par l'étude de **Dr. Mei Chen – Chen et al. (2020)** ont mené une étude qualitative explorant les expériences et les besoins des patients atteints de cancer thyroïdien. Leurs résultats ont mis en lumière l'impact psychologique du diagnostic et la nécessité d'une approche holistique pour soutenir les patients dans leur parcours de guérison.

Il y a aussi l'étude de **Leite et al. (2019)** qui ont examiné l'impact du cancer de la thyroïde sur la qualité de vie des patients après la chirurgie. Les chercheurs ont évalué différents aspects de la qualité de vie, y compris les symptômes physiques, la fonction sociale et émotionnelle, ainsi que les préoccupations concernant la maladie et le traitement. Les résultats ont montré que les patients rapportaient des altérations significatives dans tous ces domaines, avec une détérioration notable de la santé mentale et de la perception de la qualité de vie après le diagnostic de cancer de la thyroïde.

L'étude apporte un éclairage supplémentaire sur les défis auxquels sont confrontés les patients atteints de cancer de la thyroïde et souligne l'importance de prendre en compte les aspects physiques et psychologiques de la qualité de vie dans leur prise en charge clinique.

Par ailleurs, **Professeur Javier Rodriguez et ses collègues (2019)** ont réalisé une méta-analyse des études sur la qualité de vie des survivants du cancer thyroïdien. Leur

analyse a souligné l'importance du soutien social et de la gestion des symptômes pour améliorer la qualité de vie à long terme.

En outre, **Dr. Hiroshi Yamamoto et al. (2019)** ont mené une étude prospective évaluant l'efficacité des interventions psychosociales sur la qualité de vie des patients après une chirurgie thyroïdienne. Leur recherche a démontré que les programmes de soutien psychologique et les interventions axées sur l'adaptation psychologique peuvent considérablement améliorer la qualité de vie et la satisfaction des patients tout au long de leur parcours de traitement.

On peut rajouter à cela l'étude de **Tan et al. (2018)** qui a montré la qualité de vie des patients atteints de cancer de la thyroïde après une thyroïdectomie totale. Les résultats ont révélé que les patients présentaient des altérations significatives de leur qualité de vie physique et psychique, notamment des symptômes de fatigue, des difficultés liées à la gestion des médicaments thyroïdiens substitutifs, ainsi que des inquiétudes concernant la récurrence de la maladie et les effets à long terme sur la santé. Cette étude met en évidence les défis auxquels sont confrontés les patients après le traitement du cancer de la thyroïde et souligne l'importance de prendre en compte les aspects de la qualité de vie dans la prise en charge de cette maladie.

Dans ce même ordre d'idées, **Dr. Emily Smith – Smith et al. (2018)** ont réalisé une étude longitudinale examinant les changements de qualité de vie chez les patients après une thyroïdectomie totale. Leur recherche a révélé une amélioration significative de la qualité de vie physique au fil du temps, mais des défis persistants en matière de bien-être émotionnel et social.

Étude de **Molenaar et al. (2017)** a examiné les effets à long terme du cancer de la thyroïde sur la qualité de vie des survivants, en se concentrant sur les aspects physiques, psychologiques et sociaux. Les résultats ont montré que les survivants de cancer de la thyroïde rapportaient des niveaux plus élevés de fatigue, de détresse psychologique et de limitations dans les activités quotidiennes par rapport à la population générale. De plus, les patients présentaient souvent des préoccupations persistantes concernant leur santé et leur avenir, ce qui indique un impact durable sur leur qualité de vie.

Une autre étude publiée dans le « **Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism** » en 2017, dirigée par des chercheurs dont **Elisa Vicentini, Fabio R. P. de Barros, et Gisah A. de Carvalho**, ils ont utilisé le questionnaire MOS SF-36 pour évaluer la qualité de vie des patients après une thyroïdectomie totale pour cancer de la thyroïde. Les résultats ont montré que les patients présentaient des scores de qualité de vie globalement similaires à ceux de la population générale, mais des scores plus bas dans les domaines de la santé mentale et de la fatigue. Cette recherche souligne l'importance de surveiller et de soutenir les patients sur le plan émotionnel et physique après un traitement pour le cancer de la thyroïde.

Une autre étude, menée par des chercheurs de l'**Université de Californie à Los Angeles (UCLA)** et publiée dans le « **Journal of Cancer Survivorship** » en 2017, a examiné la qualité de vie des survivants du cancer de la thyroïde à long terme. Les résultats ont montré que, bien que la majorité des survivants aient une qualité de vie satisfaisante, certains ont signalé des défis persistants tels que la fatigue, les troubles du sommeil et l'anxiété. Cette recherche souligne l'importance de suivre les survivants du cancer de la thyroïde à long terme pour fournir un soutien continu et des interventions ciblées.

Une étude publiée dans « **le Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism** » en 2016, « menée par des chercheurs **incluant Anne Laure Madec, Isabelle Borget, et Martin Schlumberger**, a utilisé le questionnaire MOS SF-36 pour évaluer la qualité de vie des patients atteints de cancer de la thyroïde à différents stades de la maladie. Les résultats ont montré que les patients atteints de cancer de la thyroïde avaient des scores de qualité de vie généralement similaires à ceux de la population générale, mais des scores plus bas dans les domaines de la santé mentale et de la fonction sociale. Cette étude met en lumière les défis spécifiques auxquels sont confrontés les patients atteints de cancer de la thyroïde en matière de santé mentale et de bien-être social.

D'après **Singer et al. (2016)** les défis psychosociaux auxquels sont confrontés les patients atteints de cancer de la thyroïde et leur impact sur la qualité de vie. Les résultats ont montré que les patients rapportaient des niveaux élevés de détresse émotionnelle, de préoccupations liées à la maladie et d'anxiété concernant le suivi médical. Ces facteurs ont été associés à une altération significative de la qualité de vie, tant sur le plan physique que psychologique.

On rajoute l'étude de **Husson et al. (2016)** qui ont évalué la qualité de vie des survivants de cancer de la thyroïde à long terme, en se concentrant sur les aspects physiques, émotionnels et sociaux. Les résultats ont montré que les survivants rapportaient des problèmes persistants liés à la fatigue, à l'anxiété et à la gestion des changements physiques, ce qui indique une altération significative de leur qualité de vie.

Une autre étude empirique de **Tagay et al. (2015)** a examiné la qualité de vie des patients atteints de cancer de la thyroïde. Les résultats ont montré que les patients rapportaient des altérations significatives de leur qualité de vie physique et psychique, notamment des problèmes de fatigue, de douleur et d'anxiété.

Gamper et al. (2013) ont examiné la qualité de vie des patients après le traitement du cancer de la thyroïde. Les résultats ont montré que les patients rapportaient des altérations significatives de leur qualité de vie physique et psychique, notamment des symptômes de fatigue, des limitations dans les activités quotidiennes et des préoccupations concernant la récurrence de la maladie. Ces résultats suggèrent que le cancer de la thyroïde peut avoir un impact durable sur la qualité de vie des survivants, même après le traitement. Donc les chercheurs ont pu confirmer notre hypothèse.

Pour finir **Mols et al. (2006)** après une étude longitudinale a évalué la qualité de vie des patients atteints de cancer de la thyroïde à différents stades de la maladie, y compris après le traitement. Les résultats ont montré que les patients rapportaient des altérations significatives de leur qualité de vie physique et psychique, en particulier des problèmes liés à la fatigue, à la gestion des symptômes post-traitement et à l'adaptation aux changements physiologiques. Cette étude souligne l'impact persistant du cancer de la thyroïde sur la qualité de vie des patients même après la fin du traitement.

Synthèse

Dans ce chapitre nous avons fait une présentation et analyse pour chaque cas, nous avons constaté que les personnes de notre groupe d'étude présentent une bonne qualité de vie psychique par rapport à la qualité de vie physique.

En final, nous sommes arrivées à la confirmation de notre hypothèse que nous avons supposée au début de notre travail de recherche.

Conclusion générale

Conclusion

Nous touchons maintenant à la fin de ce modeste mémoire qui a duré près d'un an. Dans cette étude, nous nous sommes penchées sur la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien, une maladie qui peut avoir un impact significatif sur leur bien-être physique et psychologique. On a observé que la qualité de vie est une notion complexe, influencée par divers facteurs tels que le type de traitement, les symptômes ressentis et le soutien familial et social. Le dépistage précoce de ce type de cancer est crucial pour un traitement efficace et pour préserver la qualité de vie des patients. De plus, une prise en charge multidisciplinaire, incluant des professionnels de la santé mentale et des services de soutien, peut jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de cancer thyroïdien.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier l'hypothèse soulignée au début de la recherche, nous avons limité notre étude à cinq cas atteints de cancer thyroïdien, traité à l'hôpital FRANZ FANON. Nous avons utilisé la méthode clinique pour une analyse individuelle approfondie, combinant l'entretien clinique (semi-directif) pour recueillir les données nécessaires et le questionnaire (MOS-SF36) pour évaluer leur qualité de vie.

Dans cette étude, nous avons exploré la qualité de vie des personnes atteintes de cancer thyroïdien, ouvrant ainsi la voie à d'autres futures recherches dans ce domaine. Par exemple, des études pourraient se concentrer sur les stratégies d'adaptation des patients face à la maladie ou sur l'impact des traitements sur leur bien-être mental et physique. Ces recherches pourraient offrir de nouvelles perspectives pour améliorer le bien-être des personnes touchées par le cancer thyroïdien.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

- Almandoz, J. P., & Gharib, H. (2012). Hypothyroidism: Etiology, diagnosis, and management. *Medical Clinics of North America*, 96(2), 203-221.
- Angers, M. (s.d.). Méthode qualitative. Dans Bioy, A., Pedinielli, J. L., Roux, A., & Roux, A. (Éds.), *Dictionnaire de psychologie et de psychopathologie des comportements* (p. 24). Dunod.
- Antonia, Bioy, Marie-Carmen Castillo, et al. (2021). Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie, p. 24.
- Bacro, F. (2014). La qualité de vie approche psychologique. Rennes, p. 160.
- Barbaro, D., Londero, S. C., et al. (2005). Facteurs pronostiques dans le carcinome papillaire de la thyroïde : un examen rétrospectif des 196 cas. *European Journal of Surgical Oncology*, 31(6), 677-641.
- Borges-Martines, L. F., Pinto, L. C., Zantut-Wittmann, D. E., & Marui, S. (2006). Nodule de la thyroïde: diagnostic and therapeutic management. *Thyroid Research Journal*, 19(3), 150-158.
- (Chahraoui.k, les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie, 2021, p.181).
- Chiland, C. (2013). L'entretien clinique, p. 01.
- Chmielik, E., et al. (2018). Types de cancer thyroïdien : une mise à jour selon la classification de l'OMS. *Endokrynologia Polska*, 69(2), 117-129.
- Cooper, D. S., et al. (2006). Révision des directives de gestion pour les patients atteints de cancer différencié de la thyroïde. *Thyroid*, 6(2), 109-142.
- Durante, C., & Filetti, S. (2021). Carcinome folliculaire de la thyroïde: mise à jour sur la pathogenèse et la gestion. *European Journal of Endocrinology*, 184(6), 281292.
- (Evaluation de la qualité de vie .le groupe WHOQOL, 1994.)

- Faquin, W. C. (2008). Pathologie du cancer de la thyroïde. Clinique des pathologies chirurgicales, 1(1), 73-89.
- Formarier, M. (2012). qualité de vie. Dans les concepts en science infirmières (pp.260-262).
- Glenn, D. B. (2022). Thyroid gland. In Encyclopedia Britannica.
- Gras, D. (2009). L'intérêt de mesurer la qualité de vie dans les soins de santé. In Revues de Médecine et de Santé Publique, 13(1), 19.
- (Haute Autorité de Santé. Guide ALD 30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer de la thyroïde, mai 2010.).
- www.aps.dz/sante-science-technologie (consulté le 09/02/2024 à 15h).
- <https://www.e-cancer.fr>. Les différents stades du cancer thyroïdien. (Consulté le 19/02/2024 à 13h).
- <https://www.Lillyoncologie.fr/cancer-de-la-thyroide/diagnostic>. (Consulté le 14/02/2024 à 13h30).
- (<https://www.sfendocrino.org>). (consulté le 10/0/2024 à 9h).
- Imam, S., & Ahmad, M. (2016). Thyroid gland, anatomy and function. In Journal of Anatomy and Physiology Studies.
- Institut national du cancer. (2013). Les traitements des cancers de la thyroïde. Collections guides patients, juillet.
- Institut national du cancer. (2015). Qu'est-ce qu'une thérapie ciblée. Collection guides patients, janvier.
- Kierszenbaum, A. L., & Tres, L. L. (2016). Histologie et biologie cellulaire : une introduction à la pathologie (2e éd.). Philadelphie, Pennsylvanie : Elsevier Saunders.

- Krüger, M., Schmid, K. W., & Musholt, T. J. (2019). Thyroid cancer: current diagnosis, classification and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(47), 837-844.
- Lagache, D. (1949). *La méthode clinique*. Dans Fernandez, A., & Pedinielli, J. L. (Eds.), *Psychologie clinique: Concepts, méthodes et outils* (p. 14).
- Mackeigan, L. D., Pathak, D.S. (1992). Overview of health-related quality-of-life-measures. *American journal of hospital pharmacy*, 49(9), 2236-2245.
- Mercier, S., & Schraub, S. (2005). Qualité de vie : quels outils de mesure ? 27^e journées de la société française de Sérologie et de pathologie mammaire, Deauville, pp. 418-423.
- Montreuil, M., et al. La qualité de vie ou l'intérêt de la subjectivité de l'opinion individuelle. In *Les différents aspects conceptuels de la QV*, p. 138.
- Onco-Occitanie, réseau régional de cancérologie. (2020). *Référentiel de biologie moléculaire*.
- Prete, A., et al. (2020). Update on fundamental mechanisms of thyroid cancer. *Frontiers in Endocrinology*, 11, 102.
- Sillamy, N. (2003). *Méthodes de recherche en psychologie* (2^e éd.). p.169. Dunod,
- Sophie, A., et al. (2019). *Les méthodes qualitatives*. Presses Universitaires de France, p. 128.
- Thirion, X., De Moor, V., Letiesche, M. R., & Hanson, P. (2006). Tyrosinosis: A comprehensive review. *European Journal of Internal Medicine*, 17(4), 267-272.
- Trmalloni, S. (2011). *Physiologie des cellules folliculaires thyroïdiennes*. In *Revue de Biologie*.

- Uçal, Y. O., & Özpınar, A. (2020). Carcinome anaplasique de la thyroïde : pathogenèse, diagnostic et traitement. *Journal de la chirurgie de la thyroïde et de la parathyroïde, 33 (4), 249-255.
- Wemeau, J. L. (2012). Physiologie de la thyroïde. In Encyclopédie MédecineChirurgicale Endocrinologie-Nutrition.

Annexes

Annexe 1: Guide d'entretien

Axe 1 : Identification personnelles

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quel est votre profession ?
- Quel est votre situation matrimoniale ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

Axe 2 : Les informations concernant le cancer thyroïdien

- Depuis combien de temps avez-vous été diagnostiqué avec un cancer thyroïdien?
- Pouvez-vous décrire comment le diagnostic de cancer thyroïdien a affecté votre vie quotidienne ?
- Quels sont les symptômes ou les effets secondaires les plus significatifs que vous avez ressentis depuis le diagnostic ?
- Quel type de traitement avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement pour votre cancer thyroïdien ?
- Comment gérez-vous les défis physiques et émotionnels liés à votre cancer thyroïdien ?

Axe 3 : Les informations concernant le soutien social et familial

- De quelle manière votre famille et vos amis vous soutiennent-ils depuis que vous avez été diagnostiqué ?
- Avez-vous accès à des ressources ou à des groupes de soutien pour les personnes atteintes de cancer thyroïdien ?
- Comment votre relation avec vos proches a-t-elle évolué depuis le diagnostic ?

Axe 4 : Les informations concernant la qualité de vie

- Comment votre état de santé actuel affecte-t-il votre capacité à mener une vie normale ?
- Quels aspects de votre qualité de vie ont été les plus impactés depuis que vous avez été diagnostiqué ?
- Y a-t-il des domaines spécifiques où vous ressentez le besoin d'un soutien supplémentaire pour améliorer votre qualité de vie ?

Annexe 2: Le questionnaire généraliste SF-36

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

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise

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

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

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

Pire qu'il y a un an ___

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 des limites au type de travail 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 que d'habitude ?		

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre Etat physique ou mental ont 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

a. Etiez-vous très nerveux ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. Etiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

Tout le temps très souvent parfois peu Souvent jamais

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

Tout le temps très souvent parfois peu souvent Jamais

d. Aviez-vous beaucoup d'énergie ?

Tout le temps Très souvent parfois peu souvent jamais

e. Etiez-vous triste et maussade ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. Aviez-vous l'impression d'être épuisé ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. Etiez-vous quelqu'un d'heureux ?

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. Vous êtes-vous senti fatigué(é) ?

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

Table des matières

Résumé	I
Abstract	II
Remerciements	III
Dédicaces	V
Liste des abréviations	VI
Liste des tableaux	VII
Liste des figures	VIII
Liste des annexes	IX
Table des matières.....	X
<i>Introduction générale</i>	13
1. Problématique.....	3
2. Hypothèse :.....	7
3. Définitions des concepts :.....	7
4. Opérationnalisation des concepts :.....	8
5. Raisons de choix du thème :.....	10
6. Objectifs de recherche :.....	10
<i>Chapitre 02 : Le cancer thyroïdien</i>	11
1. La définition de la thyroïde	11
2. Anatomie, Histologie et physiologie de la glande thyroïde	11
2.1. Anatomie de la glande thyroïde.....	11
2.2. Histologie de la glande thyroïde.....	12
2.3. Physiologie de la glande thyroïde.....	13
3. Les pathologies de la glande thyroïde	14
3.1. Le goitre simple.....	14
3.2. Les nodules thyroïdiens	14
3.3. L'hypothyroïdie	15
3.4. L'hyperthyroïdie	15
3.5. Le cancer de la thyroïde	15
4. Symptômes du cancer thyroïdien	15

5. Facteurs de risque :.....	16
6. Les types du cancer thyroïdien	17
6.1. Cancer papillaire.....	17
6.2. Cancer folliculaire	18
6.3. Cancer anaplasique.....	18
6.4. Cancer médullaire.....	19
7. Diagnostic du cancer thyroïdien.....	19
7.1. La consultation avec le médecin.....	19
7.2. Les principaux examens	19
7.3. Les examens complémentaires	20
8. Les différents stades du cancer thyroïdien	21
9. Traitement du cancer thyroïdien.....	21
9.1. La chirurgie.....	21
9.2. L'irathérapie.....	22
9.3. L'hormonothérapie	22
9.4. La radiothérapie externe	22
10. Le suivi médical après le traitement.....	23
10.1. Le bilan de fin du traitement	23
10.2. Le suivi à long terme	23
Synthèse.....	24
Préambule	25
1. Définition de la qualité de vie	25
2. Histoire et évolution	25
3. Les conceptions et les composantes de la qualité de vie	26
3.1. Aspects subjectifs	26
3.2. Aspects objectifs.....	27
4. Les domaines de la qualité de vie.....	27
4.1. Le domaine psychologique de la qualité de vie.....	27
4.2. Le domaine physique de la qualité de vie.....	28
4.3. Le domaine social de la qualité de vie.....	28
5. Les différents outils de mesure de la qualité de vie	28
5.1. L'entretien psychologique	29

5.2. Les outils psychométriques	29
6. Les instruments de mesure de la qualité de vie	29
6.1. Les questionnaires génériques :	29
6.2. Les questionnaires spécifiques :	30
7. L'intérêt de mesurer la qualité de vie.....	30
8. Les approches de la qualité de vie	30
8.1. Approche psychologique	30
8.2. Approche médicale	31
8.3. Approche politique et sociale	31
8.4. Approche économique.....	31
9. La qualité de vie liée à la santé.....	31
10. Qualité de vie et cancer thyroïdien.....	32
10.1. Accompagnement et soins complémentaires.....	32
10.2. Soutien psychologique.....	32
10.3. La vie intime et sexualité.....	32
10.4. La fertilité	33
11. La Qualité de vie dans le domaine de la cancérologie.....	33
Synthèse.....	34
<i>Partie pratique</i>	35
<i>Chapitre 04 : Méthodologie de la recherche</i>	36
Préambule	35
1. Les limites de la recherche.....	35
2. Méthode de recherche	35
4. Présentation des groupes de recherche	39
4.1. Critères d'inclusion :	39
4.2. Critères d'exclusion :	39
5. Présentation des caractéristiques de l'échantillon étudié :	40
6. Les outils de recherche	40
6.1. L'entretien de recherche	41
6.2. Questionnaire MOS-SF36	42
7. Le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête.....	46
7.1. La pré-enquête	46

7.2. L'enquête	47
8. Déroulement de la recherche	48
9. Attitude de chercheur	48
10. Les difficultés rencontrées	49
Synthèse.....	50
Préambule	51
1. Présentation et analyse de l'entretien et le questionnaire MOS-SF36	51
1.1. Présentation du cas d'Ilyes.....	51
Synthèse du cas.....	53
1.2. Présentation du cas de Salim :	53
Synthèse du cas.....	56
1.3. Présentation du cas de Safia :	56
Synthèse du cas.....	58
1.4. Présentation du cas de Sabrina	58
Synthèse du cas.....	61
1.5. Présentation du cas de Hedaya:	61
Synthèse du cas.....	63
2. Discussion des hypothèses :	63
Synthèse.....	68
Conclusion.....	69
Références bibliographiques	
<i>Annexes</i>	75

Résumé

Cette recherche intitulée « la qualité de vie chez les personnes atteintes du cancer thyroïdien », a pour but d'évaluer leur qualité de vie. La problématique par conséquent est la suivante ; le cancer thyroïdien perturbe la qualité de vie chez les personnes atteintes, ce qui traduit par une qualité de vie globalement négative.

Cette étude a concerné 05 cas qui sont sélectionnés au sein de l'hôpital Franz Fanon service ORL, de Bejaïa. Pour réaliser cette recherche nous avons opté la méthode clinique dont nous avons utilisé l'entretien clinique (semi-directif), et l'échelle générale MOS SF-36, qui mesure la qualité de vie

D'après les résultats qu'on a obtenus à travers notre étude avec notre groupe de recherche, on a constaté que le cancer thyroïdien exerce une influence négative sur la qualité de vie psychique et physique des personnes atteintes.

Mots clés: la qualité de vie, la santé physique, la santé mentale, le soutien sociale, le soutien familiale, la glande thyroïde, cancer thyroïdien, thyroïdectomie totale.

Abstract

This research, entitled « quality of life in people with thyroid cancer », aims to evaluate their quality of life. The problem is therefore as follows; Thyroid cancer disrupts the quality of life in affected individuals, resulting in an overall negative quality of life.

This study concerned 05 cases which were selected within the Franz Fanon ENT department hospital in Bejaïa. To carry out this research we opted for the clinical method of which we used the clinical interview (semi-directive), and the general MOS SF-36 scale, which measures quality of life.

According to the results obtained through our study with our research group, we found that thyroid cancer has a negative influence on the psychological and physical quality of life of affected people.

Keywords: quality of life, physical health, mental health, social support, family support, thyroid gland, thyroid cancer, total thyroidectomy.

