



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du
Diplôme de master en orthophonie

Option : Pathologies du langage et de la communication

Thème

**La qualité de vie chez les patients
ayant subi une laryngectomie totale**

Réalisé par :

HARA khellaf

KENOUCHE Salim

Encadré par :

M^{me} MEKHOUKH Halima

2020/2021

REMERECIEMENTS

Tout d'abord nous aimerons remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir

*Données le courage, la patience et la volonté afin D'aboutir à
l'accomplissement De ce travail.*

*Un remerciement adressé à Mme MEKHOUKH Halima pour le temps
précieux qu'il nous a consacré pour son orientation, encadrement et sa
disponibilité durant tout le parcours de notre recherche*

*Un immense merci s'adresse à tous nos sujets de recherche, qui nous a
donnés leurs temps et sans eux ce travail de recherche n'aurait pas pu être
réalisé.*

*On remercie le personnel de CHU Tizi Ouzou, le personnel du service
ORL et en particulier la coordinatrice des orthophonistes M^{me} LOUMANI
et les deux maitres de stages M^{me} HAFED et M^{me} GUETTOUCHE pour
leurs accueils chaleureux, soutien et sympathie.*

*Nous remercions tous les membres de jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à
notre recherche en acceptant d'examiner notre travail et l'enrichir par
leurs propositions.*

*Et également, le personnel de la bibliothèque de la faculté des sciences
Humaines et Sociales. Pour leurs disponibilités le plus sincères.*

*Nous remercions l'Association Culturelle de Tamazight L'Bachir Amellah
pour son inestimable aide et soutien.*

*En fin nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont
contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, et qui nous ont
encouragés et soutenu à tout moment dans la réalisation de ce projet de
recherche.*

Dédicaces

*Je dédie ce modeste travail à ma chère mère qui n'a pas cessé de
m'encourager*

À mes frères : Chabane, Nabil, Akli, Arezki pour leur encouragement

*À mes sœurs : Mira, Karima, Sabrina qui m'ont souhaité aussi un
encouragement*

À ma femme pour son encouragement et son soutien moral

À mes amis sans exception, surtout Hichem pour son aide précieux

À mon binôme avec qui j'ai partagé des moments inoubliables

KENOUCHE Salim

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à mes chers parents pour leur encouragement et leur soutien tout au long de mon parcours universitaire.

À mes chers frères : Amirouche, Walid et mon petit frère Yassir.

À mes chers amis en particulier : Sylia, Hichem, Amel, Wissem, Sadek, Hafit, Amirouche, Hakima , Chafia , Douadi, Nabil, Slimane, Yacine, Bachir et Nassim Pour leur soutien moral et encouragement.

A mon binôme Salim avec qui j'ai passé des moments inoubliables durant mon parcours universitaire et surtout dans la réalisation de ce travail.

À toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin pour la réalisation de ce travail.

Je dédie ce travail à toute ma famille

HARA Khellaf

Sommaire

Introduction générale -----	01
Problématique et hypothèses -----	05
Opérationnalisation des concepts clés -----	06

Partie théorique

Chapitre 1 : la voix, larynx et laryngectomie totale

Préambule

1. Définition de la voix -----	07
1.2 Les organes de la voix et son fonctionnement -----	10
2. Anatomie et physiologie du larynx -----	13
2.1. Anatomie du larynx-----	14
2.1.1. Les cartilages du larynx-----	14
2.1.2. Les membranes et ligament du larynx -----	17
2.1.3. Les articulations-----	19
2.1.4. Les étages du larynx-----	19
2.2. Physiologie du larynx-----	20
3. Laryngectomie totale -----	21
3.1. Cancer du larynx -----	21
3.2. L'étiologie du cancer du larynx-----	21
3.3. Symptômes du cancer du larynx-----	21
3.4. Diagnostic-----	22
3.5. Définition de laryngectomie totale -----	22
3.6. Traitements complémentaires -----	23
3.7. Conséquences de laryngectomie totale -----	24
3.8. La prise en charge -----	26
3.8.1. Le soutien psychologique -----	26
3.8.2. Réhabilitation vocale -----	26
3.8.2.1. La technique de la voix chuchotée-----	26

3.8.2.2	Technique tracheo-œsophagienne-----	27
3.8.2.3	La voix oro-œsophagienne -----	28
3.8.2.4.	Les prothèses externes et le principe d'utilisation -----	29
	Synthèse -----	31

Chapitre 2 : la qualité de vie

Préambule	-----	
1.	Origine du concept qualité de vie -----	33
2.	Définition de la qualité de vie -----	33
3.	Les domaines de la qualité de vie -----	35
3.1.	Dans le domaine de la politique-----	35
3.2.	Dans le domaine de l'économie-----	36
3.3.	Dans le domaine de la sociologie -----	36
3.4.	Dans le domaine de la santé -----	37
3.5.	Dans le domaine de la psychologie-----	37
4.	Les différents concepts -----	38
4.1.	Le bonheur -----	39
4.2.	La satisfaction de vie -----	39
4.3.	Le bien être subjectif -----	39
5.	Les indicateurs de la qualité de vie -----	40
6.	Les différentes mesures de la qualité de vie -----	40
7.	Les différentes approches de la qualité vie -----	41
	Synthèse -----	42

La partie pratique

Chapitre 3 : La méthodologie de recherche

Préambule		
1.	La pré-enquête -----	45
2.	La présentation du lieu de recherche -----	46
3.	La méthode de recherche utilisée -----	47

3.1. La méthode descriptive-----	47
3.2. Etude de cas-----	47
4. La présentation du groupe de recherche-----	48
4.1. Les critères d'inclusion et d'exclusion -----	48
5. La présentation des outils utilisés -----	49
5.1. L'entretien de recherche -----	49
5.2. Présentation du guide d'entretien-----	50.
5.3. Le questionnaire -----	51
5.4. La description du questionnaire-----	52
6. Les conditions générales de déroulement de la recherche -----	52
Synthèse -----	54

Chapitre 4 : Présentation, analyse et interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Interprétation des résultats de chaque cas -----	56
1. Interprétation générale -----	73
2. Discussion des hypothèses -----	74
Synthèse -----	76

Conclusion générale ----- 77

Liste bibliographique

Annexes

Résumé

Liste des abréviations

Abréviations	Signification
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement
CIH	Classification Internationale de Handicap
HV	Handicap Vocal.
LT	Laryngectomie Totale.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
QDV	Qualité de Vie.

Liste des figures

Figures	Titres	Page
Figure N°1	Les organes de la voix avant l'intervention	13
Figure N°2	Cartilage thyroïde	14
Figure N°3	Cartilage cricoïde	15
Figure N°4	Cartilage aryténoïde droite	16
Figure N°5	Cartilage épiglottiques	16
Figure N°6	Les membranes et ligaments	18
Figure N°7	Le larynx	20
Figure N°8	les organes de la voix après l'intervention	23
Figure N°9	l'implant phonatoire	28
Figure N°10	laryngophone (vibrateur externe)	30

Liste des tableaux

Tableau	Titre	page
Tableau N°1	Tableau représentatif de groupe de recherche	49
Tableau N°2	Tableau récapitulatifs des cas de notre groupe de recherche	73

Introduction générale

Introduction générale

Le cancer du larynx représente une pathologie parmi les plus fréquentes ces dernières années au service cancérologie, son traitement nécessite une intervention chirurgicale de type la laryngectomie totale « LT » si la tumeur est propagée sur les différents organes du larynx. Les modifications anatomiques et physiologiques liées à cette chirurgie perturbent l'image corporelle du patient. Ces modifications sont rendues visibles par la présence du trachéostome.

De ce fait, La laryngectomie totale peut induire un sentiment de perte d'autonomie, l'entretien et la toilette du matériel représentent un nouvel apprentissage pour lequel un accompagnement, au moins dans un premier temps, est requis. Plus contraignant, la voix de substitution peut n'être maîtrisée que plusieurs mois après l'opération. Certains ne l'acquerront pas et communiqueront en voix chuchotée ou par des modes de communication alternatifs comme l'écriture ou les gestes. Certaines situations de conversations semblent difficiles pour le patient comme répondre au téléphone et dans le bruit.

De plus, la LT modifie les habitudes du patient dans sa vie sociale. Cette opération influe sur les relations qu'entretient le patient avec sa famille ou son entourage. Par incapacité ou par peur de ne pas être compris ou écouté, ainsi, le patient peut se voir préférer le silence au dialogue.

Cependant, la qualité de vie risque alors d'être altérée. Les conséquences physiques d'une laryngectomie totale et de ses traitements complémentaires sont nombreuses, les contacts sociaux deviennent difficiles voir impossibles dans certains cas, les réactions émotionnelles sont décuplées et peuvent engendrer des modifications comportementales susceptibles d'entraîner ou d'accentuer la prise de distance de l'entourage.

Dans notre recherche, portée sur « *la qualité de vie chez les personnes ayant subi une laryngectomie totale* », on a choisit comme terrain d'étude le CHU de tizi ousou est plus précisément le service de rééducation orthophonique où nous avons pris contact avec les patients répondant aux caractéristiques de notre groupe d'étude pour réaliser un entretien avec eux, ainsi que la passation du questionnaire de qualité de vie spécifique a la laryngectomie totale, tout en s'appuyant sur la méthode descriptive de type étude de cas.

Introduction générale

Premièrement, la partie théorique est divisée à son tour en deux chapitres ; le premier intitulé la voix, larynx et laryngectomie totale. Ce chapitre expose des différents organes de la voix et du larynx, une définition de laryngectomie totale, ses conséquences et complications ainsi que les techniques de réhabilitation vocale. le deuxième chapitre est consacré pour la qualité de vie et son évaluation, où nous avons commencé par une petite aperçue historique sur l'origine et la genèse du concept, puis les différentes définitions selon OMS et certaines auteurs, ce chapitre contient les indicateurs, approches et les outils de mesures de la qualité de vie. Ensuite, nous nous sommes intéressés à la partie pratique qui se compose de deux chapitres ; le premier chapitre porte sur la méthodologie de recherche que nous avons suivi tout au long de la réalisation de notre recherche à savoir ; la démarche qualitative, les deux outils d'investigation, la présentation du groupe de recherche et le lieu de recherche, et enfin les condition de déroulement de l'étude ainsi que les difficultés qu'on a rencontré durant la concrétisation de notre projet d'étude. De ce fait, notre travail à lieu avec un groupe de recherche composé de huit cas. et pour la récolte des données nous avons opté à l'utilisation de deux technique d'investigation qui sont le guide d'entretien qui contient quatre axes et l'auto-questionnaire spécifique à la qualité de vie des patients laryngectomisés de Mathilde Clay en 2015, puis ce dernier a été révisé en 2018 par Daphnée Dumortier qui est reparti en 9 axes. En dernier, nous avons consacré notre dernier chapitre à la présentation, analyse et interprétation des résultats ainsi que discussion des hypothèses, en essayant d'apporter une réponse à notre problématique posée au début de notre travail pour enfin, terminer par une conclusion qui synthétise les résultats obtenus, et ouvre des nouvelles perspectives sur la thématique.

Problématique et hypothèses

Problématique

La laryngectomie totale est une opération mutilante qui consiste en l'ablation totale du larynx suite à un cancer de ce dernier, et qui entraînera la perte totale de la voix et qui dit la perte totale de la voix dit la perte du moyen le plus important de la communication.

Le taux d'incidence du cancer du larynx en Algérie est de 4,4%. Selon Pr Bitouche Smaili, le taux du cancer du larynx en Algérie est plus élevé que celui enregistré en Europe qui est de l'ordre 3%. (La dépêche de Kabylie ,2009).

Billroth est le premier qui a pratiqué la laryngectomie totale en 1873 .il a posé le problème : comment redonner une voix en l'absence du larynx ?

Aujourd'hui, le seul moyen réellement satisfaisant de réhabilitation vocale après la laryngectomie totale est assurément l'acquisition d'une voix sans larynx. (Le Huche, Allali 2010).

Cette intervention chirurgicale peut engendrer des répercussions physiques, psychiques et sociales sur la qualité de vie des patients laryngectomisés.

Selon l'OMS la qualité de vie « comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (Bonardi et al, 2002 p.207).

En Maroc, Une étude montre que la laryngectomie totale a considérablement un impact à la fois physique, psychique et social sur la qualité de vie des patients laryngectomisés et le besoin vocal constitue le problème majeur des ces patients.et la nécessité de la prise en charge psychologique suite à la non acceptation de la modification anatomique des patients. (Moukaouim, 2019).

Une autre étude faite par Biet en 2009 avec 52 patients montre que le handicap vocal n'est pas le facteur principal d'altération de la qualité de vie des patients. D'autres éléments comme la présence de la trachéostomie entrent en jeu.

En France, une étude réalisée par Delahaye, R, Tessier ch. en 2007 avec 37 patients ont constaté l'absence de corrélation entre la qualité de vie, le handicap vocal, et la qualité perceptive de la voix.

Problématique et hypothèses

En Algérie, une étude réalisée par Bassim, R et Ouarda, Z en 2019 sur un cas de 69 ans qui a subi une laryngectomie totale montre qu'il a un niveau moyen de qualité de vie avec un fort impact sur le coté sociale du patient et la présence du trouble sensoriel (le goût et l'odorat) ainsi que au niveau de la parole et de la communication.

Une autre étude faite en 2015 au CHU du Tlemcen par Kacimi, A et Mahiddine, T sur 14 patients laryngectomisés montre que même si ils souffrent de difficultés physiques, fonctionnelles et psychiques. La majorité d'entre eux arrivent à vivre une vie presque normale et estiment que leur QDV est bonne et ceci est dû à la foi en ALLAH puisque ils considèrent que cette nouvelle vie (après l'intervention) est un destin qu'ils doivent accepter et auquel il faut s'adapter.

Notre travail a pour but de montrer l'effet et l'influence de l'handicap vocal sur la qualité de vie des patients ayant subi une ablation totale du larynx.

Et pour répondre a notre question et mener bien notre travail ; on a opté pour l'approche cognitivo-comportemental, qui nous semble la plus adéquate, pour aborder et traiter notre thème de recherche, puisque elle porte une grande valeur quant à l'explication du comportement observable, aux cognitions, aux pensées et aux sentiments des sujets souffrant, et elle s'intéresse aux lois d'apprentissage qui caractérise l'ensemble des êtres vivants. Et on a utilisé comme outils de recherche un guide d'entretien qui contient des informations personnelles et le questionnaire d'auto-évaluation de la qualité de vie après laryngectomie totale de Mathilde Clay et al... 2015 révisé en 2018 par Daphnée Dumortier. Pour la récolte des données, la description des cas on a opter pour la méthode d'étude de cas afin de répondre à nos questions de recherche suivantes :

Question générale

- Quel est l'effet du handicap vocal sur la qualité de vie chez les patients ayant subi une laryngectomie totale ?

Question secondaire

- Les patients avec une voix de substitution ont-ils une qualité de vie satisfaisante ?

Hypothèse générale :

- Le handicap vocal perturbe la qualité de vie chez les personnes ayant subi une laryngectomie totale.

Problématique et hypothèses

Hypothèse secondaire

- Les personnes avec une voix de substitution ont une qualité de vie bonne.
- Les personnes qui n'ont pas une voix de substitution ont une mauvaise qualité de vie.

Opérationnalisations des concepts

Qualité de vie : est un concept vaste peut être défini de nombreuses façons, c'est un concept pluridisciplinaire qui est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs ; psychologique, social, économique et politique, un concept multidimensionnel qui comporte plusieurs champs (bonheur, bien être subjectif, objectif (matériel), et satisfaction de vie) qui sont difficilement dissociables (on ne peut pas les évaluer isolément)

Il existe plusieurs indicateurs pour mesurer la QDV, on trouve comme exemple l'indicateur sommeil (celui qui dort bien il a une bonne QDV, et celui qui ne dort pas bien sa QDV est jugée mauvaise).

Laryngectomie totale : La laryngectomie totale est une opération au niveau du cou proposée au patient face à un cancer du larynx, qui consiste à enlever complètement le larynx .qui va engendrer des modifications anatomiques. (Présence de trachéostomie).

Voix : c'est une capacité ou la faculté d'émettre un son, qui est produit par la bouche et résultant de la vibration des cordes vocales, sous la pression de l'air expiré.

Handicap vocal: perte totale et définitive de la voix, et la perte d'un outil le plus important de la communication sociale.

Partie Théorique

Chapitre I : La voix, le Larynx et laryngectomie totale

Préambule

La voix est la capacité qui possède l'être humain pour communiquer et d'exprimer ses émotions. Ce dernier à fait toujours appel à cet outil dans sa vie quotidienne. Elle est produite grâce à la mobilisation de plusieurs organes supérieurs et inférieurs de l'appareil vocal.

1- Définition de La voix

Souffle sonorisé par le larynx, amplifié et modulé par les cavités de résonance sus – laryngées, ayant toutes les caractéristiques du son : hauteur ou fréquence registre (voix haute, aiguë, ou basse, grave), intensité (voix fort ou faible), timbre ou fourniture harmonique (la voix sourde ou stridente, claire ou sombre), modulation (voix monocorde ou modulée), rythme, débit ou vitesse d'émission. Normalement, le son laryngé primaire est fourni par la vibration des cordes vocales, mais il arrive que la voix ne puisse plus être produite ainsi et une voix de compensation peut être apprise et/ou améliorée en rééducation orthophonique. (Brin et al., 2004, p.278).

Selon docteur Ormezzano, La voix est « *une extension de soi dans l'espace alentours* » elle est aussi « *une partie interne de notre personnalité, vecteur de notre parole, de nos émotions et de notre personnalité* ». Pour Giovanni « *l'expression de l'émotion est largement vocale (peur, colère, tristesse, surprise etc.) Mais la voix donne aussi des indications sur la personnalité* ». (Cité dans Giovane, 2012. P. 12).

D'après ces citations la voix est un outil essentiel de la communication mais aussi a un lien avec notre personnalité et nos émotions. De ce fait, le décodage des émotions se fait par la voix que se soit au moment de la joie ou de la colère.

1-2- Les organes de la voix et son fonctionnement

La production de la voix laryngée se fait grâce à la mobilisation de plusieurs organes. On peut sélectionner les poumons, les diverses modalités du geste respiratoire, souffle pulmonaire, souffle phonatoire, la trachée, pharynx, bouche voile de palais et le larynx.

Poumons

Les poumons sont des sacs remplis d'air, contenus dans la poitrine. Ils servent en premier lieu à assurer la respiration vitale avec oxygénation du sang et rejet de gaz

carbonique. Ils ont divisés en sacs en sacs plus petits appelés alvéoles pulmonaires. L'air que nous respirons pénètre dans les alvéoles pulmonaires par les bronches.

La respiration résulte de deux mouvement successifs répétés (inspiration/ expiration) assurant le renouvellement constant de l'air contenu dans les poumons. À l'inspiration, la cage thoracique se dilate, sous l'action des muscles inspireurs et en particulier celle du muscle diaphragme qui s'abaisse, ce qui provoque un afflux d'air dans les poumons.

Le diaphragme est une épaisse lame musculaire en forme de dôme qui coiffe les viscères de l'abdomen, sur le schéma il est représenté juste au-dessous des poumons par une ligne concave vers le bas. À l'expiration (dans la respiration calme), la cage thoracique et le diaphragme reviennent à leur position de repos, de telle sorte que l'air s'échappe par le nez. Ce mouvement se produit dès que les muscles inspireurs se décontractent, sous l'influence de la force d'élasticité des poumons. (Le Huche & Allali, 2020, p.31)

Les diverses modalités du geste respiratoire

La façon de respirer varie selon les circonstances.

Si l'on est calme et reposé, la respiration est plutôt abdominale ou plus exactement abdomino-thoracique inférieure. C'est le diaphragme qui est le principal moteur de ce mode respiratoire. En cas d'émotion (heureuse ou malheureuse !) ou d'excitation psychologique, la respiration devient plutôt thoracique supérieure : la poitrine se soulève à l'inspiration et s'abaisse à l'expiration.

En cas d'essoufflement, la respiration fait appel au mouvement d'extension / flexion vertébrale, reconnaissable au fait que le dos s'arrondit légèrement à l'expiration et se redresse à l'inspiration suivante.

Rien d'anormal dans tout cela, et il n'y a pas lieu de penser comme on le fait souvent que la respiration abdominale est la seule qui soit normale.

De plus, la respiration s'ajuste normalement aux besoins respiratoires de manière automatique. Respirer à fond deux ou trois fois par moment comme on s'étire au réveil peut être une bonne chose, mais il ne faudrait pas que cela devienne une habitude. (Le Huche & Allali, 2020, p.32).

Souffle pulmonaire

L'air chassé activement des poumons s'appelle « souffle pulmonaire ». À l'état naturel, (avant l'intervention) les poumons servent non seulement à respirer mais aussi réservoir d'air pour souffler, parler, chanter, siffler, tousser, sentir, renifler.

Toutes ces actions utilisent en effet le courant d'air expiratoire (sauf les deux dernières). Mais contrairement à ce qui se passe dans la respiration (du moins dans la respiration calme) l'air est ici chassé des poumons activement, par l'action des muscles expirateurs. (Le Huche & Allali, 2020, p.32).

Souffle phonatoire

La parole se fait, normalement, à partir du souffle pulmonaire qui prend alors le nom de souffle phonatoire.

De plus, le souffle phonatoire est sonorisé et articulé lors de son passage à travers le larynx et les divers organes articulatoires de l'arrière bouche et de la bouche, pour aboutir à la parole.

Comme pour la respiration vitale, le souffle phonatoire peut être abdominal. Dans ce cas, ce sont les abdominaux qui travaillent en resserrant l'abdomen sous le contrôle du diaphragme, comme on l'observe quand on dit les choses affirmativement, ou encore dans la voix d'appel. Il peut être thoracique supérieur. C'est ce qui a lieu dans la conversation tranquille. Il peut faire appel à la flexion (légère !) de la colonne vertébrale avec arrondissement du haut du dos. C'est ce qui arrive quand on proteste, on bougonne et aussi curieusement, quand on est surpris ou quand on s'émerveille. (Le Huche & Allali, 2020, p.32).

Trachée

Lors du souffle pulmonaire, l'air chassé des poumons sort par des tuyaux : les bronches, qui se réunissent en un tuyau vertical unique : la trachée. En haut, la trachée devient le larynx. (Le Huche & Allali, 2020, p.32).

Pharynx et bouche-voile du palais

Larynx débouche, en haut, dans le pharynx.

Le pharynx, « carrefour aéro-digestif », n'est rien d'autre, que la cavité de l'arrière-bouche ? C'est la cavité qui fait suite à la bouche, en arrière de la langue.

Le pharynx est communément désigné sous le nom de la « gorge », ou mieux de l'arrière gorge. Mais le mot de « gorge » est assez imprécis puisqu'il désigne aussi selon le cas le larynx, la partie antérieure du cou et, chez une femme, le haut de la poitrine. Lorsqu'on ouvre très grand la bouche, on aperçoit dans le fond, de chaque côté, les « piliers du voile du palais ». Ce sont des replis muqueux disposés verticalement. Séparés en bas par la base de la langue, ils se rejoignent en haut pour former comme une ogive. Du sommet de cette ogive pend la luette à ne pas confondre avec la glotte qui, rappelons-le, est l'espace compris entre les deux plis vocaux lorsqu'ils ne sont pas en contact.

Les piliers du voile du palais derrière lesquels on aperçoit les amygdales, forment avec la base de la langue, une sorte de rétrécissement appelé « isthme du gosier ». En avant de l'isthme du gosier c'est la bouche, en arrière c'est le pharynx.

Les parois latérales et la paroi postérieure du pharynx sont musculaires. La paroi antérieure est formée par la base de la langue (qui est aussi un muscle). Le pharynx est ainsi susceptible de se rétrécir d'avant en arrière et latéralement. Directement en haut le pharynx communique avec l'arrière nez (rhinopharynx) lorsque le voile du palais reste abaissé.

Le voile du palais peut s'imaginer comme une soupape qui en s'élevant empêche l'air et les aliments de passer par le nez. (Le Huche & Allali, 2020).

La voix en tant qu'organe dépend de la constitution anatomique et de la physiologie de l'ensemble des organes qui la constituent : appareil respiratoire résonateurs. La qualité de votre voix dépend du fonctionnement de la synergie entre le larynx et l'appareil respiratoire, engendrant une vibration à l'intérieur des cavités de résonance dans toute la région oro faciale et à la périphérie de la zone que l'on appelle couramment la gorge. (Augé, 2011. p. 62).

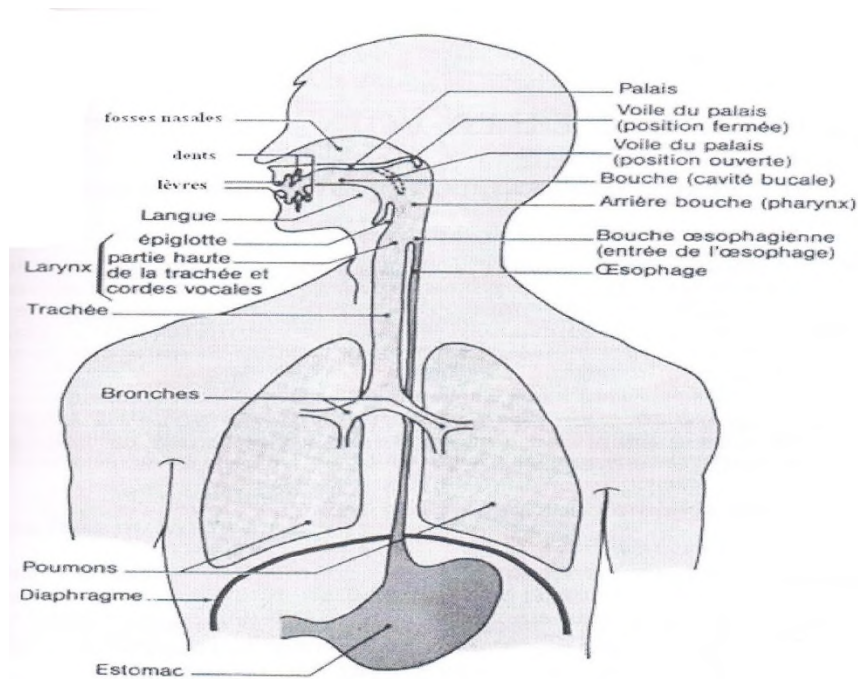


Figure1 : Les organes de la voix avant l'intervention (Le Huche & Allali, 2020)

2-Anatomie et physiologie du larynx

Le larynx est l'un des organes qui joue plusieurs rôles dans différents systèmes du corps humain, (respiration, déglutition, phonation et autres....) la personne atteinte le cancer de ce dernier à un stade avancé nécessite une intervention chirurgicale qui s'appelle laryngectomie totale.

2-1- Anatomie du larynx

Le larynx est un squelette cartilagineux, qui est relié par des ligaments et des lames aponévrotiques et par des muscles recouverts par une muqueuse. Ce dernier est un organe responsable de la voix dont lequel à l'intérieur se trouve des plis vocaux qui sont placés à l'extrémité supérieure de la trachée, l'un à gauche et l'autre à droite. En se rapprochant, ils peuvent vibrer grâce à l'action du souffle pulmonaire. (Le Huche & Allali, 2010).

2-1-1- Les cartilages du larynx

- **Cartilage thyroïde**

Est un cartilage formé de deux lames quadrilatères verticales, gauche et droite qui forment un angle dièdre ouvert en arrière de 90° environ chez les hommes et de 120° chez les femmes.

C'est pour cette raison la pomme d'Adam apparente chez les hommes. Il est le grand cartilage du larynx qui assure la protection des cordes vocales

Ce cartilage contient deux corn supérieurs et deux corn inférieure. Et ces derniers s'articulent avec le cartilage cricoïde.

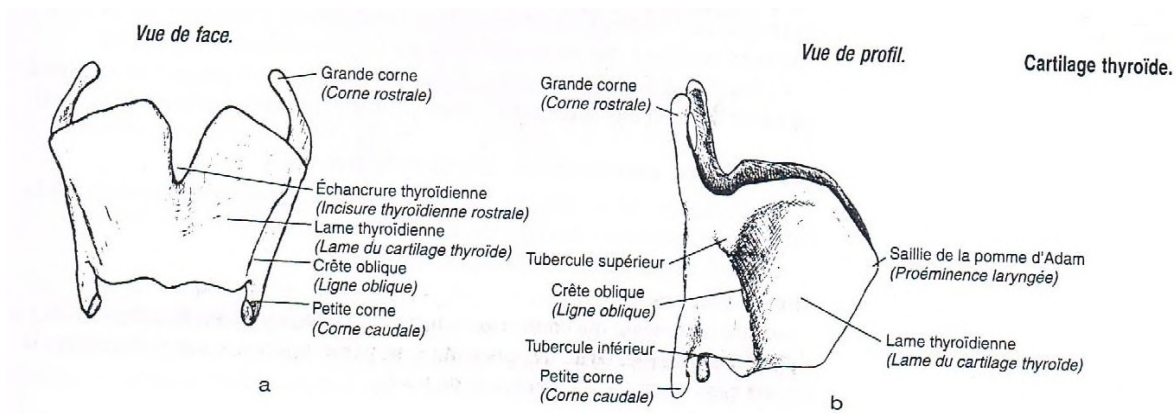
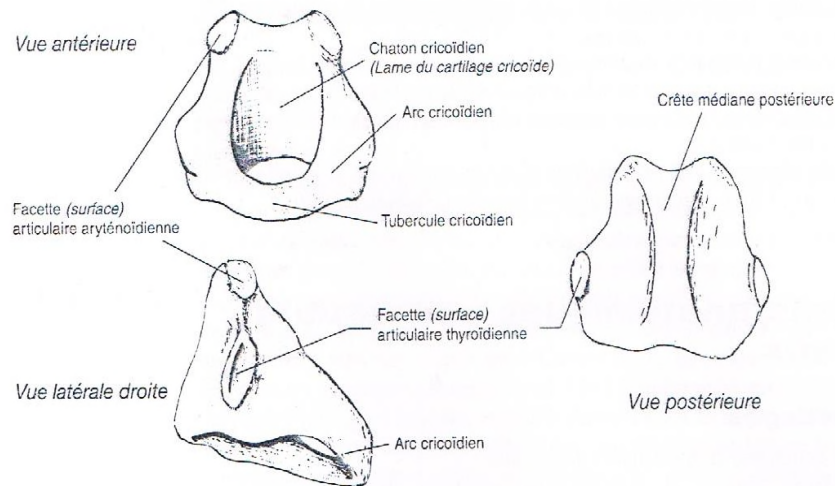


Figure2 : Cartilage thyroïde (Le Huche & Allali, 2010)

- **Le cartilage cricoïde**

Le cartilage cricoïde est le plus inférieur des cartilages, placé au-dessous du cartilage thyroïde avec lequel il s'articule, il a la forme d'une bague qui encercle entièrement les voies aériennes. (Le Huche & Allali, 2010).



Cartilage cricoïde.

Figure 3 : cartilage cricoïde (Le Huche & Allali, 2010)

- **Les deux cartilages aryténoïdes**

Sont des cartilages pairs et symétriques, ils ont la forme d'une pyramide à la base triangulaire. Ils ont une base qui repose sur le bord supérieur du chaton du cartilage cricoïde avec lequel elle s'articule (articulation crico-aryténoïdienne).

Latéralement deux processus :

Un processus musculaire où s'insèrent les muscles laryngés et vers l'avant un processus vocal sur lequel va s'insérer les cordes vocales (l'organe de la phonation). (Le Huche & Allali, 2010).

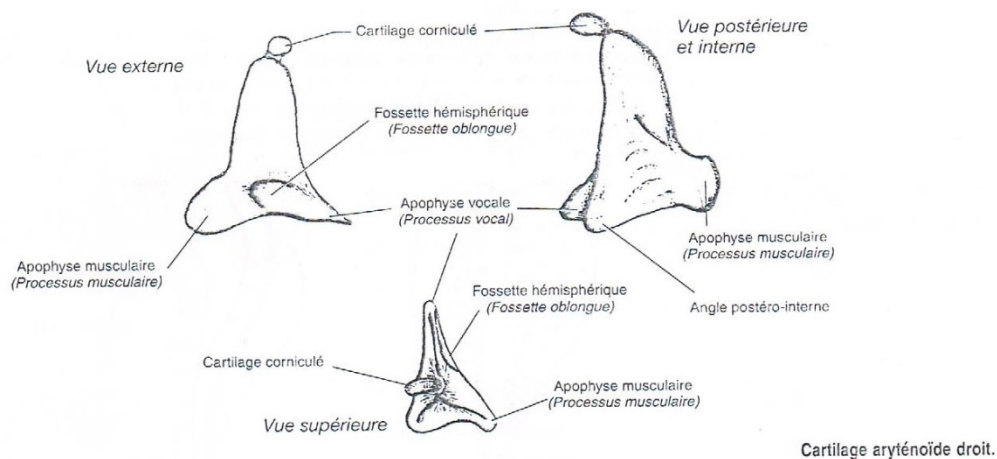


Figure 4 : cartilage aryténoïde droite (Le Huche & Allali, 2010)

- **Le cartilage épi glottique**

Est un cartilage souple et mince, l’extrémité supérieur est ovale et sa pointe inférieure relie dans l’angle rentrant du cartilage thyroïde grâce au ligament thyro-épiglottique.

Dans la face postérieure l’épiglotte est convexe en haut et concave dans sa partie inférieure.

Lors de la déglutition Joue un rôle dans la fermeture de l’orifice laryngé afin de protéger la voie aérienne. (Le Huche & Allali, 2010).

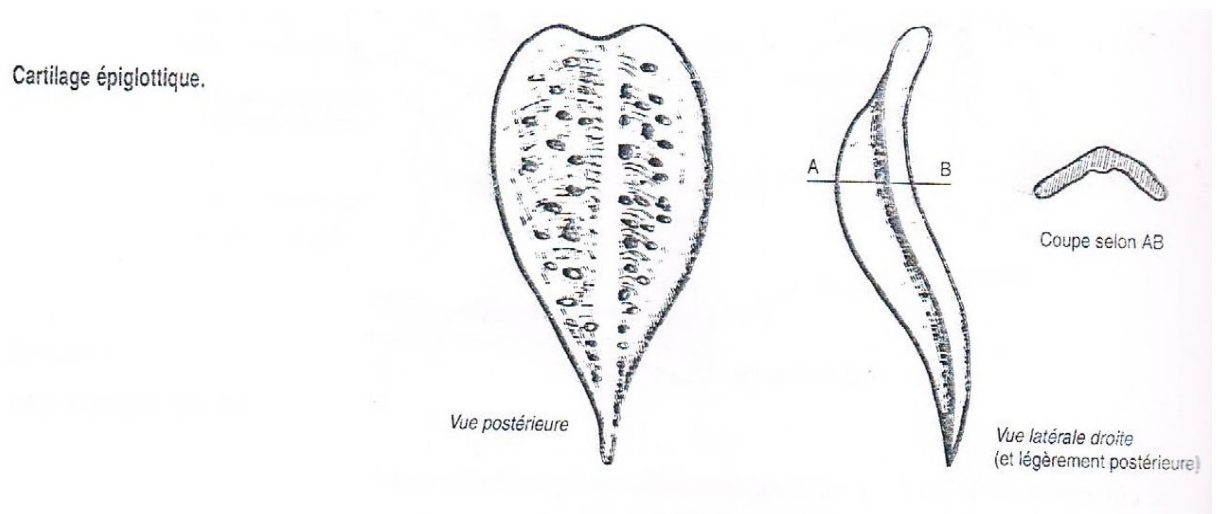


Figure5 : cartilage épi glottique (Le Huche & Allali, 2010)

2-1-2- Les membranes aponévrotiques du larynx et les ligaments qui les renforcent

- **Membrane thyro-hyoïdienne :**

Les membranes thyro-hyoïdiennes est tendue entre :

-en bas : le bord supérieur du cartilage thyroïde ;

-en haut : le bord postérieur et supérieur du corps de l'os hyoïde et le bord interne des grandes cornes de ce même os hyoïde.

La membrane thyro-hyoïdienne est renforcée en son centre pour former le ligament thyro-hyoïdien médian.

Elle est également renforcée sur les bords latéraux pour former les deux ligaments thyro-hyoïdiens latéraux qui vont de la grande corne du cartilage thyroïde à l'extrémité de la grande corne de l'os hyoïde. (Le Huche & Allali, 2010. p.64).

- **Membrane crico-thyroïdienne**

Le cartilage thyroïde relie au cartilage cricoïde par la membrane crico-thyroïdienne. Dans le bord inférieur du cartilage thyroïde au bord supérieur de l'arc cricoïde.

La membrane est renforcée en avant pour former le ligament crico-thyroïdien médian.

- **Membrane crico-trachéale**

En bas le cartilage cricoïde est attache au premier anneau de la trachée par la membrane crico-trachéale.

- **Membrane élastique du larynx**

La membrane élastique du larynx double en profondeur la muqueuse de cet organe. Le plus souvent d'ailleurs, elle est décrite comme faisant partie de cette muqueuse et constituant le chorion ou la sous-muqueuse. La membrane élastique du larynx présente de chaque côté trois renforcements :

A) Les premiers renforcements constituent les ligaments aryteno-épi glottiques qui s'insèrent :

En avant, sur les bords latéraux de l'épiglotte ;

En arrière, sur le bord antérieur des aryénoïdes.

B) Les deuxièmes constituent les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieur qui s'insèrent :

- En avant dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde ;
- en arrière, dans la fossette hémisphérique des aryténoïdes.

Ces ligaments cheminent dans les plis vestibulaires (fausse cordes vocale).

C) Les troisièmes forment les ligaments thyro-aryténoïde inférieurs plus connus sous le nom de ligaments vocaux .ils s'insèrent :

En avant, dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde, en dessous des précédents ;

En arrière, sur l'apophyse vocale des aryténoïdes.

Ces renforcements forment chacun un angle dièdre ouvert en dehors.

La partie inférieure (sous-glottique) de la membrane élastique du larynx forme le conu elasticus qui s'insère sur le bord supérieur du cartilage cricoïde. (Le Huche & Allali, 2010. p.65).

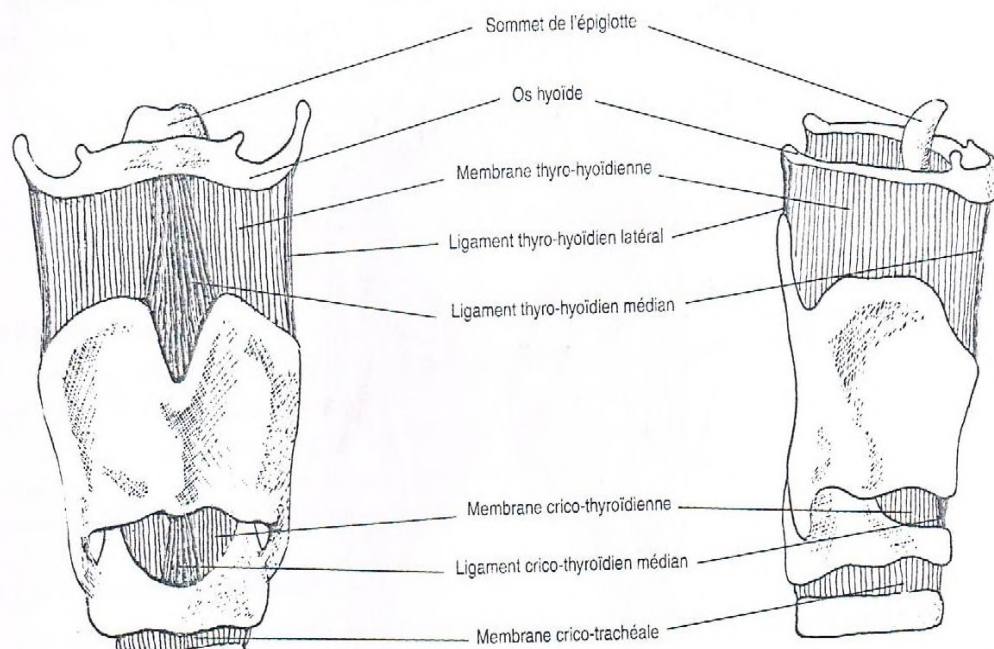


Figure6 : Membranes et ligaments (Le Huche & Allali, 2010)

Les trois autres paires de ligament

Les bords latéraux de l'épiglotte sont reliés à la muqueuse du pharynx par les ligaments pharyngo-épiglottiques qui forment les replis pharyngo-épiglottiques.

L'épiglotte est reliée à la muqueuse linguale par trois ligaments, les ligaments glosso-épiglottiques qui forment les replis glosso-épiglottiques médian et latéraux.

Le bord supérieur du chaton cricoïdien enfin est relié aux cartilages cornicules qui surmontent les sommets des cartilages aryténoïdes par le ligament jugale ou crico-cornicule. Ce ligament monte verticalement entre les deux aryténoïdes avant de se diviser en deux branches horizontales, rejoignant leurs insertions corniculées. (Le Huche & Allali, 2010, p. 65).

Les articulations

2-1-3- Articulation crico-aryténoïdiennes

Sont paires et symétriques unissent la base des cartilages aryténoïdes au bord supérieur du chaton cricoïde.

Cette articulation permet les mouvements de glissements et de rotation du l'aryténoïde au cricoïde éloignant ou rapprochant les plis vocaux. (Le Huche & Allali, 2010)

2-1-4- Les étages du larynx

- **Etage sus glottique**

Est la partie supérieure qui constitue le vestibule laryngé qui s'ouvre en haut par l'orifice supérieur du larynx. Il a la forme ovale qui se situe au dessus des cordes vocales. Il comprend la margelle laryngé, les ventricules du morgane, les plis vestibulaires et l'épiglotte.

- **Etage glottique**

Est la partie intermédiaire qui se situe entre les plis vestibulaires et les plis vocaux. Lorsqu'elle est ouverte forme un espace triangulaire à pointe antérieure.

- **L'étage sous-glottique :**

À ce niveau, le larynx s'élargit progressivement de haut en bas pour s'unir à la trachée.

(Le Huche & Allali, 2010).

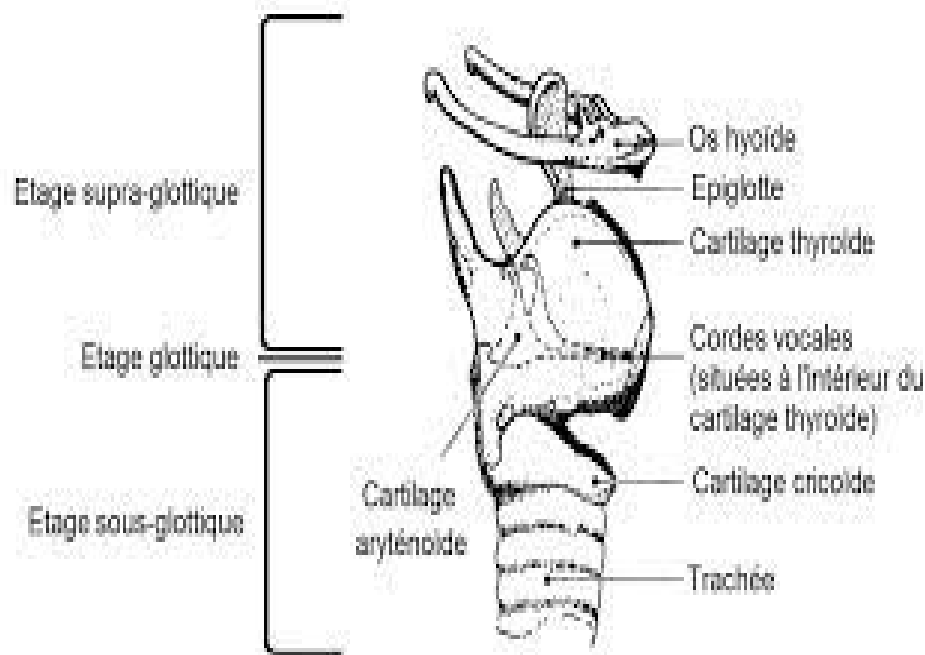


Figure 7: le larynx (Crest & Chevignon, 2014)

2-2- La physiologie du larynx

Les principales fonctions du larynx sont

Déglutition, respiration et phonation

- **Lors de la déglutition**

Son rôle est d'assurer la protection des voies aériennes lors du passage des aliments de la cavité buccale à l'estomac afin d'éviter des fausses routes. Grâce à l'élévation du larynx, l'adduction des cordes vocales et la bascule de l'épiglotte qui permettent cette protection.

- **Lors de La respiration**

En inspiration comme en expiration, les cordes vocales s'ouvrent naturellement, permettent le passage d'air, dans le sens cavité buccale- trachée-poumons pour l'inspiration et dans les sens contraire pour l'expiration.

- **Lors de la phonation**

La voix est produite grâce à au passage de l'air expiratoire provenant des poumons qui met en vibration la muqueuse des cordes vocales alors en adduction qui permet d'obtenir une

émission vocale qui sera amplifiée par les résonateurs(cavité buccale et ses différentes organes, cavité nasale). (Grosdemange & Malingrey, 2010).

3- Laryngectomie totale

3-1 Le cancer du larynx

Le Cancer du larynx, communément appelé cancer de la gorge, est une affection qui touche les cordes vocales ou les régions situées juste en dessous ou au-dessus. Les cancers du larynx sont les plus fréquents des voies aérodigestives supérieures et sont très différents selon leur siège exact. <https://www.mutiles-voix.com/>

3-2- L'étiologie du cancer de larynx

Les cancers du larynx sont fréquents en Europe latine ou ils représentent 3% des cancers chez l'homme. Parmi les facteurs essentiels des cancers du larynx on trouve :

-Tabagisme ;

-l'alcool ;

- certains expositions professionnelles semblent être également incriminées dans l'apparition de ces cancers. (Lefebvre & chevalier, 2005)

Les facteurs de risque possible :

-Reflux gastro-œsophagien ;

-Antécédents familiaux de cancers ;

-Alimentation ;

-Virus du papillome humain (VPH).

3-3- Symptômes du cancer du larynx

Un enrouement chronique ;

Une toux, éventuellement avec des crachats teintés de sang ;

Un besoin permanent de se racler la gorge ;

Des troubles respiratoires ;

Des troubles de la déglutition ;

Des douleurs irradiant jusque dans l'oreille. (www.swisscancer.ch)

3-4-Diagnostic

Lorsque les signes persistent plus de 3 semaines nécessitent un examen laryngologique qui permet de suspecter le cancer. Le diagnostic de certitude sera donné par le prélèvement biopsique. L'examineur apprécie la taille de la lésion et son étendue qui sera précisée par l'examen de la radiographie et scéno-graphique ainsi que la diminution éventuelle de la mobilité du pli vocal atteint. La palpation par ailleurs, déterminera la présence éventuelle de ganglions (adénopathie cervicale). Les résultats de ces examens permettront de classer ce cancer selon sa gravité. (Le Huche & Allali, 2010)

3-5- Définition de laryngectomie totale:

La laryngectomie est une chirurgie mutilante pratiquée dans le cadre du cancer avancé du larynx.

La laryngectomie totale est l'ablation du larynx et éventuellement de ses annexes, elle peut s'accompagner d'un curage ganglionnaire souvent bilatéral. Cette intervention dure entre 4 et 6 heures. Elle crée une indépendance entre les voies aériennes et digestives. Le chirurgien abouche la trachée à la peau. L'orifice ainsi créé s'appelle le trachéostome, cela permet de maintenir le passage de l'air vers les poumons et de sutures pharyngées destinées à rétablir l'étanchéité de la voie digestive. C'est par cet orifice du trachéostome que le patient respirera de manière définitive. www.petal.fr

Laryngectomie totale est un acte chirurgical qui a un impact important sur la qualité de vie des patients. La suppression de l'organe de phonation entraîne des troubles de communication importants. C'est la raison pour laquelle plusieurs équipes ont réalisé des études sur la réhabilitation vocale des laryngectomisés. Cette réhabilitation vocale peut s'effectuer par la voix œsophagienne, la voix trachéo œsophagienne ou le larynx électrique externe. (Dufour, 2008).

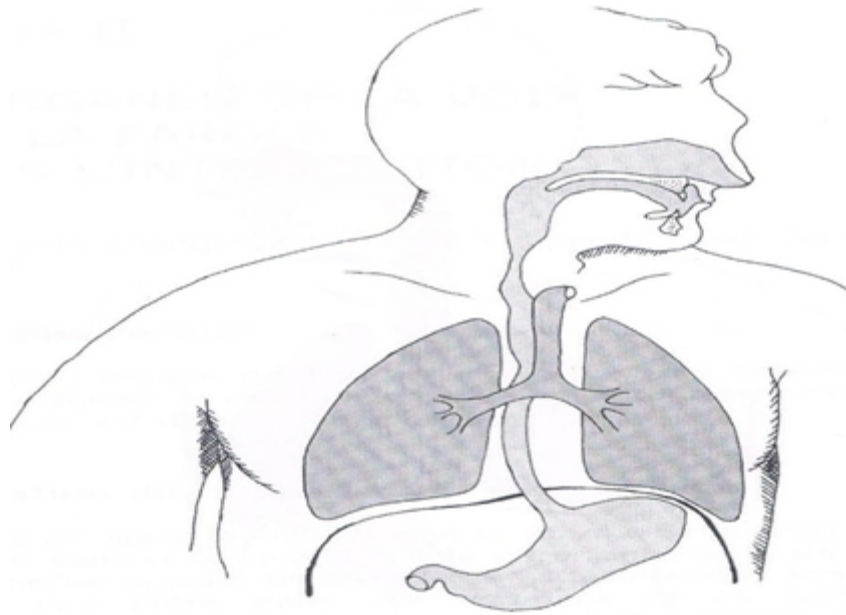


Figure 8: les organes de la voix après l'intervention (Le Huche & Allali, 2020)

3-6- Traitements complémentaires

La radiothérapie peut être utilisée soit seul, soit associée à la chimiothérapie, soit en complément de la chirurgie. L'objectif de la radiothérapie exclusive est de traiter les tumeurs de petit volume (t1 ou t2). En complément de la chirurgie, son rôle est de contrôler le risque de récurrence locorégionale (marges chirurgicales réduites, envahissement ganglionnaire). La radiologie en cancérologie ORL, se déroule généralement sur cinq à sept semaines, avec un traitement cinq jours sur sept semaine, avec un traitement cinq jours sur sept. La dose quotidienne délivrée est d'environ 2 grays.

La chimiothérapie en cancérologie ORL peut être administrée seule ou associée à la radiothérapie. Elle est administrée en primo traitement (pour certaines tumeurs laryngées ou pharyngées) dans le but d'une régression tumorale et ganglionnaire. De la réponse partielle ou totale à la chimiothérapie première dépendra la suite du plan de traitement (chirurgie ou radiothérapie +/- chimiothérapie). Lorsqu'elle est délivrée en association avec radiothérapie, chimiothérapie est destinée à potentialiser les effets de l'irradiation. Elle est administrée en début, milieu et fin de radiothérapie (sels de platine) ou en cures hebdomadaires (thérapie ciblées). (kremer et al., 2016, pp.44-46).

3-7-Conséquences de la laryngectomie totale

Chirurgie et traitements complémentaires entraînent inévitablement des effets secondaires gênants et parfois des complications plus ou moins préoccupantes.

- **Problèmes respiratoires :**

L'essoufflement à l'effort modéré, la toux, l'encombrement par des mucosités sont les symptômes les plus fréquemment rapportés. Ces symptômes sont essentiellement en rapport avec la sécheresse de l'air inspiré, dû fait de la disparition de l'humidification assuré normalement par la cavité nasale et avec la partie du freinage inspiratoire assurée normalement par le larynx. D'où l'intérêt, comme nous le verrons au chapitre III de l'usage d'aérosols et du port de filtres ou mieux d'Echangeurs de chaleur et d'humidité (ECH ou nez artificiel, ou dispositif de protection des voies respiratoires DPVR).(Le Huche & Allali, 2020).

- **Conséquences phonatoire :**

La perte de la voix est « bien évidemment l'aspect le plus grave de l'opération et celui qui va avoir les conséquences les plus importantes par la suite ». Cros (cité dans Jaquinet & castro-Rodriguez, 2014).

La personne laryngectomisé est brutalement confrontée à double conséquence de sa laryngectomisé : perte des plis vocaux et dérivation du courant d'air pulmonaire. La perte des plis vocaux prive bien évidemment l'opéré de toutes possibilité de voix laryngée. Mais du fait que l'air pulmonaire entre et sorte par le trachéostome et ne puisse plus passer par le nez ni par la bouche perturbe aussi l'articulation de la parole. (Le Huche & Allali, 2010).

- **Atteinte motrice :**

On observe presque toujours une raideur du cou avec difficulté à tourner la tête, du mal à saisir un objet situé en hauteur, du mal à porter des charges lourdes, des douleurs de l'épaule et (plus rarement) des difficultés à desserrer les mâchoires (trismus). Ces difficultés s'expliquent par l'atteinte des muscles, des nerfs et des articulations, consécutives à l'opération et aux « rayons ». La perte du blocage de la glotte qui intervient normalement lors des efforts importants explique aussi qu'on puisse avoir du mal à soulever des charges lourdes. Les kinésithérapeutes ou l'orthophoniste spécialisé auront pour chaque cas des exercices spécifiques à proposer.

- **Modifications de l'apparence physique :**

On n'en parle guère mais il est probable que beaucoup en souffrent. Pas forcément facile de supporter un cou plus plat, un trachéostome et l'obligation de dissimuler. Plus gênant encore, l'apparition d'un œdème sous mentonnier plus ou moins induré, le fameux jabot, dur comme du bois, l'altération de la peau due aux rayons, sans parler des conséquences inesthétiques de l'extraction des dents non saines pratiquée dans le but d'éviter l'ostéoradionécrose. (Le Huche & Allali, 2020).

- **Atteinte de l'odorat, du goût et de l'audition :**

La laryngectomie totale porte souvent atteinte à ces trois fonctions sensorielles. du fait que l'air ne passe plus normalement dans les cavités nasales, buccales et pharyngées. La perte de l'odorat ne prive pas seulement l'opéré du plaisir de percevoir les odeurs agréables. Mais également, de l'alerte donnée par exemple en cas d'incendie par l'odeur de fumée et par l'odeur de produits dangereux.

Trouble de l'audition, revient à l'absence d'aération de l'oreille moyenne, c'est-à-dire l'air ne passe plus par la trompe d'Eustache. (Le Huche & Allali, 2010)

Difficultés de mastication et de la déglutition :

La sensation de bouche sèche (xérostomie) est fréquente. Elle s'explique par la diminution de la sécrétion de salive (hyposialie) due à l'effet de la radiothérapie sur les glandes salivaires. On note encore parfois une difficulté à avaler les aliments solides en rapport avec un spasme de la bouche œsophagienne obligeant à une alimentation mixée. La candidose linguale et la mucite (inflammation de la muqueuse de la bouche et du pharynx) sont parfois la conséquence de l'hyposialie qui rend alors l'alimentation difficile.

- **Ostéoradionécrose :**

L'Ostéoradionécrose consiste en une destruction du tissu osseux en rapport avec une radiothérapie surdose ou appliquée sans traitement préalable suffisant de toute infection buccale (caries dentaires par exemple). Elle est favorisée par la xérostomie (sécheresse de la bouche).

- **Pharyngostome :**

Ce qu'on appelle improprement Pharyngostome est en fait une fistule c'est-à-dire un fin canal, dont une extrémité s'ouvre dans le pharynx tandis que l'autre débouche en un point variable de la suture de la plaie opératoire où elle se signale au niveau de la peau par un léger écoulement de salive. Pendant les jours qui suivent l'intervention, la suture du pharynx, en cours de cicatrisation reste en effet momentanément fragile et une désunion de la suture peut se produire localement. Par ailleurs, la radiothérapie peut favoriser cette désunion. La fermeture d'une fistule est obtenue au bout d'un certain temps, très variable (une semaine ou plusieurs mois) par des soins spéciaux. Il est préférable d'attendre sa fermeture complète pour commencer la rééducation. (Le Huche & Allali, 2020, p.47).

3-8- Prise en charge

3-8-1- Soutien psychologique :

Le soutien psychologique, chirurgical et de l'équipe médicale d'abord ,qui devront répondre aux question souvent angoissées que se pose l'opéré sur son avenir devant la réalité de son état présent

Ce soutien psychologique pourra également être apporté par la visite d'un opéré ayant réussi sa réhabilitation vocale et apportant le réconfort de celui (qui est passé par la) c'est le mérite des associations de laryngectomisés de telles visites(Le Huche & Allali, 2010)

3-8-2- Réhabilitation vocale :

3-8-2-1-La technique de la voix chuchotée :

Cette technique est mise en place et le plus rapidement possible, Des la période post-opératoire, des conseils donnés pour très vite mettre en place l'indépendance des souffles.

En effet après laryngectomie totale, l'air expiré sort uniquement au niveau du trachéostome. Il ne participe qu'à la respiration. C'est-à-dire après les modifications anatomiques, l'air expiré ne participe pas dans la production d'un son ou de la parole.

Il est nécessaire de faire un travail au niveau des lèvres, de la langue, et des joues est d'effectuer une gymnastique des muscles du visage. Appelée exercices de « praxies ». (Goddet & Guillard. 2007).

3-8-2-2- Technique tracheo-œsophagienne (Implant phonatoire et son principe de fonctionnement):

Cette technique nécessite un implant phonatoire ou une prothèse qui est un petit tube en matière synthétique qui ne mesure guère plus d'un centimètre de long et pour quelques millimètres de diamètre .la prothèse est place entre la partie supérieure de la trachée et l'œsophage .à chaque extrémité élargie un peu comme un rivet ou un diabololo pour qu'il soit fixe après la mise en place .

Sauf que l'extrémité qui se trouve dans la trachée présentant une ouverture cylindrique simple et l'extrémité que se trouve dans l'œsophage s'ouvre par un clapet pour que la communication ne soit possible que dans le sens trachée-œsophage ainsi que la salive, boissons et l'alimentation ne peuvent s'infiltrer à l'intérieur de l'implant en direction de la trachée.

Le principe de la voix tracheo œsophagienne, il suffit après avoir inspire de fermer complètement le trachéostome avec le doigt dans le but que l'air expiré soit dirige vers l'implant .sa pression pousse le clapet qui s'ouvre .l'air passe dans l'œsophage et remonter vers le sphincter œsophagienne supérieure qu'il fait vibrer puis produisant un son .celui-ci toujours œsophagienne mais l'air qui alimente vient cette fois des poumons et de trachée.

Pour parler, il faut boucher le trachéostome en même temps que l'on prononce des mots et des phrases. (Heuillet-Martin & Conrad, 2008).

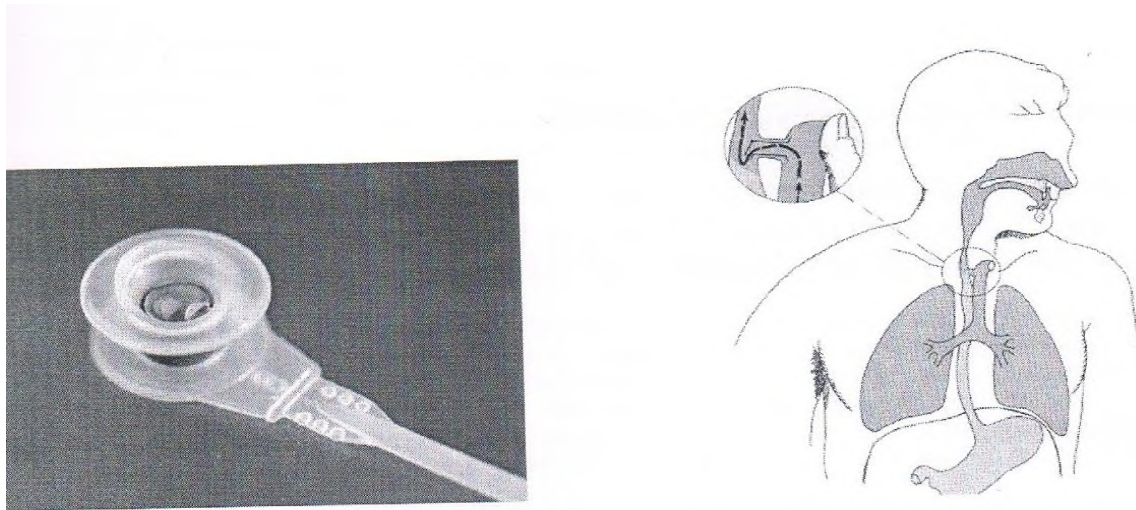


Figure9: Implant phonatoire (Le Huche & Allali, 2020)

- **Avantage**

- Elle permet de retrouver rapidement une voix ;
- La qualité de la parole est bonne ;
- Le débit de la parole (fluidité et rapide) ;
- Une certains intonation est souvent possible ;
- Meilleur contrôle de la puissance de la voix ;
- L'apprentissage peut être très bref.

- **Inconvénient**

- Impossibilité de parler les mains libre sauf avec valve.
- Hygiène souvent peu satisfaisante du procédé.
- nettoyage indispensable, et pas toujours facile de l'implant.
- Et surtout, nécessité du remplacement périodique de la prothèse.

3-8-2-3- La voix oro-œsophagienne

Cette voix est basée sur le principe d'éruclation contrôlée .pour produire une parole il suffit d'entrer l'air dans l'œsophage, ensuite cet air puissent être utilisé pour sonorise la parole. L'éruclation contrôlé a deux objectifs principaux .le premier concerne l'acquisition de

l'indépendance des souffles (le sujet devra éviter de solliciter involontairement le souffle trachéale lors de la phonation). la seconde concerne la préservation de l'articulation des consonnes susceptible d'être dénaturée par l'effort.

L'apprentissage de la voix œsophagienne doit être précoce doit être précoce des les quinze ou vingt jours après l'intervention .afin d'éviter certaines habitudes (chuchotage et grenouillage).

Il existe plusieurs méthodes de l'apprentissage de la voix œsophagienne tel que : la méthode dite classique de gutzmann, 1909, la méthode de Seeman 1922, La méthode hollandaise 1952 et la méthode des blocages école de Marseille, 1970) .et l'une des techniques qui nécessite assez long d'apprentissage mais elle est produite de manière naturelle sans prothèse ou implant phonatoire. (Le Huche & Allali, 2010)

Avantage

- voix corporelle (naturelle, individuelle)
- acquisition en 2 à 6 mois
- assez compréhensible
- pas de moyen auxiliaire

Inconvénients

- volume limité.
- effets secondaires corporels (bruits, brûlures d'estomac, aérophagie).
- fatigante. [www .swisscancer.ch](http://www.swisscancer.ch)

3-8-2-4- Les prothèses externes est le principe d'utilisation

Est une appareil alimenté par une petite énergie électrique fournie par une petite batterie rechargeable .il existe plusieurs modèles mais qui ont le même principe de fonctionnement .son extrémité comporte une membrane vibrante qui produit un son lorsque l'on appuie sur le Boto de mise en marche.

La transmission du son se fait soit par la bouche par voie transcutanée soit par l'intermédiaire d'un tube introduit dans la bouche entre les lèvres. (Heuillet-Martin & Conrad, 2008).



Figure 10 : laryngophone (Le Huche & Allali, 2020)

Cette appareil est destine pour les patients qui ne peuvent pas acquérir ni voix oro-œsophagienne ni voix tracheo-œsophagienne est une roue du secours.

Pour une bonne utilisation de laryngophone il faut un petit apprentissage :

- le repérage de la zone d'appui ;
- perfectionner le rythme vibration ;
- Améliorer l'intelligibilité ;
- travailler l'intonation (selon l'appareil).

La qualité de la voix par laryngophone reste insuffisante car le bruit du vibreur parasite l'émission vocale. (Kremer et al., 2016).

Les avantages

- bien compréhensible
- Acquisition rapide (semaines)
- permet de parler longtemps.

Les inconvénients

- dépendance à l'égard de l'appareil et accu.
- voix de robot.
- besoin d'une main. Moyen auxiliaire visible. [Www .swisscancer.ch](http://www.swisscancer.ch)

Synthèse

Le cancer de larynx touche des milliers de personnes dans le monde en tiers, se sentent inquiet après l'annonce de leurs diagnostic .certes faire face a cette maladie est lourde de conséquence pour le patient sur tous les plans physique, social et relationnel mais y a toujours un moyen d'accompagnement pour une qualité de vie meilleur possible. Plusieurs spécialistes font de leurs mieux afin de satisfait la personne laryngectomise en particulier l'orthophoniste qui rentre dans une véritable relation à long terme avec le patient afin de lui redonner une voix sans larynx qui dure plus d'une année.

Chapitre II : La qualité de vie

Préambule

La qualité de vie est un domaine très vaste, c'est une notion fourre tout qu'il est difficile de définir et de délimiter, le concept s'est construit par l'intégration de différents points de vue philosophique, sociale, économique et psychologique.

1- Origine du concept qualité de vie

Qualité de vie est un concept récent, son apparition officielle en 1964 lors d'un discours présidentiel, de Lyndon B. Johnson (Shea et King-Farlow, 1976). Par la suite, cette nouvelle préoccupation pour la qualité de vie des américains a été reprise par les meilleurs scientifiques. Dans un premier temps, la qualité de vie a été associée de près à l'évaluation de la qualité de l'environnement physique, du voisinage et de la communauté à partir de données statistiques considérées comme autant d'« indicateurs sociaux ». (Carlisle, 1972 ; Duncan, 1969 ; Hoffenberg, 1970 ; Sawhill, 1969 ; USDHEW ; 1969). L'origine du terme qualité de vie est liée au mouvement américain des indicateurs sociaux. Elle est appréciée à partir d'un certain nombre d'indicateurs objectifs le plus souvent statistique, et porte sur des ensembles, groupes de personnes ou environnements, Ainsi à partir d'indices tels que le revenu moyen, le pourcentage d'espaces verts et le degré de pollution etc. (Filion & Mercier, 1987. pp.135-136).

2- Définitions de la qualité de vie

La qualité de vie est devenue une expression populaire, chacun lui attribue le sens qu'il veut tout le monde s'accorde pour dire qu'il faut améliorer la qualité de vie ou tout au moins la préserver. Autrement dit, cette notion souffre d'un manque de consensus à propos de sa définition.

Selon Christine Bonardj et al., (2002) ces auteurs cités ci-dessous la confondent ou l'assimilent avec le bien-être, d'autre semble également l'associer à des notions telles que la satisfaction et le bonheur :

Pour Kovac (cité dans Bonardi et al., 2002) la qualité de vie est un phénomène réellement vécu par les êtres humains durant leur développement. Il précise également que les aspects psychologiques de la qualité de vie sont souvent absents dans les différentes approches de ce phénomène.

Campbell et coll (cité dans Bonardi et al., 2002) indiquent que le terme de qualité de vie dénote le jugement Subjectif d'un individu à partir du degré selon lequel ses besoins, dans les domaines varies de la vie sont satisfaits. De fait, plus l'individu pourra satisfaire ses besoins et ses Exigences, plus les relations avec son milieu de vie seront bonnes et plus son jugement de la qualité de vie sera grand.

Du coté d'OMS définit la qualité de vie comme étant : « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquelles il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». (Nader-Grosbois, 2009. P.332).

Cependant, la qualité de vie d'un patient handicapé dépend certainement du degré d'incapacité, mais les facteurs environnementaux, sociaux et économiques jouent un rôle fondamental indépendamment de la sévérité du handicap.

Le mot handicap selon la Classification internationale du Handicaps (CIH) de (L'OMS, la CIH introduit trois niveaux descriptifs très fortement liées à la présence d'une maladie ou d'une altération de l'état de santé.

-Déficiência : toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. (Paralysie des membres inferieurs, par exemple).

-Incapacité : toute réduction (résultant d'une déficiencia), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façons ou dans les limites considérés comme normales pour un être humain.(incapacité à monter des escaliers, par exemple).

-Désavantage : résulte d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels,(impossibilité d'accéder à un bâtiment administratif, par exemple). (Lespinet-Nadjib & Blio. 2013, p.106).

Le handicap est le résultat de la confrontation entre les incapacités d'une personne et la société.les dimensions sociétale et environnementale vient ainsi compléter les incapacités de la personne, favorisant ainsi une vision dynamique de la personne.

3- Les domaines de la qualité de vie

L'expression « qualité de vie » est de plus en plus utilisée non seulement dans le langage commun, mais aussi dans les sciences sociales afin de résumer le complexe économique social, environnemental et les problèmes de relation qui caractérise la société moderne. Elle est un concept clé dans divers discipline notamment en politique, en économie en sociologie, en géographie et plus récemment en psychologie.

3-1-Dans le domaine de la politique

La qualité de vie est un vocal qui fait partie du langage politique l'aspiration vers une meilleure qualité de vie est devenu l'un des objectifs principaux des politique locales ou nationale depuis plus d'une vingtaine d'année.

Des les années 70 la prise de conscience et la valorisation du concept s'opèrent à travers la construction administrative, un ministère de la qualité de vie est créé en 1974, il sera par la suite remplacée 1984 par le ministre de l'environnement et du cadre de vie, depuis 1984 l'accès à un environnement de qualité et la priorité de l'état , la qualité de vie est une composante du développement durable pour répondre aux besoins économique, sociale et environnemental afin de garantir l'avenir.

3-2- dans le domaine de l'économie

Selon Wong (cité dans Bonardi et al., 2002) indiquent que la qualité de vie est également un concept économique, elle pose d'une part, la question de l'état de santé d'un pays. Les économistes se basent essentiellement sur des variables quantitatives pour mesurer la qualité de vie afin de percevoir objectivement la réalité sociale. Elle est comme un facteur important du développement économique, elle a un impacte non négligeable sur la croissance économique des villes, elle fait partie des déterminants les plus important en matière de décision pour l'implantation des entreprise dans des sites présentant un environnement et des conditions de vie appréciables, par ailleurs elle représente un argument supplémentaire et attractif pour l'investissement local et la création d'emploi.

La qualité de vie est un concept économique, elle peut apparaitre objectivement au niveau macro économique, à travers l'état de santé d'un pays (le développement des infrastructures, création des postes d'emplois), mais ce développement peut bouleverser la qualité de vie au niveau micro économique, et peut conduire à l'augmentation du coût de la vie et les conditions de la vie (la charretée de la vie, l'augmentation du prix du logement.).

3-3- dans le domaine de la sociologie

D'un point de vue de Grafmeyer et Cierchia (cité dans Bornadi et al., 2002) mentionnent que la sociologie a été l'une des premières disciplines à s'intéresser à la qualité de vie, elle se centre sur la dimension urbaine ainsi que la vie sociale de l'être humain, donc il y a l'influence du cadre urbain sur le mode de vie et les pratiques des personnes, la qualité de vie est à concevoir dans une relation à un contexte physique et sociale, il existe un rapport étroit entre les phénomènes sociaux et la notion d'espace. L'espace vécu implique certainement une perception de la qualité de vie différente selon les caractéristiques des groupes d'individus étudiés.

Aussi d'après Mukherjee (cité dans Bonardi et al., 2002) signalent que la culture et la société déterminent la qualité de vie d'un individu et elles établissent ce qu'il y a de commun entre les individus par la formation de groupe.

La sociologie urbaine est une branche de la sociologie qui s'intéresse depuis longtemps à la qualité de vie, l'intérêt que donnent les spécialistes de cette dernière résulte de l'existence d'un espace urbain avec ses caractéristiques, et le contexte physique et sociale à fin que les membres de cette communauté aient accès aux biens et aux services pour satisfaire leurs besoins.

3-4- dans le domaine santé

Dans ce domaine de la santé, l'intérêt pour la qualité de vie a connu une croissance exponentielle, ce concept est fréquemment utilisé pour évaluer l'état de santé, tout en incluant la dimension de satisfaction et le bien-être, la recherche en santé s'intéresse à l'implication de la maladie dans la qualité de vie des patients. De ce fait, les chercheurs examinent l'impact des traitements d'une maladie sur la qualité de vie de ces derniers, par exemple, les conséquences et les effets plus ou moins bénéfiques des traitements contre le cancer ont amené les équipes médicales à s'interroger sur la pertinence de certaines actions médicales. (Bonardi et al., 2002).

Dans ce domaine la qualité de vie est déterminée à travers l'état de santé de la personne lorsque un individu est en bonne santé, sa qualité de vie sera bonne (satisfait), et lorsque son état de santé se détériore sa satisfaction sera déterminée à travers l'impact ou la conséquence d'un traitement médical.

3-5- dans le domaine psychologie

L'implication de la psychologie dans ce thème de recherche semble être plus récente par rapport aux autres disciplines scientifiques, la psychologie a sa place dans l'étude de la qualité de vie.

En premier lieu la psychologie du travail, la qualité de vie au travail liée à l'étude de la satisfaction au travail. Selon Ripon (cité dans Bonardi et al., 2002), elle est un phénomène psychologique complexe qui serait inclus dans le phénomène de bien être psychologique. La qualité de vie est fondée sur une appréciation subjective. Sirgy et al. (cité dans Bonardi et al., 2002) indiquent que la qualité de vie au travail traiterait du bien être des employés, mais elle ne serait pas la satisfaction au travail. Cette dernière serait l'une des conséquences de la qualité de vie au travail.

En deuxième lieu la psychologie de l'environnement, l'environnement est un véritable problème de société, la psychologie s'est intéressée à l'importance des aspects psychologiques liés au cadre de vie, c'est la psychologie de l'environnement qui va permettre de mieux comprendre l'influence de l'environnement sur les comportements, cette discipline postule qu'il existe une dimension de subjectivité dans la relation de l'individu avec un lieu. L'étude de la qualité de vie consiste à appréhender la qualité de vie à l'aide de propriétés physique et structurelles d'un environnement et à estimer en suite la Perception que les résidents d'un site ont de leur cadre de vie.

La QDV dans le domaine de psychologie est récemment déterminée, on trouve la qualité de vie en psychologie du travail, le bien être des employés pouvait avoir un impacte positif sur le comportement des employés notamment son implication dans le travail (sa performance) et les efforts fournis, comme elle pouvait avoir un impacte négatif (l'intension de démissionner).

En psychologie de l'environnement la qualité de vie nous permet de comprendre ou de savoir l'influence de l'environnement sur le comportement humaine. Les économistes se basent essentiellement sur des variable quantitatives pour mesurer la qualité de vie à fin de percevoir objectivement la réalité sociale. Elle est comme un facteur important du développement économique, elle a un impacte non négligeable sur la croissance économique des villes, elle fait partie des déterminants les plus important en matière de décision pour l'implantation des entreprise dans des sites présentant un environnement et des conditions de

vie appréciables, par ailleurs elle représente un argument supplémentaire et attractif pour l'investissement local et la création d'emploi.

4- Les différents concepts :

4-1 Le bonheur :

« Bonheur » est une notion issue de la philosophie et définie tout d'abord de façon assez floue. Au cours des dernières décennies, le bonheur est devenu un thème commun à divers champs disciplinaires : sociologie, psychologie, médecine, économie et politique.

Pour plusieurs auteurs, le bonheur est une disposition stable de la personnalité (trait plutôt qu'état) consistant à éprouver généralement des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté...), à être globalement satisfait de sa vie et à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité...). (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021, p.12).

4- 2 La satisfaction de la vie :

En psychologie, les premiers écrits concernant cette notion apparaissent à la fin des années 1960 (Bradburn, 1969, par exemple), en relation avec l'émergence de la psychologie positive et un intérêt croissant pour l'épanouissement de la psychologie positive et un intérêt croissant pour l'épanouissement personnel. Elle résulte de comparaison par une personne entre sa vie actuelle et la vie qu'elle souhaiterait avoir, selon ses normes, valeurs et idéaux. La satisfaction de la vie est évaluée le plus souvent globalement ; elle peut aussi concerner des domaines de la vie plus spécifiques (travail, famille, loisirs, santé, finances...), domaines particuliers explorés par diverses études (dont la satisfaction au travail par exemple). Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021, pp.15-16).

4-3 Le bien être subjectif :

Le bien-être psychologique subjectif est une notion qui connaît un regain de popularité depuis les années 2000. La réflexion théorique est restée longtemps en friche et malgré le nombre important de travaux et publication, il existe encore des confusions entre notions voisines (bien-être, satisfaction de la vie, bonheur, santé, qualité de vie) longtemps considérées comme interchangeable. Bien que les définitions et échelles d'évaluation du bien être subjectif aient longtemps été assez hétérogènes, cette situation évolue depuis une dizaine d'années (Moore, Bates et al, 2012) (cité dans Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021, pp.17-18). Selon Rolland (cite dans

5- Les indicateurs de la qualité de vie

Pour mesurer la qualité de vie renvoie directement à l'élaboration ou au choix d'indicateurs. Dans la mesure de la qualité de vie est difficile de séparer les mesures objectives et subjectives de cette dernière.

Selon Mukherjee (1985), le concept de la qualité de vie suggère des aspects qualitatifs et quantitatifs. Mais certains auteurs ont basé seulement sur les indicateurs objectifs comme l'étude faite par Liu en (1976) qui définit cinq thèmes de la qualité de vie : économique, politique, sante, éducation et social. Il a mesuré la qualité de vie à partir de 123 indicateurs objectifs pour collecter, d'organiser, d'analyser et de représenter les facteurs de qualité de vie. Pour certains auteurs Eyles (1990) et Campbell (1976), la qualité de vie ne dépend pas uniquement des indicateurs objectif mais plutôt à la base de deux indicateurs objectif et subjectif. Elle dépend également des perceptions, des jugements le degré de satisfaction des individus à propos de la qualité de vie. Tobelem, Zanin (1995) ajoutent que les indicateurs objectifs nous renseignent sur les propriétés collectives de la qualité de vie et les indicateurs subjectifs nous renseignent sur les propriétés individuelles de bien être. (Bonardi et al., 2002).

6-Les différentes mesures de la qualité de vie

Il existe plusieurs questionnaires et échelle qui mesure la qualité de vie mais sont pas standardisé et universelle.

6-1-On distingue deux types de questionnaire : générique et spécifique

A) les questionnaires génériques

C'est des questionnaires qui peuvent être appliqué dans différentes population (malade et non malade) et de comparer la qualité de vie des sujets présentant des pathologies différentes. Mais il manque une sensibilité lorsqu'on souhaite évalue l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinale).

B) les questionnaires spécifiques

Se sont des questionnaires destinées à une pathologie donnée (dermatologie, cancérologie.....) ou un symptôme particulier (fatigue, douleur...), ils ont plus sensible au

changement que le questionnaire générique. Mais il est plus difficile de comparer les résultats entre population différentes. (Mercier & Schraub, 2005, p.420)

7- Différentes approches d'évaluation de la qualité de vie

Il existe deux approches d'évaluation de la qualité de vie :

L'entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative). L'entretien psychologique permet une évaluation plus globale de la qualité de vie, et possède une valeur thérapeutique. Cependant, il a plusieurs inconvénients : difficulté de standardisation et donc d'utilisation dans les études comparative, impossibilité d'application à grande échelle, et le coût élevé.

Les outils psychométriques constituent d'échelles ou de questionnaires (auto-ou hétéro évaluation), réalisent une évaluation plus restrictive de la QDV, mais ils permettent une mesure standardisée et sont généralement faciles à utiliser. Ils s'adressent aux individus d'une population donnée et sont aptes à fournir des informations valables en moyenne pour l'ensemble du groupe. Ils sont utilisés pour une aide à la prise de décision au 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. (Mercier, Schraub, 2005)

Synthèse

La qualité de vie n'est pas une notion simple à appréhender, autrement dit un concept complexe, une notion qui souffre d'un manque de consensus à propos de sa définition. Elle est devenu une expression populaire, chacun comment attribue le sens qu'il veut, tout le monde s'accorde pour dire qu'il faut améliorer la QDV ou tout au moins la préserver.

Elle fait partie des termes les plus utilisés, et que l'on peut qualifier de « pluridisciplinaire », elle intéresse tout au tant les politiciens, les économistes, les professionnels de la santé et les chercheurs en sciences sociales. La QDV est un concept multidimensionnelle qui comporte plusieurs champs (le bien être subjectifs et objectif (matériel). Les mesures de cette dernière sont variées, elles peuvent être des mesures qualitatives ou quantitatives. Dans la prochaine partie de notre travail, Nous allons, également mettre en lumière les éléments de la méthodologie de recherche et la présentation de nos cas et poser, à la fin du chapitre, les hypothèses de la recherche.

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

Après la présentation des deux derniers chapitres qui ont constitué la première partie de notre recherche, nous allons présenter dans cette partie le travail méthodologique de la recherche. De ce fait, la recherche scientifique est perçue comme un processus dynamique des phénomènes, des problématiques à résoudre et d'obtenir des réponses à partir d'investigation. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux qui conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances, en utilisant des techniques de recherches sur le terrain, dans le but d'expliquer le déroulement de notre recherche scientifique, ainsi que la vérification des hypothèses secondaires et générale posées dans la problématique.

Dans la partie méthodologique, le travail de chercheur consiste à présenter la méthode et les outils utilisés ainsi que le groupe de recherche, afin de vérifier les hypothèses émises et répondre aux questions posées dans la problématique.

1- La Pré-enquête

Afin d'affiner les techniques de collecte des informations, il est nécessaire de tester leur efficacité à travers une pré-enquête sur un échantillon réduit pour apporter les correctifs jugés utiles avant de procéder à l'enquête proprement dite.

La première étape de notre enquête de terrain est appelée la pré-enquête. Lors de cette phase préliminaire, le chercheur vise à pénétrer dans le lieu de recherche, à connaître le milieu, à réunir les informations sur le travail, ses transformations et ses modifications, par un guide d'entretien ou des visites guidées par un superviseur.

La pré-enquête est une étape primordiale et très essentielle dans la recherche en sciences humaines et sociales. « Elle constitue une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique, puisqu'elle nous permet d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter notre recherche. C'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle s'appelle phase exploratoire où il y a un déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique au cours de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente ». (Cario, 2000, p.11).

Notre pré-enquête a été effectuée au CHU de BELLOUA dans la wilaya du TIZI OUZOU avec la coordinatrice des orthophonistes qui nous a présenté tous les orthophonistes

qui travaillent dans le service Oto-rhino-laryngologie (O.R.L). Nous avons fait un grand échange avec eux par rapport au thème de notre recherche et sur sa faisabilité sur le terrain.

2- La présentation du lieu de la pratique de l'étude

Nous avons effectué la pratique du présent mémoire au niveau de CHU de BELLOUA dans la wilaya de Tizi Ouzou, il est situé en haute de montagne, au village Rdjaouna, à cinq kilomètre du chef lieu de la wilaya. Considéré comme l'ancien CHU qui existe sur le territoire de la wilaya, sa date de création remonte à l'ère de la colonisation française, et la date de mise en service a eu lieu pendant la guerre de la révolution algérienne en date de 1955 plus précisément. Il est connu par sa bonne réputation : qualité de service, les compétences du personnel médical et sa grande capacité d'accueillir un nombre important de malades qui viennent de régions avoisinante et d'autre wilaya comme Boumerdés, Bejaïa et Bouira.

Le CHU est d'une superficie de $30.300.M^2$, Il est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement et de formation supérieure en science médicale, en missions de diagnostique, d'exploration, de soins, de prévention, de formation et de recherche.

Ce centre est structuré de la manière suivante : une direction générale, secrétaire général, quatre bureaux (sécurité générale, cellule juridique bureau d'ordre générale, cellule de communication), direction et 10 sous directions. Compte parmi son personnel médical un effectif important d'autres professionnels de santé, tel que : infirmiers, radiologues, psychologues, orthophonistes....

C'est un établissement à caractère publique, il est d'une capacité de 400 lits, organisé, et repartis en 13 services : neurologie, pneumologie, O.R L etc.

La pratique du présent travail a été réalisé au service O.R.L où nous avons rencontré un médecin assistant en O.R.L qui nous a orienté à son tours vers le service de rééducation orthophonique, où nous a pris contacte avec 2 orthophonistes prenant en charge les patients ayant subi une LT et qui nous a ont présenté 4 cas avec qu'on a pu avoir leur consentement pour travailler avec eux. Le travail avec 4 autres cas a été réalisé à domicile de ces derniers (Sidi Aich, Amizour, Feraoun et Samoun). Dans la wilaya de Bejaïa.

La passation des entretiens et du questionnaire à domicile été dans le respect des règles de l'éthique et de la déontologie de la recherche orthophonique.

3- La méthode de recherche utilisée

Donc la méthodologie est tout un ensemble de méthodes régissant une recherche scientifique ou dans une exposition doctrinale. En d'autres mots, la méthodologie est une étape spécifique se procédant d'une position théorique et épistémologique, pour la sélection des techniques concrètes de recherche. Par conséquent, elle dépend des postulats que le chercheur considère valides, puisque l'action méthodologique sera son instrument pour analyser la réalité étudiée.

La méthodologie est une démarche ordonnée mise en œuvre par le chercheur en vue d'aboutir à un résultat scientifique. Cependant, toute méthode comporte des étapes à suivre et respecter les techniques à utiliser en vue de parvenir à la connaissance scientifique. Cette dernière est une connaissance qui dépasse le simple, le sens commun et la simple observation des apparences pour comprendre les éléments et les parties cachées du phénomène étudié. C'est ainsi qu'on pourra parler de la méthode expérimentale, méthode exploratoire, méthode qualitative et méthode quantitative. (Angers, 2014).

3-1- La méthode descriptive

Observer et décrire, en tant que méthode, repose avant tout sur l'observation organisée d'un comportement. Cette façon de faire est souvent la première étape lorsque l'on aborde un domaine nouveau, tant qu'il paraît important de disposer d'une description précise des comportements avant de tenter de les expliquer. (Piolat, Vauclair, 2020, P.35).

En cela, il est naturel que l'être humain tente de comprendre les réalités qui l'entourent en observant des « cas » qu'ils soient des personnes, des choses ou des évènements. De ce fait, le naturel explique un peu pourquoi l'étude de cas est l'une des approches de recherches scientifiques les plus anciennes. (Gauthier, 2009). Dans ce cadre, on tâchera de définir l'étude de cas et de montrer comment elle complète d'autres approches de recherche, et puis on mettra en lumière quelques techniques pouvant avoir une certaine rigueur scientifique.

3-2-Etude de cas

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, que ces derniers soient individuels, de groupe ou d'une organisation. La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment, l'explication vise à éclairer le pourquoi des choses : la prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les

comportements ou les événements, enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements qui apparaissent dans un cas individuel. (Gagnon, 2005, pp.2-3).

Dans ce cadre, l'étude de cas est « *une approche de recherche permettant l'étude d'un phénomène d'intérêt particulier (le cas) dans son contexte naturel et sans manipulation par le chercheur. Elle peut s'intéresser à un seul individu, à un groupe d'individus à une communauté, à une institution ou un événement* ». (Corbière, Larvière, 2014, p.74). Elle est utilisée dans les études qualitatives en sciences humaines et sociales, mais elle peut être utilisée dans une étude d'un cas particulier. Elle vise l'étude approfondie d'un spécifique, qu'il soit une personne ou un groupe.

4- La présentation du groupe de recherche

Notre groupe de recherche est constitué de huit(8) cas à savoir sept (7) hommes et une (1) femme qui ont subi une ablation totale du larynx. Parmi les 8 cas : 3 hommes sont en cours de rééducation orthophonique au niveau du CHU de Belloua dans la wilaya de Tizi ouzou, 2 hommes ont terminé la rééducation et se sont bénéficié d'une voix de substitution (l'un de ces cas acquis une voix œsophagienne et l'autre utilise un laryngophone) et 3 autres cas n'ont pas bénéficié d'une prise en charge orthophonique. Sachant que l'âge moyen de nos sujets de recherche est 66 ans.

4-1- Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les Critères d'inclusion :

- Les cas ayant subi une laryngectomie totale ;
- Les deux sexes sont inclus dans notre recherche ;
- Ceux qui ont bénéficié d'une rééducation orthophonique et ce qui ne sont pas bénéficié d'une rééducation orthophonique.

Les critères d'exclusion :

- D'autres types d'intervention ne sont pas inclus dans notre recherche (laryngectomie partielle...).
- Les personnes qui ont subi une laryngectomie totale en dehors de L'Algérie.

Ci-après le tableau représentatif des caractéristiques des patients

sujet		CAS N°1 (B.O)	CAS N°2 (A.S)	CAS N°3 (A.H)	CAS N°4 (D.A)	CAS N°5 (M.A)	CAS N°6 (L.K)	CAS N°7 (B.N)	CAS N°8 (A.M)
âge		40 ans	63 ans	66 ans	73 ans	74 ans	79 ans	68 ans	67 ans
sexe		H	H	H	H	H	H	H	F
statut familiale		Marie	Marie	Marie	Marie	Marie	Marie	Marie	Marié
Actif		Ingénieur	Artisan Maçon	Soudeur	chef d'équipe	Chauffeur	paysan	fonctionnaire	Femme au Foyer
intervention chimiothérapie	avant	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	après	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
intervention radiothérapie	avant	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	après	Oui	Oui	Oui	Oui	oui	Oui	Oui	oui
Date de la chirurgie		20/09/2016	05/04/2015	2019	2019	2019	21/12/2011	15/01/2004	2011
implant phonatoire		Non	Non	Non	non	Non	Non	Non	Non
prise en charge orthophonique		Oui	Oui	Oui, en cours	Oui, en cours	Oui en cours	Non	Non	Non

Tableau N 01 : Tableau représentatif des caractéristiques des patients

5- La Présentation des outils utilisés

Dans le champ d'intervention les différents modes d'exercice professionnel, le chercheur peut engager dans une activité de recherche qui peut permettre à la fin de produire et de récolter des connaissances fondamentales sur le fonctionnement général des sujets. Les techniques sont des outils, instrument de recueil d'observables. Parmi ces outils guide d'entretien et le questionnaire.

5-1- L'entretien de recherche

Avant tout le terme entretien, qui servait à désigner la conversation ou la discussion entre deux personnes, il est utilisé dans toutes sortes de fonction telles que la politique, le juridique mais, plus souvent réservé à caractériser une situation duelle à but thérapeutique, d'aide ou de diagnostic.

De plus, chaque entretien est une rencontre entre deux personnes ont un langage. C'est une situation qui met en présence deux sujets, chacun à son motif de présence et doivent être asymétrique, asymétrique c'est-à-dire relatif à la question de demande : un sujet vient de

demander une chose à une personne qui cherche le fonctionnement psychique de ce sujet qui souffre et cherche un soulagement à sa souffrance. (Chagnon, 2014).

« L'entrevue de recherche représente un choix approprié quand le problème de recherche amène à recueillir quelques témoignages d'individus ou de groupes en les questionnant finement sur leurs émotions, leurs expériences et leurs conceptions. C'est une technique d'investigation directe, à l'aide de questions dites ouvertes par ce qu'elles sont formulées pour inviter les informateurs à élaborer leurs réponses. Elle se déroule de façon semi directive, car les thèmes ont été choisis par l'intervieweur, mais les informateurs sont libres de prendre le temps qu'ils veulent pour répondre et de le faire de la façon qu'ils le désirent. L'entrevue sert à faire un prélèvement qualitatif, qui permet de décrire ou de comprendre des témoignages plutôt que d'en tirer des résultats quantitatifs ». (Angers, 2014, p.46).

On peut distinguer les entretiens de recherche selon leur but, comme le fait Chauchat (1985) entre l'entretien exploratoire et méthode d'observation systématique. On peut aussi prendre en compte le caractère plus au moins directif du mode d'intervention de l'interviewer, comme le font Ghiglione et Matalon (1978). On distingue ainsi trois niveaux de directivité :

- L'entretien non directif quelquefois qualifié de libre. Cette façon de procéder est souvent réservée aux entretiens exploratoires.
- L'entretien semi-directif qui utilise une grille des thèmes à aborder, mais qui respecte un ordre, celui du discours de la personne interrogée.
- En fin l'entretien directif ou standardisé, qui se confond en partie avec le questionnaire à question ouvertes. (Richard, Ghiglione, 2017, p.105).

Donc, le guide d'entretien est l'une des techniques utilisées en sciences humaines et sociales pour réaliser une étude qualitative. Ce dernier permet au chercheur d'observer le comportement et d'orienter le discours de l'enquêté.

5-2- La Présentation de notre guide d'entretien

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

Axe 1 : informations personnelles

Axe 2 : les informations concernant la chirurgie et traitements

Axe 3 : les informations concernant le matériel et la prise en charge

Axe 4 : les informations concernant le comportement et la vie sociale

5-3-Le questionnaire

Le questionnaire est l'outil par excellence de l'enquête psychosociale mais il n'est pas le seul car la méthode d'enquête par exemple, procède aussi par entretiens et observations participantes.

Le questionnaire constitue une principale technique qui permet de recueillir plus d'informations sur l'enquête. Technique très répandue, le questionnaire dans la recherche est un avantage évident de pouvoir être pratiqué sur une vaste population. Il est à la fois rapide à construire, à remplir et à dépouiller. Il permet donc d'étudier de grands groupes humains et de produire des résultats statistiquement significatifs. Le grand nombre de personnes interrogées permet de faire des comparaisons à l'intérieur du matériel recueilli (Richard, Ghiglione, 2017). La méthode du questionnaire relève, en sociologie et en psychologie, d'une pratique déjà ancienne. Dans le domaine de l'évaluation de la personnalité, si le recours au questionnaire répond à une tradition, son image n'est pas neutre pour autant : l'évalué devient, selon un postulat implicite, un expert capable de porter un regard objectif sur lui-même. Bien souvent cette forme de recherche est qualifiée d' « auto-évaluation » ou de mesure auto-rapportée. (Bernaud, 2008, p.41).

Le questionnaire est une méthode d'observation très connue et fréquemment utilisée. Mais le questionnaire se limite à l'étude des réponses verbales suscitées et non spontanées. (Lavarde, 2008, pp190-191).

Le questionnaire permet de se renseigner sur de nombreux aspects de la vie d'une large population. Les questions peuvent porter sur les comportements des informateurs, leurs situation sociale, familiale ou professionnelle, leurs niveau de connaissance ou de conscience d'un phénomène, ou sur tout autre sujet à propos duquel les informateurs peuvent être interrogés. Étant donné ses multiples usages, le questionnaire est le moyen d'investigation le plus largement répandu dans les sciences humaines. (Angers. 2014, p.46).

Le but d'un questionnaire doit donc être clairement identifié. Sa première formulation peut rarement ne pas être remise en question ; un des moyens utilisables pour savoir si elle est satisfaisante est de voir si, non seulement elle indique de façon évidente les problèmes que le questionnaire va explorer, mais aussi ceux qui ne le seront pas. (Richard, Ghiglione, 2017, p.85).

En fin, le questionnaire c'est une méthode quantitative convient quand la population de taille importante et il s'attache à obtenir un fort taux de réponse et précisément des données chiffrées.

5-4-La description de notre questionnaire

On a utilisé le questionnaire de Mathilde Clay 2015 révisé en 2018 par dumortier Daphnée pour l'auto évaluation de la qualité de vie après une laryngectomie totale. Il se compose de 45 questions regroupées dans 9 axes.

Ce questionnaire est adressé aux patients ayant subi de laryngectomie totale (8patients) dans le but d'exprimer leur vécu dans plusieurs domaines.

Les questions sont articulées autour des axes suivants :

L'axe voix : 13 questions.

L'axe déglutition –alimentation : 06 questions

L'axe salive : 03 questions

L'axe sensoriel (odorat, gout,) : 07 questions

L'axe respiration : 04 questions

L'axe sommeil : 01question

L'axe autonomie : 2 questions

L'axe vie sociale (activité physique, apparence) : 07 questions

L'axe ressenti : 02 questions.

Il est à noter que ce présent outil d'évaluation est construit à base d'échelles nominale et ordinal, ce qui ne permet pas d'obtenir une estimation numérique des résultats.

En effet, l'échelle Nominale dont les modalités de variable sont des noms ou simple catégorie non hiérarchisées. Exemple les modalités du guide d'entretien. Pour l'échelle ordinal dans son principe il ya un ordre entre les modalités ce qui permet de définir les modalités qui sont supérieur, inférieur ou égales à d'autres. Exemple des modalités du questionnaire. Et enfin se sont des échelles qui ne nécessitent pas des opérations mathématiques dans la mesure des données recueillies.

6- Les conditions générales du déroulement de la recherche

Dans le cadre de la réalisation de notre recherche fin d'étude en master 2 spécialité pathologie de langage et de la communication, notre thème de recherche nécessite la disponibilité des cas ayant subi une laryngectomie totale.

Notre première destination était notre wilaya de Bejaia mais malheureusement nous n'avons pas trouvé ce que nous cherchions en raison de non disponibilité des cas laryngectomisés, puis on s'est déplacé à la wilaya de Sétif, où on a réussi de trouvé un lieu de stage mais malheureusement, la réponse des patients était négative d'après l'orthophoniste, car ils n'ont pas voulu de nous rejoindre de travailler avec nous pour des raisons inconnues, et finalement, notre destination était la wilaya de tizi ouzou où nous avons trouvé quatre cas laryngectomisés, et ils ont accepté de nous rejoindre de travailler avec nous.

Les limites de notre recherche :

Au début, notre recherche est basée sur une étude quantitative, suite à la crise sanitaire qu'on vit actuellement, la majorité des patients ont désisté car se sont des cas plus sensibles ce qui nous a poussés à changer d'avis pour une étude qualitative qui nous semble adéquate pour notre groupe d'étude de 8cas.

- Manque de la documentation sur la thématique.

-

Synthèse

En guise de conclusion de ce troisième chapitre, nous dirons que la méthodologie de recherche est fondamentale dans un travail de recherche scientifique. Le respect de l'ensemble des règles d'éthique et déontologique nous a énormément servi à mettre une structure rigoureuse pour arriver à des résultats fiables.

Dans ce chapitre, on s'est basé sur deux outils de recherche qui sont adéquats à notre projet d'étude à savoir le guide d'entretien et le questionnaire spécifique à la qualité de vie auprès des patients laryngectomisés sur lesquels nous nous sommes appuyés dans le recueil des données sur notre groupe de recherche, dans le but de confirmer ou infirmer les hypothèses posées dans la problématique. C'est d'ailleurs l'axe de notre recherche dans le chapitre suivant qui s'intitule « *présentation, analyse et interprétation des résultats et discussion des hypothèses* ».

Chapitre IV : Présentation, analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

Pour analyser et interpréter les résultats relatifs au questionnaire et au guide d'entretien, nous avons procédé comme suit : on a commencé par présentation des cas qui ont bénéficié d'une rééducation orthophonique, puis les cas en cours de rééducation, après les cas qui n'ont pas bénéficié de la rééducation orthophonique.

A) Les cas ayant bénéficié d'une voix de substitution ou appareillés

Présentation du 1^{er} cas (B.O)

B.O. âgé de 40 ans marié, il a 2 enfants, il a fait les études universitaires, exerce une activité professionnelle en qualité d'ingénieur en génie civil, B.O n'a jamais consommé ni du tabac ni de l'alcool, il ne pratique pas le sport avant l'intervention. B.O n'a pas repris son travail à cause de sa profession en raison du milieu défavorable pour sa santé.

Analyse du guide d'entretien du 1^{er} cas(B.O)

D'après les données que nous avons recueillies, à travers cet entretien, Monsieur, B.O en 2016 a senti mal au niveau de son cou lors de la déglutition et sa voix a un peu changé ; après avoir consulté le médecin en O.R.L, ce dernier a conclu après plusieurs examens qu'il s'agit d'un cancer du larynx. Dans la même année B.O a fait une intervention chirurgicale de type laryngectomie totale. Ensuite, a suivi des traitements complémentaires de la radiothérapie et chimiothérapie. De ce fait, B.O n'a pas d'autres antécédents médicaux, donc il ne suit aucun autre traitement; c'est sa femme qui l'assiste dans son quotidien. B.O est bien informé pour le suivi de la prise en charge après sa sortie du bloc. Il a bénéficié d'une rééducation orthophonique, psychologique et kinésithérapeute qui s'étalait sur une durée de deux ans d'une manière régulière à raison de trois fois par semaine au CHU de Tizi Ouzou. Les résultats desdites rééducations se sont avérés satisfaisants. B.O a gardé ses relations sociales. Sa réaction juste après l'intervention selon lui « *au début, j'ai été un peu stressé et inquiet pour mon état de santé et ma voix en particulier, mais dès que j'ai rencontré un orthophoniste, un psychologue et kinésithérapeute avec la présence des patients laryngectomisés qui ont récupéré leur voix. Le stress commence à baisser. Actuellement, je suis content d'avoir récupéré ma voix et même je pratique un peu du sport* »

Analyse du questionnaire du cas (B.O).

B.O a noté sur le questionnaire qu'il trouve « parfois » des difficultés à se faire comprendre comme il trouve également des difficultés dans certaines situations de conversation telles les conversations à plusieurs et dans les lieux publics. par contre les conversations lui semble « souvent » difficile dans le bruit. Contrairement aux situations citées dessus, B.O ne trouve « pas du tout » de difficultés dans la conversation duelle et la conversation au téléphone, et quant à l'usage de sa voix, B.O.n'ose pas « parfois » l'utiliser dans les lieux publics, mais il ne ménage aucun effort pour l'utiliser dans la conversation avec ses proches, au téléphone et avec d'autres personnes. Quoi que sa voix lui parait agréable, B.O a « un peu » l'impression qu'elle ne lui permet pas de communiquer facilement.

Pour les questions qui pivotent sur l'axe de déglutition, nous n'avons enregistré aucune anomalie hormis la question concernant des difficultés à mastiquer où sa réponse est « trouve un peu des difficultés ».

Concernant les sensations, nous n'avons remarqué aucun trouble ou changement pour l'Ouïe et le gout puisque sa réponse était « inchangée » mais son odorat est « un peu modifié » selon sa réponse également.

B.O n'est pas gêné par les sécrétions trachéales et il n'éprouve aucune difficulté à respirer puisqu'il nous a avoué qu'il faisait du sport après son intervention lors du guide d'entretien.

B.O a répondu par « pas du tout » chose qui signifie qu'il ne souffrait pas d'insomnie ou d'un quelconque trouble du sommeil.

La réponse de B.O est « pas du tout » ce qui signifié qu'il a maintenu son autonomie.

Les réponses de B.O sont toutes « pas du tout » ce qui nous renseigne que B.O a pu retrouver sa vie d'avant ceci dit qu'il a gardé ses relations et ses interactions sociales avec ses proches, amis ou d'autres personnes malgré qu'il considère que ses activités physiques sont « un peu modifié » et qu'il a « un peu » tendance à dissimuler ses cicatrices, canule ou trachéostome.

Les réponses de B.O indiquent qu'il n'est aucunement inquiet ni par sa maladie ni par l'intervention comme elles indiquent également qu'il ne ressent aucunes irritation.

Synthèse et interprétation des résultats du cas (B.O)

D'après l'analyse du guide d'entretien et du questionnaire de la qualité de vie relatif au cas B.O, nous sommes amenés à constater qu'il a bénéficié de la rééducation de la voix suite à quoi B.O a pu acquérir la voix œsophagienne ce qui lui permettra de communiquer avec ses proches et les autres. Ainsi de garder ses relations sociales avec eux, malgré les quelques séquelles laissées par l'opération. On remarque qu'il a répondu positivement dans la majorité des axes notamment dans l'axe vie social, ressenti et voix. A cet effet nous avons conclu que grâce à sa voix de substitution, B.O a pu avoir une bonne qualité de vie.

. Présentation de 2^{ème} cas (A.S)

A.S. est un homme de 63 ans, marié. Il a 5 enfants. Il n'a jamais fait l'école. Il exerce un métier d'artisan- maçon. A.S ne pratique pas du sport et il est réputé par sa consommation abusive du tabac (1 à 2 paquets/jour pendant 39 années). A.S. a arrêté le travail par l'avis de son médecin mais il travaille un peu à la maison d'après lui.

Analyse du guide d'entretien du 2^{ème} cas (A.S).

En 2015 A.S souffrait d'une perte progressive de la voix et après plusieurs examens O.R.L, on lui diagnostique un cancer du larynx et se fait laryngectomiser la même année (2015). Après l'intervention, A.S ne suit pas de traitement complémentaire de type chimiothérapie, mais il s'est bénéficié des séances radiothérapie (25 séances au total) ; il porte une canule sans qu'il soit muni ni d'un implant ni d'un filtre respiratoire. Pour son quotidien, le patient se fait aider par sa femme. Au moment de l'intervention il était informé sur le suivi de la prise en charge pluridisciplinaire après sa sortie du bloc.

Il est à noter qu'A.S n'a pas bénéficié d'une rééducation orthophonique pour l'acquisition de la voix œsophagienne, en raison de manque de moyens, ainsi A.S à opter pour un laryngophone. Les quelques séances de rééducations orthophoniques qu'il a suivi était uniquement dans le but d'apprendre l'utilisation de son vibreur externe. A.S. a gardé ses relations avec son entourage. Sa réaction post-opératoire selon lui « *asmi idefghagh g l'hôpital shussagh ulighara vkhir, tkalikagh aktar tura imis3igh swachu ahadragh aklin cava hamdoulah kalghad mehsuv amzik. miligh s la voix ynu* ». « *Après ma sortie du bloc je me sens très stressé et inquiet de ma voix. Maintenant j'ai une voix de substitution alors je suis tres content et satisfait* ».

Analyse des résultats du questionnaire du cas (A.S).

Concernant la voix, Le patient a répondu à toutes les questions (13 questions) par la mention « Pas du tout » ce qui signifie que A.S ne rencontre aucune difficulté lors de ses conversations qu'elles soient duelles ou à plusieurs. Idem pour les conversations au téléphone et en présence du bruit. D'après ses réponses, on constate qu'il n'y pas de situations qui pourraient entraver l'usage de sa voix de substitution. Cette dernière lui paraît agréable, elle lui permet de communiquer facilement.

En ce qui concerne le domaine déglutition alimentation, toutes les réponses du patient étaient « pas du tout » ce qui signifie qu'il ne trouve pas de difficultés dans ce domaine. .

Le patient ne trouve pas de difficultés liées à la déglutition de sa salive. Il n'a pas besoin de boire lorsqu'il parle par contre il éprouve souvent le besoin de boire pour avaler la nourriture.

Le patient a préservé les sens « l'ouïe et le goût » par contre il souffre un peu de trouble de l'odorat (un peu modifié)

A.S. ne se sent pas du tout gêné par les sécrétions trachéales (le fait de tousser) et il n'éprouve aucune difficulté à respirer en état de repos. Mais il présente parfois d'essoufflement lorsqu'il fournit des efforts physiques.

Le patient souffre des troubles de sommeil depuis sa chirurgie. Il présente souvent des réveils nocturnes (trois à quatre réveils dans une nuit).

Le patient a maintenu son autonomie pour certaines activités (prendre une douche..) qu'il faisait seul auparavant sauf qu'après la chirurgie, il éprouve un peu le besoin d'aide pour sa toilette et pour prendre soin de son trachéostome.

Malgré que A.S. communique avec une voix de substitution, sa vie sociale reste inchangée. Il continue toujours à se promener dans des espaces publiques et à organiser des sorties avec ses amis et sa famille. Les interactions sociales du patient n'ont pas subi un quelconque changement.

Selon le patient, depuis qu'il a appris à utiliser une voix de substitution, la chirurgie n'est plus une source d'inquiétude et il ne présente aucune irritation. Donc le patient a apprivoisé sa maladie.

Synthèse et interprétation des résultats de cas (A.S)

En lisant et en analysant les données recueillies du questionnaire et le guide d'entretien, on constate que la voix de substitution a influencé positivement le patient sur presque tous les axes notamment l'usage de la voix, axe ressentis ainsi celui de vie sociale. Les résultats d'A.S sont satisfaisants, puisqu'il a répondu à toutes les questions positivement, hormis les questions liées aux séquelles laissées par l'opération. A.S a bénéficié d'un vibreur externe ou laryngophone ce qui lui permet de garder ses relations avec tout le monde et d'avoir une bonne qualité de vie.

B) Les Cas qui sont en cours de rééducation orthophonique :

Présentation de 3^{ème} cas (M.A)

M.A. est un homme de 74 ans marié. Il a 08 enfants et il n'a pas fait l'école. Il travaille comme chauffeur du camion. M.A est un consommateur de la cigarette (plus d'un paquet par jour), comme il prend de l'alcool parfois. M.A. a pris sa retraite

Analyse du guide d'entretien du 3^{ème} cas (M.A)

En 2018, M.A présente des complications respiratoires, des difficultés de la déglutition et le changement du timbre de sa voix. Après consultation, il s'est avéré que ce dernier est atteint d'un cancer du larynx. En 2019, M.A s'est fait laryngectomiser totalement.

Après la chirurgie, M.A n'a pas suivi un traitement complémentaire (ni chimiothérapie ni radiothérapie). Il est à savoir qu'il ne présentait aucun antécédent médical. M.A porte uniquement une canule ; il n'est muni ni d'un implant phonatoire ni d'un filtre respiratoire. Il était informé sur le suivi de la prise en charge pluridisciplinaire après l'intervention. Il utilise la voix chuchotée comme moyen de communication et il continue de bénéficier d'une rééducation orthophonique. M.A. n'a pas gardé ses relations sociales avec son entourage à cause de sa voix et selon sa réponse « *us3ighara la voix swachu ahadragh dyamdukaliw nagh dwayat* ». « *J'ai pas garde les relations avec mon entourage par ce que j'ai pas de la voix pour communiquer avec eux* ». La réaction post-opératoire de M.A « *asmi idafghagh g le bloc kalkagh mlih la voix ulach hussagh fachlagh akit les orthophonistes tsayin karniyid aktughal la voix uma3na nek uruminagh aytughal, chah zyi laghlat daglaw tkayifagh sipakayan stahlagh aclin t3ichagh wahdi kn ghass nk tmatutiw inatili unhadrara* » « *quand je me suis sorti du bloc, je suis devenu stressant et je me sens tres faible, les orthophoniste me dise*

toujours il faut garder l'espoir mais moi j'ai toujours perdu de l'espoir pour avoir une voix de substitution». La rééducation n'est pas satisfaisante d'après sa réponse.

. Il faut souligner que sa rééducation est interrompue suite à la crise sanitaire (COVID19) pour la reprendre en 2021.

Analyse des résultats du questionnaire (M.A)

M.A trouve « parfois » des difficultés à faire comprendre. Comme il trouve aussi « très souvent » des difficultés dans la majorité des conversations telles à plusieurs, dans les lieux publics, bruit, au téléphone et même duelle. Et quant à l'usage de sa voix, M.A n'ose pas « très souvent » l'utiliser dans les situations citées dessus hormis avec ses proches et « parfois » avec d'autres personnes. Sa voix lui paraît désagréable. M.A a « assez » l'impression qu'elle ne lui permet pas de communiquer facilement.

Concernant la déglutition, M.A présente « un peu » de difficultés à mastiquer mais il éprouve assez le plaisir à manger et ne rencontre aucune difficulté à avaler la nourriture. M.A n'a pas réduit le volume de chaque bouchée, ce qui signifie qu'il a gardé la même quantité comme auparavant.

M.A ne trouve pas de difficultés liées à la déglutition de sa salive. Mais « parfois » ressent besoin de boire lorsqu'il parle et il éprouve « souvent » le besoin de boire pour avaler la nourriture.

On a remarqué que M.A a perdu le sens de l'odorat « inexistant ». Il ressent « un peu » une perte auditive et des acouphènes (sifflement dans l'oreille) au niveau de deux oreilles. Par contre le sens de goût est préservé.

A-propos de la respiration, Toutes les réponses du patient était « pas du tout ». Il n'éprouve aucune difficultés à respirer .il ne se sent pas du tout gêné par les sécrétions trachéales(le fait de tousser) ni la sensation d'avoir le nez qui coule.

Nous avons remarqué que le patient avait « parfois » de trouble du sommeil depuis sa chirurgie à cause de son angoisse.

Pour l'autonomie, La réponse de M.A. est « pas du tout », ce qui signifie qu'il a maintenu son autonomie.

M.A considère ses activités physiques aujourd'hui « un peu modifié ». Il a « un peu » tendance à dissimuler ses cicatrices, canule ou trachéostome. Nous avons remarqué qu'il a subi des changements dans ses relations sociales. Il éprouve de difficultés de sortir avec ses amis par exemple, de communiquer avec ses proches et d'autres personnes.

Selon les réponses du patient, nous avons remarqué que M.A présente beaucoup d'irritation. Selon lui, la maladie et l'opération est une source d'inquiétude.

Synthèse et interprétation des résultats de (M.A)

Suite à l'analyse du guide d'entretien et questionnaire de la qualité de vie relatif au cas M.A, on remarque même s'il est en cours de la rééducation orthophonique, le patient trouve toujours des difficultés à communiquer avec les autres et ses relation avec eux sont perturbés. Malgré que M.A est en cours de la rééducation orthophonique de la voix oro-œsophagienne, il présente beaucoup de difficultés concernant l'usage de sa voix, ressentis et ses relations avec les autres et se sent gêné par son trachéostome, d'après ses réponses également. M.A avait une voix chuchoté comme moyen de communication. Cette dernière rend sa qualité de vie mauvaise.

Présentation de 4^{ème} cas (A.H)

A.H, et un homme de 66 ans, retraité, marié, il a 7 enfants et il n'a jamais fait l'école .il travaille comme soudeur .A.H ne pratiquait pas du sport, c'est un grand consommateur du tabac (2 à 3 paquets de cigarettes par jours), comme il prend de l'alcool (1 vin par jour).

Analyse du guide d'entretien du 4^{ème} cas (A.H)

En 2019 A.H a subi une L.T, il n'a pas suivi de traitement complémentaire de type chimiothérapie, mais il a bénéficié des séances de radiothérapie (25 séances au total).

Il est à noter que le patient ne présentait aucun antécédent médical, donc il ne suit aucun autre traitement et personnes ne l'assiste dans son quotidien. A.H. a été informé sur le suivi de la prise en charge pluridisciplinaire post-opératoire. Selon A.H. « *je préfère d'être solitaire puisque personne ne m'entend d'après sa réponse* ». « *thibigh adkimagh wahdi achku yiwen uydisal maradhadrigh* ». La réaction après l'intervention selon lui « *midafghagh g sviatar ussanani imenza hussagh changigh ak, fak3agh rapide, fachlagh akit ugadagh lahlakayi yu3ar. Tura aklin savragh chwaya s3igh chituh ussirem adas23ugh la voix* ». « *Juste après*

ma sortie du l'hôpital les premiers jours même, je me sens un changement énorme, la colère, la faiblesse et la peur pour cette maladie (cancer). Et maintenant j'ai un peu de la patience et de l'espoir pour avoir un voix de remplacement »

A.H, n'est pas muni ni d'implant phonatoire ni d'un filtre respiratoire. Il porte uniquement une canule. Il utilise comme moyen de communication la voix chuchotée et il continue à bénéficier d'une rééducation orthophonique, à ce moment, les résultats de cette dernière n'étaient pas satisfaisante.

Analyse du questionnaire du cas (A.H.)

A.H a noté sur le questionnaire qu'il trouve « souvent » des difficultés à se faire comprendre, comme il trouve « très souvent » des difficultés dans toutes les situations de conversation telles les conversations duelles, à plusieurs, dans le bruit, au téléphone et dans les lieux publics.

Quant à l'usage de sa voix, A.H n'ose pas parfois l'utiliser avec ses proches, et il n'ose pas « très souvent » l'utiliser avec d'autres personnes, dans le bruit, au téléphone et dans les lieux publics. La voix d'A.H lui paraît « un peu » désagréable, il a un peu l'impression que sa voix ne lui permet pas de communiquer facilement.

Selon A.H ne trouve « pas du tout » du plaisir à manger, il n'éprouve aucune difficultés ni à mastiquer ni à avaler la nourriture, le patient réduit « un peu » le volume de chaque bouchée, il a « un peu » l'impression qu'il lui reste encore des morceaux dans sa bouche après avoir avalé.

Le patient ne trouve pas de difficultés liées à la déglutition de sa salive, il n'a pas besoin de boire lorsqu'il parle ni pour avaler la nourriture.

Pour les sensations, nous avons remarqué que le patient a préservé les sens « l'Ouïe et le goût » puisque sa réponse était « pas du tout », mais son odorat est un « peu modifié » selon sa réponse.

Malgré que A.H se sent « parfois » gêné par les sécrétions trachéales (le fait de tousser) facilement essoufflé, mais il n'éprouve aucune difficulté à respirer.

A.H a répondu par la mention « parfois », chose qui signifie que ce patient présente « un peu » un trouble du sommeil depuis la chirurgie à cause de son angoisse.

Concernant l'autonomie, A.H a répondu dans la mention « pas du tout » ce qui signifie qu'il a gardé son autonomie

La majorité des réponses d'A.H dans l'axe vie sociale sont avec la mention « beaucoup », ce qui nous renseigne que la vie sociale d'A.H est complètement bouleversée.

A.H considère que ses activités physiques « un peu modifiées » et qu'il a « un peu » tendance à dissimuler ses cicatrices, canule ou trachéostomie.

Selon lui, l'opération et la maladie est une source d'inquiétude et présente aussi beaucoup d'irritation depuis la chirurgie.

Synthèse et interprétation des résultats de cas (A.H)

D'après l'analyse du guide d'entretien et le questionnaire spécifique à la qualité de vie relatif au cas A.H, nous avons constaté qu'il trouve des difficultés dans la majorité des domaines notamment l'usage de sa voix, ressentis et sa vie sociale qui sont plus touchés. Il est en cours de rééducation orthophonique, il utilise la voix chuchotée comme moyen de communication. À cet effet, Nous pouvons dire qu'il présente une **QDV** mauvaise.

La présentation de 5^{ème} cas (D.A).

D.A est un homme de 73 ans, marié, il a 11 enfants, retraité il n'a jamais fait l'école .il travaille dans une usine comme chef d'équipe, il ne pratiquait pas du sport, c'est un consommateur du tabac (1 paquet de cigarettes par jours), il prend aussi de l'alcool (1 fois par semaine).

Analyse du guide d'entretien du 5^{ème} cas (D.A)

D.A a fait son intervention en 2019, il n'a pas suivi de traitement complémentaire de type chimiothérapie, mais il a bénéficié des séances de radiothérapie (25 séances) après la chirurgie.il était informé sur le suivi de la prise en charge pluridisciplinaires post-opératoire.

Il est à noter que le patient ne présentait aucun antécédent médical, donc il ne suit aucun autre traitement. Pour son quotidien le patient ce fait aidé par ses enfants. D.A n'est pas muni ni d'implant phonatoire ni d'un filtre respiratoire, il porte uniquement une canule. Il utilise comme moyen de communication la voix chuchotée et il continue à bénéficier d'une rééducation orthophonique. qui lui paraît insatisfaisante d'après sa réponse. D.A. n'a pas garde

ses relation avec son entourage cela est du à l'absence totale de sa voix d'après sa réponse « *tghamayagh wahdi kn achku us3ighara south, imdukaliw uyadfahamnara ak* » « *je suis solitaire par ce que mes amis me comprend pas* ». La réaction de D.A. après l'intervention « *asmi idafghagh g le bloc gumagh ak adkavlagh ayen iyitran, fak3agh mlih, uzmirghara ak adakimagh d yamdanan adhadragh yidssan. Tura aclin khadmagh wahi orthophoniste ghef la voix uma3na achhal nk dalkhadma mazel uras3ighara la voix, d rebbi iyivghan aka* » « *quand j'ai quitté l'hôpital je n'arrive pas a accepté ma situation actuelle, j'ai été très irrité à ce moment là. Actuellement, je suis en rééducation orthophonique mais jusqu'à ce moment je n'arrive pas acquérir la voix œsophagienne. C'est le destin de Dieu* »

Analyse de questionnaire du cas D.A.

D.A trouve « parfois » des difficultés à se faire comprendre, il a « très souvent » des difficultés dans les situations de conversation telles les conversations duelles, à plusieurs, dans le bruit, dans les lieux publique et au téléphone.

Quant à l'usage de sa voix, D.A n'ose pas « parfois » à l'utiliser avec ses proches, et n'ose pas « très souvent » à l'utiliser avec d'autres personnes, dans le bruit, au téléphone et dans les lieux publics.

Malgré que sa voix lui parait un peu désagréable, D.A à assez l'impression qu'elle ne lui permet pas de communiquer facilement.

Concernant l'axe déglutition, D.A trouve « un peu » du plaisir à manger, il réduit le volume de chaque bouchée, comme il a « un peu » l'impression qu'il lui reste encore des morceaux dans sa bouche après avoir avalé. Mais il n'éprouve aucune difficulté à mastiquer et à avaler la nourriture.

D.A n'éprouve aucune difficulté liée à la déglutition de sa salive, il n'a pas besoin de boire lorsqu'il parle ou pour avaler la nourriture.

En ce qui concerne l'axe sensoriel, on trouve que l'odorat « inexistantes », pour la sensation goût les réponses du patient concernant le salé , le sucré et les aliments amer sont « inchangées », mais sa réponse concernant les aliments acide était « un peu modifié », pour l'Ouïe, D.A ressent qu'il a un peu de perte auditive à cause de sifflement dans l'oreille.

D.A se sent « parfois » gêné par des sécrétions trachéales (le fait de tousser), comme il trouve « parfois » des difficultés à respirer, il est facilement essoufflé.

D'après sa réponse, il trouve « souvent » des difficultés de sommeil depuis la chirurgie à cause de ses difficultés à respirer. En plus ses réponses sont toutes par la mention « un peu » ce que nous indique qu'il n'est pas autonome. D.A à besoin d'aide pour certaines activités, et pour faire ses toilettes et prendre soins de trachéostome.

La majorité des réponses de D.A sont avec la mention « beaucoup », ce qui nous indique que sa vie sociale est complètement bouleversée. Il évite très souvent certaines situations (grandes surfaces, restaurant etc.) à cause de son handicap vocal. Il éprouve « très souvent » aussi des difficultés à communiquer avec d'autres personnes ainsi avec les proches.

D.A considère que ses activités physiques sont « un peu modifiées » et qu'il a « un peu » tendance à dissimuler ses cicatrices, canule ou trachéostomie.

D'après sa réponse pour l'axe ressentis, D.A indique qu'il est « un peu » inquiet par sa maladie, il présente beaucoup d'irritation depuis l'intervention.

Synthèse et interprétation des résultats de (D.A)

D'après l'analyse du guide d'entretien et le questionnaire spécifique de la qualité de vie relatif au cas D.A, nous avons remarqué qu'il utilise la voix chuchoté comme moyen de communication. Il trouve des difficultés dans la majorité des domaines, Particulièrement, dans l'usage de sa voix, ressentis et vie sociale qui sont les plus touchés. Chose qui nous permet de dire que la QDV de D.A est mauvaise.

C) Les cas qui n'ont pas bénéficié de la rééducation

Présentation de 6^{ème} cas L.K :

L.K. âgé de 79ans, marié, il a 6 enfants, il n'a pas fait l'école. L.K. a consacré toute sa vie à cultiver la terre. Il ne pratique pas du sport et il est réputé par sa consommation du tabac (paquets de cigarette par jour minimum). Il a repris son travail qui est l'agriculture.

Analyse du guide d'entretien du 6^{ème} cas (L.K)

En 2011, L.K souffrait d'une perte progressive de la voix et après plusieurs examens d'un spécialiste en O.R.L, on lui a diagnostiqué un cancer du larynx et s'est fait laryngectomisé la même année (2011). Après l'intervention, L.K ne suit pas de traitements complémentaire de type chimiothérapie, mais il a bénéficié des séances de radiothérapie ; il

porte une canule sans qu'il soit muni ni d'un implant phonatoire ni d'un filtre respiratoire. Pour son quotidien, le patient se fait aider par sa femme. Il n'était pas informé sur le suivi post-opératoire. D'après L.K. n'a pas gardé ses relations avec son entourage à cause de son trouble de la voix. « *Us3ighara la voix amk tanwit adhadragh d hed* » « *je n'ai pas de voix, comment vous voulez parler avec les autres !!!* » .La réaction de L.K après sa sortie de l'hôpital « *asmi idafghagh g sviter trugh, khal3agh mlih imi walagh anakir-ni g 3ankikiw wahi irohayi south, tura t3ichagh kn amu3agun urhadragh d hed udihadar hed yidi* ». « *Après ma sortie de l'hôpital, j'ai été choqué quant j'ai vu l'orifice au niveau de mon cou (trachéostome) en plus j'ai perdu ma voix. Actuellement, je vis comme un muet, je parle avec personne et personne ne parle avec moi* »

Il faut noter que L.K n'a pas bénéficié d'une rééducation orthophonique ou autre. Il communique avec des gestes.

Analyse des données recueillies d'après le questionnaire du cas (L.K)

L.K. a répondu à toutes les questions par la mention « très souvent ». Ce qui signifie que le patient rencontre des difficultés lors de ses conversations qu'elles soient duelles ou à plusieurs. Idem pour les conversations au téléphone, dans les lieux publics et dans la présence du bruit. Et quant à l'usage de sa voix, L.K n'ose pas « très souvent » l'utiliser dans les situations citées dessus et même avec les proches. sa voix lui paraît désagréable. Il a « beaucoup » l'impression qu'elle ne lui permet pas de communiquer facilement.

Concernant la déglutition, Toutes les réponses du patient était « pas du tout » sauf la question « avez –vous réduit le volume de chaque bouchée », il a répondu un peu réduit pour les aliments solides comme la viande. Ce qui signifie qu'il ne trouve pas de difficultés de déglutition et d'alimentation.

Le patient ne trouve pas de difficulté liées à la déglutition de sa salive, par contre il ressent le besoin de boire lorsqu'il parle ou avale de la nourriture.

L.K a préservé les sens « l'ouïe et le goût » mais il a perdu le sens de l'odorat d'après ses réponses.

Malgré L.K. présente « parfois » d'essoufflement lorsqu'il fournit des efforts physiques mais il n'éprouve aucune difficultés à respirer en état de repos .le patient ne se sent pas gêné par les sécrétions trachéales (le fait de tousser) .ou la sensation d'avoir le nez qui coule.

Le patient a répondu par la mention « souvent » ce qui signifie qu'il souffre de trouble de sommeil depuis la chirurgie à cause de son angoisse.

Il a répondu par « pas du tout » ce qui prouve qu'il a maintenu son autonomie.

L.K considère que ses activités physiques sont « un peu modifiées » et qu'il a « un peu » tendance de dissimuler ses cicatrices, canule ou trachéostome. Le patient évite « très souvent » certaines situations (grands surfaces, restaurants...etc.) à cause de son handicap vocal. Il éprouve « très souvent » des difficultés de communiquer avec d'autres personnes et « un peu » avec ses proches. L.K se montre méfiant et évite tout contacte avec autrui soit ami ou membre de la famille.

Les réponses de L.K indiquent qu'il est inquiet par la maladie et l'opération comme il indique également qu'il ressent beaucoup d'irritation depuis l'intervention.

Synthèse et interprétation du cas(L.K)

Après l'analyse des données recueillies du guide d'entretien et questionnaire, on constate que le handicap vocal à influencé négativement le patient notamment sur l'usage de sa voix et sa vie sociale. L.K n'a jamais bénéficié d'une rééducation orthophonique d'après sa réponse lors du guide d'entretien. IL avait comme moyen de communication les gestes. Ses réponses nous amène à dire que L.K a une QDV mauvaise.

Présentation de 7^{ème} cas (B.N)

B.N, et un homme de 69 ans marié, il a 8 enfants, retraité et il n'a jamais fait l'école .il travaille dans une usine de céramique .B.N ne pratiquait pas du sport, c'est un consommateur du tabac (2 paquets de cigarettes par jours), il ne prend pas de l'alcool,

Analyse du guide d'entretien du 7^{ème} cas (B.N)

Après la chirurgie, B.N n'a pas suivi de traitement complémentaire de type chimiothérapie, mais il a bénéficié des séances de radiothérapie (25 séances).

Le patient présentait d'autres antécédent médical, il suit un traitement contre le stress pour son quotidien, aucune personne ne l'assiste il est autonome. B.N n'est pas muni ni d'implant phonatoire ni d'un filtre respiratoire, il porte uniquement une canule. Il utilise les

gestes comme moyen de communication. B.N n'a pas bénéficié d'une rééducation orthophonique.

B.N. n'a pas gardé ses relations. Selon lui « *je n'aime pas rentrer en contact avec mon entourage uniquement avec la famille dans le besoin cela à cause de mon handicap vocale. Il me considère comme un sourd muet* » « *us3ighara south iwakn adhadragh d meden, mayadhadrane gakham nagh gbara sakhdaman ifassan , nwaniyi da3azoug* » sa réaction juste après sa sortie d'hôpital « *khadmagh l'operation omothghara,ma3na miydina t'bib adkamlagh l'hayatiw salgharani gthaghachtiv dalhadja okbilaghara mati kan apres dokhagh aghlighe, tura aklin t3ichigh kn tkamilagh usaniw* ». « *Après l'intervention chirurgicale le médecin m'a dit que vous allez continuer ta vie avec la présence d'un orifice au niveau de votre cou, la chose que je n'arrive pas à l'accepter, tout a coup je suis tombé évanouir, maintenant je continue à vivre ma vie comme ça*».

Analyse du questionnaire du cas (B.N).

B.N dans le domaine de la voix trouve « très souvent » des difficultés à se faire comprendre, il éprouve des difficultés dans toutes les situations de conversation telles les conversations duelles, à plusieurs, dans le bruit, au téléphone et dans les lieux publics. B.N dans toutes les situations de conversations citées dessus n'ose pas « très souvent » à utiliser sa voix. Cette dernière lui paraît assez désagréable, B.N a l'impression qu'elle ne lui permet pas de communiquer facilement.

Concernant le domaine déglutition, D'après les réponses du patient, nous n'avons enregistré aucune difficultés, B.N trouve « beaucoup » de plaisir à manger, il n'a pas du mal à la gorge quand il mange, B.N n'éprouve aucune difficulté à mastiquer.

B.N a répondu par « pas du tout » dans l'axe salive, chose qui signifie qu'il n'éprouve aucune difficulté lié à sa salive.

Pour le domaine sensoriel nous n'avons remarqué aucun changement, pour l'Ouïe et le gout sa réponse était « pas du tout », mais son odorat est assez modifié.

B.N n'est pas gêné par les sécrétions trachéales et il n'éprouve aucune difficulté à respirer, il n'a « pas du tout » la sensation d'avoir le nez qui coule, mais parfois il se sent facilement essoufflé d'après ses réponses également dans l'axe respiration.

Dans l'axe sommeil, la réponse du patient était « pas du tout », la chose qui signifie que B.N ne trouve aucune difficulté liée à son sommeil depuis l'opération.

B.N indiquent qu'il n'a pas besoin d'aide pour certains activités, et pour tout ce qui concerne toilette et soins du trachéostome, le patient a maintenu son autonomie.

Toutes les réponses de B.N étaient par le mode de réponse « beaucoup » dans le domaine vie social ce qui prouve que le patient a subi beaucoup de changement dans ses relations sociales, sauf sa réponse dans la question que porte sur les activités physiques où sa réponse était « un peu modifiée ».

Enfin, L'opération et la maladie sont « parfois » source d'inquiétude, B.N ressent beaucoup d'irritation depuis son intervention.

Synthèse et interprétation du Cas B.N

D'après les résultats obtenus, nous avons remarqué que B.N n'a pas de difficultés dans les domaines, déglutition, respiration, sommeil, autonomie, salive et ressentis, toutes ses réponses étaient « pas du tout » et « parfois ».mais B.N éprouve des difficultés dans l'axe voix et vie sociale, toutes ses réponses étaient avec la mention « très souvent » chose qui nous permet de dire que la QDV de D.A est mauvaise.

Présentation du 8^{ème} cas (A.M).

A.M. âgé de 67 ans, mariée, elle a 9 enfant, A.M n'a pas fait des études, c'est une femme au foyer. Elle n'a jamais consommé de l'alcool ni du tabac, elle ne pratique pas du sport. Elle est femme au foyer toujours maintien son activité.

Analyse du guide d'entretien du 8^{ème} cas (A.M).

En 2011, A.M se sente mal au niveau de son cou lors de la déglutition et sa voix a un peu changé ; après avoir consulté le médecin O.R.L, ce dernier a conclu après plusieurs examens qu'il s'agit d'un cancer du larynx. Dans la même année. A.M. a fait une intervention chirurgicale de type laryngectomie totale. Elle n'a pas suivi des traitements complémentaires de la radiothérapie ni de la chimiothérapie. A.M. a été informé par la prise ne charge post-opératoire mais elle n'a pas suivi la prise en charge orthophonique à cause de manque de moyen de déplacement. Elle ne suit aucun autre traitement. Il faut noter que personne ne l'aide dans son quotidien. A.M. n'a pas bénéficié d'une rééducation orthophonique ou autre.

Elle n'a pas gardé ses relations sociales selon A.M. *« je n'ai pas de voix, je sens gêné par le trachéostome et le regard des autres. « urs3ighara south swachu ahadragh, lghar ayi g magratiw, l3ivad gvara yal yiwen amek iydizar. ».* Selon La réaction d'A.M.après l'intervention *« g midafghagh g svitar, shussagh fachlagh, mi3artagh adhadragh ulach south, khal3agh mlih, yal ass nek dimatawan. L3akliw uryazmira adiqaval anachtayi, Tura aklin savragh chwaya us3ighara lkhatyar aklagh gfuss rebbi ».* *« Quand, j'ai terminé mes séjours d'hospitalisation, j'ai senti une faiblesse de tous mon corps, lorsque j'ai essayé de parler mais malheureusement je n'ai pas pu, j'étais en choc et j'ai des crises de larme car mon état psychologique n'arrive pas accepter cette situation. Cependant, j'ai un peu de la patience par ce que je n'ai pas le choix, nous sommes tous entre les mains de Dieu »*

Analyse des données recueillies du questionnaire du cas A.M.

Nous avons constaté que cette femme trouve des difficultés à se faire comprendre dans toutes les situations de conversations telles les conversations à plusieurs, dans les lieux publics, au bruit, au téléphone et parfois en conversation duelle. Et quant à l'usage de sa voix, A.M n'ose pas « très souvent » l'utiliser dans les situations citées dessus. Par contre elle essaye de l'utiliser avec ses proches. Sa voix lui paraît désagréable. Elle a beaucoup l'impression qu'elle ne lui permet pas de communiquer facilement.

D'après ses réponses, on remarque qu'A.M a réduit « un peu » mais à part ça nous n'avons enregistré aucune difficulté.

Les réponses d'A.M sont toutes « pas du tout », ce qui signifie qu'elle ne trouve pas de difficultés liées à la déglutition de sa salive. Elle n'a pas besoin de boire lorsqu'elle parle ni besoin de boire pour avaler la nourriture.

Pour les sensations, nous n'avons constaté aucun trouble ou changement pour l'ouïe et le goût puisque sa réponse était « inchangé », par contre son odorat est « inexistant » selon sa réponse également. La patiente a répondu à toutes les questions par « parfois », ce qui signifie qu'elle se sent gênée parfois par des sécrétions trachéales, elle éprouve des difficultés à respirer et présente d'essoufflement lorsqu'elle fournit des efforts physiques. Elle avait la sensation d'avoir le nez qui coule d'après sa réponse.

La réponse d'A.M est « pas du tout », ce qui signifie qu'elle ne souffrait pas d'insomnie ou de trouble de sommeil.

Concernant l'autonomie, A.M a répondu par « pas du tout », ce que signifie qu'elle a maintenue son autonomie.

A.M considère ses activités physiques « un peu modifiées », et elle a « assez » tendance à dissimuler ses cicatrices, canule ou trachéostome. Elle évite certaines situations (grandes surfaces, restaurants Etc.), à cause de son handicap vocal. A.M a subi « un peu » de changement dans ses relations sociales. Elle éprouve « un peu » de difficultés à communiquer avec d'autres personnes mais elle n'éprouve aucune difficulté de communiquer avec ses proches.

Selon A.M la chirurgie « parfois » est une source d'inquiétude. Elle présente beaucoup d'irritations depuis l'intervention.

Synthèse et interprétation du cas (A.M)

D'après les réponses de la patiente, nous avons conclu qu'elle souffre de son handicap vocal. Ce qu'elle empêche de communiquer avec les autres ainsi de garder ses relations sociales. A.M a comme moyen de communication la voix chuchoté, nous avons remarqué qu'elle a répondu négativement dans la majorité des questions concernant les trois axes voix, vie sociale et ressentis. Ceci dit qu'elle trouve des difficultés dans l'usage de sa voix avec d'autres personnes et ses relations avec eux. Ce qui nous confirme qu'elle a une mauvaise QDV.

Ci-dessous le tableau récapitulatif des synthèses des cas de recherche

Cas	Observations
CAS B.O	B.O. âgé de 40 ans, il maîtrise parfaitement la technique oro-œsophagienne il ne trouve pas des difficultés dans la majorité des domaines, sa voix dans certains situation lui semble parfois compliqué a la présence du bruit et dans les lieux public. ainsi que parfois trouve des difficultés dans le domaine de la salive. le domaine sensoriel est resté inchangé juste l'odorat il trouve souvent des difficultés.
CAS A.S	A.S. âgé de 63 ans. il a comme moyen de communication laryngophone en permanence. la majorité de ses réponses sont positive dans différents domaines. sauf dans certains domaine comme le sommeil, présente un peu des difficultés.
CAS A.H	A.H. âgé de 66 ans, il a comme moyen de communication la voix chuchoté, il est en cours de rééducation orthophonique de la voix œsophagienne. A.H. présente très souvent des difficultés dans le domaine voix et la vie sociale, mais parfois trouve des difficultés dans le domaine déglutition et un peu dans le domaine sensoriel l'odorat est un peu modifié, parfois des difficultés à respirer et souvent des difficultés a s'en dormir
CAS D.A	D.A. âgé de 73 ans il a comme moyen de communication la voix chuchoté, il est en cours de rééducation orthophonique de la voix œsophagienne. D.A. présente très souvent des difficultés dans le domaine voix et la vie sociale, parfois dans le domaine déglutition, respiration et sommeil. dans le domaine sensoriel (l'odorat et le gout) sont inexistants.
CAS M.A	M.A. âgé de 74 ans, utilise la voix chuchotée comme un moyen de communication, il présente des difficultés dans le domaine voix et de la vie sociale ainsi que le ressentis et un peu gêné par son trachéostome. par contre dans les autres domaines M.A ne présente pas assez de difficultés.
CAS L.K	L.K. âgé de 79 ans n'a pas bénéficié de séances de rééducation, utilise les gestes comme moyen de communication, L.K. présente des difficultés dans le domaine voix, la vie sociale et le ressentis, par contre ne présente pas une gêne de déglutition, de salive et le sommeil. il est autonome, le domaine sensoriel est préservé sauf l'odorat est inexistant.
CAS B.N	B.N. âgé de 68 ans, il n'a pas bénéficié de séances de rééducation, utilise le geste comme moyen de communication, B.N. trouve des difficultés dans le domaine voix la vie sociale et ressentis, il n'a pas de problème de déglutition, salive, sensoriel, mais parfois trouve des difficultés a respirer.
CAS A.M	A.M. âgée de 67 ans, son moyen de communication est la voix chuchoté, elle trouve très souvent des difficultés dans le domaine voix, la vie sociale et ressentis, il n'a pas de problème de déglutition, salive, sensoriel, mais parfois trouve des difficultés a respirer.

Tableau N° 2 : Tableau récapitulatifs des synthèses des cas de recherche

Interprétation générale

D'après les résultats obtenus pour tous les cas (B.O, A.S, A.H, D.A, M.A, L.K, B.N, A.M), après passation de guide d'entretien et le questionnaire spécifique a la qualité de vie.

On s'est rendu compte qu'il ya une convergence dans les réponses de tous les patients dans les domaines suivent ; déglutition, respiration, sommeil, autonomie, salive et sensoriel, comme nous somme arrivé aussi a constaté une divergence dans leurs réponses dans trois domaines seulement, domaine voix, vie sociale et ressentis , cela est dû a l'handicap vocale , les patients qui présentent un handicap vocal (cas A.H, D.A, M.A, L.K, B.N, A.M) trouvent des difficultés dans le domaine voix, vie sociale et ressentis ,par contre le patient qui utilisent une voix de substitution cas (B.O,A.S) n'éprouvent pas des difficultés liées à ces derniers.

De ce qui précède, nous pouvons dire que les patients avec une voix de substitution leurs qualité de vie est jugée bonne.

Discussion des hypothèses

Dans cette étape, notre travail consiste à faire une discussion pour nos hypothèses relatives à notre étude portée sur (l'effet de handicap vocal sur la qualité de vie chez les patients ayant subi une laryngectomie totale).

D'abord, on a commencé notre travail par la passation d'un guide d'entretien dans le but de collecter le maximum d'information sur notre groupe d'étude ; l'âge, l'activité professionnelle, situation familiale, le nombre d'enfant, la consommation de tabac et l'alcool.

Le guide d'entretien nous a permis de savoir les patients qui ont bénéficié des traitements complémentaires, de rééducation orthophonique et le moyen de communication utilisés.

En suite on a opté pour l'utilisation d'un questionnaire qui sera complémentaire pour le guide d'entretien, a travers ce dernier, nous pouvons savoir l'effet de handicap vocal sur la qualité de vie des patients.

D'après les résultats obtenus pour chaque patient, nous sommes arrivés à constater que les patients, (A.S) et (B.O) ayant bénéficié de rééducation orthophonique et ayant une voix de substitution, n'éprouvent pas de difficultés dans la majorité des domaines, notamment dans le domaine voix et vie sociale, ce qui leurs permet d'avoir une **QDV** bonne. Ce qui confirme notre première hypothèse « les personnes avec une voix de substitution ont une qualité de vie bonne ».

Concernant les résultats obtenus pour les patients (A.H), (D.A) et (M.A) qui sont en cours de rééducation orthophonique et qui utilisent une voix chuchoté, et les patients (L.K), (B.N) et (A.M) qui n'ont pas bénéficié de rééducation orthophonique et qui n'utilisent pas une voix de

substitution, nous avons remarqué que ces derniers éprouvent des difficultés dans le domaine voix, vie sociale et ressentis. Ce qui leurs empêchent d'avoir une **QDV** satisfaisante ce qui confirme notre deuxième hypothèse «Les personnes qui n'ont pas une voix de substitution ont une mauvaise qualité de vie ».

Ainsi, la confirmation des deux hypothèses secondaires du présent travail mène automatiquement à la confirmation de l'hypothèse générale stipulant «Le handicap vocal perturbe la qualité de vie chez les personnes ayant subi une laryngectomie totale ».

Synthèse :

Après la présentation et l'analyse de chaque cas, nous avons constatés que deux cas qui ont bénéficié d'une prise en charge orthophonique et ayant une voix de remplacement (voix œsophagienne, le vibreur externe), ont une qualité de vie bonne et meilleur que les autres patients qui sont en cour de rééducation et ceux qui n'ont pas bénéficié de rééducation orthophonique après l'aryngectomie totale. . En finale, après analyse et vérification, des hypothèses émises au début du travail, ces dernières ont été confirmées.

Conclusion générale

La laryngectomie totale est une solution pour éliminer le cancer du larynx à un stade avancé, mais cette opération implique une perte de la voix, un bouleversement de la vie sociale du Patient et parfois elle perturbe d'autres fonctions vitales telles que la déglutition, la respiration, le Gout et l'odorat, ce qui affecte généralement négativement la perception de la qualité de vie chez certaines personnes.

Dans notre étude, on a tenté d'étudier l'effet de handicap vocale sur la qualité de vie chez les patients ayant subi une LT, ayant bénéficié ou non de séances de prise en charge, et qui utilisent ou non une voix de substitution, vu la situation sanitaire actuelle qu'à connu le monde entier en particulier notre pays, notre étude s'est porté seulement sur huit (08) cas, dont on a fait recours à l'utilisation d'un guide d'entretien pour rassembler les données nécessaires, et l'auto-questionnaire spécifique a la qualité de vie après laryngectomie totale Mathilde Clay en 2015, puis ce dernier a été révisé en 2018 par Daphnée Dumortier, afin de déterminer la qualité de vie chez cette frange de malade.

Dans cette recherche basée sur la méthode descriptive de type étude de cas, réalisée sur 8 cas (deux cas ayant une voix de substitution, 3 cas sont en cours de rééducation orthophonique et les trois autres cas sans rééducation) on a démontré l'importance de la rééducation vocale dans la qualité de vie des sujets qui ont subi une LT. En effet, les deux cas (A.S, B.O) ayant bénéficié de prise en charge et ayant une voix de remplacement, n'éprouvent pas de difficultés dans la majorité des domaines, notamment dans le domaine voix, vie sociale et ressenti, ce qui leur a permis d'avoir une bonne qualité de vie. Pour les cas (A.H, D.A et M.A) qui sont en cours de rééducation orthophonique et les cas (L.K, B.N et M.A) qui n'ont pas bénéficié d'une rééducation orthophonique éprouvent des difficultés dans les domaines voix, vie sociale et ressenti, chose qui indique que leur qualité de vie est mauvaise.

Même si notre recherche nous a permis de confirmer nos hypothèses mais ça reste à ne pas généraliser, ces résultats restent insuffisants, Vu le nombre limité de cas d'étude. Cette recherche permet une ouverture sur d'autres thématiques de recherche portant sur un échantillon large afin de bien valider les hypothèses émises et d'appeler les chercheurs d'étudier d'avantage la laryngectomie que se soit totale ou partielle, et son impacte sur les différents domaines de la vie sociale ou psychique des patients dans le contexte socio-culturel algérien.

Liste des références

1. Amiot, M. (2012). *Handicap vocal et qualité de vie du patient laryngectomisé total : enquête sur la faisabilité des échelles d'auto-évaluation et proposition d'adaptations*. Université Nice Sophia Antipolis. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01512927>
2. Angers, M. (2014). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. 6 e éd CEC.inc.
3. Annie, P., & Jaques, V. (2020). *Réussir ses études de psychologie*. 3e éd. deboeck. <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807314979-reussir-ses-etudes-de-psychologie>.
4. Asma, K., & Tawfiq, M. 2015. *La qualité de vie des patients laryngectomisé au CHU du Tlemcen*. [Mémoire pour l'obtention du diplôme docteur en médecine, université de Tlemcen]. <http://dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/112/8747/1/LA-QUALITE-DE-VIE-DES-PATIENTS-LARYNGECTOMISES-AU-CHU-DE-TLEMEN.pdf>
5. Augé, A. (2011). *Vivre mieux avec sa voix*. Odile Jacob. p.62. https://books.google.dz/books?id=xJ_Trh_nEfYC&pg=PA69&dq=les+organes+de+la+voix+et+son+fonctionnement&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwjg8-ed4b30AhWJ2hQKHX4_CFYQ6wF6BAgFEAE#v=onepage&q=les%20organes%20de%20la%20voix%20et%20son%20fonctionnement&f=false
6. Bernaud, J.-L. (2008). *Les méthodes d'évaluation de la personnalité*. 2 e éd. Dunod.
7. Biet, A. (2009). *Réhabilitation vocale après laryngectomie et pharyngolaryngectomie totales*. université de Picardie. <http://hdl.handle.net/10068/833869>
8. Bonardi, C., Girandola, F., Roussiau, N., & Soubiale, N. (2002). *Psychologie sociale appliquée, environnement, sante, qualité de vie*. In Press Editions. p. 207.
9. BRIN, F., Courier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2004), dictionnaire d'orthophonie.2^e éd, Ortho Edition, p.278.
10. Brousse, C. Boisaubert, B. (2007). « la qualité de vie et ses mesures » 28, (7), 458-462. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2007.02.010>
11. Bruchon-schweitzer, M., & Boujut, E. (2021). *Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles*. 2 e éd, Dunod. pp.12-17.
12. Cario, R. (2000). *Victimologie de l'effraction d'inter subjectif à la restauration sociale*. 2 e éd, Harmattan.
13. Chagnon, J.-Y. (2014). *40 commentaires de textes en psychologie clinique*. Dunod.

14. Corbière, M., & Larvière, N. (2014). « *Méthodes qualitatives, quantitative et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* ». Presses de l'Université du Québec.
15. Crest, G., & Chevignon, M. (2014). *Etude de l'évolution, en fonction de l'âge, du temps maximum phonatoire et du rapport S/Z chez une population d'enfants âgés de 3 à 10ans*. Université Lille 2 droit et santé. <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/a41cef2f-66fe-4b40-96ed-2c449190f5e4>
16. Dufour, X. (2008). Les implants phonatoires : *techniques de pose et prise en charge des complications*. *Annales d'otolaryngologie et chirurgie cervico-faciale*. 125(6), 328-330. <https://ur.booksc.eu/book/25468847/729d69>
17. Dumortier, D. (2018). « *Étude de la qualité de vie après laryngectomie totale par le biais d'une auto-évaluation* ». [Mémoire de master, Université de Picardie Jules Verne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02111051/document>
18. Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. 2 e éd. Presse de l'université du Québec. p.2. [https://books.google.dz/books?id=X4dqj39EEUC&printsec=frontcover&dq=Gagnon,+Y.-C.+\(2008\).+L%E2%80%99%C3%A9tude+de+cas+comme+m%C3%A9thode+de+recherche+:+guide+de+r%C3%A9alisation.+Presse+de+l%E2%80%99universit%C3%A9+du+quebec.+P.2.&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwi57fljrL0AhV_RPEDHfk4AG4Q6wF6BAgGEAE#v=onepage&q&f=false](https://books.google.dz/books?id=X4dqj39EEUC&printsec=frontcover&dq=Gagnon,+Y.-C.+(2008).+L%E2%80%99%C3%A9tude+de+cas+comme+m%C3%A9thode+de+recherche+:+guide+de+r%C3%A9alisation.+Presse+de+l%E2%80%99universit%C3%A9+du+quebec.+P.2.&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwi57fljrL0AhV_RPEDHfk4AG4Q6wF6BAgGEAE#v=onepage&q&f=false)
19. Gauthier, B. (2009). *Recherche social d la problématique à la collecte des données*. 5 e éd, Presse de l'université du Québec. <http://livre21.com/LIVREF/F38/F038002.pdf>
20. Geneviève, H.-M., & Liliane, C. (2008). *Du silence à la voix, nouveau manuel de rééducation après laryngectomie totale*. Solal.
21. Giovanna, M. (2012). *Etat des lieux de la prise en charge des aspects corporels dans la rééducation des dysphonies dysfonctionnelles chez l'adulte*. [Mémoire du master, université Victor Segalen Bordeaux2]. p.12. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00730759/document>
22. Goddet, B., & Guillard, M.-C. (2007). *Le laryngectomisé, un mutilé de la voix*. 4(48),137-144. <https://doi.org/10.3917/cpsy.048.0137>.
23. Grosdemange, M., & Malingrey, M. (2010). *Prise en charge du patient ayant subi une laryngectomie totale : élaboration d'un guide à l'usage des orthophonistes libéraux*. [Mémoire du master, Université Henri Poincaré], pp.10-11. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01886705/document>
24. Kremer, J.-M., Lederlé, E., & Maeder, C. (2016). *Intervention dans les troubles : parole, voix, déglutition et déficiences auditives*. Lavoisier, pp. 44-46.

25. Lavard, A.-M. (2008). *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. DeBoeck. Université de Bruxelles.
<https://books.google.dz/books?id=qI1mJ4PErR0C&pg=PA190&dq=AnneMarie+lavarde+,2008+definition+questionnaire&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwid78zv0fHyAhURyYUKHY0fMAQ6wF6BAgJEAE#v=onepage&q=AnneMarie%20lavarde%20%2C2008%20definition%20questionnaire&f=false>
26. Lespinet-Nadjib, V., & Blio, CH. (2013). *Classification des handicaps : enjeux et controverses*. *Hermes, la revue*, 66, p.106. <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2013-2-page-104.htm> -
27. Le Huche, F., & Allali, A. (2010). *La voix, Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole*. Tome1, 4 e éd, Masson.
28. Le Huche, F., & Allali, A. (2020). *La voix : Manuelle d'apprentissage des voix oro-et tracheo-œsophagienne à l'usage des laryngectomisés porteurs et non porteur d'implant phonatoire et de leurs rééducateurs*. Tome 6, collection voix, parole et langage.
29. Le Huche, F.,& Allali, A .(2010). *La voix, pathologie vocales d'origine organique*. Tome 3, (3 e éd), Masson.
30. Lefebvre, J., & Chevalier, D. (2005, novembre). *Larynx cancer .EMC-oto-rhino-laryngologie*. 2(4) pp. 432-457 <https://doi.org/10.1016/j.emcorl.2005.09.005>
31. Mercier, C., & Filion, J. (1987). La qualité de vie : perspectives théoriques et empiriques. *Revue Sante mentale au Québec*, 12(1), 135-143. DOI : <https://doi.org/10.72002/030380ar>.
32. Mercier. M., & Schraub. S, (2005), qualité de vie : quels outils de mesure ? , Courbevoie. p.420.
<http://hdl.handle.net/2042/9760>
33. Montreuil, M. Tazapoulou, E. Truelle, J. (2009). « *La qualité de vie ou l'intérêt de la subjectivité de l'opinion individuel* ». France, Paris : Atelas. [file:///C:/Users/AMIROUCHE%20H/Downloads/2009_2_03%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/AMIROUCHE%20H/Downloads/2009_2_03%20(1).pdf)
34. Moukaouim, M. (2019). *La qualité de vie des patients opérés pour laryngectomie*. [Thèse de doctorat, Université de cadi Ayadi]. <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2019/these180-19.pdf>
35. Nathalie Nader-Grosbois (dir), (2009). *Résilience, régulation et qualité de vie*. Presse universitaire de Louvain. p.332.
36. Piolat, A., & Vauclair, J. (2020). *Réussir ses études de psychologie*. 3 e éd. DeBoeck Supérieur Sa.

https://books.google.dz/books?id=ZuztDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=reussir+ses+etude+de+psychologie&hl=fr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=reussir%20ses%20etude%20de%20psychologie&f=false

37. Richard, J-F., & Ghiglione, R. (2017). *Cours de psychologie*. Dunod.37. Smaili, B. (2009, 7 décembre). Le taux d'incidence du cancer du larynx en Algérie est de 4.4%. Dépêche de Kabylie. <https://www.depechedekabylie.com/evenement/79576-le-taux-dincidence-du-cancer-du-larynx-en-algerie-est-de-44/>

38. Www .swisscancer.ch

39. <https://www.petal.fr/infirmiere-les-soins-du-patient-laryngectomise/>

40. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/129928>

41. <https://www.mutiles-voix.com/>

Annexes

Annexe 1

Guide d'entretien

Axe 1 : Les informations personnelles

- 1) Nom :
- 2) Age :
- 3) Quelle est votre niveau d'étude ?
- 4) Quelle est votre profession ?
- 5) Est-ce que vous consommez le tabac ?
Si oui combien de paquets par jours :
- 6) Est-ce que vous consommez de l'alcool ?
Si oui, quelle quantité par jour ? :
- 7) Est-ce que vous vivez seul ? en couple ? accompagné ?
Avez-vous des enfants ? Oui/Non
Si oui combien ?
- 8) Est-ce que vous avez repris le travail ? Oui/Non
Si non pour quel motif ?

Axe 2 : les informations concernant la chirurgie et traitements

- 9) Est-ce que vous pratiquez le sport avant l'intervention ? Oui/Non
9) Etes-vous les antécédents médicaux ?
Si oui précisez :
- 10) Quelle date vous avez fait l'intervention ?
- 11) Avez-vous eu des traitements complémentaires (radiothérapie et chimiothérapie) ?
Oui/Non
Si Oui, avant ou après intervention ?
- 12) Avez-vous pris d'autres traitements ? Oui/Non
Si oui préciser :

Axe 3 : les informations concernant le matériel et la prise en charge

13) Portez vous un implant phonatoire ? Oui/Non

14) Portez vous une canule ? Oui/Non

15) Portez vous un filtre respiratoire ? Oui/Non

16) Êtes-vous informé de la rééducation orthophonique après votre intervention ? Oui/Non.

17) Est-ce que vous avez suivi une prise en charge orthophonique ou autre ? Oui/Non

Si non, pour quoi ?

Si Oui, quelle rééducation et comment estimez-vous le résultat de votre rééducation ?

Axe 4 : les informations concernant le comportement et la vie sociale

18) Racontez moi votre réaction juste après l'intervention et actuellement ?

19) Avez-vous gardé les relations avec vos amis, entourage ? Oui/Non

Si non, pour quel motif.

Annexe 02.

le questionnaire de la qualité de vie spécifique à la laryngectomie totale

Auto-évaluation de la qualité de vie après la laryngectomie totale

Dans le cadre d'un mémoire en orthophonie, on s'intéresse à votre qualité de vie pourriez-vous s'il vous plaît remplir ce questionnaire en cochant les réponses qui correspondent le mieux à ce que vous ressentez actuellement. Ce questionnaire dure environ 10 minutes. Je vous en remercie par avance. Daphnée Dumortier

VOIX

1-Avez-vous des difficultés à vous faire comprendre ?

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

2. Certaines situations vous semblent-elles plus compliquées

- ✓ En conversation duelle Pas du tout Parfois Souvent Très souvent
- ✓ En conversation à plusieurs Pas du tout Parfois Souvent Très souvent
- ✓ Dans le bruit Pas du tout Parfois Souvent Très souvent
- ✓ Au téléphone Pas du tout Parfois Souvent Très souvent
- ✓ Dans les lieux publics Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

3. Y a-t-il des situations dans lesquelles vous n'osez pas utiliser votre voix ?

- ✓ Avec vos proches Pas du tout Parfois Souvent Très souvent
- ✓ Avec d'autres personnes Pas du tout Parfois Souvent Très souvent
- ✓ Dans le bruit Pas du tout Parfois Souvent Très souvent
- ✓ Au téléphone Pas du tout Parfois Souvent Très souvent
- ✓ Dans les lieux publics Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

4. Votre voix vous paraît-elle désagréable ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

5. Avez-vous l'impression que votre voix ne vous permet pas de

Communiquer facilement?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

DEGLUTITION – ALIMENTATION

6. Pensez-vous du plaisir à manger ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

7. Avez-vous mal à la gorge quand vous avalez ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Si oui, à quel endroit, précisez :

8. Avez-vous l'impression d'avoir le ventre gonflé, de l'air dans l'estomac ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

9. Avez-vous l'impression qu'il vous reste encore des morceaux dans la bouche après avoir avalé ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

10. Avez-vous réduit le volume de chaque bouchée ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Si oui, ces aliments sont-ils solides - liquides ?

11. Avez-vous des difficultés à mastiquer ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

SALIVE

12. La déglutition de votre salive vous pose-t-elle problème ?

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

Si oui, est-elle : rare (sensation de bouche sèche) – abondante – épaisse-Collante.

13. Ressentez-vous le besoin de boire quand vous parlez ?

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

14. Ressentez-vous le besoin de boire au cours des repas pour vous aider à avaler ?

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

SENSORIEL

❖ Odorat

15. De manière générale, les odeurs vous semblent-elles :

Inchangées Un peu modifiées Assez modifiées Inexistantes

Si modifiées : accentuées atténuées différentes

❖ Goût

16. Concernant le sucré (ex : bonbons, gâteau, confiture), vos goûts vous semblent-ils :

Inchangés Un peu modifiés Assez modifiés Inexistants

Si modifiés : accentués atténués différents

17. Concernant le salé (ex : sel, chips, fromage), vos goûts vous semblent-ils

Inchangés Un peu modifiés Assez modifiés Inexistants

Si modifiés : accentués atténués différents

18. Concernant les aliments amers (ex : chocolat noir, café), vos goûts vous semblent-ils :

Inchangés Un peu modifiés Assez modifiés Inexistants

Si modifiés : accentués atténués différents

19. Concernant les aliments acides (ex : orange, citron), vos goûts vous semblent-ils :

Inchangés Un peu modifiés Assez modifiés Inexistants

Si modifiés : accentués atténués différents

❖ Ouïe

20. Avez-vous l'impression d'avoir une perte auditive :

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Si oui : à une oreille aux deux oreilles

20 bis. Avez-vous des acouphènes ? (sifflement dans l'oreille)

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

RESPIRATION

21. Etes-vous gêné par des sécrétions trachéales (le fait de tousser) ?

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

22. Avez-vous des difficultés à respirer ?

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

23. Vous sentez-vous facilement essoufflé ?

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

Dans quelle(s) situation(s) ou pour quelle(s) activité(s) ?

24. Avez-vous le nez qui coule ou la sensation d'avoir le nez qui coule ?

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

SOMMEIL

25. Avez-vous besoin d'aide pour certaines activités que vous faisiez seul(e) auparavant ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Précisez les activités :

26. Avez-vous besoin d'un aidant (infirmière ou autre) pour tout ce qui concerne toilette et soins du trachéostome ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

VIE SOCIALE

❖ Activités physiques

27. Comment considérez-vous vos activités physiques aujourd'hui?

Inchangées Un peu modifiées Assez modifiées Inexistantes

Précisez vos activités physiques :

❖ Apparence

28. Avez-vous tendance à dissimuler vos cicatrices/canule/trachéostome ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

29. Evitez-vous certaines situations ? (ex : grande surface, restaurant, etc.)

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

Pour quels motifs : votre forme physique – votre apparence – votre voix – le regard

des autres – la perte de motivation – la difficulté à communiquer – l'odeur de:

Cigarettes dans les lieux publics – autres

❖ **Relation aux autres**

30. Les conséquences physiques et les traitements représentent-ils une gêne dans votre vie quotidienne avec vos proches ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

31. Les conséquences physiques et les traitements représentent-ils une gêne dans vos activités sociales (ex : sortie entre amis, cinéma, ...) ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

32. Eprenez-vous des difficultés à communiquer avec vos proches ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

33. Eprenez-vous des difficultés à communiquer avec d'autres personnes ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

RESSENTIS

34. Est-ce que l'opération et la maladie sont sources d'inquiétude ?

Pas du tout Parfois Souvent Très souvent

Si oui, précisez:

35. Etes-vous plus irritable depuis l'intervention ?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

La qualité de vie chez les patients ayant subi une laryngectomie totale

Résumé

L'objectif de notre travail : porte sur l'effet du handicap vocal sur la qualité de vie des patients ayant subi une laryngectomie totale.

L'étude basée sur l'utilisation d'un guide d'entretien et questionnaire spécifique de la qualité de vie après laryngectomie totale de Mathilde Clay 2015 révisé en 2018 par Dumortier, D. Notre groupe de recherche contient 8 cas 7 hommes et une seule femme avec un âge moyen 66 ans.

2 cas avec voix de substitution, l'un utilise la voix œsophagienne et l'autre utilise le vibreur externe. Les 6 autres cas : 3 parmi eux sont en cours de la rééducation orthophonique. Et les 3 derniers cas n'ont pas bénéficié d'une rééducation orthophonique ni autre.

Les résultats de notre étude montrent que les patients qui ont une voix de substitution ont une qualité de vie meilleure que les patients qui n'ont pas une voix de substitution, notamment dans les domaines suivants : voix, vie sociale et ressentis.

Pour conclure l'évaluation de la qualité de vie chez les patients ayant subi une laryngectomie totale doit être basée sur tous les aspects physique, psychique et sociale. Ainsi que L'étude nous a amené à penser sur l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients.

Abstract

The objective of our work: focuses on the vocal handicap effect on patient's life quality who have suffered from a total laryngectomy.

The study is based on the use of an interview guide and a specific questionnaire on the quality of life after total laryngectomy of Mathilde Clay 2015 revised in 2018 by Demortier . D . Our research group contains 08 cases, 7 men and only one woman with an average age of 66years.

02 cases with substitute voice, one uses esophageal voice and the other usesthe external vibrator. The other 6 cases: 3 of them are undergoing speech therapy. And the last 3 cases did not benefit from it or other.

Our study results show that patients who have a substitute voice tend to have a better quality of life than those who do not have it, especially in the following fields: voice, social life and feelings.

To conclude, the assessment of the quality of life of patients who have undergone total laryngectomy should be based on all physical, psychological and social aspects. As well as our study has led us to reflect on the importance of the multidisciplinary care of these patients.