



Faculté des Sciences Sociales et Politiques
Institut de Psychologie

**Récit de vie de patient·e·s ayant un cancer des voies
aérodigestives supérieures :**

Quelle relation entretiennent la mémoire autobiographique, le
sentiment de continuité et le type d'attachement dans cette
population ?

Semestre de printemps 2023

Mémoire de Master

Psychologie clinique

Présenté par : Oriane Zünd
Sous la direction de la Prof. Sophie Lelorain
Experte : Charlotte Vandamme

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux personnes, qui malgré leur diagnostic, ont accepté·e·s de participer à cette recherche exploratoire.

J'adresse mes sincères remerciements à Mme Vandamme pour le temps qu'elle m'a accordé afin de me former à la cotation des récits de vie. Je la remercie pour les conversations stimulantes que nous avons partagées durant toute l'élaboration de cette recherche. Ce fût un réel plaisir.

Finalement, je remercie ma directrice de mémoire, la Professeure Sophie Lelorain, pour sa bienveillance à mon égard. Je tiens également à la remercier pour son encadrement et les conseils avisés qu'elle m'a donnés tout au long de mon mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction.....	1
1.1. Les cancers des voies aérodigestives.....	1
1.1.1. Étiologie.....	2
1.1.2. Plan de traitement.....	3
1.1.2.1. Effets secondaires physiques.....	3
1.1.2.2. Effets secondaires psychologiques.....	4
1.2. L'identité.....	5
1.2.1. Le sentiment de continuité.....	7
1.2.2. La déstabilisation de l'identité.....	8
1.2.3. Déstabilisation de l'identité et qualité de vie.....	10
1.2.4. Sentiment de discontinuité et mémoire autobiographique.....	12
1.2.4.1. Facteurs de protection et de risque.....	13
1.3. La théorie de l'attachement.....	15
1.3.1. L'attachement à l'âge adulte.....	17
1.3.2. Attachement et santé.....	18
1.3.3. L'attachement, la mémoire autobiographique et le sentiment de continuité.....	19
2. Méthodologie.....	21
2.1. Conception de l'étude et participant-e-s.....	21
2.1.1. Procédure.....	22
2.1.2. Participant-e-s.....	22
2.2. Mesures.....	23
2.2.1. Questionnaires.....	23
<i>La MoCA</i>	23
<i>Informations démographiques et médicales</i>	24
<i>Le HADS (Hospital anxiety and depression scale)</i>	24
<i>RSQ (Relationship scale questionnaire, type d'attachement)</i>	24
<i>Questionnaire du sentiment d'auto-continuité</i>	25
2.2.2. Tâches.....	25
<i>Les récits de vie</i>	26
2.3. Analyses.....	26
2.3.1. Cotation.....	26
2.3.2. Analyses statistiques.....	28

3. Résultats.....	29
3.1. Analyses descriptives	29
3.1.1. Informations démographiques et médicales	29
3.1.2. HADS	30
3.1.3. Le type d'attachement (RSQ).....	31
3.1.4. Le sentiment d'auto-continuité.....	31
3.1.5. BEG, END et variables additionnelles (VA)	33
3.2. Analyses corrélationnelles de Kendall	35
3.2.1. Type d'attachement et qualité de la mémoire autobiographique	35
3.2.2. Sentiment de continuité et qualité de la mémoire autobiographique	35
3.2.3. Sentiment de continuité et type d'attachement.....	36
4. Discussion	36
4.2. Limites et perspectives	41
5. Bibliographie.....	43
6. Annexes.....	57
6.1. Annexe 1	58
6.2. Annexe 2	59
6.3. Annexe 3	60
6.4. Annexe 4.....	61
6.5. Annexe 5.....	68
6.6. Annexe 6.....	69
6.7. Annexe 7.....	71
6.8. Annexe 8.....	72

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résultats des analyses descriptives concernant les informations démographiques, médicales, les difficultés touchant l'humeur et l'anxiété, le type d'attachement et le sentiment d'auto-continuité	32
Tableau 2 : Résultats des analyses descriptives des codes BEG, END et variables additionnelles (VA)	34
Tableau 3 : Résultats des analyses corrélationnelles de Kendall entre les types d'attachement et le début, la fin ainsi que les variables additionnelles du récit	35
Tableau 4 : Résultats des analyses corrélationnelles de Kendall entre le sentiment d'auto-continuité et le début, la fin ainsi que les variables additionnelles du récit des participant·e·s.....	36
Tableau 5 : Résultats des analyses corrélationnelles de Kendall sur les types d'attachement et le sentiment de continuité.....	36

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

VADS : voies aéro-digestives supérieures

ORL : oto-rhino-laryngologiques

OFS : office fédéral de la statistique

HPV : papilloma virus humain

CVADS : groupe des participant·e·s ayant un cancer des voies aérodigestives supérieures

BEG : terme générique utilisé pour la cotation des débuts de récit. Ce terme se subdivise en sous-catégories : BEGUN (début non clair), BEGAT (début à la naissance) et BEGTIL (début après la naissance)

END : terme générique utilisé pour la cotation des fins de récit. Ce terme se subdivise en sous-catégories en fonction de la spécificité de la fin de récit (ENDARB : fin non spécifique / ENDCUR, ENDRET, ENDPRO et ENDALL : fin spécifique)

VA : variables additionnelles

RÉSUMÉ

Objectifs : Cette recherche exploratoire décrit l'influence réciproque que la mémoire autobiographique, le sentiment de continuité et le type d'attachement entretiennent l'un sur l'autre chez les patient·e·s ayant un cancer des voies-aérodigestives supérieures.

Méthode : Treize patient·e·s ont rempli des questionnaires évaluant les types d'attachement et le sentiment de continuité ainsi qu'effectué la tâche « récit de vie » permettant d'évaluer la cohérence de la mémoire autobiographique. Nous avons mené des analyses corrélationnelles de Kendall.

Résultats : La cohérence temporelle des récits et le sentiment de continuité sont maintenus. Un sentiment de continuité élevé s'accompagne d'une cohérence temporelle dans les récits. L'attachement évitant est prédominant et s'accompagne d'un meilleur sentiment de continuité que les autres types d'attachement. Ce type d'attachement s'accompagne de difficultés d'élaboration contextuelle et interpersonnelle en début de récit contrairement à l'attachement sécure : le type d'attachement influence l'encodage et la récupération de souvenirs personnels.

Conclusion : Cette population possède un vécu singulier dans lequel le sentiment de continuité et la mémoire autobiographique ne sont pas touchées. Nous proposons deux choses : 1) les patient·e·s utilisent des stratégies cognitives efficaces afin de les préserver 2) le type d'attachement joue un rôle dans cette préservation.

Mots clés : cancer des voies aérodigestives supérieures, cancer de la sphère ORL, cohérence temporelle, mémoire autobiographique, sentiment de continuité, attachement.

ABSTRACT

Objectives: This exploratory study describes the reciprocal influence of autobiographical memory, self-continuity and attachment styles on each other in patients with upper aerodigestive tract cancer.

Method: Thirteen patients completed questionnaires assessing attachment style and self-continuity and completed the "life narrative" task to assess the coherence of autobiographical memory. Kendall's correlational analyses were performed.

Results: The temporal coherence of the narratives and the self-continuity are maintained. A high self-continuity is accompanied by temporal coherence in narratives. Avoidant attachment predominates and is accompanied by a higher self-continuity than other attachment styles. This type of attachment is accompanied by difficulties in contextual and interpersonal elaboration at the start of the narrative, unlike secure attachment: the style of attachment influences the encoding and retrieval of personal memories.

Conclusion: This population has a singular experience in which the self-continuity and autobiographical memory are unaffected. We propose two things: 1) patients use effective cognitive strategies to preserve them 2) attachment style plays a role in this preservation.

Key words: upper aerodigestive tract cancer, head and neck cancer, temporal coherence, autobiographical memory, self-continuity, attachment.

1. INTRODUCTION

1.1. LES CANCERS DES VOIES AÉRODIGESTIVES

Le cancer est la première cause de décès en Suisse (Office fédéral de la statistique [OFS], 2022a). Il existe environ 33 formes de cancers répertoriés dans les pays du Nord, chacun possédant des caractéristiques singulières (OFS, 2022a). Dans ce travail, nous nous intéressons aux cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), aussi nommés cancers oto-rhino-laryngologiques (ORL) ou cancers de la tête et du cou.

En Suisse, les cancers VADS touchent environ 1400 nouvelles personnes tous les ans (OFS, 2022b). En comparaison au nombre total de cancers en Suisse (environ 43'500 – tous sexes confondus), les cancers VADS sont plutôt rares (OFS, 2022b). De plus, les femmes semblent généralement moins touchées que les hommes (femme – env. 13,5 % / homme – env. 38% du nombre de nouveaux cas total) (Organe national d'enregistrement du cancer [ONEC], 2022), même si cette différence semble diminuer depuis quelques années (OFS, 2022b).

Les symptômes principaux menant à une première consultation en oncologie sont les suivants : la dysphagie (difficulté à avaler), la dysphonie (trouble de la voix et/ou des cordes vocales), dyspnée (trouble de la respiration), l'odynophagie (douleur à la déglutition), les lésions leucoplasique/érythroplastique (lésions pré-cancéreuses) et les tuméfactions cervicales (ganglions inflammés) (Giger, 2016). Ces symptômes correspondent aux premiers signes de l'apparition ou du développement d'un cancer VADS (Ibid.).

La terminologie de cancers VADS regroupe un ensemble hétéroclite de carcinomes classables en trois sous-catégories : le cancer de la bouche et du pharynx aussi appelé cancer de la cavité buccale, le cancer de l'œsophage et le cancer du larynx (Fondation ARC, 2017). Chacune de ces sous-catégories possède des caractéristiques qui lui sont propres. Les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx (partie intermédiaire du pharynx) sont les plus fréquents (Mach, 2005). Ils sont souvent détectés par suite des problèmes de mastication soulevés par les patient·e·s. Les tumeurs prenant place dans la partie inférieure du pharynx, l'hypopharynx, sont révélées de manière plus tardive, que celles citées ci-dessus, par des douleurs lors de la déglutition. Le cancer du larynx est, quant à lui, décelé en raison des modifications de la voix et/ou des pertes de la voix des patient·e·s (Mach, 2005). Le cancer de l'œsophage est le plus mortel avec un taux de survie de 29 % sur cinq ans (Thrumurthy et al., 2019). Le cancer du

larynx présente le meilleur taux de survie avec 68 % de chances de survie sur cinq ans (Obid et al., 2019). En prenant l'ensemble des cancers VADS ce sont quelques 460 personnes qui décèdent par année des suites de leur maladie en Suisse (OFS, 2022b).

1.1.1. ETIOLOGIE

Nonante pour cent des cas sont des carcinomes épidermoïdes (deuxième forme la plus courante de cancer de la peau) (Chow, 2020). L'apparition des carcinomes épidermoïdes est due à des comportements mettant à rude épreuve les cellules de la peau (consommation d'alcool, tabagisme, virus du papillomavirus, etc.), provoquant ainsi des lésions (Ségala, 2015). Le tabagisme est la cause principale de l'apparition de lésions pré-cancéreuses dans les voies aérodigestives supérieures. Nonante-cinq pour cent des personnes atteintes de ce type de carcinome sont fumeuses (Fondation ARC, 2017). La consommation d'alcool est la deuxième cause de ces cancers (Ibid.). Un effet synergique peut d'ailleurs se manifester dans le cas de personnes fumeuses, buvant de l'alcool (interaction des produits, provoquant des effets qui sont supérieurs à la simple addition des effets des substances) : le risque de développer un cancer VADS pour un consommateur régulier d'alcool est de 1,66 comparativement à un non-consommateur (Babin et al., 2017). Il est de 1,57 pour un fumeur qui ne consomme pas d'alcool et monte à 13 en présence d'une poly-consommation (alcool et tabac) (Ibid.). La troisième cause est le papilloma virus humain (HPV). Ce virus est très répandu au sein de la population générale : 80% des individus seront un jour porteurs et dans la plupart des cas porteurs sains (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2022). En outre, les cancers ORL provoqués par ce virus semblent répondre plus positivement au traitement (meilleure sensibilité des cellules cancéreuses à la radiothérapie et chimiothérapie) que les cancers dont l'étiologie est différente (Licitra et al., 2006; Martin-Hernan et al., 2013). La quatrième cause, qui explique dans des proportions faibles ces types de cancer, est environnementale. Il s'agit de l'exposition professionnelle à des agents chimiques (p.ex. amiante), poussières toxiques et autres produits cancérogènes.

Les cancers VADS sont donc ce que l'on nomme des sociopathologies : le milieu socio-économique a un effet important sur l'apparition de ces cancers (Babin et al., 2017). En effet, les personnes de milieux défavorisés semblent subir une double peine. D'un côté, les comportements à risques pour la santé (alcool, sédentarité, mauvaise alimentation) ont une prévalence plus grande dans ces milieux (Conway et al., 2015; Hiscock et al., 2012; Menvielle et al., 2007). De l'autre, les comportements protecteurs pour la santé (p.ex. l'alimentation saine

et la pratique de sport de manière régulière) semblent être moins fréquents que dans une population plus favorisée. En 2017, en Suisse, environ 43% des gens de niveau de formation tertiaire disent pratiquer du sport 1 à 2 fois par semaine contre environ 25% des gens du niveau de formation obligatoire (OFS, 2018). De manière générale, 30,1 % des cas de cancers du larynx seraient attribuables à une position sociale défavorisée (Bryere et al., 2018). Ce chiffre est de 26,6 % dans les cas de cancers des lèvres-bouche-pharynx (Ibid.).

1.1.2. PLAN DE TRAITEMENT

Bien que ce cancer, soit souvent détecté tardivement à un stade déjà avancé, nous pouvons noter que la proportion entre le nombre de nouveaux cas et le nombre de décès par an tend à diminuer (OFS, 2022; Thariat et al., 2013; Welikala et al., 2020). Dans la plupart des cas un traitement curatif est envisageable (Ibid.). Les modalités de traitements les plus fréquentes sont la chirurgie et la radiothérapie (avec ou sans chimiothérapie) (Omura, 2014). Dans le traitement des cancers VADS, la radiothérapie présente une efficacité similaire à celle de la chirurgie (Fayette, 2018). Le plan de traitement choisi dépendra d'un ensemble de critères tels que l'endroit où le cancer est situé (la topographie), le type de cellules impliquées (histologie) et le degré d'agressivité du cancer (le grade) (Institut National du Cancer, 2012). La chirurgie est essentielle dans la plupart des cas dans lesquels les cellules cancéreuses sont accessibles (Fayette, 2018). C'est principalement le cas des cancers de la cavité buccale (Ibid.). Dans ces cas, la chirurgie est réalisée en premier et peut être suivie d'une radiothérapie (avec ou sans chimiothérapie) (Ibid.).

1.1.2.1. EFFETS SECONDAIRES PHYSIQUES

Ces traitements ont prouvé leur efficacité. Néanmoins, ils peuvent entraîner des effets secondaires. Ces effets indésirables sont autant physiques et physiologiques que psychologiques. Au niveau des effets secondaires physiques, nous pouvons mettre en évidence que tous cancers confondus, la radiothérapie peut provoquer, par exemple, une grande fatigue ou une sécheresse buccale (Lacas, 2020). En outre, en raison de la localisation des lésions cancéreuses VADS, des effets secondaires physiologiques spécifiques sont endurés par les patient·e·s. Par exemple, une mucite (inflammation des muqueuses de la bouche et de la gorge) peut apparaître par suite d'une radiothérapie et/ou une chimiothérapie. La mucite engendre des ulcérations douloureuses au sein de la cavité buccale, ce qui peut altérer le bon rétablissement du/de la patient·e (ex. problème de sous-nutrition) (Roche, 2020). Aucun traitement efficace existe aujourd'hui pour faire face à cet effet (Ibid.).

Du côté de la chirurgie, nous pouvons relever que les techniques chirurgicales s'améliorent et tendent à être moins invasives (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV], 2020). Pourtant, les interventions chirurgicales comportent aussi leur lot d'effets indésirables physiques et physiologiques dont certains peuvent se maintenir sur le long terme : des douleurs au cou et aux épaules, des difficultés à avaler et des fausses routes/dysphagie (passage involontaire de salive, d'eau ou d'aliments dans les bronches), des lymphœdèmes faciaux (accumulation de lymphes sur le visage et le cou), des fistules salivaires (canal étroit, engendré accidentellement, ouvrant un passage de façon continue à un produit physiologique comme de la salive) et des modifications ou perte de la voix (Harréus, 2013).

1.1.2.2. EFFETS SECONDAIRES PSYCHOLOGIQUES

Afin de déterminer quels sont les effets secondaires psychologiques engendrés par les traitements, nous pouvons nous appuyer sur l'étude de Elaldi et collaborateurs (2021). Cette étude comprend 72 patient·e·s anciennement atteint·e·s d'un cancer de la tête et/ou du cou (en rémission un an après leur traitement) (Elaldi et al., 2021). Les participant·e·s ont rempli trois questionnaires : un questionnaire évaluant la qualité de vie, un questionnaire évaluant les préoccupations spécifiques au cancer et un questionnaire évaluant le niveau d'anxiété et de dépression (niveau de détresse psychologique) (Ibid.). Les résultats montrent que la détresse psychologique est le déterminant principal du niveau de qualité de vie des participant·e·s (Ibid.).

Prenons maintenant un moment pour nous intéresser aux effets indésirables psychologiques spécifiques à chaque traitement. Nous avons vu que la radiothérapie pouvait engendrer des effets indésirables physiques tels que les mucites (Roche, 2020). Or, avoir des ressentis douloureux au sein de la cavité buccale semble avoir un impact important sur le fonctionnement psychologique et social des patient·e·s (Crowder et al., 2021; Lang et al., 2013). En effet, la méta-synthèse de Lang et collaborateurs (2013) met en avant que les participant·e·s ressentent des peurs tels que celle de s'étouffer lors des repas (Ibid.). Ces peurs semblent avoir aussi des conséquences sur leurs activités sociales : un sentiment de honte à s'alimenter en présence d'autrui est souvent rapporté par les patient·e·s (Crowder et al., 2021).

En ce qui concerne la chirurgie, l'ablation des cellules cancéreuses demande, parfois, d'emprunter des voies chirurgicales qui peuvent venir modifier le visage et/ou le cou des patient·e·s (Khan & Pelletier, 2021; Rifkin et al., 2018). Or, ce dernier effet secondaire est souvent absent des pages internet informatives sur les cancers VADS des grands hôpitaux

romands. Ce sont avant tout les effets physiologiques des traitements qui sont reportés (p.ex. problèmes de déglutitions et perte de voix). Les propos du Pr. Christian Simon au sujet des chirurgies par voie buccale le montrent bien : « En plus de la guérison du patient ou du contrôle de sa maladie, nous visons à préserver ses fonctions physiologiques telles que l'élocution, la mastication ou une respiration sans effort » (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV], 2020). Les séquelles physiques sur le visage et / ou le cou sont considérées comme des effets indésirables, certes, mais esthétiques avant tout, car elles ne mettent pas en jeu la vie du/de la patient·e. Or, on peut se questionner sur les effets d'une altération du visage et/ou du cou sur le psychisme du/de la patient·e et son rétablissement (Le Breton, 2012).

Les recherches que nous venons de décrire nous ont permis de montrer qu'il existe un grand nombre d'effets secondaires physiques, physiologiques et psychologiques engendrés par le diagnostic et le plan de traitement choisi dans les cancers VADS. Nous proposons que l'une des conséquences de ces effets sur les patient·e·s soit une déstabilisation de l'identité.

1.2. L'IDENTITÉ

Nous définissons, ici, l'identité en prenant appui sur le modèle du *Self-Memory System* (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Conway, 2005). Ce modèle stipule que l'identité (*Self Concept*) est un ensemble de buts, de valeurs et d'images de soi liés à la mémoire autobiographique. D'un côté, l'identité nourrit une base de données, nommée base de données autobiographiques, par l'encodage de souvenirs (quels souvenirs sont importants pour l'individu afin de justifier ses valeurs, ses buts ?) et de l'autre côté, les souvenirs participent à l'élaboration de l'identité par leur récupération (les valeurs et les buts de l'individu sont façonnés par ce dont il se souvient de son vécu) (Ibid.). Il y a donc un va et vient entre l'identité et les souvenirs, ce qui rend l'identité d'un individu dynamique et mouvante. Ce mouvement d'aller-retour entre la mémoire et l'identité est possible grâce à ce que les auteurs appellent le *Working Self* (Ibid.). C'est ce *Self* qui permet de moduler l'identité (*Self Concept*) en fonction des souvenirs encodés et récupérés (Ibid.). Un schéma par Demiray & Bluck (2011) représentant ce modèle peut être trouvé en annexe (Annexe 1).

Toutefois, bien que l'identité soit mouvante et dynamique, comme le stipule Conway (2005) dans le modèle susmentionné, l'identité d'un individu persiste dans le temps métaphysiquement (Olson, 2019). L'identité des individus ne disparaît jamais complètement (Ibid.). Afin de le comprendre, nous ouvrons, ici, une parenthèse philosophique dans laquelle nous allons

différencier deux concepts : celui de « persistance » et celui de « sentiment de continuité ». La persistance est un concept philosophique renvoyant à ce que certains philosophes nomment l'identité numérique. L'identité numérique correspond au fait que l'individu ne fait qu'un avec lui-même et est indiscernable de lui-même (Romano, 2022). Selon Romano (2022), cette identité renvoie, plus précisément, au fait qu'un individu est un seul et même individu tout au long de sa vie (Ibid.). L'identité numérique est ainsi considérée comme persistante au travers du temps d'où l'apparition du concept de persistance en philosophie. Toutefois, nous trouvons intéressant de nous demander pour quelles raisons l'identité d'un individu est persistante (McLean & Syed, 2015). Qu'est-ce qui fait que quoiqu'un individu fasse, entreprenne, décide, il restera toujours le même individu (Ibid.) ? Plusieurs conceptions philosophiques tentent d'y répondre (Olson, 2019). Certains auteurs proposent que l'identité est persistante car nous existons toujours au travers du même corps (conception physique de la persistance de l'identité), d'autres soumettent l'hypothèse que c'est parce que l'individu peut toujours se rappeler de ses souvenirs, valeurs et croyances que son identité persiste (conception psychologique de la persistance de l'identité) et finalement certains proposent d'utiliser la conception psychologique pour aller plus loin et dire que l'identité persiste car la personne a la capacité de se rattacher dans le présent, le passé et/ou le futur à ses souvenirs, valeurs et croyances tout en leurs donnant du sens (conception narrative de la persistance de l'identité). Cette dernière conception est proche de la conception psychologique étant donné que toutes deux stipulent le besoin de pouvoir se rattacher à des souvenirs, valeurs et croyances. Toutefois, la conception narrative se détache de la conception psychologique en arguant qu'il est aussi nécessaire que l'individu puisse faire sens des souvenirs, valeurs et croyances qui le concerne et dont il se souvient. Chacune de ces conceptions à ses avantages et désavantages. Dans ce travail, il ne nous est pas nécessaire de prendre position philosophiquement. C'est pourquoi, nous nous appuyerons sur ces trois conceptions de la persistance de l'identité dans ce mémoire. Maintenant que nous avons montré sous quelles conditions l'identité, au sens philosophique, peut perdurer dans le temps, il nous reste à discuter de l'identité au prisme de la psychologie, c'est-à-dire la manière dont un individu peut percevoir son identité. En effet, il semblerait que la persistance de l'identité n'empêche pas que les individus ressentent, parfois, un sentiment de discontinuité vis-à-vis de leur identité : une impression de ne plus être le même (Bickford et al., 2018; Lang et al., 2013; Rifkin et al., 2018). On peut alors se questionner quant à la possibilité de lier la conception philosophique et psychologique de l'identité. Romano (2022) est l'un des philosophes essayant de faire rentrer le ressenti psychologique au sein des conceptions métaphysiques de l'identité. Il propose qu'il existerait deux types d'identités : l'identité

numérique, dont nous avons déjà discuté, qui est persistante et l'identité qualitative qui serait soumise aux aléas de la vie et donc sujette à un sentiment de discontinuité (Romano, 2022). Tout individu posséderait les deux (Ibid.). L'identité qualitative, c'est nous, en tant qu'être humain et être social qui la construisons : c'est une identité « en dialogue » (Ibid.). Elle ne peut donc pas être dissociée de nos interactions avec autrui (Ibid.). Il nous reste maintenant à définir plus précisément le concept de sentiment de continuité et de discontinuité afin de comprendre ce qui se joue chez l'individu quand ces sentiments sont présents.

1.2.1. LE SENTIMENT DE CONTINUITÉ

Dans cette partie nous allons nous intéresser à la définition opérationnelle du sentiment de continuité. Ce sentiment provoque chez l'individu un ressenti spécifique qui pourrait être résumé par la phrase suivante : le moi du passé, du présent et du futur est toujours le même moi (Sedikides et al., 2023). Pourquoi nous intéresser au sentiment de continuité et non pas au sentiment de discontinuité ? Car déterminer les éléments engendrant le sentiment de continuité nous permettra de connaître les éléments nécessaires à son maintien. Par opposition, si un ou plusieurs de ces éléments devaient disparaître, le sentiment de continuité se trouverait mis en péril et laisserait place au sentiment de discontinuité de l'identité, son opposé (le moi du passé, présent et futur n'est pas ressenti comme étant le même moi).

Qu'est-ce que recoupe le sentiment de continuité ? D'après Habermas et Köber (2015), ce sentiment est défini comme l'intégration de manière synchronique (dans le présent) et diachronique (dans le passé) des nouveaux événements vécus par l'individu dans son histoire personnelle. En effet, pour qu'une personne se ressente comme continue, elle doit pouvoir assimiler les nouveaux événements aux différents tableaux dans lesquelles elle évolue dans le présent (Habermas & Köber, 2015). En outre, la personne doit aussi réussir à associer ces nouveaux événements à son histoire passée : ces nouveaux éléments doivent pouvoir faire sens dans le vécu global de l'individu (Ibid.). Pour Köber et ses collaborateurs (2015), cette intégration au récit présent et passé de l'individu, s'appuie sur trois types de cohérences : la cohérence temporelle (séquences d'événements menant à l'ici et maintenant), la cohérence causale ou motivationnelle (justifications des bifurcations dans l'histoire personnelle et des choix de vie) et la cohérence thématique (thèmes dominants du récit, ceux qui sont représentatifs de la personne que l'on est aujourd'hui (p.ex. être quelqu'un de travailleur)) (Köber et al., 2015). Ces trois types de cohérences n'auraient pas la même importance en fonction de l'âge de l'individu. En effet, les enfants manqueraient de cohérence globale (défaut

dans les trois types de cohérence) (Ibid.) Il faut alors attendre l'adolescence pour voir apparaître la capacité à raconter le vécu de manière détaillée et cohérente (Ibid.). En résumé, ce serait ces trois types de cohérence dans le récit autobiographique qui, dès l'adolescence, amènent l'individu à ressentir un sentiment de continuité (Ibid.). Si un nouvel événement vécu par l'individu, devait confronter un de ces types de cohérence, l'individu se retrouverait dans une situation désagréable dans laquelle il ressentirait un sentiment de discontinuité : le nouvel événement n'étant pas assimilable de manière synchronique et diachronique au vécu de l'individu, celui-ci a l'impression de ne plus être lui-même (Ibid.).

Maintenant que nous avons mis en évidence la définition opérationnelle du sentiment de continuité grâce au modèle de Köber et collaborateurs (2015), nous pouvons construire des parallèles avec les conceptions philosophiques de la persistance de l'identité. Cela nous permettra de souligner une limite du modèle présenté ci-dessus. En effet, ce modèle semble être proche des conceptions psychologique et narrative de la persistance de l'identité mais semble implicitement rejeter la conception physique de la persistance de l'identité, ce qui nous paraît dommageable. Selon Köber et collaborateurs (2015), pour ressentir un sentiment de continuité, l'individu doit être en mesure de se rappeler de son vécu, de ses souvenirs, de ses valeurs et de ses buts ce qui correspond à la proposition de la conception psychologique de la persistance de l'identité. De plus, il semble qu'une étape supplémentaire soit aussi nécessaire : celle de l'intégration au récit de vie, soit la capacité à faire sens du vécu. Cela nous ramène à la conception narrative de la persistance de l'identité. La conception physique de la persistance de l'identité semble être implicitement rejetée par le modèle du sentiment de continuité proposée par Köber et collaborateurs (2015) car elle y est absente. Les considérations physiques n'ont-elles réellement pas d'impact sur le ressenti d'un individu vis-à-vis de son identité ? Pour le savoir, nous allons maintenant nous intéresser aux éléments pouvant influencer le sentiment de continuité et créer une déstabilisation de l'identité.

1.2.2. LA DÉSTABILISATION DE L'IDENTITÉ

Plusieurs études ont mis en évidence que le sentiment de continuité pouvait être déstabilisé dans le cas de patient·e·s ayant un cancer VADS (Bickford et al., 2018; Rifkin et al., 2018; Rodrigues et al., 2022; Yaron et al., 2017). Cette déstabilisation engendre, comme nous l'avons déjà mentionné, le sentiment de discontinuité : sensation de ne plus être le même. Nous proposons dans cette partie d'analyser plus précisément l'origine du sentiment de discontinuité dans les cancers VADS.

Le cancer est souvent un évènement traumatique (Bissler, 2012). L'annonce du diagnostic et l'incompréhension ressentie par les patient·e·s peut provoquer un premier vacillement du sentiment de continuité (Ibid.): environ 20% des patient·e·s ayant un cancer VADS souffriraient de symptômes dépressifs (Rieke et al., 2017) contre 5% de la population générale (World Health Organization, 2021). Accepter le diagnostic et réussir à intégrer ce nouvel évènement à l'histoire personnelle de l'individu peut déjà être difficile (confrontation aux cohérences nécessaire au sentiment de continuité). En outre, étant donné les caractéristiques spécifiques des cancers VADS (localisation, étiologie et effets secondaires spécifiques des traitements) d'autres facteurs de risques existent quant à la déstabilisation des repères identitaires. Un premier élément est l'étiologie de ces cancers. En effet, nous savons que des comportements à risques sont souvent la cause de l'apparition et du développement de ces cellules cancéreuses (p.ex. tabagisme, consommation d'alcool) (Babin et al., 2017). Dans l'article réflexif de Babin et collaborateurs (2017) sur les comportements à risques dans les cancers VADS, les auteurs stipulent qu'un sentiment de honte et de culpabilité lié à des choix de vie considérés comme dangereux a déjà été reporté par les patient·e·s (Ibid.). Si tel est le cas, cela pourrait venir confronter les cohérences nécessaires au récit autobiographique (p.ex. une personne apprenant le diagnostic pourrait avoir du mal à justifier certains choix de vie comme celui d'être un·e fumeur·euse (confrontation à la cohérence causale)). Ces sentiments négatifs projetés sur l'histoire personnelle pourraient venir fragiliser un peu plus l'identité des patient·e·s (McQuestion & Fitch, 2016; Threader & McCormack, 2016). Un deuxième élément serait le plan de traitement choisi. En effet, il s'ajoute parfois, aux questionnements déjà existant chez les patient·e·s, des modifications physiques provoquées par la chirurgie nécessaire afin de se débarrasser des cellules cancéreuses mais aussi par les effets secondaires de la radiothérapie et/ou de la chimiothérapie (p.ex. perte de poids, perte des cheveux) (Bickford et al., 2018; Rifkin et al., 2018; Threader & McCormack, 2016). L'étude de Bickford et collaborateurs (2018) s'intéressent à la manière dont les individus qui ont subi une laryngectomie totale arrivent ou non à faire sens des changements physiques provoqués par cette opération. Les résultats montrent que les patient·e·s ressentent un sentiment de discontinuité de leur identité (ressentie plus fortement durant la première année après l'opération) (Ibid.). Toutefois, cette étude met aussi en évidence que ce n'est pas tant la perte de l'apparence physique connue qui est délétère mais plus la perte de la capacité à s'exprimer, les dérangements provoqués lors de l'alimentation ou encore la peur d'être jugé·e par autrui. La revue de littérature de Rifkin et collaborateurs (2018), au sujet de la chirurgie reconstructrice du visage, permet de confirmer ces résultats. Il ressort de leur analyse que l'élément le plus délétère pour le/la patient·e est la perte des

capacités verbales et non-verbales (Rifkin et al., 2018). En effet, les patient·e·s touché·e·s par la défiguration perdent souvent une partie des muscles et des nerfs nécessaires aux mouvements du visage (Ibid.). Cela induit des problèmes de communication et d'expression des émotions (Ibid.). Le lien social est souvent rompu étant donné l'anxiété que les interactions engendrent (p.ex. la peur d'être évalué négativement par les autres dû aux changements de la voix) (Ibid.). Dès lors, il semble que les modifications et/ou pertes physiques peuvent mettre à mal le sentiment de continuité mais au travers de biais indirects soit en passant par des difficultés physiologiques et/ ou psychologiques. L'étude de Yaron et collaborateurs (2017), prenant appui sur une population de 20 individus présentant une défiguration, permet d'entrevoir des réponses quant au déroulement de ce processus (lien indirect entre le corps et le sentiment de continuité). Le visage est l'élément invisible du corps : nous n'avons pas la capacité de le voir en tout temps (Ibid.). Dès lors, nous n'en sommes pas toujours conscient·e·s (Ibid.). Or, quand le visage subit des modifications, il apparaît des expériences de type : douleurs ou sensations désagréables au visage, perte d'un ou plusieurs sens, regard d'autrui, etc. (Ibid.). Ces expériences créent une plus grande conscientisation du corps entraînant une centration sur ce qui n'est plus là (Ibid.). Nous pouvons résumer ce processus de la manière suivante : une perte physique engendre des conséquences physiologiques et/ou psychologiques. Ces nouvelles expériences physiologiques et/ou psychologiques amènent l'individu à réaliser qu'il a subi une modification et/ou perte physique : le corps qui jusqu'à maintenant était silencieux et invisible devient visible et/ou douloureux. Cette réalisation entraîne un sentiment de discontinuité de l'identité.

Pour conclure, il semble effectivement que les cohérences proposées par Köber et collaborateurs (2015) puissent être touchées entraînant ainsi un sentiment de discontinuité chez les patient·e·s ayant un cancer VADS. Toutefois, contrairement à ce que ces chercheurs stipulent dans leur opérationnalisation du sentiment de continuité, il nous semble judicieux de considérer qu'un lien existe entre le corps et le sentiment de continuité même si celui-ci semble indirect. Il nous faut maintenant déterminer si cette déstabilisation de l'identité a des conséquences sur la qualité de vie de l'individu : vit-on moins bien quand le sentiment de continuité de l'identité est amoindri ?

1.2.3. DÉSTABILISATION DE L'IDENTITÉ ET QUALITÉ DE VIE

Peu d'études en oncologie cherchent à connaître le lien existant entre le sentiment de discontinuité et la qualité de vie des patient·e·s. Il existe, toutefois, des recherches à ce sujet sur

d'autres populations comme les vétérans de guerre ou les patientes ayant un cancer du sein (Mitchell et al., 2020; Rodrigues et al., 2022). L'étude de Mitchell et ses collaborateurs (2020), sur une population de vétérans (N = 244) montrant des difficultés à se réintégrer, nous donne des indices quant aux conséquences d'une déstabilisation de l'identité sur la qualité de vie. Cette étude utilise plusieurs questionnaires concernant la satisfaction de la vie (traduit de l'anglais – *Satisfaction with life scale*), les symptômes de troubles de stress post-traumatique ou encore le support social perçu. De plus, les participant·e·s étaient amené·e·s à écrire un texte sur leurs pensées, leurs émotions et leur vie après leur déploiement en 4 sessions distinctes (*expressive writing*). Une analyse thématique fût menée afin de catégoriser les écrits en deux groupes : ceux comprenant une déstabilisation et ceux n'en comprenant pas. Les écrits incluant au moins un des quatre thèmes suivants : la perte de sens et/ou de but, la déconnexion entre le passé, présent et futur, la déstabilisation des rôles, la baisse de l'estime de soi étaient ceux considérés par les chercheur·euse·s comme comprenant une déstabilisation de l'identité (Ibid.). Des exemples de récits rentrant dans ces thèmes seraient : « Je me sens comme si tout ce sur quoi je travaillais était fini » ou encore « C'est difficile pour moi de réajuster à qui j'étais avant » (traduction libre de l'anglais) (Ibid.). Quarante-neuf pour cent des participant·e·s étaient assimilable à la catégorie « déstabilisation de l'identité » (Ibid.). Dans ce groupe, les symptômes du trouble de stress post-traumatique étaient plus sévères, la satisfaction de la vie était plus faible, la réintégration était plus difficile et le support social perçu était moindre que dans le groupe sans déstabilisation identitaire. Ces résultats montrent qu'il existe possiblement un lien entre la déstabilisation de l'identité et une moins bonne qualité de vie.

En ce qui concerne les changements corporels provoquant un sentiment de discontinuité, nous pouvons nous appuyer sur les recherches menées dans le cadre du cancer du sein afin de déterminer leurs conséquences sur la qualité de vie. Une étude, comprenant 57 femmes souffrant d'un cancer du sein et ayant subi une mastectomie, a étudié le lien existant entre leur image du corps et leur qualité de vie (Erturhan Turk & Yilmaz, 2018). Les résultats de cette étude suggèrent que la mastectomie a un impact négatif sur l'image du corps des patientes et leur qualité de vie (Ibid.). Une corrélation positive forte fût aussi trouvée entre l'image du corps et la qualité de vie : quand l'image du corps est bonne, la qualité de vie s'améliore (Ibid.) En outre, l'étude de Melissant et collaborateurs (2021), sur une population ayant, cette fois, un cancer de la tête et/ou du cou, permet de confirmer cette hypothèse. En effet, les résultats de cette étude suggèrent qu'environ 1/5 des individus ayant un cancer VADS, possèdent une image du corps fragilisée (évaluée au travers d'une échelle nommée la *Body Image Scale* (BIS))

(Melissant et al., 2021). De plus, il ressort de la partie qualitative de cette étude (analyse thématique), menée sur 40 individus, qu'avoir une image du corps fragilisée semble entraîner des conséquences telles que la détresse psychologique et des problèmes dans le fonctionnement social (Ibid.). Ainsi, un sentiment de discontinuité provoqué par des changements physiques peut, lui aussi, engendrer une qualité de vie moindre.

Nous pouvons donc résumer ainsi les résultats présentés jusqu'à maintenant : le cancer VADS peut provoquer chez les patient·e·s une déstabilisation identitaire qu'elle provienne de difficultés psychologiques, physiologiques et/ou physiques. De plus, cette déstabilisation engendre un amoindrissement de la qualité de vie. En outre, il nous reste à analyser le(s) processus cognitif(s) sous-tendant ces phénomènes : sur quel(s) processus cognitif(s) le sentiment de continuité prend appui ?

1.2.4. SENTIMENT DE DISCONTINUITÉ ET MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE

En nous appuyant sur la définition de l'identité du *Self-Memory System* (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Conway, 2005) ainsi que le modèle d'Habermas et Köber (2015) nous proposons que le processus cognitif permettant l'apparition ou disparition du sentiment de continuité soit la mémoire autobiographique.

En effet, dans la définition de l'identité de Conway (2005), la mémoire autobiographique est le pilier de l'identité (Conway, 2005). C'est parce que l'individu encode et récupère des souvenirs autobiographiques qu'il sait qui il est (Ibid.). De plus, c'est parce qu'il est capable de faire sens de ses souvenirs, valeurs et buts qu'il se sent comme continue au travers du temps (Habermas & Köber, 2015). En nous basant sur ces postulats, nous proposons que la mémoire autobiographique et le sentiment de continuité entretiennent une relation étroite. Ce phénomène a été testé dans l'étude de Sokol et collaborateurs (2017) évaluant le lien entre le sentiment de continuité et les capacités mnésiques. Les résultats montrent que les participant·e·s ayant un meilleur niveau sur les tâches de récupération mnésique sont aussi ceux/celles avec un sentiment de continuité élevé (Sokol et al., 2017). Bien que cette étude n'évalue pas directement la mémoire autobiographique, les auteurs proposent, en se basant sur leurs résultats, qu'elle est essentielle au sentiment de continuité.

De plus, en nous basant encore une fois sur les modèles susmentionnés, nous pouvons suggérer, qu'à l'inverse, lorsqu'un individu ne sait plus qui il est (déstabilisation de l'identité), il devrait

rencontrer des difficultés à encoder et/ou récupérer des souvenirs autobiographiques, prouvant encore une fois le lien étroit qu'entretient la mémoire autobiographique avec le sentiment de continuité. Les résultats de l'étude de McKinnon et collaborateurs (2016) permettent de confirmer cela en montrant que les personnes souffrant de dissociation et d'un sentiment de discontinuité élevé ont des difficultés à effectuer des tâches évaluant leur mémoire autobiographique (McKinnon et al., 2016).

En outre, le lien entre la mémoire autobiographique et le sentiment de continuité ne s'arrête pas là. En effet, des recherches ont aussi mis en évidence que des stratégies, impliquant la mémoire autobiographique, peuvent être utilisées par les individus qui ressentent une déstabilisation de l'identité (Habermas & Köber, 2015; Jiang et al., 2020). Habermas et Köber (2015) proposent plusieurs stratégies d'adaptation. La première est le fait de se remémorer des souvenirs importants du passé (Ibid.). La deuxième est le fait de se concentrer sur la ressemblance (*sameness*) entre le soi du présent et le soi du passé (Ibid.). La troisième stratégie est de se focaliser sur la familiarité de l'environnement (l'entourage, les routines, le corps de l'individu etc.) (Ibid.). Les résultats de l'étude n°4 de Jiang et al. (2020) confirment ces propositions en montrant que les individus bas en sentiment de continuité ont plus tendance à aller chercher des souvenirs en mémoire autobiographique car cela les aide à ressentir un meilleur sentiment de continuité (Jiang et al., 2020).

Maintenant que nous avons pu montrer qu'il existe une influence réciproque entre le sentiment de continuité et la mémoire autobiographique, il nous faut déterminer quels éléments pourraient venir influencer ce partenariat. Nous proposons qu'un de ses éléments soit le type de soi (au sens de personnalité) que possède l'individu.

1.2.4.1. FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE

Nous avons montré que les cancers VADS peuvent mettre à mal l'identité des patient·e·s et leur qualité de vie étant donné l'influence mutuelle qu'entretient le sentiment de continuité avec la mémoire autobiographique. En outre, certains types de personnalité seraient moins sensibles à la remise en question et donc au sentiment de discontinuité. Berzonsky (2011) définit trois types d'identité dans son modèle du style de processus identitaire (traduit de l'anglais) : *identité informationnelle* (personnalité ouverte au changement et à la remise en question), *identité normative* (personnalité accordant de l'importance à l'avis du monde extérieur – effort de conformisme) and *identité diffuse et évitante* (personnalité craignant les remises en question et étant influençable) (Berzonsky, 2011). L'étude de Khan et Pelletier (2021) utilisant la

catégorisation identitaire proposée par Berzonsky (2011) a permis de montrer que la personnalité joue un rôle sur le sentiment de continuité. Cette étude se base sur une population de 60 anciens patient·e·s ayant eu un cancer de la tête et/ou du cou et étant en rémission depuis 1 an. Afin d'évaluer le potentiel protecteur des différents types d'identité, les auteurs ont fait passer cinq questionnaires aux participants dont les thématiques étaient les suivantes : le style de processus identitaire, la qualité de vie, l'anxiété et la dépression, les perceptions positives et négatives de l'impact de la maladie et les questionnements sur l'image du corps. Les résultats montrent que posséder une identité de type *normative* est une protection dans les cancers VADS car elle est liée à une plus grande qualité de vie pendant et après le traitement. Cela serait dû à la volonté des personnes de ce type de fonctionnement psychique de maintenir au maximum une identité conforme aux normes sociétales et familiales (Ibid.). Cela implique d'éviter de remettre en question le vécu (minimisation de la déstabilisation identitaire).

L'étude de Bickford et collaborateurs (2018) nous permet de comprendre avec encore un peu plus de finesse l'impact du soi sur le sentiment de continuité des patient·e·s. Leur étude se base sur des individus ayant subi une laryngectomie totale et a permis de catégoriser ceux-ci/celles-ci en quatre groupes en fonction de leur capacité à passer outre les changements physiques et physiologiques provoqués par l'opération : le soi déstabilisé (personne ressentant des pertes : avant personnalité très affirmée, après perte de confiance), le soi résigné (personne acceptant les difficultés quand elles surgissent), le soi résolu (personne ayant l'impression que la vie n'a pas changé entre avant et après l'opération) et le soi transformé (personne qui ressent que son soi a été modifié mais ce changement est bénéfique). Il semble que la plupart des individus commencent leur chemin de guérison dans la catégorie du soi déstabilisé. Au bout d'un an dans ce soi déstabilisé, certain·e·s participant·e·s arrivent à activement sortir de cet état pour atteindre une nouvelle étape, un nouveau soi. Ce nouveau soi peut être soit résigné et passif, soit rentrer dans les catégories plus actives et être plus optimiste (moins de difficultés à s'ajuster dans la vie quotidienne). Ce qui détermine qu'un individu réussisse à ressentir son soi comme résolu ou transformé (catégorie ressentie comme plus positive) sont, à la fois, des facteurs individuels comme le niveau de compétence ou le niveau de résilience et à des facteurs contextuels comme le support social ou l'attitude des proches (Ibid.).

En nous basant sur ces résultats, il nous paraît évident qu'il existe un lien important entre le sentiment de continuité et la manière dont un individu est au monde, aux autres et à soi (Berzonsky, 2011; Bickford et al., 2018; Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Ces manières d'être ont souvent été conceptualisées sous le nom de *types d'attachement* (Dugravier &

Barbey-Mintz, 2015). Dès lors, dans les parties à venir, nous nous intéresserons aux différents types d'attachement et à l'impact que ces modèles cognitifs peuvent avoir sur le sentiment de continuité et la mémoire autobiographique des individus.

1.3. LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

La théorie de l'attachement proposée en 1969 par Bowlby stipule qu'afin qu'un enfant se développe sainement, il a besoin d'être impliqué dans au moins une relation affective, avec un adulte, qui soit source de réconfort et de soutien (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). L'enfant entretient en général une relation de ce type avec ses parents mais ce rôle peut être joué par d'autres personnes (Ibid.). La théorie de l'attachement propose que l'enfant recherche de manière innée à créer ce type de relation : l'enfant sourit, pleure ou encore babille pour activer une réponse chez le/la donneur·euse de soin et provoquer de la proximité (Ibid.). Le but de l'enfant serait en fait la survie (Fraley & Roisman, 2004). En effet, l'enfant étant dépendant au début de sa vie, il cherche (inconsciemment) à trouver, dans cette relation privilégiée à l'adulte, de la sécurité : il a besoin d'un·e *caregiver* (donneur·euse de soin) pour face aux potentiels dangers que contient l'environnement (Ibid.). Dès lors, l'enfant en pleurant, souriant ou encore babillant teste le lien existant entre lui et son/sa *caregiver* : est-il/elle disponible, réconfortant·e, soutenant·e ? (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Cette théorie se construit ainsi en opposition aux théories psychanalytiques stipulant que l'enfant recherche le contact avec la mère pour la simple raison que celle-ci a la capacité de le/la nourrir (Bowlby, 1988).

En 1970, Ainsworth identifie trois types d'attachement en se basant sur l'observation et l'analyse d'une interaction, appelée *strange situation*, entre enfant et *caregiver* : l'attachement sécure et deux types d'attachement insécure soit l'attachement insécure évitant et l'attachement insécure ambivalent/résistant (Bartholomew, 1990; Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Un enfant ayant un attachement sécure ressentira de la détresse face à la séparation avec son/sa *caregiver*. Toutefois, quand celui-ci/celle-ci réapparaît l'enfant cherche immédiatement de la proximité avec lui/elle et se sent vite réconforté·e (Ibid.). Un enfant ayant un attachement de type insécure évitant ne ressent pas de détresse lorsque le/la *caregiver* disparaît. De plus, il/elle ne cherche pas à rentrer en contact avec le/la *caregiver* quand celui-ci/celle-ci est présent·e (Bartholomew, 1990; Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). Un enfant ayant un attachement insécure ambivalent/résistant va émettre des comportements ambivalents face au/à la *caregiver* (Ibid.) L'enfant cherche et résiste le contact en même temps ce qui l'empêche d'être réconforté·e (Ibid.). En 1991, George, Main et Kaplan conceptualisent un quatrième type

d'attachement qui est lui aussi un attachement insécure : l'attachement insécure désorganisé (l'enfant n'émet pas de comportement cohérent face au/à la *caregiver*) (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015).

Au travers de la répétition des moments où l'enfant ressent le besoin de se sécuriser et de la réponse donnée par le/la donneur·euse de soin durant ces épisodes, l'enfant acquiert des connaissances sur ce que peut ou non lui apporter le/la *caregiver* mais aussi sur sa propre valeur personnelle (est-ce que je mérite d'être aidé·e ?) (Fraley & Roisman, 2004). Ces connaissances permettent, dans le temps, à l'enfant de développer des représentations mentales sur soi, autrui et le monde (Ibid.). Cet agrégat de représentations mentales est nommé « modèles internes opérants » (MIO) (Miljkovitch-Heredia, 1998). Ces modèles permettront à l'enfant de rendre prévisible et compréhensible les événements futurs et leurs conséquences (Ibid.). Bowlby en 1973 proposait déjà que les modèles internes opérants étaient dépendants de deux caractéristiques : 1) le fait que le/la *caregiver* soit jugé·e capable ou non de répondre aux demandes de protection et de soutien 2) le fait que le soi soit jugé ou non comme une personne pour laquelle autrui (et principalement le/la *caregiver*) soit prêt à fournir de l'aide (Bartholomew & Horowitz, 1991). Ainsi, la première caractéristique des MIO renferme l'image que l'enfant a d'autrui alors que la deuxième caractéristique des MIO comprend l'image que l'enfant a de lui-même (Ibid.). L'enfant peut avoir une valence positive ou négative sur chacune de ces deux caractéristiques (Bartholomew & Horowitz, 1991). Un modèle interne opérant n'est alors rien d'autre que le croisement (positif et/ou négatif) de ces deux dimensions chez une même personne (Ibid.). En partant de ce constat nous pouvons comprendre qu'il existe différents types de MIO (Fraley & Roisman, 2004). Dans un contexte sécure l'enfant se crée un modèle interne opérant incluant une haute confiance en la capacité du *caregiver* à répondre à ses demandes de protection et de soutien tout en se jugeant lui-même/elle-même comme étant méritant·e de cette aide (Pietromonaco & Barrett, 2000). L'enfant apprend que l'on peut compter sur les autres en cas de besoin (Ibid.). Dans les contextes insécures, l'enfant se crée un modèle interne opérant dans lequel le/la *caregiver* est vu comme froid·e et/ou imprévisible (Pietromonaco & Barrett, 2000). Il en découle un apprentissage chez l'enfant qu'en cas de besoin, il/elle ne peut pas compter sur autrui et/ou qu'il/elle a peu de valeur aux yeux d'autrui (Ibid.).

1.3.1. L'ATTACHEMENT À L'ÂGE ADULTE

Les modèles internes opérants que créent l'enfant durant sa jeunesse auront un impact sur sa manière d'interagir avec les autres et le monde sur le long terme (Fraley & Roisman, 2004). En se basant sur ce constat Bartholomew a créé un modèle, en quatre catégories, des types d'attachement existant chez l'adulte (Bartholomew, 1990). Pour se faire, il utilise les deux caractéristiques des MIO proposées par Bowlby en 1973 et décide de les renommer *la positivité du modèle de soi et la positivité du modèle des autres* (Ibid.). Comme dans la conception initiale de Bowlby, l'individu peut être soit positif, soit négatif sur les deux dimensions de positivité (soi et autrui). Les combinaisons possibles à partir des deux positivités donnent quatre styles d'attachement spécifiques à l'adulte (cf. figure 2) (Ibid.). Cette modélisation n'est pas nouvelle en soi car, comme nous l'avons d'ores et déjà vu, Bowlby avait déjà conceptualisé un modèle de ce type (Bartholomew & Horowitz, 1991). Toutefois, Bowlby n'a jamais testé le modèle en quatre types d'attachement qui découlait logiquement des combinaisons possibles entre les deux positivités (Ibid.).

Bartholomew et Horowitz, opérationnalisent et décrivent, au travers de leur étude menée en 1991, les quatre types d'attachement qui avaient déjà été proposés l'année d'avant par Bartholomew (Ibid.). Les conclusions sont les suivantes : le style d'attachement sécure combinerait chez l'individu un sentiment positif sur sa propre valeur et un sentiment positif sur la capacité des autres à être disponibles et bienveillants (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991; N. Guédénéy et al., 2010). Le style préoccupé impliquerait qu'un individu ait le sentiment d'avoir peu de valeur pour les autres tout en ayant un sentiment positif quant à la capacité d'autrui à être disponible et bienveillant (Ibid.). Ce style d'attachement correspond au style d'attachement ambivalent/résistant chez les enfants (Ibid.) De plus, l'attachement préoccupé est aussi souvent nommé l'attachement anxieux. Dans ce travail, nous utiliserons préférentiellement le terme *anxieux* pour catégoriser les individus ayant un style d'attachement préoccupé. Le style détaché indiquerait un sentiment positif de soi chez l'individu (individu *self-made*) et un sentiment négatif quant à la capacité d'autrui à être présents (Ibid.). Le style craintif correspondrait à la fois à un sentiment négatif de valeur personnelle chez l'individu et un sentiment négatif de l'individu concernant la capacité d'autrui à être disponible et/ou bienveillant (Ibid.). Ces deux derniers types d'attachement correspondent chacun à une forme spécifique de style d'attachement évitant (Ibid.). Un schéma représentant cette catégorisation des styles d'attachement chez l'adulte peut être retrouvé en annexe (Annexe 2). En outre, Bartholomew stipule bien qu'il est peu probable qu'un individu corresponde pleinement à une

des catégories engendrées par ce modèle (Bartholomew, 1990). Il est plus plausible qu'en fonction du contexte relationnel, les individus se retrouvent préférentiellement dans un type d'attachement tout en ayant des traits d'un ou plusieurs autres types d'attachement (Ibid.).

Maintenant que nous avons décrit les types d'attachement présents chez les adultes, nous devons nous intéresser à l'impact de ces manières d'être au monde, aux autres et à soi sur la santé.

1.3.2. ATTACHEMENT ET SANTÉ

Il n'existe pas à l'heure actuelle de recherches expliquant quelles sont les conséquences du type d'attachement sur les cancers VADS. Toutefois, il semble qu'avoir un attachement de type sécure soit protecteur pour la santé (Attale & M. Consoli, 2005). En effet, les individus ayant ce type d'attachement feront plus facilement confiance au monde médical et sa capacité à résoudre la problématique somatique qui les concerne (Ibid.). La revue de littérature de Pietromonaco et Beck (2019) étudiant le lien existant entre le style d'attachement chez l'adulte et la réponse au stress, les comportements de santé et les conséquences sur la santé montrent qu'avoir un style d'attachement insécure (évitant et/ou anxieux) est accompagné de plus de difficultés dans la régulation du stress, de plus de comportements à risque pour la santé et d'une santé plus fragile en comparaison aux personnes ayant un attachement sécure (Pietromonaco & Beck, 2019). Concernant la régulation du stress, des études, présentées dans cette revue, ont montré que les personnes ayant un attachement évitant ont plus de chance d'avoir des problèmes d'immunité car leurs lymphocytes *Natural Killers* (important pour la réponse immunitaire) montrent une fonction réduite (Ibid.). Avoir un système immunitaire dérégulé pourrait, entre autres, être lié à plus de probabilité d'avoir un cancer (Ibid.). Concernant les comportements mettant en danger la santé, il semble qu'avoir un attachement insécure soit lié à plus de consommation de drogue, d'alcool ainsi que plus de comportements sexuels dangereux pour la santé (p.ex. sexe oral) (Ibid.). Finalement, concernant la santé physique, il semble qu'avoir un style d'attachement anxieux prédit une moins bonne santé avec des individus rapportant avoir plus de problèmes cardiaques et plus de douleurs chroniques (Ibid.). Une autre étude, citée dans la revue susmentionnée, sur 218 femmes ayant la maladie de l'intestin irritable, montre que les femmes ayant un attachement insécure ont des symptômes plus graves que celles ayant un attachement sécure (Ibid.). De plus, l'étude de Fagundes et al. (2014) citée dans la revue de littérature susmentionnée, montre que les femmes ayant un style évitant semblent particulièrement vulnérables car elles ressentent plus d'affects négatifs (Ibid.). Dans les

recherches en oncologie, l'étude d'Arambasic et Sherman (2019) sur les femmes ayant un cancer du sein, a montré que les femmes ayant un attachement anxieux et/ou évitant ont plus de difficultés à gérer le stress engendré par leur diagnostic ainsi que plus de jugements négatifs sur leur cancer et les conséquences de celui-ci (Arambasic et al., 2019). Ces résultats ont aussi été retrouvés dans la revue systématique de Karveli et collaborateurs (2023) : un attachement insécuré est lié à un moins bonne qualité de vie et plus de détresse chez les patientes ayant un cancer du sein (Karveli et al., 2023). En outre, il semble que l'attachement insécuré évitant soit le plus présent dans cette population et que celui-ci est accompagné des moins bons résultats soit de plus de difficultés psychosociales (Ibid.).

En résumé, nous avons montré jusqu'à présent que les patient·e·s ayant un cancer VADS peuvent ressentir une déstabilisation de leur identité qu'elle provienne de difficultés psychologiques, physiques et/ou physiologiques. Nous avons aussi suggéré que ce phénomène existe par l'influence mutuelle qu'entretiennent le sentiment de continuité et la mémoire autobiographique l'un sur l'autre. En outre, des différences dans la personnalité des patient·e·s semblent avoir un impact sur cette relation. Ainsi nous avons décidé de décrire les types d'attachement et montrer que ceux-ci exercent une influence sur la santé des individus. Finalement, il nous reste maintenant à déterminer comment le type d'attachement, le sentiment de continuité et la mémoire autobiographique s'influencent.

1.3.3. L'ATTACHEMENT, LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE ET LE SENTIMENT DE CONTINUITÉ

Lau-Zhu et collaborateurs (2023) proposent dans leur revue systématique de la littérature que la mémoire autobiographique expliquerait en partie l'impact du type d'attachement sur la santé mentale (Lau-Zhu et al., 2023). L'enfant crée un modèle interne opérant de lui-même, d'autrui et du monde en se basant sur les souvenirs qu'il a de ses expériences passées (Ibid.). Plus tard, une fois que ces modèles internes opérants sont ancrés, l'individu possède un filtre du monde qui lui est spécifique (Ibid.). L'encodage de nouveaux souvenirs de même que la récupération d'anciens souvenirs sont gouvernés par ce filtre (Ibid.). Cela permet à l'individu de maintenir de la cohérence interne et donc un sentiment de continuité : ce que l'individu sait de son passé est vrai dans le présent et le sera toujours dans le futur (Ibid.). En effet, l'individu continue à voir le monde de la même manière en utilisant son filtre (modèle interne opérant) pour analyser le monde qui l'entoure. Pour le montrer les auteurs de la revue susmentionnée donnent l'exemple d'un conflit interpersonnel : un individu sécuré aura la capacité de rappeler cet

évènement de manière limpide sans que cela provoque une réponse émotionnelle disproportionnée, un individu de type anxieux aura la capacité de rappeler cet évènement de manière précise mais ce rappel sera très émotionnel, un individu de type évitant aura des difficultés à rappeler l'évènement (souvenir moins cohérent et moins détaillé) et ce souvenir ne provoquera pas de réponse émotionnelle (Ibid.). Pour résumer, le type d'attachement est lié chez l'individu à une manière spécifique d'être au monde (modèles internes opérants) au travers des différences interpersonnelles qui existent quant à l'accessibilité qu'ont les individus vis-à-vis de leurs souvenirs autobiographiques provoquant des réponses comportementales et émotionnelles particulières (Ibid.). L'étude d'Öner and Gülgöz (2016), présentée dans la revue de littérature susmentionnée, confirme cela en montrant qu'une personne ayant un attachement insécurité évitant aura des modèles internes opérants impliquant une sous-estimation de l'impact des évènements interpersonnels influençant ainsi leur encodage et leur possible récupération (moins bien encodé donc récupération moins détaillée et moins cohérente) (Öner & Gülgöz, 2016). Cette observation est consistante avec les résultats de l'étude de Dykas & Cassidy (2011) : les individus ayant un attachement insécurité évitant ont des comportements d'isolement social en cas de vécu de détresse psychologique (Dykas & Cassidy, 2011). Il semble donc que la mémoire autobiographique, le sentiment de continuité et les types d'attachement s'influencent réciproquement. En outre, l'impact de ces relations sur la santé est peu connu. Néanmoins, l'étude de Sutin & Gillath (2009) sur une population ayant des symptômes dépressifs nous offre des pistes d'analyse. Il semble qu'avoir une cohérence et une intensité émotionnelle amoindries lors de la récupération de souvenirs autobiographiques médient le lien existant entre un attachement évitant et les symptômes dépressifs : plus une personne possède un attachement évitant, moins elle récupère ses souvenirs de manière cohérente et émotionnelle, plus ses symptômes dépressifs augmentent (Sutin & Gillath, 2009). De plus, avoir un contenu affectif négatif lors de la récupération des souvenirs autobiographiques médie le lien existant entre un attachement insécurité anxieux et les symptômes dépressifs : plus une personne a un attachement anxieux, plus la récupération de ses souvenirs est liée à une valence affective négative induisant une augmentation des symptômes dépressifs (Sutin & Gillath, 2009).

Pour conclure, vivre avec un cancer VADS est difficile et peut être lié à une déstabilisation de l'identité qui passe par l'amoindrissement du sentiment de continuité. Ce sentiment prend appui sur la mémoire autobiographique et entretient avec elle une relation mutuelle et étroite. De plus, le type d'attachement que possède le/la patient·e joue un rôle sur la manière dont celui-ci/celle-

ci encodera et récupérera ses souvenirs, influençant ainsi son sentiment de continuité, sa mémoire autobiographique et probablement sa santé. Dans la suite, nous allons essayer au travers d'une recherche exploratoire de décrire le vécu singulier des patient·e·s diagnostiqué·e·s avec un cancer VADS et ayant subi une chirurgie comme traitement. Nous suggérons qu'avoir un cancer VADS aura un impact sur la qualité de la mémoire autobiographique des patient·e·s ainsi que sur leur sentiment de continuité. De plus, nous proposons que le type d'attachement que possède le/la patient·e aura un impact sur la qualité de sa mémoire autobiographique et de son sentiment de continuité.

Hypothèses spécifiques :

- En comparaison au groupe contrôle, le groupe des participant·e·s ayant un cancer VADS (CVADS) devrait avoir des scores plus faibles sur les débuts (BEG), les fins (END) et les variables additionnelles (VA) des récits : leur mémoire autobiographique est moins riche.
- Le groupe CVADS devrait montrer un sentiment de continuité amoindri.
- L'attachement a un impact sur la mémoire autobiographique. L'attachement sécure s'accompagne de scores plus élevés sur les dimensions BEG, END et les variables additionnelles (VA) dans le groupe CVADS.
- Le sentiment de continuité influence la mémoire autobiographique. Un haut sentiment de continuité s'accompagne d'un score élevé sur les dimensions BEG, END et les variables additionnelles (VA) dans le groupe CVADS.
- Avoir un attachement sécure serait accompagné d'un meilleur sentiment de continuité dans le groupe CVADS.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. CONCEPTION DE L'ÉTUDE ET PARTICIPANT·E·S

L'étude est observationnelle, transversale, et monocentrique. Elle comprend une analyse standardisée de récits de patient·e·s ainsi que d'un groupe contrôle.

2.1.1. PROCÉDURE

Les membres de l'association Corasso (association de patient·e·s ayant eu un cancer VADS) ainsi que des patient·e·s du centre hospitalier d'Amiens ont été invité·e·s à participer à une enquête évaluant l'impact de leur vécu en tant que patient·e sur leur identité. Les premiers contacts ont été initiés par la doctorante du projet, Charlotte Vandamme. Elle a récolté les entretiens avec les personnes présentant un cancer VADS. Les individus appartenant au groupe contrôle furent contactés par moi-même. Chaque participant·e a été rencontré·e à deux reprises. Il y avait au minimum une semaine d'intervalle entre les deux entretiens pour le groupe contrôle et minimum 1 mois pour le groupe de patient·e·s. L'équipe de recherche a anonymisé les entretiens afin de préserver la confidentialité des participant·e·s. Les noms des interviewé·e·s, des personnes nommées et des lieux ont été supprimés.

2.1.2. PARTICIPANT·E·S

Les patient·e·s éligibles pour cette étude, devaient être âgé·e·s de minimum 18 ans, présenter un diagnostic de cancer des VADS, et avoir déjà suivi un traitement chirurgical pour leur cancer. Les patient·e·s étaient exclu·e·s s'ils ou elles n'avaient pas reçu de traitement chirurgical ou avaient subi une intervention chirurgicale dans une période de moins de trois mois (des problèmes liés au rétablissement pourraient rendre difficile la mise en place du projet) et s'ils ou elles présentaient des troubles cognitifs (avec un score au Montreal Cognitive Assessment - MoCA - inférieur à la norme instaurée par cet outil, soit inférieur à 26) (Nasreddine et al., 2005). En effet, admettre une personne ayant des troubles cognitifs pourrait biaiser les résultats car ceux-ci se basent sur la capacité de raconter un vécu.

Plusieurs groupes contrôles furent utilisés. Le premier groupe (N=3) contrôle fût constitué en appariant les participant·e·s à des individu·e·s suisses en fonction de leur âge (plus ou moins cinq ans - minimum 18 ans), leur sexe et leur niveau socio-professionnel. Les participant·e·s du groupe contrôle étaient exclu·e·s s'ils ou elles avaient des antécédents de cancer. Les deux autres groupes contrôles que nous utilisons à des fins de comparaison dans cette recherche viennent de deux études menées par Allé et al., (2016) sur une population de patient·e·s ayant une schizophrénie et utilisant la même méthodologie que celle que nous utilisons dans notre étude (Allé et al., 2016).

Les participant·e·s sélectionné·e·s ne sont pas rémunéré·e·s. Le projet a été soumis et accepté par la commission d'éthique de l'Université de Lille (Annexe 3). Le projet a d'ores et déjà été soumis à la CER-VD. À la suite du retour de la CER-VD des corrections sont nécessaires : celles-ci sont en train d'être faites. Les participant·e·s ont donné leur consentement éclairé par écrit.

2.2. MESURES

Deux entretiens sont organisés avec chaque participant·e. Dans le premier entretien, les différents questionnaires (évaluation du niveau cognitif, de l'état psychologique, de la qualité des liens aux autres et du sentiment d'auto-continuité) et la tâche nommée « les souvenirs définissant le soi (*Self-defining memories - SDMs*) » (Singer et al., 2013) sont administrés. Les questionnaires utilisés sont trouvables en annexe (Annexe 4). Le deuxième entretien permet de collecter l'histoire de vie du/de la participant·e au travers de la tâche des récits de vie (Habermas et al., 2014). Dans ce travail, nous nous sommes limités à l'analyse des récits de vie. C'est pour cette raison que nous ne décrivons pas la tâche des SDMs.

2.2.1. QUESTIONNAIRES

La MoCA

Cette échelle hétéro-rapportée permet d'évaluer des dysfonctions cognitives. Les fonctions suivantes sont cotées : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuoconstructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation. Le temps d'exécution est de dix minutes approximativement. Le nombre de points maximum est de 30. Un score de 26 et plus est considéré comme « normal » (Nasreddine et al., 2005). L'étude de Nasreddine et collaborateurs (2005) qui propose la comparaison de l'usage de la MoCA et du Mini-Mental State Examination (MMSE) pour la détection des déficits légers montre que la MoCA possède une grande spécificité (87%) et sensibilité (90%) dans la détection de ces déficits. Nous utilisons cette échelle afin de sélectionner les patient·e·s ayant le niveau cognitif nécessaire à la suite de la récolte des données. Afin de ne pas heurter les personnes ayant, en toute vraisemblance, un fonctionnement cognitif normal, ce questionnaire n'est pas proposé aux participant·e·s du groupe contrôle pour lequel·le·s il est très probable que le fonctionnement cognitif est normal (p.ex. car nous avons déjà eu de nombreux échanges écrits et oraux avec ces personnes lors du recrutement).

Informations démographiques et médicales

Ce questionnaire auto-évaluatif nous permet d'obtenir des informations démographiques, médicales et socio-professionnelles pour chaque participant·e. Nous demandons à tous·te·s les personnes d'indiquer leur sexe, leur situation familiale, leur niveau d'étude, leur catégorie socioprofessionnelle. Ce questionnaire renseigne aussi le type de cancer VADS, la date à laquelle la chirurgie a eu lieu et le type de chirurgie choisie pour le groupe des patient·e·s.

Le HADS (Hospital anxiety and depression scale)

Cette échelle auto-évaluative évalue les difficultés d'anxiété et d'humeur. Les deux sous-échelles sont chacune constituées de 7 items. Chaque item comprend 4 réponses à choix ; les réponses possibles changent d'un item à l'autre mais sont toujours graduelles (p.ex. 1. Jamais 2. Parfois 3. Souvent 4. Très souvent). Une fois les réponses aux items additionnées, l'analyse du score sur chaque sous-échelle se fait ainsi : 7 ou moins : absence de symptomatologie, 8 à 10 : symptomatologie douteuse et 11 et plus : symptomatologie certaine. Dès lors, un score élevé sur les deux sous-échelles sous-entend un état possiblement anxieux (anxiété-état) et dépressif chez le ou la participant·e. Toutefois, un individu peut obtenir un score élevé sur la sous-échelle « anxiété » alors qu'il a un score faible sur la sous-échelle « dépression » ; et cela inversement. Le temps nécessaire pour remplir ce questionnaire est de quelques minutes. La revue de littérature de Bjelland et al., (2002) a permis de montrer qu'un alpha de Cronbach d'environ 0.83 est trouvé sur la sous-échelle anxiété et de 0.82 sur la sous-échelle dépression ce qui correspond à une validité tout à fait satisfaisante.

RSQ (Relationship scale questionnaire, type d'attachement)

Ce questionnaire permet d'identifier le type d'attachement des participant·e·s avec leurs proches. Cela nous permet de déterminer le niveau de qualité des liens existants. L'échelle que nous avons utilisée est la version française validée du questionnaire original en anglais (Guédénéy et al., 2010). Cet outil se base sur le modèle des types d'attachement chez l'adulte proposés par Bartholomew en 1990 (Bartholomew, 1990). Cette échelle est auto-rapportée et comprend 30 items. Deux exemples d'items sont : « Je trouve difficile de dépendre des autres » (item n°1) ou « Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens. » (item n°12). Chaque item est gradué de 1 à 5 (p.ex. : 1. Pas du tout comme moi / 3. Un peu comme moi / 5. Tout à fait comme moi). 3 types d'attachement peuvent être évalués : un attachement évitant (« minimisation des questions liées à l'attachement et maximisation du recours aux

ressources propres du sujet, soit peu de confiance en autrui »), un attachement anxieux (« maximisation de l'importance des questions d'attachement et une difficulté à faire confiance à ses ressources propres pour surmonter un défi », soit dépendance à autrui) (Guédeley et al., 2010, p.74) et un attachement sécure (importance moyenne des questions d'attachement et confiance dans ses propres ressources pour faire face à un défi tout en ayant la possibilité de demander de l'aide) (Guédeney & Tereno, 2009). Le score sur les dimensions « évitement », « anxiété dans les relations » et « sécurité » est obtenu en additionnant les scores sur chacun des items spécifiques à la dimension évaluée et en divisant le total obtenu par le nombre total d'items sur cette dimension. Un score élevé sur une dimension signifie que la personne favorise ce type d'attachement. Il faut une dizaine de minutes au maximum pour remplir l'échelle dans sa totalité. Concernant les facteurs 1) « évitement », 2) « anxiété dans les relations » et 3) « sécurité », les coefficients alpha de Cronbach indiquent une cohérence interne moyenne ($0,60 < \alpha < 0,69$) (Ibid.).

Questionnaire du sentiment d'auto-continuité

Ce questionnaire permet de mesurer le niveau ressenti de continuité de l'identité. C'est une évaluation auto-rapportée. Cette évaluation comprend trois items : 1. « Je suis la même personne que j'ai toujours été » / 2. « Avec le temps, beaucoup de choses ont changé, mais je suis toujours la même personne » / 3. « Je suis à présent une personne différente que par le passé ». Chaque item peut recevoir une réponse de 1 à 5 allant de « ne correspond pas du tout » à « correspond complètement ». Afin d'obtenir le score final, une addition est faite sur les trois items. En outre, le troisième item est un score inversé (Lampraki et al., 2019). Un score élevé indique un sentiment d'auto-continuité élevé (Ibid.). L'alpha de Cronbach pour cette échelle est de 0.82 (Ibid.). Une à deux minutes suffisent pour répondre à cette échelle.

Il faut environ une quinzaine de minutes pour remplir l'ensemble des questionnaires.

2.2.2. TÂCHES

Les deux tâches (SDM et récit de vie) prennent appui sur le modèle du *Self-Memory System* (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Conway, 2005). Les deux tâches se déroulent lors d'un entretien standardisé avec le/la participant·e. L'intervieweuse n'intervient que pour rappeler certaines conditions lorsqu'elles ne sont pas remplies par l'interviewé·e. Le point commun entre ces deux tâches est qu'elles demandent l'une comme l'autre la récupération de souvenirs autobiographiques. Comme mentionné auparavant, bien que j'ai été entraînée à la récolte et la

cotation des deux tâches, les SDMs n'ont pas été analysés pour le moment et ne seront donc pas présentés dans ce travail.

Les récits de vie

Chaque participant·e est amené·e à raconter son récit de vie à l'oral. Afin de faciliter la récupération du récit de vie, il est demandé, dans un premier temps, aux participant·e·s d'écrire sept événements de vie (événements les plus importants de leur vie) sur une feuille nommée « carte d'événements de vie » (Annexe 5) et de les ordonner chronologiquement. Les consignes pour cette première partie sont standardisées (Annexe 6). Dans un second temps, il est demandé à la personne interviewée de raconter son récit de vie en y incluant les sept événements de vie. La consigne donnée, pour cette partie, aux participant·e·s est aussi standardisée (Annexe 7). Une fois que celle-ci a été lue par le/la participant·e, l'intervieweuse demande que la consigne soit répétée de vive voix afin de s'assurer que celle-ci a bien été comprise par l'interviewé·e. Cette seconde partie est enregistrée et retranscrite par l'intervieweuse. Le temps imparti pour le récit de vie est d'environ 15 minutes. A 10 minutes, l'intervieweuse stoppe le/la participant·e pour l'informer qu'il lui reste environ 5 minutes de récit. En outre, il a été décidé que si les participant·e·s dépassaient les 15 minutes, nous les laissons continuer et finir d'eux-mêmes leur récit afin que la fin du récit ne soit pas biaisée. En effet, nous verrons plus tard que la fin du récit fait partie des éléments subissant une cotation. De plus, dans les cas où la personne interviewée élabore trop précisément ou au contraire élabore trop peu son récit de vie, des relances standardisées (Annexe 8) sont proposées afin de permettre à l'interviewé·e de rééquilibrer son récit. Dans le cas où la personne n'élabore pas assez son récit de vie, un exemple de relance standardisée que l'intervieweuse pourrait utiliser est : « Vous avez encore environ 10 minutes, peut-être pouvez-vous encore nous raconter plus précisément ce qui s'est passé, quand... (se raccrocher au dernier événement qui vient d'être raconté) ».

2.3. ANALYSES

2.3.1. COTATION

Récits de vie

Les récits de vie sont segmentés, puis codés selon quatre variables : la cohérence temporelle (cotation du début et de la fin du récit ainsi que des indicateurs temporels), les arguments biographiques, la cohérence causale (cotation lorsqu'un événement explique un changement de

personnalité) et la cohérence thématique (cotation lorsque la personnalité explique l'évènement) (Habermas et al., 2014). Dans ce travail, nous allons nous concentrer sur la cohérence temporelle des récits. Ce choix se base sur l'article de Köber et collaborateurs (2015) stipulant que la cohérence temporelle est la plus stable au fil du temps et qu'elle serait peut-être la plus fondamentale pour la compréhension du récit étant donné qu'elle demande à l'individu d'articuler les événements de manière logique et/ou chronologique (il doit y avoir un début, un milieu et une fin précise au récit) (Köber et al., 2015). Cependant, afin de donner aux lecteur·trices la possibilité de découvrir la tâche dans son entièreté, nous expliquons l'ensemble des codes qui ont été appliqués aux entretiens retranscrits.

La cohérence temporelle comprend la cotation du début du récit en fonction de l'âge auquel commence le récit ainsi que le niveau de précisions mentionnées soit le nombre d'informations factuelles incluses au début du récit (date, lieu, origine etc.). Pour des raisons de comparaison aux groupes contrôles, dans cette recherche, les débuts de récit ont été catégorisés en trois groupes : début non clair (BEGUN : lorsque le début commence à un moment arbitraire de la vie), début après la naissance (BEGTIL : lorsque le début du récit commence après les premiers 3 ans de vie), début à la naissance (BEGAT : lorsque le récit débute avec la naissance). Les débuts de récit sont aussi cotés en fonction des informations contextuelles et interpersonnelles que la personne donne sur son début de vie : c'est ce que l'on nomme les variables additionnelles. Les variables additionnelles sont au nombre de quatre : FAMCO (information sur la constellation familiale), FAMHIS (information sur l'histoire familiale), HICO (information sur le contexte historique) et SOSEC (information sur le contexte socio-économique). La cohérence temporelle comprend aussi la cotation de la fin du récit en fonction de cinq variables : le récit se finit dans le présent (ENDCUR), le récit se finit dans le passé (ENDRET), le récit se finit sur une projection dans le futur (ENDPRO), le récit se finit par une rétrospection dans le passé et une projection dans le futur (ENDALL) ou le récit se finit arbitrairement (ENDARB). Dans cette recherche, pour des raisons de comparaison aux groupes contrôles les fins de récit sont catégorisées en deux groupes : fin de récit non spécifique (quand la fin est arbitraire) et fin de récit spécifique (quand il y a une rétrospection, une conclusion dans le présent et/ou une projection dans le futur). Finalement, la cohérence temporelle comprend aussi la cotation des indicateurs temporels (Z1-Z8) : Z1 : mention d'une période de temps (ex : « pendant deux ans ») , Z2 : mention d'une période allant du moment présent au passé (ex : « ça fait 6 ans maintenant »), Z3 : mention d'éléments biographiques tels que l'enfantine, l'école primaire permettant de situer l'âge de l'individu, Z4 : mention de date

précise sans année (ex : « le 4 juillet », Z5 : indicateurs historiques tels que la deuxième guerre mondiale, Z6 : mention de l'âge du / de la narrateur·trice, Z7 : mention d'une année (ex : « 1987 »), Z8 : mention d'une date précise (ex : « le 4 juillet 1987 »). Ces indicateurs n'ont pas été pris en compte dans ce travail. Nous nous sommes limités aux débuts et fins de récit aussi qu'aux variables additionnelles.

Les arguments biographiques sont codés lorsque le/la participant·e mentionne des expériences de vie uniques tout en se référant à un contexte plus global de son parcours (Habermas et al., 2014). Les arguments peuvent se référer à l'état de développement de l'individu·e (DEV), au contexte biographique (BB), à l'expérience formative (FORM), aux leçons tirées des expériences (LL), à la compréhension universellement valable sur le "monde" (GENINS), à des turning-points dans la vie (TP) et à des réflexions sur sa propre vie (LIFE) (Ibid.).

La cohérence causale et la cohérence thématique cotent les événements en lien avec les personnes incluses dans le récit. Ainsi il existe un code différent selon que la personne parle d'elle-même (J), d'elle et d'autres personnes (N) ou d'autrui (A). Pour que les événements en rapport avec le soi, le groupe ou autrui, puissent être cotés il faut que le / la narrateur·trice mentionne un des trois éléments suivants en rapport avec l'évènement : la personnalité de l'individu, du groupe ou d'autrui, les compétences qui appartiendraient à l'individu, au groupe ou à autrui (celles-ci ne doivent pas être acquises), les valeurs de l'individu, du groupe ou d'autrui (ex : la fidélité). La cohérence causale et thématique ont ces différents éléments en communs. En outre, ces cohérences se distinguent par le fait que l'une est utilisée pour coder les événements qui expliquent un changement de personnalité (cohérence causale) alors que l'autre est utilisée pour coder les événements qui trouvent leur explication dans la personnalité de l'individu (cohérence thématique). Afin de mieux les distinguer nous vous proposons deux exemples d'évènements, dont l'un rentre dans la cohérence causale et l'autre dans la cohérence thématique : « Depuis cette dispute, j'ai perdu confiance en moi » (cohérence causale) ou « Je l'ai frappé, c'est vrai que je suis toujours violent » (cohérence thématique).

2.3.2. ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses statistiques ont été menées sur SPSS. Des analyses descriptives ont été faites sur les données récoltées au travers des questionnaires et des entretiens. Des analyses corrélationnelles de Kendall ont été effectuées afin d'obtenir les inclinaisons existantes entre la qualité de la mémoire autobiographique (cohérence temporelle), le sentiment de continuité et

le type d'attachement. De plus, aux vues de la taille de l'échantillon, nous ne nous focalisons pas sur la p -value mais bien sur les corrélations. Nous considérons qu'une corrélation est importante à partir de $r=.20$.

3. RÉSULTATS

Les résultats des analyses descriptives concernant les informations démographiques et médicales, les informations concernant l'humeur et l'anxiété, le type d'attachement et le sentiment d'auto-continuité sont présentés dans le *tableau 1*.

3.1. ANALYSES DESCRIPTIVES

3.1.1. INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES ET MÉDICALES

Participant·e·s

Huit patient·e·s provenaient de l'association Corasso (61.5%) et 5 patient·e·s du centre hospitalier d'Amiens (38.5%). Un total de 13 patient·e·s furent interviewé·e·s. Notre échantillon est majoritairement féminin (70% de notre échantillon), d'âge moyen de 55.38 ans et en couple. Peu de participant·e·s ont d'enfants à charge avec seulement 2 personnes correspondant à cette description. Concernant le niveau d'étude, nous avons une majorité de nos participant·e·s ont niveau d'étude intermédiaire ou supérieur. En ce qui concerne les professions de nos participant·e·s, nous constatons qu'une majorité de notre échantillon est soit un/une cadre, soit dans une profession intermédiaire ou un/une retraité·e. Le temps s'étant écoulé depuis leur chirurgie varie de 0 (dans l'année actuelle) à 6 ans avec une moyenne de presque 2 ans et demi entre les entretiens avec nos chercheuses et la chirurgie des participant·e·s.

Groupe contrôle 1

Les trois personnes constituant notre groupe contrôle sont toutes de la région lausannoise. Ce groupe comprend deux femmes (66.7%) et un homme (33.3%). L'âge moyen est de 65.67 ans dans ce groupe avec des âges allant de 59 à 74 ans. Les trois individus sont en couple. Aucun d'entre eux/elles n'a d'enfants à charge. Concernant leur niveau d'étude, deux personnes ont un niveau BEP ou CFC (66.7%) et la troisième possède un master (33.3%). Concernant leur profession, deux personnes sont retraitées alors que la troisième est une employée.

Groupe contrôle 2

Vingt-et-un personnes furent sélectionnées afin d'être comparées à une population de patient·e·s ayant une schizophrénie (Allé et al., 2016). L'âge moyen de ce groupe est de 31.86 ans (Ibid.). Concernant les années d'études, les individus constituant ce groupe ont fait en moyenne 13.11 années d'étude (Ibid.). Nous n'avons pas d'information quant à leur profession ou la répartition homme-femme au sein de ce groupe. Toutefois, l'étude d'Allé et al. (2016) comptait 9 femmes dans le groupe de patient·e·s.

Groupe contrôle 3

28 personnes dont 12 femmes (42,86%) furent sélectionnées afin d'être comparée à une population de patient·e·s ayant une schizophrénie (Allé et al., 2016). L'âge moyen de ce groupe est de 33.88 ans (Ibid.). Concernant les années d'études, les individus constituant ce groupe ont fait en moyenne 12.92 années d'étude (Ibid.). Nous n'avons pas d'information quant à leur profession. La moyenne du QI prémorbide de ce groupe est de 108.65 et la moyenne de leur QI actuel est de 99.85 (Ibid.).

3.1.2. HADS

Les résultats concernant l'évaluation des possibles difficultés en lien avec l'humeur et/ou l'anxiété peuvent être trouvés dans le *tableau 1*.

Participant·e·s

La moyenne de nos participant·e·s sur la sous-catégorie dépression de cette échelle est de 6.92 points avec des résultats allant de 2 à 12 points. Le cut-off proposé pour déterminer les cas des non-cas est de 8 points minimum (Stern, 2014). Cinq participant·e·s ont des scores supérieures ou égal à 8 points sur cette dimension soit 38.5% de notre échantillon. Deux d'entre eux/elles ont des scores correspondant à des symptômes dépressifs modérés et aucun des participant·e·s n'a de symptômes sévères.

La moyenne des scores des participant·e·s sur la sous-catégorie anxiété de cette échelle est de 10.69 points. Le seuil (*cut off*) pour déterminer les cas des non-cas étant à nouveau de 8 points, nous pouvons dire que notre échantillon présente plus de difficulté en lien avec l'anxiété que la dépression (Stern, 2014). Un score moyen de 10.69 correspond à une problématique que se situe entre une symptomatologie légère et modérée (Ibid.).

Groupe contrôle 1

Les trois individus formant le groupe ont une moyenne de 5.33 points sur la sous-échelle dépression et de 4 points sur la sous-échelle anxiété. Ce groupe ne présente aucune difficulté concernant l'humeur ou l'anxiété.

Groupe contrôle 2 et 3

Nous n'avons pas d'information concernant les possibles difficultés liées à l'humeur et/ou à l'anxiété de ces deux groupes (Allé et al., 2016).

3.1.3. LE TYPE D'ATTACHEMENT (RSQ)

Les résultats concernant les types d'attachement sont présentés dans le *tableau 1*.

Participant·e·s

Les participant·e·s ont en majorité un attachement de type évitant (3.77 sur 5) et sécure (3.54 sur 5). L'attachement anxieux est présent mais en de plus petite proportion.

Groupe contrôle 1

Les personnes du groupe contrôle ont majoritairement un attachement sécure (4.42 sur 5). L'attachement évitant et anxieux sont aussi présents mais avec des scores plus faibles que l'attachement sécure.

Groupe contrôle 2 et 3

Nous n'avons pas d'information quant au type d'attachement que possèdent les membres de ces deux groupes contrôle (Allé et al., 2016).

3.1.4. LE SENTIMENT D'AUTO-CONTINUITÉ

Les résultats concernant le sentiment de continuité peuvent être trouvés dans le *tableau 1*.

Participant·e·s

Les participant·e·s ont un score moyen de 2.92 sur 5 concernant leur sentiment de continuité.

Groupe contrôle 1

Les personnes du groupe contrôle 1 ont un score moyen sur l'échelle d'auto-continuité de 2.56 points.

Groupe contrôle 2 et 3

Nous n'avons pas d'information concernant le sentiment d'auto-continuité des membres de ces deux groupes (Allé et al., 2016).

Tableau 1				
<i>Résultats des analyses descriptives concernant les informations démographiques, médicales, les difficultés touchant l'humeur et l'anxiété, le type d'attachement et le sentiment d'auto-continuité</i>				
	Participant·e·s	Groupe contrôle 1	Groupe contrôle 2	Groupe contrôle 3
Nombre d'individu	13	3	21	28
Age (moy.)	55.38	65.67	31.86	33.88
Genre : femme	N=9 (70%)	N=2 (66.7%)	N= ?	N=12 (42.86%)
En couple : oui	N=8 (61.5%)	N=3 (100%)	?	?
Enfant à charges : oui	N=2 (15.4%)		?	?
Nb années études (moy.)	?	?	13.11	12.92
Education :				
Aucun diplôme			?	?
AFP·CAP			?	?
BEP·CFC	N=5 (38.5%)	N=2 (66.7%)	?	?
Bac ou maturité professionnelle			?	?
Bac technologique ou maturité spécialisée			?	?
Bac général ou maturité gymnasiale	N=1 (7.7%)		?	?
BTS·DUT ou brevet fédéral	N=1 (7.7%)		?	?
License ou bachelor	N=3 (23.1%)		?	?

Master	N=2 (15.4%)		?	?
Doctorat	N=1 (7.7%)	N=1 (33.3%)	?	?
Profession :				
Sans emploi			?	?
Agriculteur·trice			?	?
Artisan·e commerçant·e	N=2 (15.4%)		?	?
Cadre	N=3 (23.1%)		?	?
Profession intermédiaire	N=3 (23.1%)		?	?
Personne en formation			?	?
Employé·e	N=2 (15.4%)	N=1 (33.3%)	?	?
Ouvrier·ière			?	?
Retraité·e	N=3 (23.1%)	N=2 (66.7%)	?	?
Temps depuis chir. (moy.)	2.46			
HADS dépression (moy.)	6.92	5.33	?	?
HADS anxiété (moy.)	10.69	4	?	?
Type attachement :				
Secure (moy.) [ET]	3.54 [.71]	4.42 [.63]	?	?
Evitant (moy.) [ET]	3.77 [.41]	3.79 [.30]	?	?
Anxieux (moy.) [ET]	2.54 [.88]	2.4 [.69]	?	?
Sentiment continuité (moy.)	2.92	2.56	?	?

? = élément non évalué au sein de cet échantillon.

3.1.5. BEG, END ET VARIABLES ADDITIONNELLES (VA)

Les résultats concernant les codes BEG, END et les variables additionnelles (VA) peuvent être retrouvés dans le *tableau 2*.

Participant·e·s

Une majorité de participant·e·s ont commencé leur récit avec leur naissance (76.9%) en y ajoutant des variables additionnelles. De plus, les participant·e·s élaborent en majorité des fins de récit spécifiques (69.3%).

Groupe contrôle 1

Les personnes de ce groupe contrôle ont majoritairement commencé leur récit avec leur naissance (66.7%) en y ajoutant des variables additionnelles. Leur fin de récit sont toutes spécifiques.

Groupe contrôle 2

Une majorité des individus constituant le groupe contrôle 2 (66.77%) ont des débuts de récit commençant à leur naissance (Allé et al., 2016). L'absence de variables additionnelles est majoritaire au sein du début de récit dans ce groupe (74.6%) (Ibid.). Concernant les fins de récit, 66.67% des membres de ce groupe contrôle élaborent une fin de récit spécifique (Ibid.).

Groupe contrôle 3

Une grande majorité d'individu (82.14%) commencent leur récit à leur naissance (Allé et al., 2016). L'absence de variables additionnelles est majoritaire au sein du début de récit dans ce groupe (69.23%) (Ibid.). Concernant les fins de récit, 78.57% des membres de ce groupe ont élaboré une fin spécifique (Ibid.).

Tableau 2				
<i>Résultats des analyses descriptives des codes BEG, END et variables additionnelles (VA)</i>				
Catégories	Participant·e·s (PP¹)	Groupe contrôle 1 (PP)	Groupe contrôle 2 (PP)	Groupe contrôle 3 (PP)
Début non clair (BEGUN)	23.1	33.3	4.76	0
Début après la naissance (BEGTIL)	0	0	28.57	17.86
Début à la naissance (BEGAT)	76.9	66.7	66.67	82.14
Absence de VA	23.1	0	74.6	69.23
Fin non spécifique (ENDARB)	30.8	0	33.33	21.43
Fin spécifique (ENDCUR / ENDRET / ENDPRO/ENDALL)	69.3	100	66.67	78.57

¹ PP : prévalence de la catégorie dans l'échantillon total en pourcentage

En comparaison au groupe contrôle 1, 2 et 3, il semble que les patient·e·s aient des débuts et des fins de récit similaires. Toutefois, en comparaison au groupe contrôle 2 et 3, les patient·e·s semblent utiliser plus de variables additionnelles au début de leur récit.

3.2. ANALYSES CORRÉLATIONNELLES DE KENDALL

3.2.1. TYPE D'ATTACHEMENT ET QUALITÉ DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE

Ces résultats peuvent être trouvés dans le *tableau 3*. Les participant·e·s ayant un type d'attachement sécure élaborent peu leur début de récit ($r = -.58$; $p = .016$) tout en donnant un grand nombre d'éléments contextuels (une haute utilisation des variables additionnelles) ($r = .30$; $p = .20$). Inversement, les participant·e·s ayant un type d'attachement évitant élaborent leur début de récit ($r = .27$; $p = .25$) tout en donnant moins de contextualisation à celui-ci (peu de variables additionnelles) ($r = -.17$; $p = .47$). De plus, l'attachement anxieux s'accompagne d'une élaboration des débuts de récit ($r = .27$; $p = .25$).

Tableau 3

Résultats des analyses corrélationnelles de Kendall entre les types d'attachement et le début, la fin ainsi que les variables additionnelles du récit

	Début (BEG)	Fin (END)	VA	Anxieux	Évitant
Début (BEG)					
Fin (END)	-.071				
VA	-.382	.274			
Anxieux	.271	-.060	-.077		
Évitant	.270	.015	-.168	-.362*	
Sécure	-.579**	.109	.303	-.182	-.195

3.2.2. SENTIMENT DE CONTINUITÉ ET QUALITÉ DE LA MÉMOIRE AUTOBIOGRAPHIQUE

Le sentiment de continuité s'accompagne d'élaboration tant sur le début que sur la fin des récits (*tableau 4*).

Tableau 4

Résultats des analyses corrélationnelles de Kendall entre le sentiment d'auto-continuité et le début, la fin ainsi que les variables additionnelles du récit des participant-e-s

	Auto-continuité	Début (BEG)	Fin (END)	VA
Auto-continuité				
Début (BEG)	.190			
Fin (END)	.342	-.071		
VA	.017	-.382	.274	

3.2.3. SENTIMENT DE CONTINUITÉ ET TYPE D'ATTACHEMENT

L'attachement évitant s'accompagne d'un sentiment de continuité même si la corrélation est faible (*tableau 5*).

Tableau 5

Résultats des analyses corrélationnelles de Kendall sur les types d'attachement et le sentiment de continuité

	Auto-continuité	Séure	Évitant	Anxieux
Auto-continuité				
Séure	.076			
Évitant	.175	-.195		
Anxieux	-.103	-.182	-.362*	

4. DISCUSSION

Étant donné le nombre de participant-e-s impliqué dans cette recherche aucun lien de causalité ne peut être tiré de nos résultats. Toutefois, des inclinations originales semblent d'ores et déjà apparaître mettant en évidence que le vécu des patient-e-s ayant un cancer VADS est particulier et ne peut pas être assimilé à celui d'autres personnes souffrant de pathologies somatiques ou psychiques : la cohérence temporelle de leur mémoire autobiographique est préservée, les patient-e-s ayant un attachement séure montrent une facilité à donner des éléments contextuels et interpersonnels au début de leur récit contrairement aux patient-e-s ayant un attachement évitant, le type d'attachement préférentiel de notre échantillon est de type évitant bien que le type séure soit aussi présent en nombre, leur sentiment de continuité semble préservé tout en

étant lié à une meilleure capacité à montrer de la cohérence temporelle et finalement avoir un attachement évitant semble être lié à un meilleur sentiment de continuité.

Un premier résultat étonnant concerne le fait que contrairement à notre hypothèse et ce qui fût trouvé dans les recherches antérieures sur des populations de patient·e·s ayant des pathologies somatiques ou psychiques (Allé et al., 2015 ; Tippett et al., 2018), les patient·e·s de notre échantillon ne semblent pas montrer de déficience quant à la cohérence temporelle de leur récit en comparaison aux groupes contrôles. En effet, les recherches passées ont généralement plutôt proposé qu'avoir une pathologie impliquait un appauvrissement de la qualité de la mémoire autobiographique (Allé et al., 2015; Tippett et al., 2018). Pour exemple, les résultats de l'étude de Tippett et collaborateurs (2018) sur une population d'individu souffrant d'Alzheimer ainsi que les résultats de l'étude d'Allé et collaborateurs (2015) sur une population de personnes souffrant de schizophrénie suggèrent que les patient·e·s ont plus de difficulté à montrer une cohérence temporelle dans leur récit que les individus des groupes contrôles (Ibid.). En nous basant sur ces résultats nous avons supposé que les participant·e·s de notre étude auraient une déficience dans la cohérence temporelle de leur récit. Or, les patient·e·s de notre échantillon ne semblent pas différer des groupes contrôles en ce qui concerne les débuts (BEG) et fins (END) de récit. De plus, il est intéressant de constater que les patient·e·s montrent une grande propension à utiliser des variables additionnelles : les patient·e·s de notre échantillon indiquent plus facilement, au début de leur récit, dans quel contexte ils/elles ont vu le jour (constellation familiale, histoire familiale, niveau socio-économique familiale et/ou contexte historique) que les personnes des groupes contrôles. En outre, ce phénomène n'a pour le moment pas été étudié. Des études supplémentaires à ce sujet seront donc nécessaires pour confirmer ce résultat.

En outre, il semble que les patient·e·s composant un début de récit détaillé contextuellement (plus de VA) soient aussi ceux qui ont un attachement sécure. Toutefois, contrairement à ce que nous aurions pu imaginer, ces mêmes patient·e·s émettent peu de détails factuels en début de récit (BEG) : ils/elles donnent peu d'indication comme leur date de naissance ou leur origine. De plus, il est aussi étonnant de constater que les participant·e·s ayant, cette fois, un attachement de type évitant semblent avoir une composition de récit à l'opposé des participant·e·s ayant un attachement sécure : un début (BEG) avec des détails personnels et factuels mais peu d'informations contextuelles et interpersonnelles (p.ex. informations sur l'histoire ou la constellation familiale). Ces résultats soulèvent possiblement des inclinaisons intéressantes concernant les différences d'élaboration du début de récit des participant·e·s en fonction de leur type d'attachement : il apparaît qu'avoir un attachement sécure soit lié à une focalisation sur le

contexte et les éléments interpersonnels dans la description du début de vie et non pas sur des éléments personnels et factuels alors qu'avoir un attachement évitant soit lié à une focalisation sur les éléments personnels et factuels mais non contextuels et interpersonnels. Bien que ce phénomène ne fût pas analysé dans le cadre d'individu souffrant d'une pathologie, nous pouvons nous baser sur les recherches essayant d'identifier les liens entre les types d'attachement et le type de récupération des souvenirs de la mémoire autobiographique pour tenter de le comprendre (Fraley et al., 2000; Lau-Zhu et al., 2023). L'étude de Fraley et collaborateurs (2000) a permis de mettre en évidence que les individus haut en attachement évitant montraient plus de difficultés à récupérer les souvenirs interpersonnels (Fraley et al., 2000). En effet, quand il est demandé aux personnes hautes en attachement évitant d'écouter une personne parlant de ses relations familiales puis de répondre à des questions sur ce qu'ils/elles ont écouté, il apparaît que ces personnes étant donné leur attachement évitant, soient moins aptes à rappeler les éléments interpersonnels (moins de souvenirs) et à les détailler (Ibid.). Ces résultats furent confirmés cette année par la revue systématique de littérature de Lau-Zhu et collaborateurs (2023) : les individus ayant un attachement évitant rappellent avec plus de difficulté leurs souvenirs interpersonnels et ces souvenirs sont souvent moins détaillés et moins cohérents (Lau-Zhu et al., 2023). Ce phénomène serait dû à un moins bon encodage des informations interpersonnelles chez les personnes ayant un attachement insécure (Öner & Gülgöz, 2016). Les résultats des études présentées ci-dessus pourraient ainsi expliquer pourquoi les participant·e·s, dont l'attachement était évitant, ont plus de difficultés à communiquer des informations contextuelles et interpersonnelles (p.ex. information sur l'histoire ou la constellation familiale) sur leur début de vie alors qu'ils/elles ont pu communiquer des informations personnelles précises (ex. âge ou lieu de naissance). En ce qui concerne les résultats des participant·e·s ayant un attachement sécure, peu d'étude ont analysé l'impact de ce type d'attachement sur la mémoire autobiographique. Toutefois, l'étude de Zengel et collaborateurs (2019) a montré qu'en comparaison à des personnes ayant un attachement insécure, les individus ayant un attachement sécure ont un biais du déclin des affects négatifs (*fading affect bias*) liés à leurs souvenirs interpersonnels (Zengel et al., 2019). Il semble ainsi que les personnes sécures arrivent à oublier en partie les éléments négatifs de leurs souvenirs interpersonnels pour finalement garder en mémoire les éléments les plus positifs de leurs souvenirs négatifs (Ibid.). La conceptualisation de ce biais s'appuie sur les résultats d'études comme celle de Mikulincer et Orbach (1995) étudiant le lien entre les types d'attachement et l'accessibilité des souvenirs en mémoire autobiographique et montrant que les jeunes ayant un type d'attachement sécure ont plus d'aisance à rappeler leurs souvenirs interpersonnels, que

ceux-ci soient négatifs ou positifs que les jeunes ayant un autre type d'attachement (Mikulincer & Orbach, 1995). Dès lors, le biais du déclin des affects négatifs pourrait en partie expliquer pourquoi les personnes ayant un attachement sécure arrivent avec facilité à rappeler les éléments contextuels et interpersonnels de leur début de vie que ceux-ci soient négatifs ou positifs contrairement au patient·e·s ayant un attachement insécure. En outre, nous n'avons pas trouvé d'études pouvant expliquer pourquoi les patient·e·s ayant un attachement sécure donnent moins de détails personnels au début de leur récit. Il serait ainsi intéressant de voir si cette inclinaison se maintient avec un échantillon plus grand.

Avoir un attachement anxieux semble s'accompagner de plus de détails personnels et factuels en début de récit. Nous pourrions proposer que ce phénomène soit dû au fait que les individus haut dans ce type d'attachement ressentent le besoin d'être évalué positivement par autrui. En effet, comme l'ont montré Main et collaborateurs en 1985, ce type d'attachement s'accompagne d'un besoin d'être accepté par autrui en étant évalué positivement (Main et al., 1985). Nous pourrions postuler que les personnes de notre échantillon haute sur ce type d'attachement auraient voulu bien réussir la tâche demandée (récit de vie) et auraient donc bien élaboré leur début de récit. En outre, si cette hypothèse se confirme, nous aurions à expliquer pour quelle raison ce même type d'attachement provoque peu d'élaboration contextuelle en début de récit ainsi que peu d'élaboration en fin de récit.

Nos résultats suggèrent aussi que les patient·e·s ayant un cancer VADS ont préférentiellement un type d'attachement évitant qu'un autre type d'attachement même si l'attachement sécure est aussi important dans l'échantillon que nous avons analysé. Ce phénomène avait déjà été retrouvé dans le cadre d'autres recherches sur le cancer du sein (Karveli et al., 2023). Il sera ainsi intéressant de constater si cette inclinaison se confirme dans la suite du projet de recherche. En outre, ce type d'attachement a d'ores et déjà été associé à une plus grande prise de risques relativement à la santé que cela soit dû à plus de comportements à risques (p.ex. consommation de tabac, alcool et/ou sexualité non protégée) ou à plus de difficultés à demander de l'aide comparativement aux autres types d'attachement (Attale & Consoli, 2005; Pietromonaco & Beck, 2019). Il est intéressant de constater que l'étiologie des cancers VADS est justement due à plus de comportements à risques pour la santé (Babin et al., 2017; Lacas, 2020). De plus, ces cancers sont souvent détectés tardivement alors que le cancer est déjà à un stade avancé (Welikala et al., 2020). Nous pourrions ainsi nous demander quelle influence le style d'attachement exerce sur le diagnostic et la prise en charge des cancers VADS.

Nos participant·e·s montrent un sentiment de continuité préservé. Ces résultats vont à l'encontre de notre hypothèse et de ce que des recherches antérieures avaient suggéré (Bickford et al., 2018; Rifkin et al., 2018; Rodrigues et al., 2022; Yaron et al., 2017). Nous proposons que cette population utilise des stratégies qui puissent se montrer efficaces pour préserver ce sentiment malgré les épreuves traversées ce qui confirmerait ce qui fût proposé par Habermas et Köber (2015) : les individus ressentant une déstabilisation de l'identité utilisent des stratégies d'adaptation basées sur la mémoire autobiographique pour la contrer. Pour le montrer nous nous appuyons sur les résultats que nous avons obtenus concernant le lien entre le sentiment de continuité et la cohérence temporelle des récits. Il semble qu'avoir une meilleure capacité à montrer de la cohérence temporelle au sein du récit soit lié à un meilleur sentiment de continuité chez les patient·e·s de notre échantillon confirmant ainsi notre hypothèse. Nous pouvons utiliser les résultats de l'étude de El Haj et collaborateurs (2019) afin de comprendre ce phénomène : les personnes ayant des symptômes d'Alzheimer semblent réussir à maintenir leur sentiment de continuité malgré leur pathologie par le fait qu'ils vont sélectionner et récupérer en mémoire autobiographique des souvenirs personnels qui leur permettent de maintenir un sentiment de continuité élevé (El Haj et al., 2019). Ainsi, il semble que malgré une déstabilisation de l'identité, engendrée, ici, par la perte des capacités mnésiques, les patient·e·s puissent avoir recours à des stratégies cognitives pour maintenir leur sentiment de continuité (Ibid.). Cela nous amène à penser que les patient·e·s de notre échantillon puissent utiliser des mécanismes similaires leur permettant de maintenir un sentiment de continuité. De plus, comme nous l'avons déjà mentionné la cohérence temporelle des patient·e·s semble être intacte : nous pourrions ainsi nous demander si le fait que les patient·e·s utilisent activement leur mémoire autobiographique pour maintenir leur sentiment de continuité, les aide aussi à préserver la cohérence de leur récit engendrant ainsi un cercle vertueux entre le sentiment de continuité et la mémoire autobiographique. Cette hypothèse pourrait être confirmée par les résultats obtenus avec les thérapies de la réminiscence² sur des patient·e·s ayant des problèmes de démence : la revue d'Abu Khait et collaborateurs (2021) à ce sujet a montré qu'activement stimuler la mémoire autobiographique permettait de l'améliorer (Abu Khait et al., 2021).

² « Les thérapies par réminiscence [...] consistent la plupart du temps en des séances collectives où la réémergence de souvenirs que l'on croyait oubliés est recherchée. Ces séances peuvent s'appuyer sur différents supports (objets, musiques, photographies...) afin de fournir des indices pour faciliter la récupération de souvenirs du passé lointain. » (Talbot-Mahmoudi, 2015, p.118)

Enfin, il semble que dans le cas de notre population avoir un style d'attachement évitant s'accompagne d'un sentiment de continuité élevé ce qui infirme notre hypothèse à ce sujet. Dans son chapitre sur la formation de l'identité Berzonsky (2011) propose qu'il existe trois types d'identité qui se différencient par la manière dont l'individu gère les conflits identitaires (Berzonsky, 2011). Une des identités proposées est caractérisée par l'évitement (*diffuse-avoidant style*) avec des individus qui ne cherchent pas à comprendre ce qui altèrent leur sentiment de continuité mais qui, au contraire, décident de faire taire ce ressenti en se concentrant, par exemple, sur le moment présent ou sur des activités sociales (Ibid.). Ces individus procrastinent et essaient de reporter à plus tard le moment où ils/elles devront faire face à leur crise identitaire (Ibid.). En partant de ce constat, nous pourrions suggérer que des processus similaires soient mis en place dans la population qui nous intéresse. Cette inclinaison de notre échantillon à avoir préférentiellement un attachement évitant tout en ayant un sentiment de continuité préservé contredit les résultats de l'étude de Khan et Peletier (2021) qui montrent que dans cette population l'identité *normative* est la plus protectrice. Toutefois, étant donné que nous n'avons pas classifié nos participant·e·s en nous basant sur la catégorisation de Berzonsky (2011), nous ne pouvons pas être certains d'avoir des conclusions réellement différentes de Khan et Pelletier (2021).

4.2. LIMITES ET PERSPECTIVES

Dans cette recherche plusieurs limites apparaissent quant à la méthodologie choisie. Parler de sa vie est une acte exposant. Ainsi il se peut que les récits que nous ayons obtenus soit influencés par un certain nombre d'éléments comme la personnalité ou la culture du/de la participant·e. En effet, des études sur les concepts du soi ont déjà montré que les individus appartenant à une culture indépendante ne parleront pas de la même manière d'eux-mêmes que des individus appartenant à une culture interdépendante (Heim, 2021). En effet, pour exemple, les individus ayant un concept de soi interdépendant se focaliseront plus sur leurs relations sociales ou leur statut au sein de leur culture alors que les individus ayant un soi indépendant se concentreront sur leurs propres attributs ou pensées (Ibid.). De plus, notre recherche n'a pas évalué le type de personnalité qu'avait les participant·e·s. Or, il se peut que certains individus soient plus à l'aise pour raconter leur vie à un/une inconnu que d'autres ce qui pourrait bien sûr influencer les récits obtenus : une personne timide, par exemple, pourrait moins élaborer qu'une personne à l'aise socialement influençant la richesse du récit sans que cela soit fondamentalement dû à leur diagnostic. En outre, bien que nous ayons demandé aux participant·e·s de nous indiquer

combien de temps s'est écoulé depuis leur chirurgie, nous n'avons pas pris en compte cette information dans nos résultats. Toutefois, dans une future recherche il serait intéressant de voir si cela influence les récits. En effet, nous pourrions penser que les personnes dont la chirurgie est plus récente auront plus de douleurs ou effets secondaires que les individus dont la chirurgie a eu lieu longtemps auparavant ce qui pourrait influencer leur capacité ou même volonté à élaborer davantage leur récit.

Concernant les implications pratiques, nous aimerions suggérer qu'étant donné qu'il semble que la récupération active de souvenirs personnels soit une stratégie efficace utilisée par les patient·e·s afin de diminuer leur sentiment de discontinuité, il serait intéressant d'implémenter et d'optimiser cette pratique dans un cadre thérapeutique sous forme de narration de récit. Habermas et Köber (2015) avaient d'ailleurs proposés que lorsque les stratégies d'adaptation primaires comme penser au passé ne suffisaient pas alors la narration du récit de vie pouvait aider (Habermas & Köber, 2015). Nous sommes optimistes quant à la pertinence de cette proposition sachant qu'elle a d'ores et déjà prouvée son efficacité dans un cadre thérapeutique sur des patient·e·s ayant un cancer de la bouche (Sun et al., 2022). Dès lors, nous pourrions prendre exemple sur le vécu singulier des personnes ayant un cancer VADS et imaginer encourager la narration de récits de vie, lors de session avec un·e professionnel·le (p.ex en thérapie narrative³), chez des populations ayant un sentiment de discontinuité élevé afin de les aider avec leur déstabilisation identitaire.

Finalement, au travers de notre recherche sur le vécu des patient·e·s ayant un cancer VADS, nous nous sommes rendu compte de la complexité des relations existantes entre la mémoire autobiographique, le sentiment de continuité et le type d'attachement. Le vécu singulier de cette population pourrait nous communiquer des informations essentielles sur ces relations ce qui pourrait nous permettre de mieux répondre aux besoins des individus faisant face à une déstabilisation identitaire. Dans le futur, d'autres recherches devraient continuer sur cette voie afin de décrire au mieux les influences mutuelles qui existent entre la mémoire autobiographique, le sentiment de continuité et le type d'attachement.

³ « En thérapie narrative, on cherche à comprendre l'influence de certaines histoires dominantes sur le patient. On tente de créer avec elle de nouvelles histoires qui vont favoriser de plus grandes possibilités dans sa vie. » (Mori & Rouan, 2011, p. 59)

5. BIBLIOGRAPHIE

- Abu Khait, A., Reagan, L., & Shellman, J. (2021). Uses of reminiscence intervention to address the behavioral and psychosocial problems associated with dementia : An integrative review. *Geriatric Nursing*, 42(3), 756-766. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.03.021>
- Allé, M. C., Gandolphe, M.-C., Doba, K., Köber, C., Potheegadoo, J., Coutelle, R., Habermas, T., Nandrino, J.-L., Danion, J.-M., & Berna, F. (2016). Grasping the mechanisms of narratives' incoherence in schizophrenia : An analysis of the temporal structure of patients' life story. *Comprehensive Psychiatry*, 69, 20-29. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.04.015>
- Allé, M. C., Potheegadoo, J., Köber, C., Schneider, P., Coutelle, R., Habermas, T., Danion, J.-M., & Berna, F. (2015). Impaired coherence of life narratives of patients with schizophrenia. *Scientific Reports*, 5(1), 12934. <https://doi.org/10.1038/srep12934>
- Arambasic, J., Sherman, K. A., Elder, E., & Breast Cancer Network Australia. (2019). Attachment styles, self-compassion, and psychological adjustment in long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 28, 1134-1141. <https://doi.org/10.1002/pon.5068>
- Attale, C., & M. Consoli, S. (2005). Intérêt du concept d'attachement en médecine somatique. *La Presse Médicale*, 34(1), 42-48. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(05\)83883-7](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(05)83883-7)
- Babin, E., Grandazzi, G., & Van der Schueren, M. (2017). Cancer des VADS et comportements à risque. *Psycho-Oncologie*, 11(4), 233-237. <https://doi.org/10.3166/s11839-017-0634-x>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of Intimacy : An Attachment Perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Berzonsky, M. D. (2011). A Social-Cognitive Perspective on Identity Construction. In S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (Éds.), *Handbook of Identity Theory and Research* (p. 55-76). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9_3
- Bickford, J. M., Coveney, J., Baker, J., & Hersh, D. (2018). Self-expression and identity after total laryngectomy : Implications for support. *Psycho-Oncology*, 27(11), 2638-2644.
<https://doi.org/10.1002/pon.4818>
- Bissler, L. (2012). 47. Le cancer et la question du trauma psychique: In A. Bioy (Ed.), *L'Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin* (p. 297-299). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.bioy.2012.01.0297>
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Bowlby, J. (1988). *A secure base : Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bryere, J., Dejardin, O., Launay, L., Colonna, M., Grosclaude, P., & Launoy, G. (2018). Socioeconomic status and site-specific cancer incidence, a Bayesian approach in a French Cancer Registries Network study. *European Journal of Cancer Prevention*, 27(4), 391-398. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000326>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2020, juillet). *Soigner le cancer de la gorge en passant par la bouche*. Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale.

<https://www.chuv.ch/en/orl/orl-home/le-service-en-bref/chirurgie-endoscopique-transorale>

- Chow, L. Q. M. (2020). Head and Neck Cancer. *New England Journal of Medicine*, 382(1), 60-72. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1715715>
- Conway, D. I., Brenner, D. R., McMahon, A. D., Macpherson, L. M. D., Agudo, A., Ahrens, W., Bosetti, C., Brenner, H., Castellsague, X., Chen, C., Curado, M. P., Curioni, O. A., Dal Maso, L., Daudt, A. W., de Gois Filho, J. F., D'Souza, G., Edefonti, V., Fabianova, E., Fernandez, L., ... Brennan, P. (2015). Estimating and explaining the effect of education and income on head and neck cancer risk : INHANCE consortium pooled analysis of 31 case-control studies from 27 countries, *136*(5), 1125-1139. <https://doi.org/10.1002/ijc.29063>
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.107.2.261>
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594-628. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>
- Crowder, S. L., Najam, N., Sarma, K. P., Fiese, B. H., & Arthur, A. E. (2021). Quality of life, coping strategies, and supportive care needs in head and neck cancer survivors : A qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 29(8), 4349-4356. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05981-1>
- Demiray, B., & Bluck, S. (2011). The relation of the conceptual self to recent and distant autobiographical memories. *Memory*, 19(8), 975-992. <https://doi.org/10.1080/09658211.2011.626427>

- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement: *Enfances & Psy*, N° 66(2), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: Theory and evidence. *Psychological Bulletin*, 137(1), 19-46. <https://doi.org/10.1037/a0021367>
- El Haj, M., Boudoukha, A., Antoine, P., Moustafa, A. A., Gallouj, K., & Allain, P. (2019). Memories Supporting Myself: Autobiographical Memory Supports Self-Continuity in Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70(4), 1217-1224. <https://doi.org/10.3233/JAD-190440>
- Elaldi, R., Roussel, L.-M., Gal, J., Scheller, B., Chamorey, E., Schiappa, R., Lasne-Cardon, A., Louis, M.-Y., Culié, D., Dassonville, O., Poissonnet, G., Saada, E., Benezery, K., Babin, E., & Bozec, A. (2021). Correlations between long-term quality of life and patient needs and concerns following head and neck cancer treatment and the impact of psychological distress. A multicentric cross-sectional study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 278(7), 2437-2445. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06326-8>
- Erturhan Turk, K., & Yilmaz, M. (2018). The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. *European Journal of Breast Health*, 205-210. <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3875>
- Fayette, J. (2018, novembre). *Cancers des VADS: les traitements*. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-vads/traitement-cancer>
- Fondation ARC. (2017). *ARC - Brochure cancer VADS*. <https://www.fondation-arc.org/sites/default/files/2018-11/ARC%20->

%20Brochure%20cancer%20vads%20WEB.PDF?msclkid=c701fb4ecf8a11eca60be
d087c47c6

Fraley, R. C., Garner, J. P., & Shaver, P. R. (2000). Adult attachment and the defensive regulation of attention and memory : Examining the role of preemptive and postemptive defensive processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 816-826. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.816>

Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2004). Early Attachment Experiences and Romantic Functioning. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds), *ATTACHMENT THEORY AND RESEARCH* (Guilford Press, p. 9-38). New York

Giger, R. (2016). Cancers ORL des voies aérodigestives supérieures – Actualité et innovations. *Revue Medicale Suisse*, 12(503). <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2016/revue-medicale-suisse-503/cancers-orl-des-voies-aerodigestives-superieures-actualite-et-innovations>

Guédény, N., Fermanian, J., & Bifulco, A. (2010). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : Étude de validation du construit. *L'Encéphale*, 36(1), 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.12.006>

Guédény, N., & Tereno, S. (2009). Attachement chez l'adulte : Approche normative. In A. Guédény & N. Guédény (Eds), *L'attachement : Approche théorique* (Masson, p. 125-135). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-09433-0.00013-0>

Habermas, T., & Köber, C. (2015). Autobiographical reasoning in life narratives buffers the effect of biographical disruptions on the sense of self-continuity. *Memory*, 23(5), 664-674. <https://doi.org/10.1080/09658211.2014.920885>

- Habermas, T., Paha, W. C., Matjasko, K., Bringewald, S., Köber, C., Dierker, L., Leitch, T. R., & Parfitt, T. (2014). *MANUAL for Biographical Arguments (simple – KOM and person-event connections—PERSVAL) & Metacommunicative Statements (META) (Version 4.0)*.
- Harréus, U. (2013). Surgical errors and risks – the head and neck cancer patient. *German Medical Science, 12*, 21. <https://doi.org/10.3205/CTO000096>
- Heim, E. (2021, octobre 13). *Culture et Psychologie*. <https://moodle.unil.ch/enrol/index.php?id=24835>
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: A review. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1248*(1), 107-123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
- Institut National du Cancer. (2012). *Les traitements des cancers des VADS (Guide patients)*. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-traitements-des-cancers-des-voies-aerodigestives-superieures2>
- Jiang, T., Chen, Z., & Sedikides, C. (2020). Self-concept clarity lays the foundation for self-continuity: The restorative function of autobiographical memory. *Journal of Personality and Social Psychology, 119*(4), 945-959. <https://doi.org/10.1037/pspp0000259>
- Karveli, S., Galanis, P., Mitropoulou, E. M., Karademas, E., & Markopoulos, C. (2023). The Role of Attachment Styles on Quality of Life and Distress Among Early-Stage Female Breast Cancer Patients: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. <https://doi.org/10.1007/s10880-023-09940-w>
- Khan, K., & Pelletier, G. (2021). Identity processing styles and quality of life in head and neck cancer. *Canadian Journal of Behavioural Science, 53*(3), 245-253.

- Köber, C., Schmiedek, F., & Habermas, T. (2015). Characterizing lifespan development of three aspects of coherence in life narratives : A cohort-sequential study. *Developmental Psychology*, 51(2), 260-275. <https://doi.org/10.1037/a0038668>
- Lacas, B. (2020). *Apport clinique des méta-analyses dans les cancers ORL localement avancés* [Paris-Saclay]. HAL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02879253>
- Lampraki, C., Jopp, D. S., Spini, D., & Morselli, D. (2019). Social Loneliness after Divorce : Time-Dependent Differential Benefits of Personality, Multiple Important Group Memberships, and Self-Continuity. *Gerontology*, 65(3), 275-287. <https://doi.org/10.1159/000494112>
- Lang, H., France, E., Williams, B., Humphris, G., & Wells, M. (2013). The psychological experience of living with head and neck cancer : A systematic review and meta-synthesis. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2648-2663. <https://doi.org/10.1002/pon.3343>
- Lau-Zhu, A., Williams, F., & Steel, C. (2023). Attachment patterns and autobiographical episodic memory functioning : A systemic review of adult studies to advance clinical psychological science. *Clinical Psychology Review*, 101, 102254. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102254>
- Le Breton, D. (2012). *Reconstructing the face, an identity issue*. <https://europepmc.org/article/med/22730884>
- Licitra, L., Perrone, F., Bossi, P., Suardi, S., Mariani, L., Artusi, R., Oggionni, M., Rossini, C., Cantù, G., Squadrelli, M., Quattrone, P., Locati, L. D., Bergamini, C., Olmi, P., Pierotti, M. A., & Pilotti, S. (2006). High-Risk Human Papillomavirus Affects Prognosis in Patients With Surgically Treated Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. *Journal of Clinical Oncology*, 24(36), 5630-5636. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.04.6136>
- Mach, N. (2005). Cancers de la sphère ORL. *Revue Medicale Suisse*, 9(012), 849-852.

- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood : A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66. <https://doi.org/10.2307/3333827>
- Martin-Hernan, F., Sanchez-Hernandez, Jg., Cano, J., Campo, J., & del Romero, J. (2013). Oral cancer, HPV infection and evidence of sexual transmission. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 439-444. <https://doi.org/10.4317/medoral.18419>
- McKinnon, M. C., Boyd, J. E., Frewen, P. A., Lanius, U. F., Jetly, R., Richardson, J. D., & Lanius, R. A. (2016). A review of the relation between dissociation, memory, executive functioning and social cognition in military members and civilians with neuropsychiatric conditions. *Neuropsychologia*, 90, 210-234. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2016.07.017>
- McLean, K. C., & Syed, M. (Eds) (2015). *The Oxford Handbook of Identity Development*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199936564.001.0001>
- McQuestion, M., & Fitch, M. I. (2016). Expérience de radiothérapie du cancer de la tête et du cou : Avant, pendant et après le traitement. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 26(4), 336-347. <https://doi.org/10.5737/23688076264336347>
- Melissant, H. C., Jansen, F., Eerenstein, S. E., Cuijpers, P., Laan, E., Lissenberg-Witte, B. I., Schuit, A. S., Sherman, K. A., Leemans, C. R., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2021). Body image distress in head and neck cancer patients : What are we looking at? *Supportive Care in Cancer*, 29(4), 2161-2169. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05725-1>
- Menvielle, G., Kunst, A. E., Stirbu, I., Borrell, C., Bopp, M., Regidor, E., Heine Strand, B., Deboosere, P., Lundberg, O., Leclerc, A., Costa, G., Chastang, J.-F., Esnaola, S., Martikainen, P., & Mackenbach, J. P. (2007). Socioeconomic inequalities in alcohol

- related cancer mortality among men : To what extent do they differ between Western European populations? *International Journal of Cancer*, 121(3), 649-655.
<https://doi.org/10.1002/ijc.22721>
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness : The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 917-925. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.5.917>
- Miljkovitch-Heredia, R. (1998). Les modèles internes opérants : Revue de la question: In A. Braconnier (Ed), *Le bébé et les interactions précoces* (p. 39-78). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.braco.1998.01.0039>
- Mitchell, L., Frazier, P., & Sayer, N. (2020). Identity disruption and its association with mental health among veterans with reintegration difficulty. *Developmental Psychology*, 56(11), 2152-2166.
- Mori, S., & Rouan, G. (2011). *Les thérapies narratives*. De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/les-therapies-narratives--9782804166007-p-57.htm>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA : A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment: MOCA: A BRIEF SCREENING TOOL FOR MCI. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Obid, R., Redlich, M., & Tomeh, C. (2019). The Treatment of Laryngeal Cancer. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 31(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.09.001>

- Office fédéral de la santé publique. (2022, avril). *Papillomavirus humains (HPV)*.
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hpv.html>
- Office fédéral de la statistique. (2018, octobre). *Activité physique par âge, sexe, région linguistique, niveau de formation—2002, 2007, 2012, 2017*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/determinants/activite-physique.assetdetail.6466014.html>
- Office fédéral de la statistique. (2022b, janvier 25). *Cancer, nouveaux cas et décès : Nombre et taux par localisation cancéreuse et classe d'âge - 2014-2018 | Tableau*.
<https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20744790>
- Office fédéral de la statistique. (2022a janvier 25). *Tous cancers—2014-2018 | Tableau*.
<https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20744792>
- Olson, E. T. (2019). Personal Identity. In E. N. Zalta (Éd.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2022). Metaphysics Research Lab, Stanford University.
<https://plato.stanford.edu/archives/sum2022/entries/identity-personal/>
- Omura, K. (2014). Current status of oral cancer treatment strategies : Surgical treatments for oral squamous cell carcinoma. *International Journal of Clinical Oncology*, 19(3), 423-430. <https://doi.org/10.1007/s10147-014-0689-z>
- Öner, S., & Gülgöz, S. (2016). Latent constructs model explaining the attachment-linked variation in autobiographical remembering. *Memory*, 24(3), 364-382.
<https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1009469>
- Organe national d'enregistrement du cancer (ONEC). (2022). *Le cancer en Suisse : Les chiffres*. 14.

- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The Internal Working Models Concept : What do we Really know about the Self in Relation to Others? *Review of General Psychology*, 4(2), 155-175. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.155>
- Pietromonaco, P. R., & Beck, L. A. (2019). Adult attachment and physical health. *Current Opinion in Psychology*, 25, 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.04.004>
- Rieke, K., Schmid, K. K., Lydiatt, W., Houfek, J., Boilesen, E., & Watanabe-Galloway, S. (2017). Depression and survival in head and neck cancer patients. *Oral Oncology*, 65, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2016.12.014>
- Rifkin, W. J., Kantar, R. S., Ali-Khan, S., Plana, N. M., Rodrigo Diaz-Siso, J., Tsakiris, M., & Rodriguez, E. D. (2018). Facial Disfigurement and Identity : A Review of the Literature and Implications for Facial Transplantation. *AMA Journal of Ethics*, 20(4), 309-323. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2018.20.4.peer1-1804>
- Roche. (2020, mai). *Les mucites, effets secondaires du traitement du cancer*. <https://www.roche.fr/fr/patients/info-patients-cancer/effets-secondaires-traitement-cancer/mucites-traitement-cancer.html>
- Rodrigues, E. C. G., Neris, R. R., Nascimento, L. C., de Oliveira-Cardoso, É. A., & dos Santos, M. A. (2022). Body image experience of women with breast cancer : A meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, scs.13102. <https://doi.org/10.1111/scs.13102>
- Romano, C. (2022). *L'Identité humaine en dialogue*. Seuil. <https://www.seuil.com/ouvrage/1-identite-humaine-en-dialogue-claude-romano/9782021481846>
- Sedikides, C., Hong, E. K., & Wildschut, T. (2023). Self-Continuity. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 333-361. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-032236>

- Ségala, G. (2015, août). *Cancer : Stades précancéreux et stades cancéreux | Dossier*.
<https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-cancer-mecanismes-biologiques-1453/page/4/>
- Singer, J. A., Blagov, P., Berry, M., & Oost, K. M. (2013). Self-Defining Memories, Scripts, and the Life Story : Narrative Identity in Personality and Psychotherapy: Healthy Narrative Identity. *Journal of Personality*, 81(6), 569-582.
<https://doi.org/10.1111/jopy.12005>
- Sokol, Y., Conroy, A. K., & Weingartner, K. M. (2017). The Cognitive Underpinnings of Continuous Identity : Higher Episodic Memory Recall and Lower Heuristic Usage Predicts Highest Levels of Self-Continuity. *Identity*, 17(2), 84-95.
<https://doi.org/10.1080/15283488.2017.1303384>
- Stern, A. F. (2014). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occupational Medicine*, 64(5), 393-394. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu024>
- Sun, L., Liu, X., Weng, X., Deng, H., Li, Q., Liu, J., & Luan, X. (2022). Narrative therapy to relieve stigma in oral cancer patients : A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 28(4). <https://doi.org/10.1111/ijn.12926>
- Sutin, A. R., & Gillath, O. (2009). Autobiographical memory phenomenology and content mediate attachment style and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 351-364. <https://doi.org/10.1037/a0014917>
- Talbot-Mahmoudi, C. (2015). Concept de réminiscence : Évolution et applications en pratique clinique auprès de sujets âgés et dans la maladie d'Alzheimer: *Revue de neuropsychologie*, Volume 7(2), 117-126. <https://doi.org/10.1684/nrp.2015.0343>
- Thariat, J., Jegoux, F., Pointreau, Y., Fayette, J., Boisselier, P., Blanchard, P., Alfonsi, M., Aupérin, A., Bardet, E., Bensadoun, R.-J., Garaud, P., Geoffrois, L., Graff, P., Guigay,

- J., Janot, F., Lapeyre, M., Lefebvre, J.-L., Martin, L., Racadot, S., ... Bourhis, J. (2013). Évolution des concepts dans les cancers des voies aérodigestives supérieures, sous l'égide de l'Intergroupe ORL (GORTEC, GETTEC, GERCOR). *Bulletin du Cancer*, *100*(10), 983-997. <https://doi.org/10.1684/bdc.2013.1829>
- Threader, J., & McCormack, L. (2016). Cancer-related trauma, stigma and growth : The 'lived' experience of head and neck cancer. *European Journal of Cancer Care*, *25*(1), 157-169. <https://doi.org/10.1111/ecc.12320>
- Thrumurthy, S. G., Chaudry, M. A., Thrumurthy, S. S. D., & Mughal, M. (2019). Oesophageal cancer : Risks, prevention, and diagnosis. *BMJ*, 14373. <https://doi.org/10.1136/bmj.14373>
- Tippett, L. J., Prebble, S. C., & Addis, D. R. (2018). The Persistence of the Self over Time in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Frontiers in Psychology*, *9*, 94. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00094>
- Welikala, R. A., Remagnino, P., Lim, J. H., Chan, C. S., Rajendran, S., Kallarakkal, T. G., Zain, R. B., Jayasinghe, R. D., Rimal, J., Kerr, A. R., Amtha, R., Patil, K., Tilakaratne, W. M., Gibson, J., Cheong, S. C., & Barman, S. A. (2020). Automated Detection and Classification of Oral Lesions Using Deep Learning for Early Detection of Oral Cancer. *IEEE Access*, *8*, 132677-132693. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.3010180>
- World Health Organization. (2021). *Depression*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yaron, G., Meershoek, A., Widdershoven, G., van den Brekel, M., & Slatman, J. (2017). Facing a Disruptive Face: Embodiment in the Everyday Experiences of "Disfigured" Individuals. *Human Studies*, *40*(2), 285-307. [https://doi.org/10.1007/s10746-017-9426-](https://doi.org/10.1007/s10746-017-9426-8)

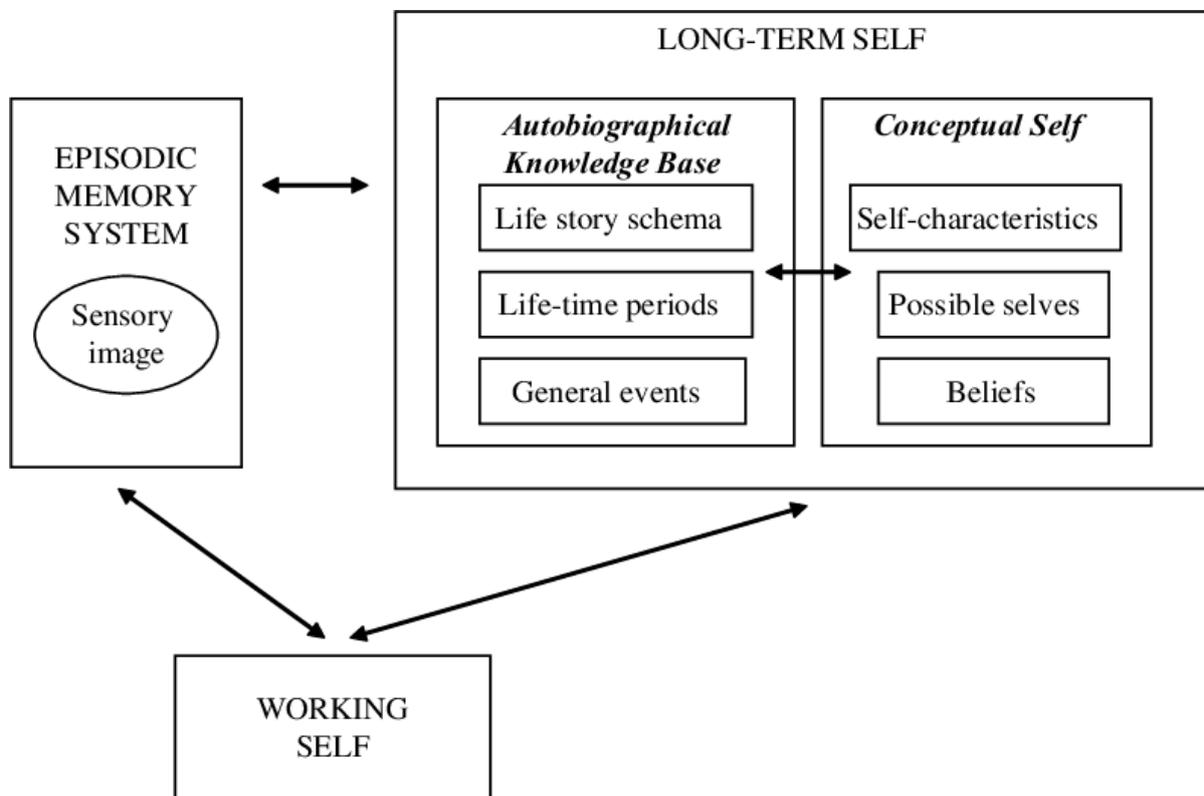
Zengel, B., Lee, E. M., Walker, W. R., & Skowronski, J. J. (2019). Romantic relationships and fading of affect for memories of the shared past. *Applied Cognitive Psychology*, 33(5), 861-872. <https://doi.org/10.1002/acp.3527>

6. ANNEXES

- Annexe 1 : Schéma modèle de l'identité (Conway & Pleydell-Pearce, 2000 ; Conway, 2005)
- Annexe 2 : Styles d'attachement chez l'adulte par Bartholomew (1990)
- Annexe 3 : Acceptation par la commission d'éthique de l'Université de Lille
- Annexe 4 : Cahier de passation (questionnaires)
- Annexe 5 : Carte évènements
- Annexe 6 : Instruction 7 évènements de vie
- Annexe 7 : Instruction récit de vie
- Annexe 8 : Expression de soutien ou d'aide standardisée

6.1. ANNEXE 1

*Schéma du modèle de l'identité (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Conway, 2005)
par Demiray & Bluck (2011)*



Modèle des types d'attachement de Bartholomew (1990)

FIGURE 1
Styles of adult attachment

		MODEL OF SELF (Dependence)	
		Positive (Low)	Negative (High)
MODEL OF OTHER (Avoidance)	Positive (Low)	<p>SECURE Comfortable with intimacy and autonomy</p>	<p>PREOCCUPIED Preoccupied (Main) Ambivalent (Hazan) Overly dependent</p>
	Negative (High)	<p>DISMISSING Denial of Attachment Dismissing (Main) Counter-dependent</p>	<p>FEARFUL Fear of Attachment Avoidant (Hazan) Socially avoidant</p>

6.3. ANNEXE 3



Comité d'éthique en sciences comportementales

Président :

Cédric PATIN

Vice-Présidente :

Solène KALENINE

Gestionnaire administrative :

Stella BOUAMRIRENE

Tél : 03 -62- 26- 80- 82

E-mail : Stella.BouamrIRENE@univ-Lille.fr

Villeneuve d'Ascq, 05/05/2023

Références comité d'éthique :	2023-684-S115
Sigle :	AMACORL
Numéro de version et date :	Version 3 du 02/05/2023
Promoteur :	ULILLE
Responsable Scientifique du projet :	Marie-Charlotte GANDOLPHE

Date de la soumission :	02/05/2023
-------------------------	------------

Date de la réunion du comité d'éthique :	05/05/2023
--	------------

Avis du comité d'éthique : Avis favorable

Le protocole est accepté en état. Si pour une quelconque raison, vous souhaitez modifier le protocole (en termes de calendrier, inclusion d'un nouveau groupe...), vous êtes tenu d'informer le comité d'éthique par l'envoi d'un avenant expliquant les motivations mais également les modifications apportées au protocole initial. Cet avenant sera réévalué par le comité d'éthique.

L'avis du CER-Lille n'exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (DPO) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche. Le comité éthique rappelle l'obligation d'inscrire au registre des traitements de l'université tout traitement de données à caractère personnel conformément à l'article 30 du Règlement Général sur la Protection des données.

Par cet avis favorable, le CER U-Lille ne se prononce pas sur le respect des mesures barrières contre le Covid-19. Afin de protéger les participants et les chercheurs et enseignants-chercheurs, les organismes responsables de la recherche doivent impérativement se mettre en conformité avec les mesures préconisées pour toutes recherches sur site et hors site par les tutelles hébergeant les unités de recherche concernées.

Le Président du comité d'éthique

Cédric PATIN

Direction de l'Appui à la Recherche

Service Partenariats et Structures

Comité d'Éthique de Lille

Bureau 60A Bât A3

59655 Villeneuve d'Ascq

Tel 03-62-26-80-82

COMET





UNIL | Université de Lausanne

Institut de psychologie (IP)

**Attachement et mémoire autobiographique chez les
personnes ayant reçu une chirurgie liée à un cancer
ORL**

Questionnaire participant.e.s

Cadre réservé à l'équipe de recherche

Code anonymat :

A LIRE ATTENTIVEMENT avant de commencer à répondre

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à cette étude, et nous vous en remercions vivement. Avant de répondre à ce questionnaire, svp, prenez le temps de lire les indications suivantes.

- Il est important que vous **répondiez seul(e) à ce questionnaire**. Si cela est trop difficile pour vous parce que vous avez du mal à lire ou à comprendre les questions, vous pouvez vous faire aider par un proche. Mais alors, il est très important que les réponses restent **vos réponses** et non pas celles de la personne qui vous aide.
- Certaines questions peuvent vous paraître redondantes ou peu adaptées à votre situation. Essayez malgré tout d'y répondre en donnant la réponse la plus proche de ce que vous ressentez. En aucun cas il n'y a de bonnes ou de mauvaises réponses.
- Svp, essayez de **répondre spontanément aux questions, sans trop vous attarder**. Une réponse spontanée est souvent meilleure indication de ce que vous pensez ou éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

Nous vous rappelons que toutes les informations que vous fournissez sont strictement **confidentielles et anonymes**. **Ni votre médecin ni aucune personne de l'équipe médicale n'aura accès à vos réponses**. Si vous souhaitez des informations complémentaires sur le questionnaire, vous pouvez contacter Charlotte Vandamme au +41 21 692 35 56 ou par mail à charlotte.vandamme@unil.ch (svp, intitulez alors votre mail « recherche sur les cancers ORL »).

Merci de bien répondre à toutes les questions.

Merci encore pour votre précieuse participation !

Votre situation

Veillez, s'il vous plaît, indiquer votre date de naissance :

Vous êtes : 1. UN HOMME 2. UNE FEMME

Quelle est votre situation familiale actuelle ?

Vous vivez en couple Vous vivez seul(e)

Avez-vous des enfants à charge? Oui Non

Antécédant de cancer :

Votre niveau d'études est :

1. Aucun diplôme
2. Certificat fédéral de capacité (CFC)
3. Maturité Professionnelle
4. Maturité Spécialisée
5. Maturité Gymnasiale
6. Bachelor
7. Master

Votre catégorie socioprofessionnelle est actuellement :

- Agriculteur.trice exploitant.e
- Artisan – commerçant.e – chef.fe d'entreprise ou toute autre profession indépendante
- Cadre – profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire (professeur.e des écoles, technicien.ne, professions intermédiaires de la santé, du travail social, de la fonction publique, contremaîtres, agent de maîtrise)
- Personne non active en cours de formation
- Employé.e
- Ouvrier.e
- Retraité.e
- Sans emploi

Le questionnaire HADS (de l'anglais *Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

Score		Score	
3 2 1 0	Je me sens tendu ou énervé : <input type="checkbox"/> la plupart du temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois <input type="checkbox"/> oui, tout autant <input type="checkbox"/> pas autant <input type="checkbox"/> un peu seulement <input type="checkbox"/> presque plus
3 2 1 0	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver <input type="checkbox"/> oui, très nettement <input type="checkbox"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="checkbox"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je ris facilement et vois le bon côté des choses <input type="checkbox"/> autant que par le passé <input type="checkbox"/> plus autant qu'avant <input type="checkbox"/> vraiment moins qu'avant <input type="checkbox"/> plus du tout
3 2 1 0	Je me fais du souci : <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> occasionnellement <input type="checkbox"/> très occasionnellement	3 2 1 0	Je suis de bonne humeur : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> la plupart du temps
0 1 2 3	Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : <input type="checkbox"/> oui, quoi qu'il arrive <input type="checkbox"/> oui, en général <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> jamais	3 2 1 0	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : <input type="checkbox"/> presque toujours <input type="checkbox"/> très souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> jamais
0 1 2 3	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> très souvent	3 2 1 0	Je ne m'intéresse plus à mon apparence : <input type="checkbox"/> plus du tout <input type="checkbox"/> je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais <input type="checkbox"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="checkbox"/> j'y prête autant d'attention que par le passé
3 2 1 0	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : <input type="checkbox"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> pas tellement <input type="checkbox"/> pas du tout	0 1 2 3	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : <input type="checkbox"/> autant qu'auparavant <input type="checkbox"/> un peu moins qu'avant <input type="checkbox"/> bien moins qu'avant <input type="checkbox"/> presque jamais
3 2 1 0	J'éprouve des sensations soudaines de panique : <input type="checkbox"/> vraiment très souvent <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> pas très souvent <input type="checkbox"/> jamais	0 1 2 3	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision : <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> très rarement
	Score anxiété		Score dépression

RSQ (Relationship scale questionnaire, type d'attachement)

Quand nous sommes en relation avec les gens qui nous sont proches, nous éprouvons différents sentiments. Les propositions suivantes décrivent tous les sentiments possibles. Pensez à toutes les relations proches, passées ou actuelles et répondez à chaque proposition en fonction de ce que vous ressentez en général. Il suffit **d'entourer d'un cercle** le chiffre qui décrit le mieux jusqu'à quel point chacune des propositions décrit vos sentiments à propos des relations avec les gens dont vous vous sentez proches.

Par Exemple :

	comme moi	Pas du tout comme moi		Un peu comme moi		comme moi	Tout à fait comme moi
C'est très important pour moi de me sentir indépendante.	1	2	3	4	5		

La réponse 2 signifiera que votre choix est entre « pas du tout comme vous » et « un

peu comme vous » La réponse 5 signifiera que votre choix est « tout à fait comme vous »

Une **seule réponse** est possible pour chaque proposition et **toutes les questions** doivent être complétées.

		Pas du tout comme moi		Un peu comme moi		Tout à fait comme moi
1	Je trouve difficile de dépendre des autres.	1	2	3	4	5
2	C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e).	1	2	3	4	5
3	C'est facile pour moi de me sentir proche des autres par rapport aux émotions	1	2	3	4	5
4	Je veux ne pouvoir faire qu'un(e) avec une autre personne	1	2	3	4	5
5	Je crains d'être blessé(e) si je me permets de devenir trop proche des autres.	1	2	3	4	5
6	Je me sens bien sans relations affectives proches.	1	2	3	4	5

		Pas du tout comme moi		Un peu comme moi		Tout à fait comme moi
7	Je ne suis pas sûr(e) de pouvoir toujours compter sur la présence des autres lorsque j'en ai besoin.	1	2	3	4	5
8	Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit des émotions.	1	2	3	4	5
9	Je suis inquiet(e) quand je me retrouve seul(e).	1	2	3	4	5
10	Je me sens bien quand je me sens dépendant(e) des gens.	1	2	3	4	5
11	Je crains souvent que mes partenaires amoureux(es) ne m'aient pas vraiment.	1	2	3	4	5
12	Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens.	1	2	3	4	5
13	Je n'aime pas que les autres deviennent trop proches de moi.	1	2	3	4	5
14	Je veux des relations proches quand il s'agit des émotions.	1	2	3	4	5
15	Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi.	1	2	3	4	5
16	J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne.	1	2	3	4	5
17	Les gens ne sont jamais là quand vous avez besoin d'eux.	1	2	3	4	5
18	Mon désir de ne faire qu'un avec les gens les fait parfois fuir.	1	2	3	4	5
19	C'est très important pour moi de sentir que je me suffis à moi-même.	1	2	3	4	5
20	Je suis mal à l'aise quand quelqu'un se rapproche trop de moi	1	2	3	4	5
21	J'ai souvent peur que les personnes dont je suis amoureux(se) ne veuillent pas rester avec moi.	1	2	3	4	5

		Pas du tout comme moi		Un peu comme moi		Tout à fait comme moi
22	Je préfère n'avoir personne qui dépende de moi.	1	2	3	4	5
23	J'ai peur d'être abandonné(e).	1	2	3	4	5
24	Je me sens un peu mal à l'aise quand je suis proche des gens	1	2	3	4	5
25	Je trouve que les gens ne veulent pas être aussi proches de moi que je le souhaiterais.	1	2	3	4	5
26	Je préfère ne pas dépendre des autres.	1	2	3	4	5
27	Je sais que les autres seront là quand j'en aurai besoin.	1	2	3	4	5
28	J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas.	1	2	3	4	5
29	Mes partenaires amoureux(ses) veulent souvent que je sois plus proche d'eux que je ne le supporte.	1	2	3	4	5
30	Je trouve relativement facile d'être proche des gens.	1	2	3	4	5

Votre sentiment d'auto-continuité

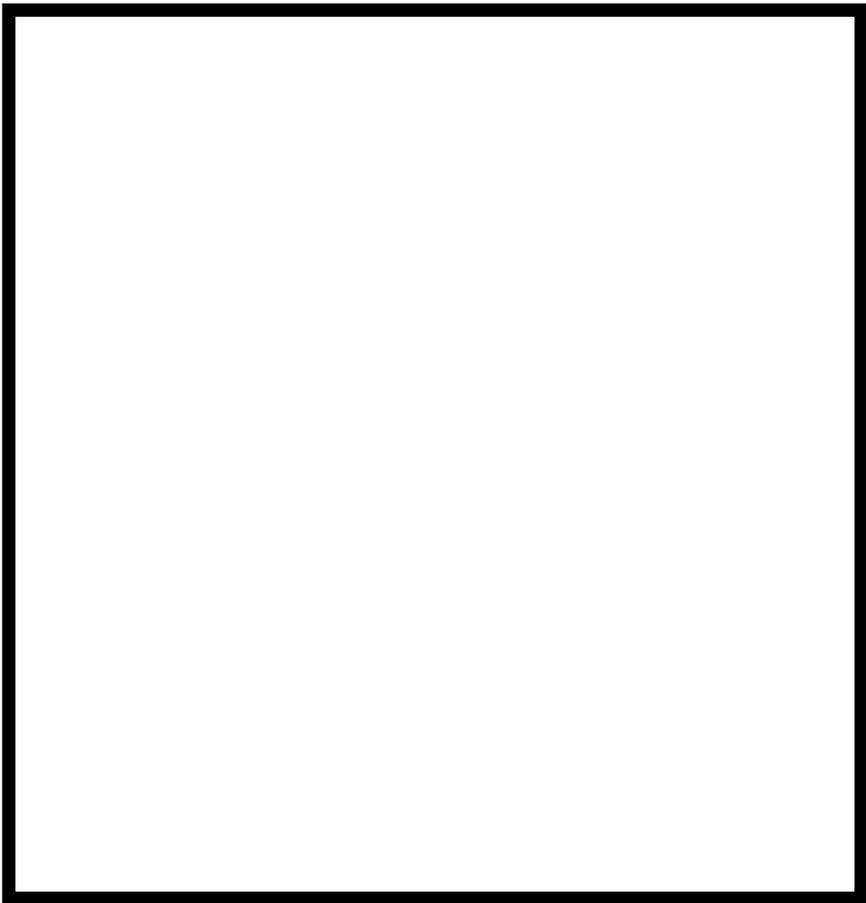
Continuité et changement	ne correspond pas du tout					correspond complètement
	1	2	3	4	5	
Je suis la même personne que j'ai toujours été	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec le temps, beaucoup de choses ont changé, mais je suis toujours la même personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Je suis à présent une personne différente que par le passé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Merci de vérifier que vous avez répondu à toutes les propositions, merci grandement pour votre participation.

6.5. ANNEXE 5

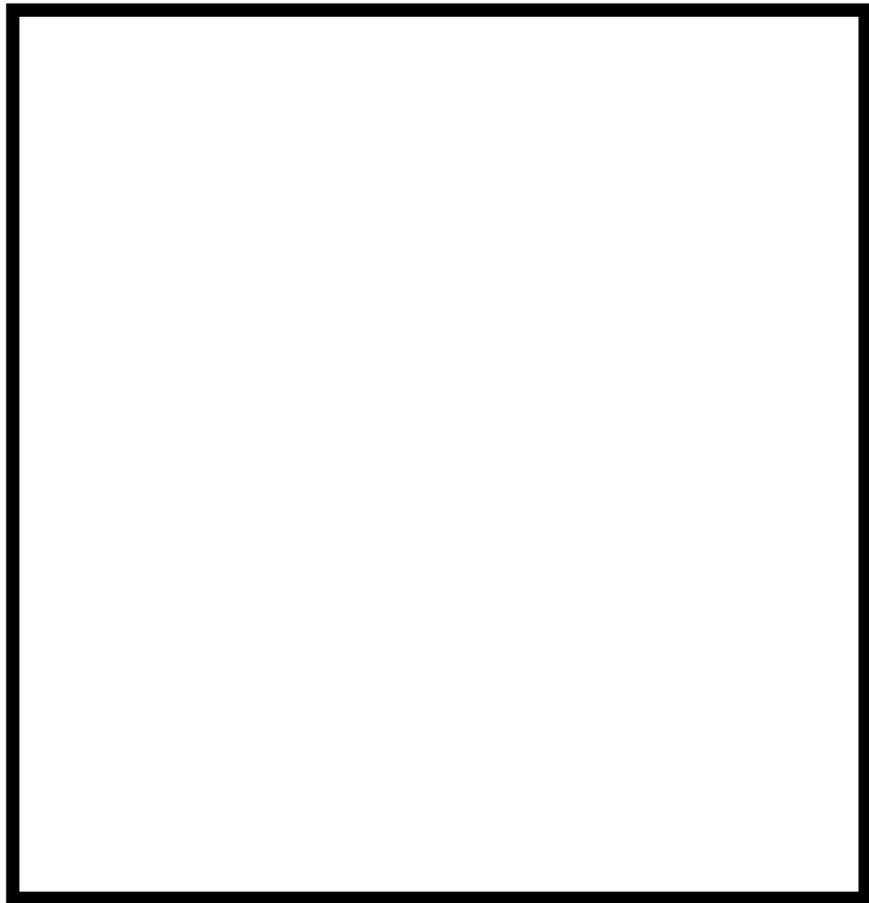
Code sujet :.....

Titre de l'évènement :



Code sujet :.....

Titre de l'évènement :



DESCRIPTION SUR DES CARTES DES SEPT ÉVÉNEMENTS DE VIE LES PLUS IMPORTANTS

Avant la narration du récit de vie, les participants doivent écrire les sept événements de leur vie les plus importants sur des cartes-mémoire

Instructions :

Je voudrais vous demander tout d'abord de bien vouloir réfléchir aux sept événements les plus importants de votre vie. Ces événements peuvent avoir eu lieu tout récemment ou être beaucoup plus anciens. Ecrivez sur ces sept cartes les souvenirs les plus importants de votre vie. Merci de ne parler que de souvenirs reliés à un vécu très précis.

(Si une période de vie est racontée, demander à la personne un vécu très précis au sein de cette période plus longue: si vous pensez à un vécu s'étendant sur une durée plus longue, vous pouvez l'écrire sur cette carte mais vous devez en plus vous rappeler d'un vécu très précis au sein de cette période et rajouter cet événement.

Prenez maintenant une carte particulière pour chaque vécu et écrivez-le sur cette carte.

Une fois que le participant a achevé cette étape, on l'invite à disposer les cartes-mémoire sur la table dans un ordre chronologique.

Instruction :

Classez à présent les cartes-mémoire des événements dans leur ordre chronologique (l'ordre dans lequel ils ont eu lieu) et placez-les devant vous sur la table de manière à pouvoir bien les voir.

ENREGISTREZ !

RÉCIT DE L'HISTOIRE DE VIE

Instruction :

Je vous demande à présent de me raconter ce que vous avez vécu dans votre vie. Merci d'inclure dans votre récit les sept événements de vie que vous avez mentionnés sur les cartes.

Réfléchissez donc à tout ce qui s'est passé dans votre vie depuis votre naissance. Je souhaiterais vous demander de raconter votre histoire de vie de façon complète. Je suis intéressé de savoir comme vous vous êtes développé(e) et quelles ont été les étapes les plus importantes dans votre vie. Citez les événements et les changements les plus importants.

Racontez-moi votre histoire de façon à ce que je puisse me représenter qui vous êtes. Je souhaiterais comprendre comment vous êtes devenu(e) celui(celle) que vous êtes aujourd'hui.

Vous disposez environ de 15 minutes pour raconter votre histoire. Je ne vous interromprai pas. Après 10 minutes, je vous dirai qu'il vous reste encore 5 minutes environ. Dans cet exercice, il n'y a pas de réponse vraie ou fausse. Juste pour vérifier que vous avez bien compris l'exercice, je souhaiterais que vous me répétiez ce que vous devez faire/quel est votre exercice.

[En cas de besoin, expliquer à nouveau] "Vous pouvez maintenant commencer. Je vais vous écouter sans vous interrompre

Expression de soutien ou d'aide standardisée

- **Écoute attentive et soutenante grâce à des „Ahah“ et „Mhms“ neutres**
- **Interruption, informations sur le temps restant** (après 10 minutes): „Excusez-moi de vous interrompre, nous avons encore environ 5 minutes. Vous pouvez continuer...“
- **Au cas où, après 10 minutes, le participant arrête** de raconter son histoire de vie, le récit pourra être arrêté sans poser d'autres questions.
- **Au cas où le participant raconte de façon très rapide et superficielle**, au point de penser qu'il va achever son récit après quelques minutes, on peut anticiper en lui disant qu'il peut prendre son temps pour raconter son récit „prenez tranquillement plus de temps pour votre récit et allez dans les détails.“
- **Interruption, pour inciter au récit**
quand la personne ne dit quasiment rien: „Vous avez encore environ minutes, peut-être pouvez-vous encore nous raconter plus précisément ce qui s'est passé, quand... (se raccrocher au dernier événement qui vient d'être raconté)
- **Interruption, quand aucune fin n'est en vue:**
„Excusez moi s'il vous plait de vous interrompre, vous m'avez à présent raconté beaucoup de choses sur votre vie et notre temps arrive presque à sa fin.“