

# Expérience de transition vécue par les patients avec une maladie oncologique lors de la pose d'un dispositif d'accès veineux implantable : une recherche exploratoire

**Eliane Dalex, Dominique Munteanu Nicou, Florence Roch Barrena, Catherine Salvi, Marie-José Roulin**

DANS **RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS** 2023/1 (N° 152), PAGES 17 À 28  
ÉDITIONS **ASSOCIATION DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS**

ISSN 0297-2964

DOI 10.3917/rsi.152.0017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2023-1-page-17.htm>



**CAIRN.INFO**  
MATIÈRES À RÉFLEXION



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

**Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.**

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Expérience de transition vécue par les patients avec une maladie oncologique lors de la pose d'un dispositif d'accès veineux implantable : une recherche exploratoire

*Transition experience of patients with cancer undergoing surgical insertion of an implantable venous access device: An exploratory study*

**Éliane DALEX**, infirmière spécialiste clinique en oncologie, cadre de santé, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

**Dominique MUNTEANU NICOU**, infirmière case manager, cadre de santé, centre des cancers, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

**Florence ROCH BARRENA**, infirmière quality officer, cadre de santé, département de chirurgie, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

**Catherine SALVI**, infirmière, département de chirurgie, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse

**Marie-José ROULIN**, infirmière, Ph.D, directrice adjointe des soins et professeure agrégée, Hôpitaux universitaires de Genève, Suisse ; Institut et Haute École de la Santé La Source, Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, Lausanne, Suisse

## RÉSUMÉ

Introduction : à l'annonce d'un diagnostic de cancer ou d'une récurrence, les patients vivent une transition de type maladie.

Contexte : la pose d'un dispositif d'accès veineux implantable (DAVI) survient souvent juste après l'annonce ; il est un facteur de perturbation supplémentaire à leur équilibre.

Objectif : explorer les besoins non comblés et les attentes des patients en interrogeant leur expérience vécue de la pose du DAVI pour proposer des interventions de soins adaptées.

Méthode : une méthode d'analyse de contenu déductive a été réalisée, ainsi qu'une analyse à la lumière de la théorie de la transition de Meleis. Douze entretiens ont été réalisés.

Résultats : les résultats montrent la vulnérabilité des patients lors de la pose du DAVI. Des conditions entravantes et facilitantes de la transition, de nature personnelle, interpersonnelle et organisationnelle, influencent la qualité de l'expérience vécue. Différentes stratégies de coping sont utilisées par les patients pour diminuer leur détresse émotionnelle.

Discussion : la préparation anticipée, le soutien au développement des capacités d'autosoins, la gestion de la douleur contribuent à diminuer l'anxiété et l'insécurité.

Conclusion : les infirmières se doivent d'offrir des soins transitionnels pour favoriser une expérience positive de la pose du DAVI.

**Mots-clés** : dispositif implantable, cancer, soins transitionnels, expérience patient, autosoins.

### Pour citer l'article :

Dalex E, Munteanu Nicou D, Roch Barrena F, Salvi C, Roulin MJ. Expérience de transition vécue par les patients avec une maladie oncologique lors de la pose d'un dispositif d'accès veineux implantable : une recherche exploratoire. Rech Soins Infirm. 2023 Mar;(152):17-28.

### Adresse de correspondance :

Éliane Dalex : [eliane.dalex@hcuge.ch](mailto:eliane.dalex@hcuge.ch)

## ABSTRACT

*Introduction: Patients experience a transition between health and a serious disease when they receive a diagnosis of cancer or of its recurrence.*

*Context: The implantation of a venous access device often takes place shortly after the diagnosis and is an additional stress factor.*

*Aim: Explore the unmet needs and expectations of patients after a venous access device has been implanted in order to offer specialized nursing care.*

*Method: An exploratory descriptive qualitative approach with deductive content analysis was used. Afaf Meleis' transitions theory was the framework that guided the analysis. Data was collected from interviews with twelve patients.*

*Results: The results showed the vulnerability of patients during venous access device implantation. Personal, interpersonal, and organizational dimensions were found to hinder or facilitate the transition, influencing the quality of patients' experience. Several coping strategies were used by patients to diminish their emotional distress.*

*Discussion: Support for self-care strategies, advance preparation, and adequate pain management help to reduce anxiety and insecurity.*

*Conclusion: Nurses must offer transition care in order to facilitate a positive experience of venous access device implantation.*

**Keywords:** implantable access device, cancer, transitional care, patient experience, self-care.

### Remerciements

Les auteures souhaitent remercier le Fonds de recherche de la direction des soins des Hôpitaux universitaires de Genève pour son soutien financier, notamment pour les frais de la commission éthique et la transcription des entretiens. Elles remercient également les participants, les patientes partenaires, ainsi que Decosterd Sandy, infirmière M.Sc, ex-responsable des soins du département d'oncologie.

## INTRODUCTION

En Suisse, plus d'une personne sur cinq développe un cancer avant 70 ans, soit plus de 48 300 nouveaux cas diagnostiqués en 2021 (1). Le cancer est la deuxième cause de décès la plus fréquente et la première cause de mortalité prématurée. De nombreux progrès technologiques ont été réalisés cette dernière décennie pour améliorer la qualité de vie, le confort des patients et augmenter leur espérance de vie, préoccupations principales des professionnels de santé. Parmi l'arsenal d'options thérapeutiques, les traitements sous forme de perfusions intraveineuses intermittentes ou continues restent encore les traitements les plus utilisés (2,3). Ils ont la particularité de fragiliser les veines de par leur action irritante ; c'est pourquoi les patients nécessitant ces traitements se voient proposer un accès veineux central. Parmi les différents accès veineux centraux, depuis les années 1980, le dispositif d'accès veineux central de type implantable (DAVI), nommé aussi boîtier ou chambre à cathéter implantable, a prouvé sa fiabilité. Il est fortement recommandé pour des traitements de longue durée, tels que les chimiothérapies. Il est devenu une norme de soins pour une efficacité, une sécurité augmentée et un confort pour les patients, avec un coût similaire à ceux d'autres dispositifs disponibles sur le marché (2,3). La pose est proposée rapidement après l'annonce du diagnostic afin de réaliser le plus tôt possible le premier traitement.

Le DAVI nécessite une implantation chirurgicale. Un cathéter en silicone ou polyuréthane est introduit jusqu'à la jonction de la veine cave supérieure et de l'oreillette droite, puis son extrémité proximale est reliée à un boîtier inséré dans une logette sous-cutanée préthoracique et homolatérale à la ponction. L'insertion chirurgicale est usuellement réalisée en ambulatoire avec une anesthésie locale, parfois associée à une anxiolyse orale ou une analgo-sédation intraveineuse (4-6). Même si la procédure est chirurgicalement simple, il s'agit d'une intervention se déroulant dans un bloc opératoire, qui peut être qualifiée de complexe de par le nombre d'acteurs impliqués dans ce processus (oncologue, chirurgien, infirmière au bloc...) (7).

Plusieurs études portant sur les patients récemment diagnostiqués avec un cancer mettent en évidence des délais, un manque de coordination et d'information dans les soins, et un manque d'attention aux problèmes émotionnels (4,6). Effectivement, l'annonce d'un diagnostic de cancer change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son présent et de son avenir. Elle déclenche une crise existentielle (8) provoquant de profonds bouleversements internes et externes (9). Elle peut plonger le patient dans une détresse émotionnelle. Ainsi, l'implantation rapide d'un DAVI peut représenter un élément supplémentaire de perturbation de l'équilibre des patients dans cette période de l'annonce de la maladie.

# Expérience de transition vécue par les patients avec une maladie oncologique lors de la pose d'un dispositif d'accès veineux implantable : une recherche exploratoire

Il existe peu d'écrits qui explorent l'expérience des patients lors de la pose d'un DAVI. Une équipe belge s'est intéressée aux sensations perçues par les patients lors de la pose sous anesthésie locale (N = 20) (10). Elle fait état de la très grande réceptivité du patient aux divers bruits de fond durant l'intervention (monitoring, discussion du personnel...), ainsi que de l'inconfort lié à la position ou la température basse de la salle. Dans une autre étude auprès de 136 patients oncologiques devant bénéficier de la pose de DAVI, les auteurs se sont intéressés à l'amélioration des connaissances du patient en regard du DAVI et à l'impact de ces connaissances sur leur niveau d'anxiété (11). Trois groupes de patients ont été comparés : l'un recevant un livret d'information sur le DAVI, l'autre recevant le livret couplé à un entretien de clarification et de réponses à leurs questions, et enfin le dernier constitué de patients recevant les soins usuels. Les résultats ont montré une amélioration significative des connaissances dans les deux groupes ayant bénéficié d'une intervention portant sur les connaissances immédiatement après l'intervention et à trois mois. Les indicateurs physiologiques de l'anxiété de ces deux groupes ont également significativement baissé immédiatement après l'intervention. L'addition de l'entretien de clarification était plus efficace que le livret seul.

Dans le centre hospitalier dans lequel s'est déroulée cette étude, l'indication de la pose d'un DAVI déclenche diverses procédures en cascade. Le médecin en charge du patient lui propose ce dispositif dès les premières consultations. Les infirmières d'oncologie reprennent les informations données et présentent le matériel. Le patient est ensuite convoqué à une consultation préopératoire avec un des chirurgiens. Les objectifs sont : déterminer l'emplacement du boîtier, expliquer la technique de pose, évaluer les besoins en examens complémentaires, donner des recommandations vis-à-vis de son traitement et des consignes préopératoires. Les surveillances postopératoires sont réalisées en salle de réveil avec pour critères de sortie une absence de saignement local et une antalgie contrôlée. Une antalgie est prescrite pour le retour à domicile (1 g de paracétamol, quatre fois par jour). Le patient reçoit un carnet de suivi et les consignes de surveillances du statut local, de l'antalgie, ainsi que certaines restrictions d'activités. Il n'y a pas de processus formalisé pour ces patients, type itinéraire clinique, ou d'outils de support informationnel.

## OBJECTIF

À notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur l'expérience vécue des patients lors de la pose du DAVI dans une perspective d'expérience de la transition. C'est pourquoi l'objectif de cette étude était d'identifier les besoins non comblés et les attentes des patients atteints d'une maladie oncologique, à travers le récit de leur expérience vécue de la pose du DAVI, afin de proposer des interventions de soins adaptées.

## CADRE DE RÉFÉRENCE ET CADRE THÉORIQUE

La théorie de moyenne portée de la transition de Meleis a été retenue comme cadre théorique, car elle permet d'expliquer et de guider les interventions infirmières lors de la transition (12). Cette théorie est centrée sur les passages entre deux périodes pendant lesquelles un individu se dirige d'une phase de vie, d'une situation ou d'un statut à un autre (9). Dès l'annonce d'un diagnostic de cancer ou de récurrence, événement marquant déclencheur, le patient entre dans une transition de type santé/maladie ; il quitte un état de bien-être vers celui d'une maladie aiguë. Dans cette transition élargie, les patients vivent une multitude d'autres transitions interreliées isolément ou simultanément (12). Ils sont alors amenés à vivre des changements importants sur plusieurs plans, occasionnant une période de déséquilibre liée aux bouleversements internes et externes.

Selon Meleis, la transition comporte quatre dimensions : la nature des transitions, les conditions facilitantes et entravantes, les modes de réponses des personnes et les interventions infirmières (12,13). La nature des transitions permet de décrire le type :

- organisationnel (les rendez-vous, les consultations...);
- situationnel (un arrêt ou perte définitive de l'emploi...);
- développemental (un changement identitaire...) ou lié à la maladie (la pose du DAVI, le début des traitements...).

Le modèle de transition peut être simple, multiple, lié ou non, concomitant ou séquentiel. Différentes propriétés essentielles à la reconnaissance de la transition sont identifiées, telles que les points critiques et événements, les changements, la prise de conscience, le niveau d'engagement et la durée. L'individu peut – ou pas – avoir conscience d'entrer dans une nouvelle situation de vie, ce qui influence son engagement dans le processus.

Les conditions facilitantes et entravantes sont les éléments qui influencent la perception de la personne sur son vécu de la transition et la réapparition d'un nouvel équilibre. La théorie de Meleis décrit trois conditions (12). Il s'agit des conditions personnelles – tels le sens donné à l'évènement, les croyances et représentations personnelles, la préparation et la connaissance, le statut économique –, des conditions communautaires – telles que les ressources dans la communauté comme l'accès à l'information. Finalement, les conditions sociétales comprennent la manière dont la société (au sens large du terme) considère la transition, par exemple en la stigmatisant.

Les modes de réponses renvoient à des indicateurs de processus. D'une part, ils permettent d'évaluer l'évolution de la transition. Il s'agit du développement du coping, le maintien du lien avec les professionnels de santé et l'interaction

avec les proches aidants. D'autre part, ces indicateurs de résultats montrent la maîtrise de nouvelles compétences, telles l'auto-efficacité, la gestion des symptômes et ce que la personne est devenue avec cette nouvelle expérience à la fin de la transition.

Finalement, pour Meleis, les interventions de soins infirmiers doivent aider l'individu à répondre à ses besoins de santé, à faciliter ses capacités d'adaptation et d'autosoins, ainsi qu'à promouvoir le bien-être (12).

Cette théorie a déjà été utilisée dans le contexte du cancer, mais essentiellement pour étudier les transitions dans le domaine du cancer du sein entre la maladie et la santé (14), ainsi que la transition vers « survivre à un cancer » (13,15). Ces travaux ont permis de mettre en lumière des éléments qui n'étaient pas décrits dans la théorie de la transition de Meleis, telles que l'incertitude comme une propriété de la transition, ou les conditions interpersonnelles et organisationnelles dans les facteurs entravants et facilitants.

## MÉTHODE

La méthode choisie est un devis exploratoire de nature qualitative utilisant une méthode d'analyse de contenu déductive. Cette méthode permet de condenser les données en les classant dans des catégories, afin de décrire et mieux comprendre un phénomène (16). Cette approche a été choisie, car les catégories issues des domaines de la théorie de la transition de Meleis ont été retenues comme matrice de catégorisation.

### Lieu

Ce projet a été mené dans un établissement hospitalier universitaire de la partie francophone de la Suisse, premier centre universitaire suisse en termes de volume d'activité. Dans cette institution, environ 350 DAVI sont posés chaque année, dont la grande majorité pour une indication oncologique.

### Population

Le recrutement a été non probabiliste et à partir d'un échantillonnage par choix raisonné, ce qui signifie que les investigatrices ont construit leur échantillon pour inclure des personnes avec des profils différents pour avoir des perspectives diversifiées de la pose d'un DAVI (16). La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données.

Pour être inclus dans cette étude, les patients devaient avoir plus de 18 ans, une absence de pathologie psychiatrique documentée et être en mesure de s'exprimer en français. La pose devait être motivée par la nécessité d'administrer des traitements

intraveineux dans le cadre d'une maladie oncologique et s'être déroulée sans complication opératoire décrite.

### Collecte des données

Les patients potentiels ont été identifiés sur le programme opératoire et contactés par l'investigatrice principale (une infirmière spécialiste clinique expérimentée en oncologie qui n'était pas directement impliquée dans les prises en soins des patients concernés). Ils ont reçu une information orale et écrite sur l'étude. Les entretiens se sont déroulés à distance de la pose du DAVI et ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot pour un codage fiable (17).

Les données ont été collectées lors d'entretiens individuels semi-dirigés menés par la chercheuse ; la personne interrogée était invitée à répondre librement à la question « Comment avez-vous vécu la pose du dispositif d'accès veineux implantable ? ». Puis il y avait des questions de clarification et plus précisément sur les interventions de soins. Des données clinico-démographiques ont été récoltées (âge, genre, occupation professionnelle, type de cancer, délai entre l'annonce et la pose de DAVI, antalgie). La saturation des données a été obtenue avec 12 entretiens, représentant un échantillon suffisant pour procéder à une analyse.

Cette étude a été approuvée par la Commission cantonale d'éthique de la recherche scientifique de Genève (n° 2017-00044). Tous les participants ont exprimé leur consentement éclairé par écrit.

### Analyse des données

La théorie de la transition de Meleis a permis de définir des catégories et sous-catégories de codage avec les domaines et leurs spécificités. Les propos des participants ont été divisés en fonction de leur unité de sens (c'est-à-dire des segments de texte), puis classés dans une catégorie (16). Le processus de codage a été réalisé manuellement et revu par l'ensemble des auteurs. Un double encodage a été réalisé par deux des investigatrices (ED et DMN). Pour améliorer la crédibilité des résultats, un débriefing par les pairs et avec deux patients qui ont vécu une expérience similaire a été réalisé.

## RÉSULTATS

La période de recrutement s'est déroulée sur quatre mois au printemps 2017. Trente-six patients ont reçu une information orale et écrite sur l'étude. Treize patients avec les critères d'inclusion ont répondu et accepté. La durée moyenne de l'entretien était de 30 minutes. Les caractéristiques des participants sont synthétisées dans le tableau 1. Un entretien a dû être exclu, car l'enregistrement était inaudible (P2<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> Participant 2

# Expérience de transition vécue par les patients avec une maladie oncologique lors de la pose d'un dispositif d'accès veineux implantable : une recherche exploratoire

Les caractéristiques des participants			
Nombre de patients inclus Nombre de patients exclus	n = 12 n = 1		
Sexe	Féminin (n = 7) Masculin (n = 5)		
Âge	< 30 ans (n = 1) 40 à 50 ans (n = 1) 50 à 60 ans (n = 4) 60 à 70 ans (n = 4) > 70 ans (n = 2)		
Titre professionnel	Soignant (n = 2) Cuisinier (n = 1) Informaticien (n = 1) Éducatrice spécialisée (n = 1) Femme au foyer (n = 2) Retraité (n = 5)		
Délai entre l'annonce et la pose	< 1 mois (n = 6)	De 1 à 3 mois (n = 4)	4 mois (n = 2)
Consultation avant la pose	Oui (n = 6)	Non (n = 4)	Ne sait pas (n = 2)
Intervention DAVI	Pose (n = 11) Retrait (n = 1)		
Type d'anesthésie	Pose		Retrait
	. Anesthésie locale (n = 3) . Anesthésie locale avec analgo-sédation (n = 6) . Sous anesthésie générale (n = 1) . Ne sait pas (n = 1)		. Anesthésie locale (n = 1)
Localisation du cancer	. Pancréas (n = 1) . Foie (n = 1) . Poumon et métastases (n = 2) . Sein (n = 5 dont 2 récidives) . Lymphome de Hodgkin (n = 1) . Myélome (n = 1) . Leucémie (n = 1)		
Autre acte chirurgical proche de la pose du DAVI	Aucun (n = 8)	Après un acte chirurgical relatif à : Sein (n = 2) Pancréas (n = 1) Foie (n = 1)	

**Tableau 1.**  
**Description clinico-démographique des participants et types d'anesthésie.**

## ■ Nature de la transition : l'entrée dans la maladie oncologique

La pose du DAVI s'inscrit dans une transition de type santé/maladie aiguë et fait partie des transitions multiples toutes interreliées qui surviennent dans l'itinéraire clinique oncologique du patient. Elle survient rapidement après l'annonce (n = 6, < à 1 mois ; n = 4, de 1 à 3 mois ; n = 2, à 4 mois). Tous les récits relatent l'annonce du diagnostic de cancer ou de récurrence traduisant le traumatisme ressenti et les diverses réactions émotionnelles dont l'intensité diffère selon les patients. Elles dépendent du contexte de découverte, mais aussi des prédispositions personnelles,

de l'histoire de vie, des représentations personnelles et des mécanismes de défense adoptés.

Ainsi, à l'annonce du diagnostic, les patients prennent conscience d'entrer dans une transition élargie jusqu'à utiliser le mot « transitité »<sup>2</sup> (P5) et dans une période de grande vulnérabilité : « Il (le médecin) ne ferait pas de diagnostic tant qu'on n'aurait pas tous les éléments en main pour annoncer quoi que ce soit. Il a été prudent mais il m'a aussi préparé, d'une certaine manière. Le diagnostic est tombé vraiment fin décembre » (P5).

<sup>2</sup> Le mode entre guillemets correspond aux verbatim des patients.



Ce changement d'état est clairement exprimé par ce patient, conscient des changements qui s'opèrent : « ...Il faut prendre cette maladie en plus des autres, ça fait lourd à porter... pour quelqu'un qui apprend ça et qui doit maintenant gérer cette maladie différemment par rapport à la vie qu'il avait avant [...] on arrive au stade où on est encore dans un état normal... on devient quelqu'un qui n'est pas toujours facile » (P4).

Certains patients vivent des étapes d'un processus de deuil correspondant à la perte d'un état de bien-être. Peuvent apparaître alors des réactions de déni, de colère, d'incompréhension jusqu'à l'acceptation : « Non, je veux le moins possible d'interventions ! Ça a été tout un chemin pour accepter d'être soignée... » (P7, en récursive).

## ■ Les conditions facilitantes et entravantes de la transition

### *Les représentations liées à la maladie, facteur personnel entravant la transition. Le DAVI et l'espoir*

Les représentations personnelles prennent leur origine dans l'histoire familiale et de vie du patient ; elles font référence pour l'interprétation et la perception de ce qui lui survient. Les entretiens révèlent progressivement la signification que revêtent la maladie cancéreuse et le DAVI pour les personnes. Le cancer est vu comme une maladie incurable, qui fait jaillir des pensées de mort et la peur du rejet par les autres : « On parle de cancer ; pour les gens, cancer égal mort » (P10).

Les patients vivent l'incertitude et « l'angoisse » (P13), et le DAVI représente l'espoir de guérison par l'accès aux traitements (n = 6 patients abordent ce sujet). Il représente aussi un confort et un moyen sécuritaire pour l'administration d'un traitement qui guérit : « j'attends la chimiothérapie comme une délivrance » (P13).

Ce dispositif rend aussi visible la maladie, celle-là même qui ne donne pas obligatoirement des signes externes mais qui est là et peut rendre éphémère la vie : « Voilà, ces cicatrices sont là pour me rappeler ça... Et j'ai peur de partir » (P13). La construction des peurs de la mort peuvent prendre leur origine dans les représentations sociétales ou dans les expériences antérieures de vie qui ressurgissent, inscrites de manière indélébile dans la mémoire des personnes : « Cette maladie, j'ai toujours pensé qu'elle ne m'arriverait pas, parce que ma maman est décédée d'un cancer de l'œsophage quand j'avais huit ans... C'était très dur » (P13).

Des mots, des attitudes du personnel hospitalier ou des pratiques peuvent, dans ce contexte, devenir difficiles ou renvoyer à des représentations négatives : « Un bloc opératoire [...] sur la table, on vous attache avec une grosse ceinture, en tout cas les pieds, pas les jambes. Ça ne fait pas mal, mais ça me faisait penser aux condamnés à mort... Il faut prendre sur soi, mais je me dis que je n'aimerais pas avoir ça trop souvent » (P1).

Entrer dans la maladie et accepter les multiples transitions successives qui s'imposent à eux, comme la pose du DAVI, sont des épreuves pour les patients : un patient sur deux exprime l'absence de choix, la perte du contrôle de sa vie : « Je pense qu'il n'y pas d'alternative à ça » (P13).

### *La douleur physique et psychique, facteur personnel spécifique entravant la transition*

La douleur peropératoire est un événement signifié comme critique par le patient et influence négativement son expérience. Quatre patients ont bénéficié d'une anesthésie locale, six patients d'une anesthésie locale couplée avec une sédation, une patiente d'une anesthésie générale, et une ne se souvient pas. 50 % des patients, majoritairement des femmes (n = 6), ont évoqué la douleur dans leur récit en per- et postopératoire : « J'ai crié comme je ne croyais pas que mon corps pouvait pousser un cri, tellement j'ai eu mal » (P11). La mémorisation physique et psychique d'une douleur ancienne déclenche de l'angoisse : « La pose du premier a été passablement traumatique, j'appréhendais beaucoup la pose du second [...] c'est une peur qui est irraisonnée, et ça vous submerge [...] mon corps, lui, il s'en souvient » (P10).

Les patientes mentionnent les changements effectués dans leurs habitudes de vie quotidienne pour atteindre le confort physique en postopératoire : « Ça n'a jamais été confortable... cette chambre implantable... j'essayais de bouger le moins possible [...] pour me donner le maximum de chance que ça cicatrise... j'ai fait tout ce que j'ai pu pour... » (P7).

Les représentations personnelles et culturelles liées à la douleur et aux antalgiques limitent l'adaptation émotionnelle et le confort : « Je me maîtrisais pour ne pas pleurer, parce que c'est idiot de pleurer une fois qu'on n'a plus mal » (P11) ; « J'avais un seuil (douleur) très haut mais là, après ça, je me suis autorisée à prendre du [nomme un antalgique non stéroïdien non courant]... » (P7).

### *L'hôpital et ses pratiques, facteur organisationnel entravant*

L'environnement et les interventions des équipes de soins sont considérés comme influençant l'expérience vécue de la pose du DAVI. Les récits mentionnent à quel point une organisation peut contrarier le processus vécu en induisant confusion et sentiment d'abandon ; elle ne permet pas de répondre aux besoins de sécurité des patients et participe à l'augmentation de l'anxiété préopératoire, notamment lors de la découverte du monde hospitalier inconnu et ses pratiques hospitalières spécifiques : « Les craintes étaient surtout liées à la découverte d'un monde que je ne connais pas, dans lequel je n'ai jamais vécu ou par lequel je n'ai jamais transité » (P5) ; le bloc, perçu comme austère avec une « atmosphère glaciale... » (P7) ; l'attente devient une source d'anxiété et augmente le sentiment d'isolement : « Alors, je comprends bien qu'on soit obligé d'attendre,

# Expérience de transition vécue par les patients avec une maladie oncologique lors de la pose d'un dispositif d'accès veineux implantable : une recherche exploratoire

mais quand vous êtes déjà dans l'état dans lequel vous êtes et vous poireautez quatre heures... » (P8) ; « J'ai dû attendre presque 20 minutes dans le couloir jusqu'à ce que le bloc soit libre, alors on est là, on entend des passages, on se sent un peu abandonné à son propre sort » (P13) ; les informations pour le retour à domicile, quand elles sont insuffisantes, ne permettent pas de trouver une solution adéquate au problème qu'il ou elle rencontre : « Après l'implantation... expliquer un peu quel genre d'anti-inflammatoire ou de calmant on peut prendre. C'est vrai que j'avais des numéros de téléphone, jusqu'à vendredi, mais c'était le week-end... » (P1).

## *La préparation anticipée, facteur organisationnel facilitant*

L'anticipation grâce à une préparation suffisante en réponse aux besoins informationnels est un facteur important pour les patients pour diminuer l'incertitude, l'anxiété préopératoire et prendre part à la décision. 50 % des patients ont bénéficié d'une consultation préopératoire organisée avec le chirurgien ; toutefois, pour les autres patients, il n'y a pas de trace dans le dossier ou de mention de la part du patient de la personne qui a donné les informations préopératoires. Les informations suffisantes permettent au patient de faire le bon choix pour eux : « Donc je ne sais pas vraiment si c'est normal d'avoir ça, mais j'aimerais qu'on nous le dise vraiment quand on nous propose de le faire, parce que dans le pire des cas on peut dire non » (P11).

La perte de contrôle dans la transition induit une méfiance, et la recherche de l'adéquation entre l'information donnée et l'expérience sécurise le patient : « Les informations qu'on nous donne et la façon dont on nous les transmet, quand on est un peu sceptique, on se dit qu'on essaie de nous rassurer, mais finalement on va voir sur place. On attend toujours d'être sur place pour essayer de mesurer si la quantité d'informations données correspond à la réalité, et en fait, c'est bien ce qui s'est passé... C'est vraiment quelque chose de très supportable, et ça correspond bien aux informations qu'on nous donne » (P5).

## *Une carence dans la communication, facteur interpersonnel entravant*

Les échanges entre les professionnels de santé au sujet du patient mais sans l'inclure peuvent être interprétés et perçus comme décalés. Même si les échanges dénotent de la légèreté pour rassurer certains patients, ils pourraient devenir anxiogènes selon le contenu pour d'autres : « Ça plaisantait pas mal [...] c'est l'humour noir... et moi, je suis assez dans ce style aussi, donc ça ne me gênait pas. Mais ils étaient sérieux, il n'y pas de problème... » (P12).

L'absence de communication avec le patient augmente l'incertitude, le patient se sent démuné : « Des fois, je me pose la question, est-ce que ça a été bien mis ? Du fait de l'hématome et tout ça, je ne sais pas, je n'en sais rien, je ne suis pas connaisseur là-dedans » (P6).

L'utilisation d'une sémantique d'objectification témoigne de l'impuissance ressentie, le patient se sent comme un objet que l'on déplace ou délaisse : « On m'a remis à l'hôpital [...] ils m'ont remise dans le couloir en attendant qu'on vienne me chercher » (P11).

## *Un soutien des soignants et des proches, facteur interpersonnel facilitant*

Le soutien reçu des professionnels de santé lors de la pose du DAVI représente un filet de sécurité, favorise la confiance en soi et le développement de nouvelles habiletés ou compétences à faire face. Les patients relatent combien la qualité de l'accueil, la communication thérapeutique adaptée témoignant de compétences professionnelles, l'empathie manifestée, le confort apporté dans les soins ont diminué leur anxiété préopératoire. Les patients ont le sentiment d'être en lien avec les professionnels de santé : « Je me suis sentie bien accueillie, bien entourée, bien accompagnée [...] l'hôpital m'a téléphoné... Je trouve que c'est extrêmement louable... Ça m'a beaucoup rassuré de savoir qu'on se préoccupait de moi » (P7) ; « Je suis resté d'abord dans mon lit, ce qui était important, [...] jusqu'au moment où j'ai dû aller dans le bloc opératoire. On ne m'a donc pas mis directement sur ce fameux lit étroit du bloc opératoire, ce qui était aussi appréciable, [...] on a pris soin de me garder dans le lit pour avoir un certain confort. J'ai relaté cet événement pour vous dire que c'était très positif : repos, détente, et j'ai pu me détendre juste avant cette intervention » (P5).

Le soutien d'un membre de la famille a une influence sur le rétablissement de la personne par la bienveillance témoignée. Il peut s'agir d'un changement de rôle au sein de la cellule familiale momentanée ou de façon pérenne : « Non, j'ai mon mari qui est là [...] c'était une grande joie de rentrer à la maison » (P11). Le soutien des pairs apaise ici les doutes et sécurise le patient : « Oui, parce que je connais aussi plusieurs personnes qui ont eu ça, qui ont un DAVI, et elles disent toutes qu'il n'y a aucun problème, que ça se passe toujours très bien. Alors, ça sécurise aussi, on se dit : "Eh bien, pourquoi pas !" » (P12).

## ■ Les modes de réponses

### *Les stratégies de coping*

Les stratégies de coping permettent d'aider les patients à supporter la réalité lors de la pose du DAVI, source de stress et d'anxiété. Elles prennent différentes formes. L'optimisme, attitude qui permet d'avoir une vision positive de soi, ou la minimisation permettent cette distanciation émotionnelle dans l'expérience vécue : « Je ne sais pas, peut-être 50 minutes [...] c'était assez long... Oui, je pense qu'il y avait de bonnes raisons mais... J'étais bien pris en charge, j'étais très bien pris en charge, et l'attente était finalement un moment de repos pour moi et de détente juste avant l'intervention, ça m'a permis de me détendre. Au final, c'était un mal pour un bien » (P5).



La résignation, l'ironie adoucissent la souffrance : « Je commence à avoir mon palmarès de trophées » (P13). L'émotion de la colère domine comme un signal d'alarme d'un état de choc ou d'un besoin non satisfait ; son expression tente de diminuer la tension émotionnelle. Le patient est cristallisé et ne s'engage pas : « Cette doctoresse a pris l'initiative de me dire ça [l'annonce du cancer] » (P4). D'autres souhaitent garder le contrôle et la maîtrise ; ils font preuve d'auto-efficacité et montrent qu'ils ont confiance en leurs capacités mais à condition que l'organisation soit adéquate et acceptable : « C'est sur le plan d'organiser ça dans votre tête (l'attente) parce que moi, j'avais de la lecture pour une heure de temps » (P8). D'autres optent pour la stratégie de résolution de problème ; ils s'en remettent pleinement aux professionnels, témoignent de la confiance et ne s'impliquent pas : « Oui, on m'a expliqué pour quoi c'était et j'étais d'accord mais il n'y a pas de souci » (P12) ; « Voilà, comme toute opération, c'était difficile, mais ils ont essayé de limiter la douleur comme ils pouvaient » (P13).

Une patiente relate sa conviction de développer un jour un cancer en raison de ses antécédents familiaux, comme si c'était son destin. Cette conviction lui a permis d'anticiper cette nouvelle réalité avec vigilance : « Cette maladie, j'ai toujours pensé qu'elle ne m'arriverait pas... ma maman est décédée d'un cancer quand j'avais huit ans [...] je me disais au fond... Non, ça ne m'arrivera jamais [...] ce n'est pas le même cancer [...] je me dis que je vais me soigner » (P13).

### *Les comportements adaptatifs pour un nouvel équilibre*

La personne faisant preuve d'une maîtrise de compétences ou de comportements nécessaires pour gérer les changements imposés par la maladie retrouvera un équilibre. Il se peut que son rôle dans la société change après cette expérience. Une patiente gratifie son expérience vécue auprès des enfants pour aborder des sujets tabous comme la maladie et la mort ; son expérience revêt tout son sens : « On a pu vraiment parler de la mort, de la vie, de mes traitements, de l'incertitude que je revienne... pour parler avec eux (les enfants) des séparations, des questions existentielles, et d'en faire quelque chose sans le leur faire porter, mais d'en faire quelque chose [...] j'ai besoin de projets pour être en vie, en gros » (P7). Certains patients signifient un fort besoin de conserver une place, un rôle dans la société, permettant un processus sain : « Déjà que je suis handicapée, entre guillemets, de gauche, maintenant encore trois semaines sans faire d'efforts à droite ; eh bien ! Je sers à quoi, là ? » (P1).

## DISCUSSION

Cette recherche a permis d'explorer l'expérience vécue des patients lors de la pose du DAVI à la lumière de la théorie de la transition de Meleis et de son développement théorique dans le contexte du cancer, afin de développer des interventions de soins en peropératoire répondant aux besoins des patients. Aborder cette expérience sous l'angle de la transition a mis

en évidence la nature de la transition avec des événements critiques, des conditions facilitantes ou entravantes au niveau personnel, interpersonnel et organisationnel, qui influencent la manière dont les patients réagissent face aux changements qui s'imposent à eux dès lors que le diagnostic de cancer ou de récurrence est annoncé (12,13). Il est intéressant de constater que les participants n'ont pas fait référence à des conditions communautaires ou sociétales, telles qu'elles sont décrites dans la théorie de la transition de Meleis (12). Par contre, nous avons retrouvé des éléments interpersonnels et organisationnels, décrits par Chao *et al.* (13) à propos des transitions vécues par les survivantes du cancer du sein. Le niveau socioéconomique des patients n'est pas perçu comme un facteur problématique dans cette étude. Toutefois, chez les deux patients travaillant dans la santé, les besoins d'informations et de compréhension semblaient accrus.

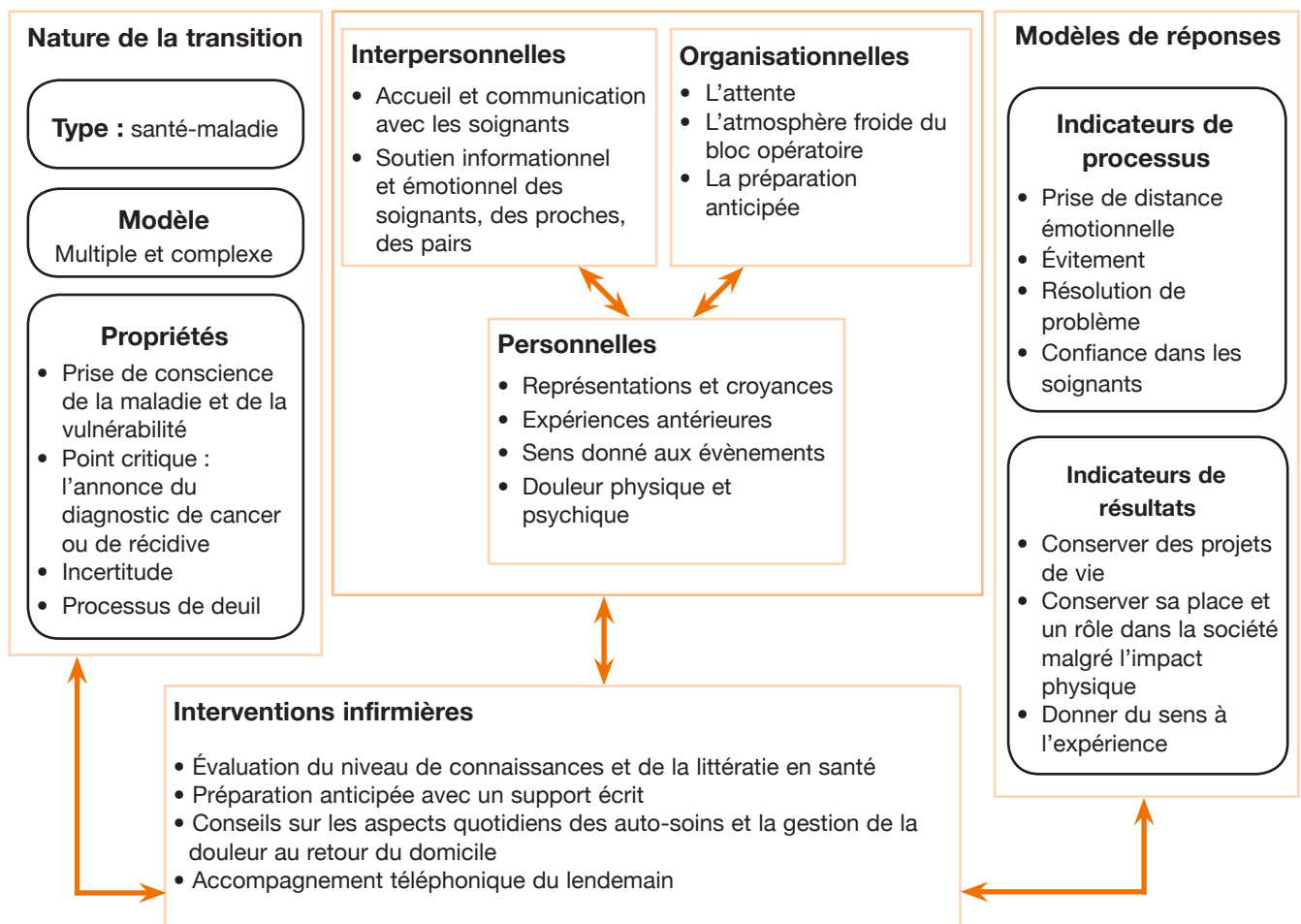
Identifier les propriétés de la transition vécue par les patients est essentiel pour bien comprendre leur expérience. Sa compréhension permet de proposer des interventions de soins adaptées. Une représentation schématique synthétise l'ensemble du processus (figure 1) et peut guider les soignants.

### ■ Une période de grande vulnérabilité

Comme cela a déjà été rapporté par d'autres chercheurs, les patients décrivent une transition de type santé-maladie, qui est une période de grande fragilisation et de vulnérabilité, une véritable « césure » occasionnée par l'annonce du diagnostic (18). Les patients ont bien expliqué que la pose du DAVI survient très rapidement après l'annonce du diagnostic, alors qu'ils vivent des états émotionnels intenses. Les patients sont dans un processus de deuil, tel que d'autres l'on décrit (14). Simultanément, ils prennent conscience de la nécessité d'être traités pour le cancer et ont le sentiment de ne pas vraiment avoir d'alternative. La prise de conscience par la personne de l'entrée dans une transition de type maladie est déterminante pour son adaptation à cette nouvelle situation et ce, de manière singulière et personnelle. En effet, le niveau d'engagement influe positivement sur l'expérience de la maladie et des traitements oncologiques, sur les stratégies de coping, ainsi que l'adoption de comportements favorisant la santé (19).

Les conditions de la transition sont clairement influencées par plusieurs facteurs personnels. Ils déterminent les réponses des patients, notamment la manière avec laquelle est reçue l'annonce du diagnostic : le sens donné, les expériences antérieures et les connaissances, ainsi que les représentations personnelles (12). Le stress et l'anxiété peropératoires sont mentionnés par les patients, confirmant les résultats d'une étude belge (10). De plus, les expériences personnelles antérieures inconfortables ont des impacts non négligeables sur l'état émotionnel, inspirant sentiment d'impuissance, désespoir et méfiance. Les participants ont expliqué leur besoin de maintenir l'espoir de guérison et d'avoir du confort

# Expérience de transition vécue par les patients avec une maladie oncologique lors de la pose d'un dispositif d'accès veineux implantable : une recherche exploratoire



**Figure 1.**  
Théorie intermédiaire de la transition de Meleis adaptée à la pose du DAVI pour des patients d'oncologie.

dans l'administration des traitements. Des facteurs adaptatifs et émotionnels sont décrits par les patients afin de réduire l'anxiété. Pour les professionnels de santé, il s'agit d'identifier les modes de réponse à risque (l'évitement), et de favoriser des stratégies centrées sur la résolution de problème, l'expression des émotions et la recherche de soutien social (20,21).

## La gestion de la douleur

Au niveau personnel, la douleur physique ou psychique est décrite par les patients comme un facteur qui influence négativement la transition. Dans notre collectif, six patientes l'ont mentionné comme un élément critique. La douleur physique lors de la pose d'un DAVI, sujette à une variabilité de perception, serait sous-estimée par les opérateurs (22). Il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandation sur l'approche antalgique lors de la pose de DAVI (23). Une anesthésie par analgo-sédation couplée avec une anesthésie locale est une perspective confortable pour les patients, voire même une analgo-sédation contrôlée par le patient. Cependant,

compte tenu des limites des approches pharmacologiques (risques d'effets secondaires), l'hypnose conversationnelle péri-opératoire pourrait être une technique prometteuse dans le cadre d'une prise en charge multimodale associée à l'anesthésie locale pour réduire la douleur péri-opératoire (24) et l'anxiété. Ces éléments doivent être discutés avec le patient pour lui offrir un choix qui lui convienne au mieux. Outre la douleur, des patients, surtout des femmes, mentionnent leurs difficultés à avoir plusieurs cicatrices sur le corps. Ainsi, l'aspect et la qualité de la cicatrice ne doivent-elles pas être sous-estimés, et certains auteurs la définissent comme un prédicteur de la satisfaction et de la qualité de vie (25).

Les infirmières doivent soutenir les patients sur les moyens appropriés pour gérer la douleur post-pose, notamment à leur retour à domicile. Interroger les patients sur leurs habitudes de vie, leurs préoccupations après la pose, leurs croyances en lien avec la douleur, permet d'évaluer précisément leurs besoins d'informations et de soutien. Il est nécessaire de préciser quels médicaments (paracétamol

et/ou anti-inflammatoire) prendre et à quelles doses, ainsi que les mouvements à éviter pour ne pas déclencher des douleurs (notamment le port de la ceinture de sécurité qui peut froter la cicatrice et/ou le DAVI). Un appel téléphonique systématique le lendemain de l'intervention au domicile et l'accès à une ligne téléphonique en cas de questions/problèmes devraient permettre de diminuer le sentiment d'isolement, d'insécurité et de confusion chez les patients. Idéalement, ces services doivent également être offerts de nuit et le weekend pour garantir la sécurité.

## ■ La préparation anticipée et l'accompagnement pour les autosoins

Au niveau organisationnel, le contact avec un environnement inconnu (l'hôpital), avec son organisation et ses pratiques incomprises, la rencontre avec de nouvelles personnes que sont les professionnels de santé sont autant d'entraves dans la transition. En revanche, certains facteurs favorisent une expérience positive de la pose du DAVI : la préparation anticipée, le sentiment de demeurer en lien avec les professionnels de santé, le soutien social pour réussir cette transition (12). La préparation anticipée répond à leurs besoins de sécurité et permet le développement d'aptitudes nécessaires exigées par cette transition. Elle est une condition préalable à l'engagement du patient dans le processus, confirmée par les récits recueillis et par les nombreux auteurs (26-30). Malheureusement, 40 à 80 % des informations médicales fournies par les professionnels sont oubliées immédiatement (31). À savoir que malgré les besoins d'informations importants et spécifiques en début de maladie (11), l'annonce du diagnostic génère une diminution de l'attention et de l'apprentissage. Lors de l'entrée dans la maladie, les patients peuvent donc être peu réceptifs aux informations données et, par conséquent, peu satisfaits. Parce que l'éducation du patient est une composante des soins infirmiers, les infirmières en oncologie doivent évaluer le niveau de connaissances des patients pour fournir des informations de haute qualité et en quantité appropriée au moment opportun. Elles sont également en bonne position pour aider les personnes à interpréter les informations fournies par d'autres (32). Le moment choisi, le diagnostic, les conditions physiques et émotionnelles, les préoccupations et la littératie en santé des patients influencent la réceptivité, d'où la nécessité d'une démarche éducative ciblée avec un contenu plus large que les données biocliniques ou médicales (11). Ainsi, pour la pose d'un DAVI, les patients doivent-ils être accompagnés dans la gestion quotidienne du dispositif, avec une attention spécifique pour leurs préoccupations et croyances personnelles. Un soutien informationnel passif sous forme de fourniture de support écrit est fortement recommandé, détaillant les aspects techniques et pratiques pour le quotidien (gestion de la plaie puis de la cicatrice, gestion de la douleur, les précautions pour l'hygiène corporelle, l'activité physique et sa reprise, etc.).

Il faut aussi aborder les signes de complications qui doivent amener les patients à consulter. Ce support pourrait être conçu en partenariat avec des patients pour avoir une information adaptée aux attentes.

Au niveau interpersonnel, le soutien offert et une communication thérapeutique adaptée sont décrits comme essentiels. Ceci est d'autant plus important que la pose du DAVI est l'un des premiers actes qui signe l'entrée dans la maladie. La qualité de la relation va colorer l'ensemble de la prise en charge future. Un climat propice aux questions et à l'expression des émotions doit être créé. Un soutien informationnel actif pourrait être fourni au cours de la trajectoire de soins oncologiques par un patient accompagnateur, notamment lors de la pose du DAVI. Outre le partage de son savoir expérientiel, un complément d'informations transmises, l'écoute et le soutien émotionnel sont susceptibles d'améliorer les habiletés d'adaptation lors de la pose de DAVI en diminuant le risque d'une expérience négative.

## ■ S'en sortir avec une expérience vécue

Deux indicateurs permettent de renseigner sur la finalité d'une transition de santé réussie : une maîtrise des compétences et des comportements dont la personne a besoin pour gérer cette expérience, et une reformulation de l'identité. La personne n'est plus comme avant ; elle s'en sort avec une expérience vécue (12). Les récits ont permis d'observer que les patients ont conscience du changement qu'entraîne la maladie et la pose du DAVI, qu'ils ont cherché de l'information auprès de la communauté, du soutien auprès des membres de leur famille et dans certains cas auprès des professionnels de santé. Le soutien des proches apparaît essentiel, comme le décrit une patiente dont le mari a cessé son travail pour s'occuper des enfants pendant la période postchirurgicale. Comme indicateur de résultat, décider de partager cette expérience vécue auprès d'enfants pour aborder des sujets tabous (la douleur, la mort...) est pour cette patiente une démonstration de force et de courage face aux confrontations de la maladie. C'est pour elle une manière de laisser une trace et de se préparer à une autre transition.

## ■ Limites et forces de la recherche

L'interprétation des résultats de cette étude doit tenir compte de certaines limites et forces. Premièrement, cette étude comporte un petit échantillon issu d'une seule institution de soins, ce qui limite la généralisation des résultats. Toutefois, nous avons un échantillon très diversifié avec des personnes ayant des cancers différents avec un stade plus ou moins avancé, des premières ou deuxième poses de DAVI, ainsi que des procédures de pose avec ou sans analgo-sédation. L'ensemble des données convergent, ce qui laisse à penser que les expériences des

# Expérience de transition vécue par les patients avec une maladie oncologique lors de la pose d'un dispositif d'accès veineux implantable : une recherche exploratoire

participants illustrent bien celles du collectif des patients oncologiques avec une pose de DAVI. Deuxièmement, cette étude s'est déroulée dans un pays européen avec une couverture sanitaire qui peut être considérée comme bonne en termes d'accès aux soins et de remboursement des frais médicaux, avec un accès à des informations de qualité et un discours public sur le cancer. Ceci explique peut-être pourquoi les patients n'ont pas mentionné de conditions entravantes au niveau de la communauté ou de la société. À noter que d'autres chercheurs rapportent que les DAVI ne sont pas toujours proposés aux patients pour des raisons économiques ou logistiques selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2).

Finalement, la recherche qualitative présente un danger de subjectivité chez le chercheur lors de l'analyse, d'autant que les récits sont d'une complexité subjective dans ce contexte particulier. Ce danger est diminué par une analyse en référence à une théorie de soin, un double codage, ainsi qu'un débriefing avec des pairs et des patients partenaires.

## CONCLUSION

On peut conclure que la plupart des patients ayant participé à cette étude ont trouvé des ressources personnelles ou du soutien pour traverser cette nouvelle transition (pose du DAVI) malgré une grande vulnérabilité liée au contexte d'annonce d'un cancer ou d'une récidive. Les professionnels doivent être conscients de la grande fragilité émotionnelle de ces patients, même si la chirurgie du DAVI peut sembler simple. Cette intervention se déroule au début de la trajectoire de soins oncologiques et est un moment charnière pour la construction d'une relation de confiance.

Une information personnalisée, soutenue par des supports écrits, répondant aux questions spécifiques du patient mais offrant aussi l'information précise concernant les auto-soins, doit être offerte aux patients. De plus, une attention particulière pourrait être apportée au niveau du système de soins et des cultures organisationnelles pour faciliter les transitions vécues, et ceci, dès le début et tout au long du parcours de soins oncologiques.

La théorie de la transition de Meleis, avec son adaptation aux patients vivant une expérience de cancer, a permis le développement d'un modèle adapté aux patients subissant la pose d'un DAVI. Ce modèle guide les infirmières dans leur compréhension de la transition mais aussi au niveau du choix des interventions les plus adaptées. Il rend notamment les professionnels attentifs à la grande vulnérabilité des patients, et à l'impact négatif de la douleur physique et psychique dans ce contexte.

Cette étude est une contribution à la théorie de soin de Meleis puisqu'elle a permis d'identifier de nouvelles

propriétés de la transition, et de confirmer l'importance des conditions personnelles, interpersonnelles, environnementales et organisationnelles dans le contexte oncologique.

## DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Références

1. Cirillo P, Feller A, Hošek M, Kuehni C, Lorez M, Michalopoulou E, et al. Le cancer en Suisse, rapport 2021 - État des lieux et évolutions. 2021.
2. Moss JG, Wu O, Bodenham AR, Agarwal R, Menne TF, Jones BL, et al. Central venous access devices for the delivery of systemic anticancer therapy (CAVA): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2021 Jul;398(10298):403-15.
3. Ryan C, Hesselgreaves H, Wu O, Moss J, Paul J, Dixon-Hughes J, et al. Patient acceptability of three different central venous access devices for the delivery of systemic anticancer therapy: a qualitative study. *BMJ Open*. 2019 Jul;9(7):e026077.
4. Aiello Bowles EJ, Tuzzio L, Wiese CJ, Kirlin B, Greene SM, Clauser SB, et al. Understanding high-quality cancer care: a summary of expert perspectives. *Cancer*. 2008 Feb;112(4):934-42.
5. Bortolussi R, Zotti P, Matovic M, Morabito A, Bertuzzi C, Caserta M, et al. A phase II study on the efficacy and safety of procedural analgesia with fentanyl buccal tablet in cancer patients for the placement of indwelling central venous access systems. *Support Care Cancer*. 2016 Apr;24(4):1537-43.
6. Wagner EH, Aiello Bowles EJ, Greene SM, Tuzzio L, Wiese CJ, Kirlin B, et al. The quality of cancer patient experience: perspectives of patients, family members, providers and experts. *Qual Saf Health Care*. 2010 Dec;19(6):484-9.
7. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008 Sep;337:a1655.
8. Ruzsniowski M. Les mécanismes de défense. Dans: Jacquemin M. *Manuel de soins palliatifs*. 4e éd. Paris: Dunod; 2014. p. 543-51. (Guides Santé Social).
9. Dallaire C. *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal, Québec: Gaëtan Morin; 2008.
10. Goossens E, Goossens GA, Stas M, Janssens C, Jérôme M, Moons P. Sensory perceptions of patients with cancer undergoing surgical insertion of a totally implantable venous access device: a qualitative, exploratory study. *Oncol Nurs Forum*. 2011 Jan;38(1):E20-26.
11. Piredda M, Biagioli V, Giannarelli D, Incletoli D, Grieco F, Carassiti M, et al. Improving cancer patients' knowledge about totally implantable access port: a randomized controlled trial. *CJON*. 2016 Feb;24(2):833-41.
12. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000 Sep;23(1):12-28.

13. Chao YH, Wang SY, Sheu SJ. Integrative review of breast cancer survivors' transition experience and transitional care: dialog with transition theory perspectives. *Breast Cancer*. 2020 Sep;27(5):810-8.
14. Hébert M, Gallagher F, St-Cyr Tribble D. Not feeling sick from breast cancer: a framework on health status perceptions transition process. *Eur J Oncol Nurs*. 2016 Jun;22:85-94.
15. Brant J, Blaseg K, Aders K, Oliver D, Gray E, Dudley W. Navigating the transition from cancer care to primary care: assistance of a survivorship care plan. *Oncol Nurs Forum*. 2016 Nov;43(6):710-9.
16. Miles MB, Huberman AM. Analyse des données qualitatives. 2e éd. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2017.
17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008 Apr;62(1):107-15.
18. Da Rocha G, Roos P, Shaha M. Le sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face à l'annonce d'un cancer. *Revue Internationale de Soins Palliatifs*. 2014 Jul;29(2):49-53.
19. Hibbard JH, Mahoney E, Sonet E. Does patient activation level affect the cancer patient journey? *Patient Educ Couns*. 2017 Jul;100(7):1276-9.
20. Paulhan I, Bourgeois M. Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité. Paris: Presses Universitaires de France; 1995. (Psychiatrie ouverte Nodules).
21. Stanton AL, Wiley JF, Krull JL, Crespi CM, Weihs KL. Cancer-related coping processes as predictors of depressive symptoms, trajectories, and episodes. *J Consult Clin Psychol*. 2018 Oct;86(10):820-30.
22. Chang DH, Hiss S, Herich L, Becker I, Mammadov K, Franke M, et al. Implantation of venous access devices under local anesthesia: patients' satisfaction with oral lorazepam. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:943-9.
23. Seifert S, Taxbro K, Hammarskjöld F. Patient-controlled sedation in port implantation (PACSPI 1) – A feasibility trial. *BJA Open*. 2022 Sep;3:100026.
24. Trujillo-Rodríguez D, Faymonville ME, Vanhauzenhuysse A, Demertzi A. Hypnosis for cingulate-mediated analgesia and disease treatment. *Handb Clin Neurol*. 2019;166:327-39.
25. Nagel SN, Teichgräber UK, Kausche S, Lehmann A. Satisfaction and quality of life: a survey-based assessment in patients with a totally implantable venous port system. *Eur J Cancer Care*. 2012 Mar;21(2):197-204.
26. Goossens GA, Vrebos M, Stas M, De Wever I, Frederickx L. Central vascular access devices in oncology and hematology considered from a different point of view: how do patients experience their vascular access ports? *J Infus Nurs*. 2005 Feb;28(1):61-7.
27. Griffin T, Abraham M. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2006 Sep;20(3):243-9; quiz 250-1.
28. Kriegel I, Wintz L, Dupont C, Nicodème M, Fromantin I. Gestion des risques des dispositifs intraveineux de longue durée. *Soins*. 2016 Nov;(810):14-21.
29. Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns*. 2005 Jun;57(3):250-61.
30. Walker JA. Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *Br J Nurs*. 2002 May;11(8):567-75.
31. Kessels RP. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med*. 2003 May;96(5):219-22.
32. Koutsopoulou S, Papatthanassoglou ED, Katapodi MC, Patiraki EI. A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. *J Clin Nurs*. 2010 Mar;19(5-6):749-65.