

Soutenir la transition chez une personne amputé suite à un ulcère du pied diabétique

Travail de Bachelor

Cunha Dos Santos Kelly N° matricule 18544056

Jamus Sonia N° matricule 18545525

Martin Sanjurjo Sara N° matricule 18545673

Directeur-trice : BOBBINK Paul – Maître d'enseignement HES- MScSI
Membre du jury externe : COFFRE Stéphane - DAS Expertise en soins de
plaies

Genève, 27 août 2021

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 27 Août 2021

Kelly Cunha Dos Santos

Sonia Jamus

Sara Martin Sanjurjo

Handwritten signatures of the three authors: Kelly Cunha Dos Santos, Sonia Jamus, and Sara Martin Sanjurjo. The signature of Kelly Cunha Dos Santos is at the top right, Sonia Jamus is in the middle, and Sara Martin Sanjurjo is at the bottom.

REMERCIEMENTS

Nous adressons, tout d'abord, nos remerciements à notre directeur de Bachelor, Monsieur Paul Bobbink qui a encadré cette revue de littérature avec bienveillance et attention. Son accompagnement et sa disponibilité nous ont permis d'effectuer la rédaction et la construction de notre revue de littérature avec confiance. Ses précieux conseils et encouragements nous ont permis une progression positive tout au long de ce travail de Bachelor.

Nous remercions Monsieur Coffre Stéphane pour l'intérêt qu'il a montré pour notre travail ainsi que pour sa contribution en tant qu'expert de terrain et du jury de la soutenance.

Enfin nous remercions tout particulièrement Monsieur Martins Figueira Alexandre et Constenla José-Antonio pour le temps qu'ils nous ont dédié en relisant ce travail.

Sans oublier nos familles et nos proches, que nous remercions pour leur soutien et accompagnement tout au long de l'élaboration de cette revue de littérature, mais également durant toute cette année.

RÉSUMÉ

Problématique

L'amputation consécutive aux complications d'un ulcère du pied diabétique est une problématique fréquente et en augmentation. Celle-ci provoque des changements qui déclenchent un processus de transition impactant la qualité de vie sur le plan physique, psychologique, social et économique. Le cadre théorique utilisé pour aborder ce sujet est celui de la transition de Meleis.

Objectifs

L'objectif de ce travail est de décrire l'influence d'une amputation du pied consécutive à un ulcère du pied diabétique sur la qualité de vie du patient ainsi que son expérience.

Méthode

Les bases de données Pubmed, PsycINFO et CINAHL ont été consultées avec les mots-clés « post amputation », « diabetic foot » et « quality of life ». Plusieurs équations de recherche ont été élaborées et ont permis d'identifier 9 articles.

Résultats/Discussion

Parmi les neuf études sélectionnées, trois articles qualitatifs mettent en évidence l'expérience vécue des personnes amputées et l'impact sur leur qualité de vie. Les six articles quantitatifs mettent en exergue l'influence sur les indicateurs sur la qualité de vie. Ces différents facteurs influencent le bon processus de la transition tels que l'anxiété, la dépression et le stress traumatique fluctuant dans le temps. Alors qu'un accompagnement adapté et bon soutien social semble faciliter la transition.

Conclusion

La bonne compréhension du vécu du patient permet de mieux intégrer les besoins de la personne amputée, ainsi que de mettre en place un suivi adapté et un bon soutien social dans le but de soutenir la transition.

Mots-clés : Ulcère du pied diabétique, post amputation, transition, expérience vécue, qualité de vie.

Keywords : Diabetic ulcer foot, post-amputation, transition cares, lived experience, quality of life.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AL	Adjustement to the Limitations
ALD	Une affection longue durée
AVQ	Activité de la vie quotidienne
BI	Barthel Index
BIDQ	Body image disturbance questionnaire
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative studies
CI	Intervalle de confiance
CINAHL	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DFU	Diabetic Foot Ulcer
FID	Fédération internationale du diabète
GA	General Adjustement
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HADS-A	Anxiety Scales
HADS-D	Depression Scales
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
HeTOP	Health Termonology/Ontologie Portal
HRQoL	Helth-Related quality of Life
HUG	Hôpitaux universitaire de Genève
IES-R	Révised Impact of Event Scale
IMC	Indice de masse corporelle
LAmal	Loi fédérale sur l'assurance-malade
LISSA	Littérature Scientifique en Santé
LLA	Lower Limb Amputation
MCS	Mental Component Score
MeSH	Medical Subject Headlings
MNT	Maladie Non Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCC	Population concept et contexte
PCS	Physical component Score
PICO	Population intervention comparaison et outcome
PTSD	Post traumatic Stress Disorder
QDV	Qualité de vie
QoL	Quality of life
QVLS	Qualité de vie liée à la santé
SA	Social Adjustement
SF-36	Short Form Health Survey
SSSS	Satisfaction with Social Support Scale
STROBE	Strengthening the reporting of observational
TAPES R	Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scale Revised
TAPES	Trinity amputation and Prosthesis Experience scale
T2DM	Diabète de type 2
WHOQOL_BREF	World Health Organization Quality of life Brief
WOC	Ways of Coping Questionnaire
WOC-E	Emotion-focused
WOC-P	Problem-focused

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : PICOT	23
Tableau 2 : Termes utilisés pour la recherche d'article	23
Tableau 3 : Des bases de données	25
Tableau 4 : Instruments de mesure	29
Tableau 5 : A path of perpetual resilience : Exploring the experience of a diabetes-related amputation through grounded theory	30
Tableau 6 : When a Diabetic Foot Ulcer Results in Amputation : A Qualitative Study of the Lived Experience of 15 Patients	32
Tableau 7 : An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being	34
Tableau 8 : Traumatic stress symptoms following a lower limb amputation in diabetic patients : a longitudinal study	36
Tableau 9 : Quality of Life Following a Lower Limb Amputation in Diabetic Patients : A Longitudinal and Multicenter Study	38
Tableau 10 : Quality of Life in Portuguese Patients with Diabetic Foot Ulcer Before and After an Amputation Surgery	40
Tableau 11 : The psychosocial impact associated with diabetes-related amputation ..	42
Tableau 12 : A predictive model of anxiety and depression symptoms after a lower limb amputation	43
Tableau 13 : Psychosocial Adjustment to a Lower Limb Amputation Ten Months After Surgery	45
Tableau 14 : Thèmes par articles	47

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux décrivant la sélection des articles	26
Figure 2 : Niveau d'amputation	81
Figure 3 : schéma de Meleis	82

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations.....	v
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vi
Table des matières.....	7
Introduction	9
1. Problématique	10
1.1. Diabète	10
1.2. L'ulcère du pied diabétique	11
1.3. L'amputation du pied diabétique.....	13
1.4. Conséquences de l'amputation du pied diabétique sur la personne et sa vie familiale, sociale et professionnelle	14
1.5. Impact du COVID	16
2. État des connaissances.....	17
2.1. Prévention & Recommandations de prise en soin de l'ulcère du pied diabétique.....	17
3. Modèle théorique de la transition selon Meleis	20
3.1. Modèle théorique retenu	20
3.2. Ancrage disciplinaire	20
3.3. Métaconcepts.....	21
3.3.1. La personne	21
3.3.2. Le soin	21
3.3.3. La santé	22
3.3.4. L'environnement	22
Question de recherche finale.....	22
4. Méthode	23
4.1. Construction des équations de recherche	24
4.2. Critère d'inclusion et d'exclusion	25
4.3. Diagramme de flux	26
5. Résultats	27
5.1. Tableau comparatif	28
5.2. Résultats par thèmes	47
5.2.1. Le pré-conditionnement.....	47
5.2.2. Dépression.....	49
5.2.3. Anxiété.....	51
5.2.4. Stress traumatique.....	52
5.2.5. Soutien social.....	53
5.2.6. Stratégie d'adaptation	56
5.2.7. Le niveau de fonctionnalité (mobilité du membre)	57
5.2.8. Qualité de vie (physique et mental)	59
5.2.9. Cout financier.....	61
6. Discussion	62
6.1. Nature de la transition	62
6.2. Propriétés.....	63
6.2.1. Prise de conscience	63
6.2.2. Niveau d'engagement	64
6.2.3. Changement et différence	64
6.2.4. Espace dans le temps.....	65
6.2.5. Points critiques et événements.....	66

6.3.	Condition de transition : facilitantes et entravantes.....	67
6.3.1.	Personnelles	67
6.3.2.	Sociétal et communautaire.....	70
7.	Conclusion.....	71
7.1.	Recommandations	71
7.1.1.	Clinique.....	71
7.1.2.	Recherche.....	72
7.1.3.	Enseignement.....	72
7.2.	Apports et limites du travail	74
8.	Références.....	75
9.	Annexes	80
9.1.	Annexe outil de dépistage d'Inlow	80
9.2.	Annexe : Figure 2.....	81
9.3.	Annexe : Figure 3.....	82
9.4.	Grille d'analyse COREQ N°1.....	83
9.5.	Grille d'analyse COREQ N°2.....	88
9.6.	Grille d'analyse COREQ N°3.....	93
9.7.	Grille d'analyse STROBE N°1	98
9.8.	Grille d'analyse STROBE N°2	103
9.9.	Grille d'analyse STROBE N°3	108
9.10.	Grille d'analyse STROBE N°4.....	114
9.11.	Grille d'analyse STROBE N°5.....	119
9.12.	Grille d'analyse STROBE N°6.....	125

INTRODUCTION

Le diabète est une pathologie dont la prévalence est en constante augmentation, et par conséquent, les complications qui s'en suivent risquent d'augmenter. Durant notre formation, nous avons eu l'opportunité de travailler dans différentes unités, dans lesquelles il y avait des patients amputés à la suite d'un ulcère du pied diabétique. Toutes les trois, nous avons pu constater qu'avant l'amputation, le patient n'était pas suffisamment préparé aux événements qui allaient suivre et n'avait pas, ou peu, de suivi et/ou d'explications. Nous avons été surprises par l'absence de réponse des infirmiers-ères questionnés à propos du suivi d'un patient diabétique.

De ce fait, nous avons décidé d'explorer cette thématique peu abordée, afin de pouvoir mieux comprendre le vécu d'une personne amputée, l'impact sur leur vie et les interventions mises en place dans le but de les accompagner dans une transition saine.

L'infirmier-ère possède un rôle de soutien afin d'aider les personnes amputées dans leur transition. Dans ce contexte, ce travail porte sur l'expérience de vivre une amputation, les conséquences sur la qualité de vie et le rôle que peut jouer l'infirmier-ère pour faciliter une transition saine. Le modèle théorique de Meleis guidera la discussion et les recommandations pour la pratique.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1. Diabète

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) représentent un enjeu pour la société, car celles-ci nécessitent, dans la majorité des cas, une prise en charge médicale qui peut durer de nombreuses années. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2011), en 2008, 57 millions de décès ont été répertoriés concernant toutes maladies confondues, dont 1,5 millions reliés au diabète. Le nombre de personnes souffrant de cette maladie, influencé par l'augmentation de l'obésité et du surpoids dans la population (OMS, 2016), est de 442 millions dans le monde. Le diabète est un problème de santé publique majeur, dont la prévalence mondiale est appelée à augmenter dans les années à venir (OMS, 2016).

Selon la Fédération Internationale du Diabète [FID] (2017), d'ici 2045 et seulement pour l'Europe, le nombre d'adultes atteints de diabète va passer de 36 millions à 66,7 millions. Pour la Suisse, environ 500'000 personnes sont atteintes de diabète dont près de 40'000 personnes souffrent d'un diabète de type 1 (Diabète Suisse, s.d.).

De plus, cette pathologie a des conséquences négatives pour le système de santé suisse. Les consultations sont plus fréquentes pour les personnes atteintes de diabète (Jeanrenaud & Dreyer, 2012). Selon l'enquête Suisse sur la santé en 2007, les personnes diabétiques réalisent en moyenne 7,8 visites chez un médecin par année, contre 5 pour les personnes non-diabétiques. Dans le canton de Vaud, le coût élevé en lien avec le diabète est estimé à 3,5 % des dépenses pour les soins hospitaliers, soit 28,6 millions dont environ 60 % sont dues aux complications (Jeanrenaud & Dreyer, 2012). Ses complications entraînent un surcoût hospitalier qui peut atteindre 33,5 millions (Jeanrenaud & Dreyer, 2012). De même, il y a plus de 1600 cas d'hospitalisation dus à des complications du diabète sur un total de 3870 causés par le diabète en général.

Le diabète est défini comme une maladie chronique du métabolisme des glucides (OMS, 2021). Cette pathologie apparaît quand le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou lorsque l'organisme ne parvient plus à utiliser efficacement l'insuline produite. Cette mauvaise gestion de l'insuline provoque une hyperglycémie, ce qui, à long terme, peut entraîner des lésions aux niveaux des nerfs et des vaisseaux périphériques (OMS, 2021).

Le diabète de type 1 et le diabète de type 2 sont les principaux types de diabète. Le diabète de type 1 apparaît lorsque le pancréas ne fonctionne pas assez bien pour produire de l'insuline (OMS, 2021). C'est une maladie auto-immune, qui se déclare souvent chez les enfants. C'est pourquoi, elle est nommée diabète juvénile ou diabète insulino-dépendant (OMS, 2021). Quant au diabète de type 2, également nommé diabète adulte ou diabète non-insulino-dépendant (OMS, 2021), il se caractérise par le fait que l'organisme est dans l'incapacité d'utiliser l'insuline produite. Ce type de diabète résulte de l'augmentation de l'obésité et du surpoids dans la population. La conséquence d'un diabète mal traité, qu'il soit de type 1 ou 2, est un taux élevé de glucose, c'est-à-dire, de l'hyperglycémie (OMS, 2021).

La part de personnes souffrant du diabète de type 2 constitue 90 à 95% des diagnostiqués (Hôpitaux universitaires Genève [HUG], 2017). Pourtant, le diabète de type 2 est moins bien diagnostiqué. Autrement dit, c'est un « diabète silencieux » (OMS, 2016). Cela signifie que lorsque la maladie est diagnostiquée, les complications sont déjà présentes. De même, une personne diabétique peut avoir des complications psychologiques telles que la dépression, l'anxiété et la fatigue nerveuse et des complications physiques (Fédération Française des Diabétiques, s.d.). D'après Diabète Québec (2019), ces dernières sont ; la neuropathie, la rétinopathie, l'artériosclérose, la néphropathie, l'apnée du sommeil, la capsulite, le dysfonctionnement érectile et la parodontite. Celles-ci apparaissent lorsqu'il y a un déséquilibre glycémique chronique non-traité. Une perte de la vascularisation et de la sensibilité augmente la probabilité d'engendrer un ulcère du pied diabétique, complication qui sera développée dans la suite du travail (OMS, 2020).

1.2. L'ulcère du pied diabétique

L'ulcère du pied diabétique est une complication majeure du diabète de type 2, qui touche un quart des personnes diabétiques. En Suisse, le nombre d'hospitalisations annuelles a augmenté de 112 % entre 2003 et 2008 (Malacarne et al. 2016).

D'après St-Cyr & Martineau (2017), l'ulcère du pied diabétique est une lésion qui résulte de la combinaison de diverses répercussions d'anomalies neurologiques et vasculaires, et une diminution de la résistance à l'infection.

La neuropathie est une maladie du nerf qui est le résultat de plusieurs phénomènes. Premièrement, l'artériopathie engendre une mauvaise vascularisation des nerfs, car il ne reçoit pas assez d'oxygène pour fonctionner correctement, provoquant ainsi la mort de ceux-ci (Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], 2019). Deuxièmement, les lésions des vaisseaux engendrées par l'hyperglycémie, provoquent la libération d'éléments nocifs pour les nerfs. De plus, une mauvaise vascularisation entraînant une ischémie provoque une perte de sensibilité, surtout au niveau des membres inférieurs (CHUV, 2019).

Cette neuropathie est l'un des points essentiels des lésions du pied diabétique qui entraîne une perte d'alerte douloureuse, une déformation du pied, une hyperpression et de la sécheresse cutanée (Malgrange, 2008). Il existe trois types de neuropathies tels que sensitive, motrice et végétatif (St-Cyr & Martineau 2017). Lors de la neuropathie sensitive, les nerfs endommagés vont provoquer de fortes douleurs décrites comme une sensation de brûlure, de fourmillement et de picotement (St-Cyr & Martineau 2017). La neuropathie motrice est responsable d'une diminution de la mobilité articulaire, d'une faiblesse et d'une atrophie des muscles du pied (St-Cyr & Martineau 2017). Puis, lors de la neuropathie végétative, il y a une diminution ou une absence de sudation qui provoque le développement des callosités et des fissures (St-Cyr & Martineau 2017).

L'artériopathie est le résultat d'un dépôt de graisse ou de plaque sur la paroi interne des artères qui va provoquer un durcissement, un rétrécissement ou un blocage de ces dernières (Vascular disease foundation, 2012). Ceci va amener à une mauvaise vascularisation périphérique et entraîner une ischémie provoquant la mort des cellules. L'artériopathie survient précocement et sévèrement chez les patients diabétiques. De plus, elle évolue plus rapidement chez cette population. Celle-ci entraîne un retard dans la cicatrisation et dans l'évolution qui peut amener à une nécrose ou à la gangrène, toutes deux traitées par une amputation (Vascular disease foundation, 2012). Les conséquences décrites font du pied une partie du corps à risque d'ulcère et de complication en lien avec l'hyperpression au sol, l'atmosphère confinée, la zone à risque de macération et la fragilité cutanée (Malgrange, 2008).

À la lumière de la littérature théorique et empirique, il apparaît en effet que l'ulcère du pied diabétique est une complication récurrente chez les personnes souffrant de diabète. D'après Orioli & al. (2017), dans 20 % des cas, l'ulcère du pied complique l'évolution du diabète. À noter cependant que tous les patients diabétiques n'auront pas des pieds « à risque ». Il n'en reste pas moins qu'un déséquilibre glycémique chronique augmente la probabilité de présenter un pied à risque.

C'est la raison pour laquelle les patients souffrant d'un diabète de type 2 sont déjà considérés comme étant à risque, du fait de leur pathologie dite, silencieuse, et des complications qui sont découvertes tardivement. Le pied à risque est d'abord et avant tout un pied neuropathique dont les mécanismes de défenses sont absents (Orioli & al, 2017). De plus, si ces ulcères ne sont pas pris en charge correctement, ils peuvent devenir à risque et s'infecter. Dans le pire des cas, lorsque l'infection est trop importante, une amputation peut être envisagée (Nicodème & al., 2015).

1.3. L'amputation du pied diabétique

Une complication redoutée de l'ulcère du pied diabétique est l'amputation, survenant généralement en raison d'ulcères infectés ne guérissant pas (Nicodème & al, 2015). Entre 2003 et 2008, le nombre annuel d'hospitalisation pour une amputation causée par le diabète a augmenté de 26 % (Malacarne et al. 2016). D'après Zingg et al. (2014), une amputation du membre inférieur est généralement indiquée à la suite d'une insuffisance artérielle (92 % des cas) et parmi celles-ci plus de 50 % sont dues au diabète.

Les principales indications pour une amputation sont : une nécrose surinfectée, des douleurs incontrôlables, des infections engageant le pronostic vital et la présence d'un ou plusieurs ulcères avec une guérison insuffisante suite à un traumatisme (Zingg & al., 2014).

L'amputation peut se faire à plusieurs niveaux, comme en dessous ou au-dessus du genou. Zingg et al. (2014) ont montré que, dans le cas d'une amputation au-dessous du genou, 60% des patients amputés parviennent à se mobiliser par la suite. En revanche, lorsque l'amputation se fait au-dessus du genou, c'est seulement 20 % des patients qui atteignent une mobilisation adéquate (Zingg & al, 2014).

L'amputation peut avoir lieu à différents niveaux tels que le haut du fémur, tibiale et trans-métatarsienne (Association de Défense et d'Étude des Personnes Amputées [ADEPA].s.d). L'annexe 9.2 propose plus d'informations à ce sujet.

Le niveau d'amputation a pour but d'augmenter les chances de guérison et la fonctionnalité du membre, même si la cicatrisation peut être lente (Zingg & al, 2014). D'après les HUG (s.d), les critères retenus sont : la qualité de perfusion artérielle, la sévérité de l'infection, l'importance de la nécrose des tissus, l'autonomie avant l'amputation ou la capacité après, avec une prothèse. Pour Zingg et al. (2014), « le taux d'incidences des amputations des trans-métatarsiennes et proximales est d'environ 10 par 100 000 personnes-année » (p.2409).

Malgré la prévention et un suivi rigoureux des plaies, le nombre d'amputation va croître en raison du vieillissement de la population et de la prévalence du diabète et ainsi, va engendrer de nombreuses complications sur différents plans (Zingg et al. 2014).

1.4. Conséquences de l'amputation du pied diabétique sur la personne et sa vie familiale, sociale et professionnelle

D'après Luza & al. (2019) l'amputation du pied diabétique entraîne des répercussions sur le patient, tant au niveau de sa santé physique que de sa santé psychologique. En effet, d'un point de vue physique, le patient amputé peut ressentir des douleurs telles que les douleurs fantômes ou des douleurs au niveau du moignon (Zingg & al, 2014). Les douleurs fantômes sont des sensations indolores du membre amputé. Elles font croire au patient que son membre est encore présent. Plus de 90 % des patients amputés présentent ce type de douleurs (Zingg & al, 2014). Les douleurs de moignon constituent l'un des principaux facteurs contribuant à diminuer la qualité de vie des patients. Le plus souvent, ces dernières sont associées à des signes d'irritation cutanée à cause d'une mauvaise adaptation de la prothèse (Zingg & al, 2014).

L'amputation du pied diabétique peut également entraîner des répercussions psychologiques telles qu'une perception négative de l'image de soi, de son identité et de son schéma corporel (Panyi & al, 2015). En effet, il peut être difficile, dans les premiers temps suivant l'amputation, de se reconnaître alors qu'un membre important de son corps a disparu pour toujours. Il faudra que la personne amputée se recrée une image d'elle-même, grâce à une prothèse (Panyi & al, 2015). De plus, des pensées anxieuses sur l'avenir en lien avec la capacité de faire face aux situations, ou encore la capacité d'avoir les compétences nécessaires, sont des sujets rapportés fréquemment lors des questionnements. La dépression ou les symptômes dépressifs peuvent également survenir lors du processus de rétablissement et de réadaptation. L'incidence de dépression après une amputation d'un membre est d'environ 30% (Panyi & al, 2015).

Dans la majorité des cas, la perte d'un membre implique un processus de deuil (Garcia & al., 2019). Le deuil est un processus adaptatif que vit une personne pour apaiser la douleur ressentie suite à un décès, une perte ou transition marquante. Durant ce dernier, la personne va passer par les étapes du choc, du déni, de la colère, du marchandage, de la tristesse et de l'acceptation (Thibault et al. 2017). Celles-ci n'ont pas d'ordre prédéfini ni de durée. Tout d'abord, lorsque la personne apprend une perte, elle va passer par une phase de choc, qui se manifeste par de l'anxiété, de l'agitation, des pleurs, de l'engourdissement. (Thibault et al. 2017).

Ensuite, le déni va servir temporairement d'amortisseur jusqu'au moment où la personne se sent prête à affronter la réalité (Thibault et al. 2017). Puis, la colère émerge lorsque l'individu ressent un vide douloureux causé par une perte. Elle se manifeste par des pensées ou des réactions dirigées contre leurs proches. N'étant pas contrôlée, cette émotion peut se transformer en amertume (Thibault et al. 2017).

Le marchandage se produit lorsque la personne voudrait un retour en arrière afin d'éviter cette perte et se manifeste par des pensées et ou des prières dirigées vers une instance supérieure (Thibault et al. 2017). La grande tristesse est une étape qui a besoin d'être vécue et exprimée. Cette émotion peut engendrer de la peur d'avoir de la difficulté à avancer dans la vie avec toute cette peine. Finalement, l'acceptation est la dernière étape du deuil. Cela montre que la personne a réussi à surmonter ce processus (Thibault et al. 2017).

Les liens sociaux sont affectés quant à eux de différentes manières. En effet, les personnes amputées doivent s'habituer à la sensation d'altérité causée par le changement de leur corps, ainsi qu'à un plus grand degré de vulnérabilité, ce qui peut entraîner un retrait des situations sociales et des activités quotidiennes (Panyi & al, 2015). Chez les personnes amputées, le soutien social est crucial pour s'adapter à la nouvelle situation de vie. Les expériences de préjugés conduisent à des sentiments de honte et de stigmatisation, qui peuvent même conduire à un isolement social complet (Panyi & al, 2015).

Sur le plan interpersonnel, et plus particulièrement au niveau du couple, l'amputation peut avoir un effet négatif sur la sexualité (Woods & al, 2018). En effet, des niveaux plus élevés de conscience de soi, de l'image corporelle, ont été observés chez des patients sexuellement actifs ayant subi une amputation. Cela étant causé par l'attention négativement focalisée sur soi venant de la personne elle-même et certaines fois du partenaire (Woods & al, 2018).

En ce qui concerne l'activité professionnelle, suite à l'amputation, le patient peut se sentir différent, et va donc s'isoler, se mettre à l'écart de la société (Washington & al, 2016). Cela peut entraîner l'arrêt des activités professionnelles qu'il effectuait auparavant et le mener vers une dépression. De plus, les personnes qui subissent une amputation se révèlent avoir moins de possibilités d'emploi et beaucoup éprouvent des difficultés à reprendre leur emploi actuel, surtout s'il s'agit d'un travail physiquement exigeant (Washington & al, 2016). C'est pourquoi, certaines personnes doivent faire une reconversion professionnelle étant donné que leur profession n'est plus adaptée.

De même, sur le plan socio-économique, l'amputation du pied diabétique peut perturber certains aspects de la vie du patient tels que les activités quotidiennes, les loisirs ou les liens sociaux et familiaux. Le quotidien doit être réapproprié, les mêmes tâches qu'avant, doivent être effectuées, mais avec un membre en moins (Washington & al, 2016).

Pour retrouver une certaine autonomie, la personne amputée devra mettre en place des stratégies d'adaptation. S'agissant des loisirs, il sera au début difficile pour le patient amputé d'accepter qu'il ne puisse plus les exercer comme avant. Le loisir devra être adapté au handicap, par exemple : association de sport handicap ou le basketball en chaise roulante.

Pour finir, après toutes ses conséquences de l'amputation, le risque d'une réamputation est fréquent. Il faut savoir que plus d'un tiers (32,3 %) des patients ont été hospitalisé dû à un ulcère ou une amputation en 2005 et ont eu précédemment une problématique similaire à celle de l'année d'avant (Malacarne et al, 2016). De plus, ces personnes sont plus à risque d'une réhospitalisation dans la troisième année qui suit (38% à un an, 28,9% à deux ans et 19,1 à trois ans) (Malacarne et al, 2016). Pour finir, le taux de mortalité dans les années qui suivent l'amputation est alarmant. D'après Thorud et al., (2016), le taux de mortalité après 5 ans était augmenté de 53 % à 100% chez les personnes amputées (majeure ou mineure). De plus, pour les patients avec une amputation majeure, les chiffres allaient de 52% à 80% En revanche pour ceux au-dessus du genou, ils étaient de 40 à 90% (Thorud et al, 2016).

1.5. Impact du COVID

D'après Casciato et al. (2020), l'effet de la pandémie du COVID-19 a eu des répercussions négatives sur le système de santé et sur les patients. En ce qui concerne le diabète, au début de la pandémie, il y a eu une baisse des hospitalisations suivie d'une augmentation concernant des infections des membres inférieurs (Casiato et al. 2020). De même, l'augmentation de la gravité des infections s'explique par les conséquences indirectes de la pandémie qui se répercute sur le patient à risque d'amputation. Ces dernières viennent d'une négligence des soins et d'un manque de suivi causés par la peur du virus ou par l'indisponibilité de certains médecins généralistes (Casiato et al. 2020). De plus, lors de la pandémie, le risque de subir une amputation pour un patient atteint d'un ulcère du pied diabétique a augmenté de 10,8 fois, le risque d'une amputation majeure de 3,1 fois (Casiato et al, 2020). Casiato et al. (2020) décrivent également une hausse de la gravité des infections ce qui amène à davantage d'amputations.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1. Prévention & Recommandations de prise en soin de l'ulcère du pied diabétique

Besse et al. (2011), démontrent que la prévention est un pilier principal pour prévenir les ulcères du pied diabétique et ses complications, dont l'amputation. De ce fait, elle permet également de diminuer la fréquence de l'ulcère et les surcoûts en lien avec les complications. Elle se base sur différentes mesures telles qu'une glycémie dans la norme, éviter les facteurs de risques cardiovasculaires comme le tabac, diminuer son poids, contrôler la tension artérielle et la diminution d'alcool en cas de consommation (St-Cyr & Martineau, 2017). Il y a plusieurs types de prévention. Pour cette situation, celle dite primaire, consiste à dépister les patients diabétiques à risque d'ulcère. Pour cela, les patients passent un examen systémique du pied au minimum une fois par an à la recherche de neuropathie, déformations du pied et problèmes de sensibilisation. La prévention secondaire se focalise sur les patients qui sont exposés à un ulcère. Dans ce cas, ce qui est important est l'éducation thérapeutique, le dépistage systématique et un suivi par les professionnels de la santé (Besse et al, 2011).

Il existe plusieurs outils de dépistage dans le but de prévenir l'ulcère du pied diabétique :

- **L'outil de dépistage d'Inlow** permet de dépister chez les personnes diabétiques un ulcère ou des facteurs de risque de plaies ou des complications, tout ceci en 60 secondes (St-Cyr & Martineau, 2017). (Voir annexe 9.1)
- **Les mono filaments de Semmens-Weinstein** est un outil rapide, peu coûteux et accessible à tous pour investiguer la sensibilisation liée à la pression. Cela consiste à appliquer une pression sur la peau du patient au niveau du pied grâce à un mono filament en nylon avec une courbe de 5,07 qui est équivalent à un niveau de sensation nécessaire pour éviter les ulcérations du pied. (Besse et al., 2011).
- **Le diapason** est un examen qui investigue la sensibilité du pied à la vibration. La perte de perception à la vibration est un indicateur fiable et d'après l'article, ils suggèrent que cela se manifeste avant la perte de la sensation du pied (St-Cyr & Martineau, 2017).

- **Le teste de proprioception** consiste à évaluer si la personne peut identifier la position spatiale de son gros orteil en relation avec son environnement (vers le haut, vers le bas, en direction médiane et latérale) sans la vision. Si la personne à des difficultés cela signifie que sa proprioception est atteinte (St-Cyr & Martineau, 2017).
- **La pression artérielle segmentée**, apporte des indicateurs sur la qualité de la pression artérielle. Une différence de 30mmHg ou plus entre deux parties adjacentes du même membre peut mettre en évidence une occlusion artérielle dans cette partie. Une différence de 20 à 30mmHg entre deux parties peut mettre en évidence une sténose (St-Cyr & Martineau, 2017).

Un outil essentiel pour les soignants et les patients est **l'inspection minutieuse de la peau des pieds**. Les points à observer sont : la sécheresse cutanée et la présence de craquelures ou de fissures qui peuvent s'infecter (St-Cyr & Martineau, 2017). S'il y a une présence de callosités, il est nécessaire d'observer son épaisseur et sa localisation. De plus, lors de l'inspection, la surveillance de la peau interdigitale est importante afin de vérifier s'il y a la présence de macération ou d'une mycose. Pour finir, il faut examiner s'il y a des phlyctènes ou des lésions. Le patient peut le faire avec un miroir (St-Cyr & Martineau, 2017).

L'éducation thérapeutique est un élément essentiel pour la prévention et elle doit être adaptée selon le patient, ses complications et son soutien social. Ce point n'est pas que pour le patient, mais également pour ses proches. Elle se compose de différents aspects tels que : l'auto-inspection quotidienne des pieds comme vu précédemment, les soins par un podologue, le port permanent de chaussures adaptées et la favorisation de la marche avec les pieds nus, le port de chaussette et de bas en fibres naturelles et sans couture, éviter le surélévèrent des pieds lors du repos, apprendre à reconnaître une lésion avant son apparition pour prendre rendez-vous à temps (Besse et al., 2011). Un des points importants est le soin des pieds qui consiste à non seulement examiner ses pieds, mais également à bien les laver quotidiennement et l'application de crème (St-Cyr & Martineau, 2017).

Ils existent également **des équipements** qui ont pour but de prévenir un ulcère ou d'éviter une récurrence telle que les chaussures de décharge, la botte plâtrée, chaussages différents (orthèses plantaire, orthoplasties), des chaussures adaptées à la morphologie, des chaussures semi-thérapeutiques ou des chaussures sur-mesure qui sont dites orthopédiques (Besse et al, 2011).

Lorsque la plaie est présente, il est indispensable faire un examen clinique de la peau et d'évaluer la cause de la plaie. Ensuite, pour tout type de plaie, il est nécessaire de nettoyer et de faire en sorte que la plaie reste à un niveau d'humidité favorable à la cicatrisation. Puis, s'il y a une infection, il faut administrer un antifongique ou un antibactérien au niveau local. Cependant, chaque plaie à son propre protocole en fonction du stade d'évolution de la plaie et de la causalité (HUG, 2012).

3. MODÈLE THÉORIQUE DE LA TRANSITION SELON MELEIS

3.1. Modèle théorique retenu

La théorie des transitions de Meleis décrit les transitions vécues par le patient. Elle définit la transition comme un changement d'une phase de vie, de condition ou de statut à une autre (Meleis, 2010). Les transitions se basent sur des processus et des résultats d'interaction complexes entre la personne et son environnement. Celle-ci peuvent impliquer une ou plusieurs personnes et avoir lieu dans un contexte ou une situation spécifique (Meleis, 2010, p.67). La transition se caractérise par les conséquences provoquées par le changement, la cause de ce dernier dans la vie, la santé, les relations et l'environnement (Fawcett, 2017). De plus, elle est définie comme un passage entre deux temps différents durant laquelle la personne ira vers une période de vie ou d'un statut à un autre.

Il existe différents types de transition (voir annexe 9.3) qui sont définies comme diverses circonstances qui nécessitent un processus de changement (Fawcett, 2017). Dans le cadre d'une amputation, la transition vécue par le patient et celle de la transition de santé et maladie. Celle-ci se définit par un processus de changement biopsychosocial et spirituel dû à l'annonce d'un diagnostic ou lors du développement d'une maladie chronique (Fawcett, 2017). De ce fait, l'amputation du pied diabétique engendre un processus de transitions affectant la trajectoire de vie en fonction d'une bonne ou une mauvaise adaptation.

3.2. Ancrage disciplinaire

La théorie de Meleis est une théorie intermédiaire, permettant ainsi une méthodologie de pratique, elle présentera ainsi un niveau d'abstraction faible, donc proche du concret (Alligood, 2010). Selon Pepin et al. (2017), la théorie de Meleis se situe dans le paradigme de l'interaction. Celui-ci prend en compte une évaluation multidimensionnelle du patient et de ses proches par le soignant, tout en cherchant des facteurs multiples qui interagissent. Le développement des connaissances se fera, comme dit plus haut, dans l'identification de ces facteurs et de leur interaction. L'utilisation de ce savoir a pour objectif de pouvoir être modulé dans une situation précise (Pepin et al. 2017).

Dans ce paradigme, la vision de l'infirmier-ère est de reconnaître la personne comme « un être bio-psycho-social-culturel et spiritualisé en interaction avec son environnement » (Pepin et al. 2017).

Selon nous, la théorie de Meleis se situe dans l'école de pensée de l'interaction décrite par Pepin. Selon elle, le rôle de l'infirmier-ère est d'accompagner et soutenir la personne dans la prise de conscience de ce qu'elle traverse. De ce fait, leur relation est interdépendante et en perpétuelle interaction (Pepin et al., 2017). Dans un des postulats de Meleis (Alligood, 2010), concernant « les propriétés des expériences de transition », si la personne n'a pas une prise de conscience, il sera difficile pour l'infirmier-ère de l'accompagner et la transition se verra complexifiée.

3.3. Métaconcepts

3.3.1. La personne

Meleis (2010), définit l'individu comme un processus en perpétuel mouvement et évolution. Ce processus se retrouve dans les modèles de vie fondamentaux qui sont présents chez tout être humain. La nature, les conditions, les significations ainsi que les processus de leur expérience de transition vont moduler le quotidien de la personne, son environnement et ses interactions (Meleis, 2010). Pour faire le lien avec notre sujet, la personne amputée va devoir s'adapter lors de sa transition. Durant cette dernière, il peut y avoir des remaniements dans différents aspects de la personne, tels que son rôle, son identité, ses capacités et son modèle de comportements. Pour cela, il faudra un moment de transition pour qu'elle et ses proches puissent reprendre leurs repères. De plus, ces expériences de vie vont moduler la manière dont elle va se rétablir. Les différentes significations, conditions et processus vécus par la personne vont optimiser sa réadaptation ou péjorer celle-ci. La personne est en perpétuel changement en fonction de ses expériences (Meleis, 2010).

3.3.2. Le soin

Selon Alligood (2010), le rôle des soins infirmiers consiste à faciliter les passages de transitions pour optimiser le sentiment de bien-être et la qualité de vie de la personne et de son entourage. Les infirmiers-ères sont en première ligne lorsqu'il s'agit d'accompagner les patients et leurs proches qui vivent une transition. Le personnel soignant devra mettre en place un programme en accord avec le patient pour faciliter chaque transition, en prenant en compte son environnement, ses ressources et ses besoins (Alligood, 2010).

Les infirmiers-ères veilleront en particulier à mettre en place des actions pluridisciplinaires, éducatives, etc. Lors de cette transition, une surveillance du suivi et une évaluation régulière est importante. Les évaluations se feront grâce aux indicateurs de résultat, c'est-à-dire le résultat des différentes interventions infirmières. Le but final étant d'arriver à une bonne transition, à une meilleure qualité de vie et de rétablissement (Alligood, 2010).

3.3.3. La santé

Meleis (2010), définit la santé comme constituée de transitions complexes et multidimensionnelles. Toutes les transitions sont situées dans différents moments de la vie. Il est vrai qu'une personne va vivre plusieurs transitions qui vont se succéder. Dans un premier temps, elle vivra une transition de santé et maladie, qui passera par l'annonce du diabète. Dans un deuxième temps, elle devra vivre avec la maladie. Celle-ci pourra évoluer vers une amputation dans les cas extrêmes. Ainsi, elle passera d'une personne saine à une personne qui a une maladie chronique. Elle va devoir se confronter à des remaniements dans sa vie tels que des adaptations dans sa vie quotidienne (Meleis, 2010).

3.3.4. L'environnement

Tout au long de sa vie, la personne va expérimenter des transitions, des conditions environnementales et des interactions qui peuvent la rendre vulnérable (Meleis, 2010). Tout ceci peut mener à des dommages potentiels, notamment au niveau du rétablissement qui peut devenir problématique ou prolongé, ainsi que l'adaptation qui risque d'être retardée ou malsaine. Un environnement favorable est constitué par exemple d'un bon soutien social et familial qui en général mènera à une transition post-amputation harmonieuse. Cependant, s'il est défavorable, la personne pourrait s'isoler, entrer en conflit avec ses proches et les soignants, ce qui ne facilitera pas la transition (Meleis, 2010).

Question de recherche finale

Au vu du nombre de personnes amputées de l'ulcère du pied et des conséquences liées à l'intervention, comme cités précédemment, ainsi que le cadre théorique retenue, notre question de recherche est : "Quelle est l'expérience vécue et l'influence sur les indicateurs de la qualité de vie de l'amputation consécutive à un ulcère du pied diabétique ? "

4. MÉTHODE

Cette section présente la méthode de recherche utilisée sur les bases de données pour l'élaboration de la revue de littérature. Elle présente le tableau des mots-clés, la démarche pour l'élaboration de l'équation de recherche et le processus de sélection des articles. Afin d'identifier les concepts-clés de la problématique, la méthode PCC a été utilisée pour cibler notre recherche (voir tableau 1).

Tableau 1 : PCC

Population	Personnes amputées dû à des ulcères du pied diabétique
Concept	La qualité de vie et l'état psychologique suite à une amputation
Contexte	X

Les mots-clés ont été tout d'abord traduits du français à l'anglais en utilisant HeTOP. Ce dernier proposait également les termes MeSH. La base de données Pubmed a été utilisée pour les recherches exploratoires. Toutefois, seules Pubmed et PsycINFO ont permis d'identifier des articles correspondants à la question de recherche.

Le tableau 2 présente les différents mots-clés utilisés lors des recherches dans les bases de données.

Tableau 2 : Termes utilisés pour la recherche d'article

Mots-clés	PUBMED	PSYCINFO
Amputation	Amputation	Amputation
Amputée	Amputee	Amputee
Post-amputation	Post-amputation	Post-amputation
Pied diabétique	Diabetic foot	Diabetic foot
Qualité de vie	Quality of life	Quality of life

4.1. Construction des équations de recherche

En premier lieu, les recherches ont été effectuées sur la base de données PubMed. Un tableau de mots-clés a grandement facilité l'élaboration de l'équation. Il a permis de former une équation dans laquelle le but était de trouver les neufs articles nécessaires pour notre travail de recherche. Malheureusement, aucune équation n'a permis de trouver les neuf articles. De ce fait, de nombreuses équations ciblées ont été construites et ont dû être testées comme illustré dans le tableau 3.

Tableau 3 : Equation non retenue

Base de données	Filtre	Équation non retenue	N° d'article	Articles sélectionnés
Pubmed	Ø	(((((diabetic) OR (diabetic foot)) OR (diabetic foot syndrome)) OR (diabetic foot ulcers)) AND (((amputation) OR (amputee)) OR (post amputation))) AND (((nurse) OR (nursing)) OR (care)) OR (caring)) AND (transition)	28	N=0

Cependant, lors des nombreuses tentatives de recherche, le nombre d'articles disponibles était minime ou, pour certains, parlaient de sujets n'étant pas en lien avec la problématique tels que :

- Les amputations chez les vétérans de guerre
- Les amputations traumatiques
- La reconstruction d'un membre
- Les prothèses

Par conséquent, afin d'obtenir un plus grand nombre d'articles, l'équation de recherche a dû être adaptée. Premièrement, seul un terme MeSH figure dans l'équation, car l'utilisation de plusieurs d'entre eux n'aboutissait à aucun résultat. Deuxièmement, l'équation de recherche a permis d'obtenir 172 articles dont 15 ont été retenus sur la base du titre, puis 6 ont été sélectionnées sur la base des résumés.

Ensuite, la base de données PsycINFO a été interrogée avec l'équation utilisée dans PubMed. Toutefois, aucun article n'a été sélectionné et une nouvelle équation a été créée. De cette équation, 3 articles ont été inclus sur la base du titre et résumés. Le tableau 4 présente les équations et articles retenus.

Les différentes bases de données consultées sont Pubmed, PsycINFO, LISSA et CINHALL. Dans les deux dernières citées, aucune n'a permis d'aboutir à des articles correspondant à notre question de recherche.

Tableau 4 : Des bases de données

Base de données	Filtre	Équations retenues	N° d'article par équation	Articles sélectionnés
Pubmed	Ø	(diabetic foot [MeSH Terms]) AND ((post amputation) OR (amputee))	172	N=5
PsychINFO	Ø	(amputation and diabetic foot and quality of life).af.	67	N=3

Lors de la clôture des recherches, nous avons constaté qu'il y avait un article à double. Ainsi, des recherches exploratoires ont été entreprises et un article supplémentaire a été inclus. C'est pourquoi, pour ce travail, un article ne fait partie d'aucune équation de recherche présentent ci-dessus.

4.2. Critère d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion pour les articles étaient les suivants :

- Les personnes souffrant d'ulcère du pied diabétique
- Les patients ayant subi/devant subir une amputation suite à un ulcère du pied diabétique

Au début, la recherche était uniquement ciblée sur la période de transition après l'intervention. Cependant, peu de résultats ont été obtenus. Pour cette raison, les recherches ont été élargies sur la période de transition avant et après l'amputation permettant ainsi de décrire toute la transition qui impacte la qualité de vie du patient.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

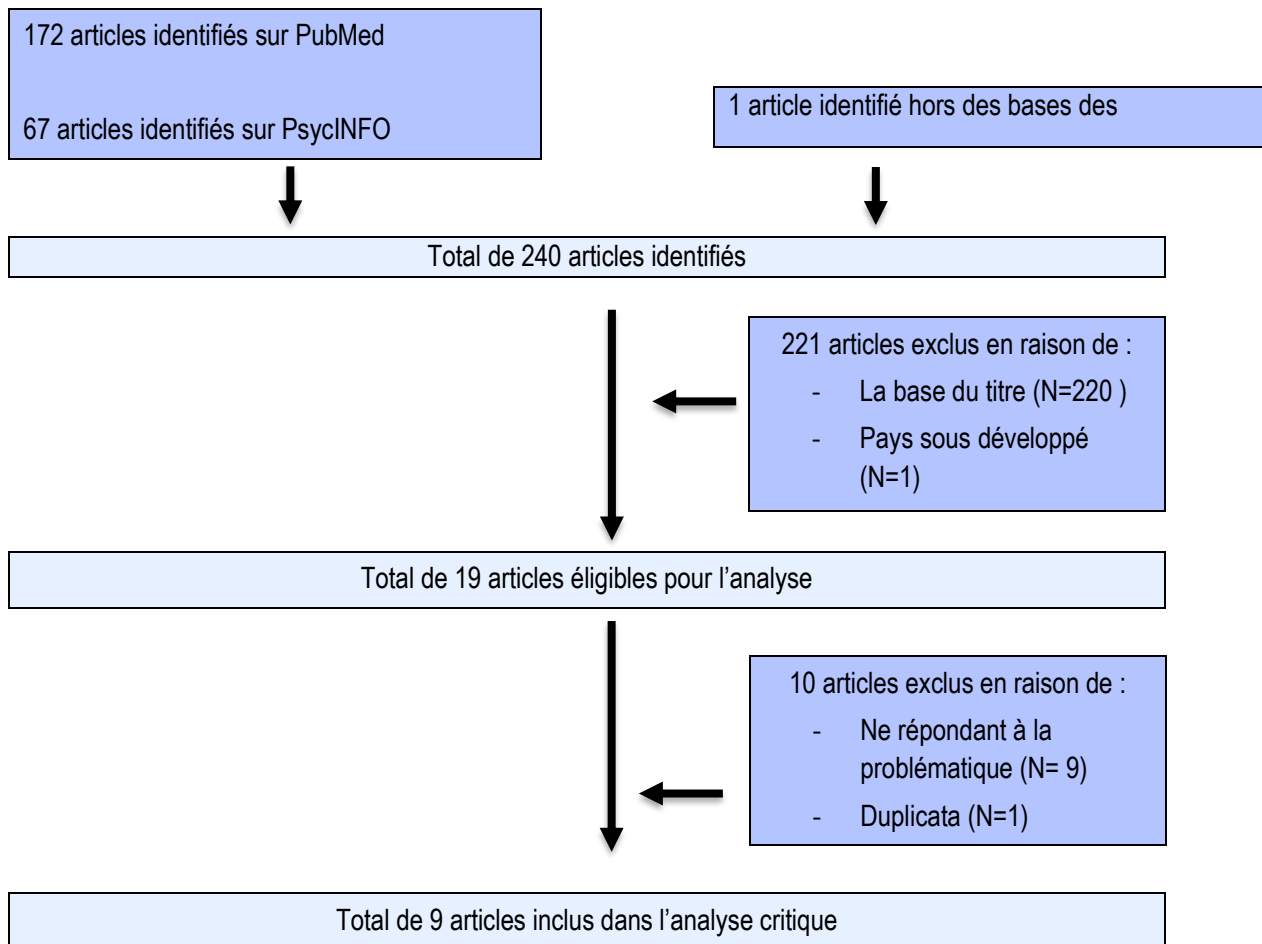
- Une date de la publication de plus de 10 ans
- Les études ayant eu lieu dans les pays sous-développés

Au vu du faible nombre d'articles sur les bases de données de recherche, les filtres n'ont pas été appliqués.

4.3. Diagramme de flux

Le diagramme de flux présenté ci-dessous illustre le processus d'identification des articles et la sélection des articles retenus pour l'analyse, selon les critères de sélection.

Figure 1. Diagramme de flux décrivant la sélection des articles



5. RÉSULTATS

Dans cette partie, nous allons vous exposer les résultats des neuf articles inclus à la suite de nos recherches sur les différentes bases de données. Dans un premier temps, les articles seront présentés dans un tableau comparatif. Dans un deuxième temps, un tableau synoptique illustre les thèmes principaux ressortant des différents articles. Pour finir, les résultats sont développés par thème.

La recherche a permis de sélectionner 9 articles, représentant des études qualitatives et quantitatives, comme suit :

Trois articles qualitatifs :

Article 1 : Livingstone, W., Van De Mortel, T. F., & Taylor, B. (2011). A path of perpetual resilience: Exploring the experience of a diabetes-related amputation through grounded theory. *Contemporary Nurse*, 39(1), 20-30.
<https://doi.org/10.5172/conu.2011.39.1.20>

Article 2 : DeSales, F., Lauver, L. S. (2014). When a diabetic foot ulcer results in amputation: a qualitative study of the lived experience of 15 patients. *Ostomy Wound Management*, 60 (11),16-22.

Article 3 : Washington, E. D., & Williams, A. E. (2016). An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being. *Prosthetics & Orthotics International*, 40(1), 44-50.
<https://doi.org/10.1177/0309364614556838>

Six articles quantitatifs :

Article 4: Pedras, S., Preto, I., Carvalho, R., & Graça Pereira, M. (2019). Traumatic stress symptoms following a lower limb amputation in diabetic patients: A longitudinal study. *Psychology & Health*, 34(5), 535-549.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1545907>

- Article 5 : Pedras, S., Vilhena, E., Carvalho, R., & Pereira, M. G. (2020). Quality of life following a lower limb amputation in diabetic Patients: A Longitudinal and multicenter study. *Psychiatry*, 83(1), 47-57. <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1672438>
- Article 6 : Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, M. G. (2016). Quality of Life in Portuguese Patients with Diabetic Foot Ulcer Before and After an Amputation Surgery. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(6), 714-721. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9567-6>
- Article 7 : McDonald, S., Sharpe, L., & Blaszczyński, A. (2014). The psychosocial impact associated with diabetes-related amputation. *Diabetic Medicine*, 31(11), 1424-1430. <https://doi.org/10.1111/dme.12474>
- Article 8 : Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, M. G. (2018 A). A predictive model of anxiety and depression symptoms after a lower limb amputation. *Disability and Health Journal*, 11(1), 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.013>
- Article 9 : Pedras, S., Vilhena, E., Carvalho, R., & Pereira, M. G. (2018 B). Psychosocial adjustment to a lower limb amputation ten months after surgery. *Rehabilitation Psychology*, 63(3), 418-430. <https://doi.org/10.1037/rep0000189>

5.1. Tableau comparatif

Les neuf articles sélectionnés sont synthétisés dans des tableaux (6 à 14) permettant de mettre en évidence la population, les buts, la méthode de récolte de données utilisées, les principaux résultats ainsi que les limites de chaque étude. La grille COREQ (Gedda, 2015) a été utilisée pour les articles qualitatifs et la grille STROBE (Gedda, 2015) pour les articles quantitatifs. Elles sont en annexe 9.4 à 9.12. Les études qualitatives sont résumées en premier. De plus, pour ces dernières et pour une question de synthèse, les verbatims des participants seront présentés uniquement dans les résultats par thème. Pour les études quantitatives, les instruments de mesures sont décrits dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Instruments de mesures

Nom de l'instrument de mesures	Abréviation	Explication
L'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital	HADS	Elle évalue les symptômes de dépression et d'anxiété comprenant 14 items : 7 pour l'anxiété et 7 autres pour la dépression. Des scores plus élevés indiquent des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression.
L'échelle "Impact of Event Scale Revised"	IES-R	Elle évalue les symptômes de stress traumatique survenant après un événement traumatique. Elle comporte 21 items réunis en trois groupes de symptômes : réexpérience, évitement et hyperexcitation. Si les scores sont élevés, cela indique que les symptômes de stress sont très présents.
L'échelle "Ways of Coping Questionnaire"	WOC	Elle évalue les stratégies d'adaptation en lien avec les problèmes et sur les émotions. Elle comprend 48 éléments. Si les scores sont élevés pour chaque catégorie, cela indique une plus grande utilisation des stratégies d'adaptation correspondantes.
L'indice de Barthel	BI	Il évalue le niveau de fonctionnalité pour les AVQ. Il contient 10 items. Des scores plus élevés indiquent des niveaux plus élevés.
L'échelle "Satisfaction with Social Support Scale"	SSSS	Elle évalue la satisfaction en lien avec le soutien social. Elle comprend 15 items. Si le résultat est élevé, cela démontre une grande satisfaction à l'égard du soutien social.
Short Form Health Survey	SF-36	Cette échelle présente 2 mesures sommaire de la qualité de vie : le score de la composante physique (PCS) et le score de la composante mentale (MCS). Elle comprend huit sous-échelles : fonctionnement physique, limitation de rôle due à la santé physique, problème de douleur corporelle, perception générale de la santé, vitalité, fonctionnement social, limitation du fonctionnement émotionnel, santé mentale.
Le "World Health Organization Quality of Life Brief"	WHOQOL-BREF	Elle mesure la qualité de vie des participants. Ils n'ont utilisé que deux sous-échelles sur quatre : celle sur le physique et celle sur le psychologique.
Le questionnaire sur la perturbation de l'image corporelle	BIDQ	Il mesure la perturbation corporelle qui est illustrée par l'insatisfaction, la détresse et le dysfonctionnement. Ce questionnaire contient 7 items qui sont évalués sur une échelle de 5 points. Si les résultats sont élevés cela indique une grande perturbation de l'image corporelle.
Trinity amputation and prosthesis experience scales	TAPES	C'est une échelle d'auto-évaluation multidimensionnelle qui a pour but de comprendre l'expérience d'une amputation et l'adaptation à une prothèse. Ce questionnaire comporte 3 sous-échelles sociales de cinq éléments chacune, qui mesure l'adaptation générale (GA), l'adaptation sociale (SA) et l'adaptation aux limitations (AL). Si les résultats sont élevés, cela démontre une meilleure adaptation dans chaque échelle.

Tableau 6 : A path of perpetual resilience: Exploring the experience of a diabetes-related amputation through grounded theory

Auteur(s) / Année / Lieu	Objectif et type d'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaire / Recommandation
<p>Auteurs: Wendy Livingstone, Thea F van de Mortel, Beverly Taylor</p> <p>Année : 2011</p> <p>Lieu : NSW, Australie</p>	<p>L'objectif est de décrire l'expérience d'amputation des personnes diabétiques et de générer une théorie fondée qui conduira les professionnels de la santé vers une compréhension plus complète des réalités de la vie après l'amputation.</p> <p>Cette étude utilise la théorisation ancrée.</p> <p>30 participants potentiels, 5 ont été inclus.</p> <p>Les critères d'éligibilités sont d'avoir subi une amputation liée au diabète au cours des 4 dernières années, d'être âgé de 18 ans ou plus et d'être mentalement compétent.</p> <p>Les participants sont de race blanche, il y avait 1 femme et 4 hommes.</p> <p>L'âge variait entre 41 et 77 ans. Les participants avaient reçu un diagnostic de diabète entre 17 à 50 ans. Chaque participant avait subi différents niveaux d'amputations :</p> <p>2 sous le genou, 3 amputations du pied 3 amputations multiples des orteils.</p>	<p>Un employé de l'hôpital a sélectionné 30 patients. Ils ont été contactés pour passer des entretiens. Cinq d'entre eux ont accepté d'être interrogés. Lors des entretiens non structurés, les participants étaient accompagnés de leurs soignants ou d'un partenaire. Les entretiens se sont déroulés au domicile des patients. Lors des entretiens, les participants ont répondu à des questions ouvertes afin de décrire comment leur(s) amputation(s) avait affecté leur vie.</p> <p>Les entretiens ont été analysés avec une approche sur la Théorisation ancrée.</p>	<p>Les catégories ont été déterminées à partir des données. Suite à l'analyse des données, trois catégories ont émergé.</p> <p>Impuissance imposée : Ce thème explore l'impuissance que ressentent les participants face aux soins médicaux et leur manque d'éducation sur les risques d'amputation diabétique.</p> <p>Les participants expriment que les explications concernant les soins ou la situation par les professionnels de santé étaient inadéquates. De plus, les professionnels de santé démontraient un manque d'expertise et d'empathie envers les participants. Ces derniers ressentent donc un manque de confiance face à la situation.</p> <p>Fonctionnalité adaptative : Il en émerge trois axes différents qui sont les suivants : la mobilité, le changement de rôle et l'économique.</p> <p>Pour la mobilité, les participants ont reconnu leurs limites et ont dû apprendre à ajuster leurs mouvements dans le but d'améliorer leur capacité physique. Les limites dépendaient du niveau d'amputation.</p> <p>Pour le changement de rôle, les participants ont exprimé des changements relationnels, car certains conjoints ont vu leur rôle changé dans leur couple. Ils sont devenus soignants. Les participants perdent également un rôle, ce qui leur fait se sentir inutile. De plus, ils expriment que la participation à des activités ou des rencontres sociales est entravée par la diminution de la mobilité initiale, l'incapacité et la réticence à conduire, puis la gêne dans les situations sociales due à un mauvais équilibre.</p>	<p>Les limites sont : la provenance des participants. Ils venaient tous de la même zone géographique. Ils étaient traités dans le même établissement de santé. L'échantillon était petit. Un échantillon plus important aurait probablement permis d'avoir une variation maximale des tendances en lien avec un plus grand panel de données et en lien avec les caractéristiques physiques, sociales, culturelles et générationnelles.</p>	

			Résultats principaux		
			<p>Pour l'économique, les participants ont dû faire face à des coûts élevés liés à l'amputation. De plus, les participants travaillant avant l'amputation ont perdu leur travail en raison des limitations physiques.</p> <p>L'endurance parle de l'impact psychologique et émotionnel du processus de l'acceptation de l'amputation. Malgré une préparation à l'amputation, il en est ressorti que les participants ressentent une souffrance. Celle-ci varie selon le niveau d'amputation. Une plus grande souffrance a été identifiée chez les personnes ayant subi une amputation au-dessus du genou que chez ceux ayant subi une intervention mineure. Cependant, trois participants ayant subi des amputations des orteils et de l'avant-pied décrivent une plus grande peur, car ils appréhendent une nouvelle amputation.</p> <p>Pour cette catégorie, il en ressort un sous-thème nommé "Développer l'espoir". Ce dernier est défini par les participants, ils expriment l'importance d'être positif et d'éviter que l'amputation cause des impacts limitatifs.</p>		

Tableau 7 : When a Diabetic Foot Ulcer Results in Amputation: A Qualitative Study of the Lived Experience of 15 Patients

Auteur(s) / Année / Lieu	Objectifs et type d'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaire / Recommandation
<p>Auteurs : DeSales Foster, Lori S. Lauver</p> <p>Année : 2014</p> <p>Lieu : Etat de la région Nord-Est des Etats-Unis</p>	<p>L'objectif est d'explorer l'expérience vécue par les patients ayant subi une amputation à la suite d'un DFU.</p> <p>C'est une étude qualitative de type phénoménologique.</p> <p>Une méthode d'échantillonnage raisonnée a été utilisée et a permis de sélectionner des participants dans 5 hôpitaux du nord des USA.</p> <p>Les participants sont des personnes ayant subi une ou plusieurs amputations à la suite d'un ulcère du pied diabétique.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient une amputation à la suite d'un DFU et être capable de discernement.</p> <p>L'échantillon comprenait 15 participants, âgés de plus de 40 ans.</p>	<p>L'étude s'est déroulée en 2013.</p> <p>Un modèle de recherche qualitative utilisé est l'approche étape par étape de Colaizzi</p> <p>Celle-ci est composée de 10 étapes. Ces dernières comprennent la collecte, l'enregistrement, la transcription et l'analyse des données des entretiens en personne, afin d'identifier et d'organiser les éléments-clés.</p> <p>Un guide d'entretien semi-structuré composé de questions ouvertes a permis aux participants de partager leurs expériences sans orienter l'entretien de manière spécifique.</p> <p>Les entretiens duraient entre 30 à 90 min. Le lieu du premier entretien était défini selon les préférences des participants : à leur domicile, dans un bureau ou encore, dans un lieu neutre. Le second entretien se déroulait par téléphone ou en présentiel, dans le but de vérifier les données collectées.</p>	<p>Les thèmes ont été déterminés à partir des données retranscrites, donc, après les entretiens. Les cinq principaux thèmes sont les suivants : le fardeau financier, le soutien social, l'impuissance, le blâme et l'incertitude.</p> <p>Un sous-thème en ressort sur les 5 principaux : le deuil. En effet, les participants ont dû faire le deuil de la perte de leur santé et indépendance physique et financière. Cependant, ce sous-thème n'est pas développé dans l'étude.</p> <p>Deux thèmes étaient composés de plusieurs sous-thèmes. Le fardeau financier comporte comme sous-catégories : les soins médicaux coûteux, la perte de revenus, l'incapacité de subvenir aux besoins de la famille et les coûts des médicaments et des traitements. Les données qui émergent de ce thème sont en lien avec les verbatims cf. Grille 2 point 30.</p> <p>Le soutien social contient comme sous-thèmes : le soutien professionnel, familial et communautaire. Plusieurs résultats sont ressortis de ce thème. Premièrement, un bon soutien social était important pour un bon rétablissement et les besoins du participant. Ensuite, le soutien professionnel était apprécié et réconfortant pour les participants.</p> <p>Finalement, le soutien par les membres de la famille a aidé les participants à surmonter leur transition de l'amputation.</p> <p>Le verbatim utilisé pour ce sous-thème ne montre pas l'impact que le soutien social a eu auprès des participants amputés. Il démontre la difficulté d'interagir avec les autres après avoir subi une amputation. Cf grille 2, point 30.</p>	<p>Les limites sont : un enquêteur novice, qui a participé à la collecte de données. Il est possible qu'il ait pu poser certaines questions de manière subjective.</p> <p>Aussi, tous les participants vivaient dans la même région, au Nord-Est des Etats-Unis. De plus, ils avaient tous un bon niveau d'éducation. La faible diversité des participants permet difficilement de généraliser les réponses à toutes les communautés.</p> <p>Une dernière limite identifiable est que les participants recevaient tous des soins au moment de l'étude.</p>	

			Résultats principaux		
			<p><u>Impuissance</u> : Certains participants décrivaient un sentiment d'impuissance en lien avec leur incapacité à prendre soin d'eux-mêmes. Ce sentiment émerge également lors de la perte de leur indépendance en lien avec leur mobilité réduite, à la dégradation de leur santé, aux différentes comorbidités et à l'amputation. Ce verbatim ne montre pas le sentiment d'impuissance, clairement mais plus un sentiment d'anxiété dû à une attente d'un professionnel soignant. Cf grille 2, point 30</p> <p><u>Le blâme</u> : Certains participants culpabilisaient de ne pas avoir cherché à se faire soigner avant. D'autres exprimaient le fait qu'ils auraient apprécié que les soignants soient plus insistants en ce qui concerne la prévention et le traitement de la maladie.</p> <p>Les verbatims qui émergent de ce thème blâment surtout les professionnels soignants. En revanche, il n'y a pas de verbatims en lien avec la culpabilité que peuvent ressentir les participants. Cf. Grille 2, point 30.</p> <p><u>L'incertitude</u> : Plusieurs participants décrivent des expériences ayant généré de l'incertitude dans différentes situations : l'utilisation de la prothèse, leur vie sociale et professionnelle, les soins en lien avec les plaies. Nombreux participants ont évoqué qu'ils ne savaient pas à quoi s'attendre avec la réadaptation, la transition dans le système de santé et les cliniques hors hôpital.</p> <p>Il y a trois verbatims pour ce thème qui ne montrent pas clairement de l'incertitude chez les participants, mais un manque d'information sur la prise en soins. Cf. Grille 2, point 30.</p>		

Tableau 8 : An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being

Auteur(s) / Année / Lieu	Objectifs et type de l'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires / Recommandations
<p>Auteur : Elaine D Washington</p> <p>Année : 2016</p> <p>Lieu : Université de Salford au Royaume Uni</p>	<p>L'objectif est d'investiguer les expériences des patients atteints de diabète et/ou de maladie vasculaire périphérique dans le temps, et d'évaluer l'impact sur leur bien-être.</p> <p>Ils ont choisi une orientation qualitative en utilisant une approche itérative en accord avec la philosophie de la phénoménologie interprétative.</p> <p>Un critère d'échantillonnage intentionnel a été utilisé. Les participants devaient avoir subi une amputation unilatérale d'un membre inférieur en raison d'une maladie vasculaire périphérique et/ou d'un diabète au cours des 14 mois précédents. Ils devaient également avoir un bon niveau d'anglais et une capacité cognitive adéquate pour être interrogés.</p>	<p>Chaque participant a eu deux entretiens qui ont duré environ une heure et étaient collectés via un enregistrement numérique audio. Ils ont été réalisés au centre de service d'invalidité de l'hôpital Withington, à Manchester.</p> <p>Le premier entretien a introduit les éléments identifiés dans une revue de la littérature et cela a permis d'investiguer de nouveaux domaines et expériences personnelles.</p> <p>« Le fait d'avoir subi une amputation a-t-il changé la façon dont vous vous percevez ? »</p> <p>« Le fait d'avoir subi une amputation a-t-il affecté votre vie quotidienne ? »</p>	<p>En général, pour la moitié des participants, leur bien-être psychologique s'était stabilisé ou amélioré entre les deux entretiens. Cependant, l'autre moitié a révélé des changements négatifs significatifs dans leur bien-être, causés par des complications. Lors du deuxième entretien, il en est ressorti que vivre une amputation est une expérience personnelle.</p> <p>Les thèmes ont été déterminés à partir des données. Les thèmes principaux étaient les suivants : être préconditionné, s'adapter à une vie restreinte, capacité d'adaptation, besoin de soutien versus indépendance et relations avec les autres.</p> <p>Être préconditionné : Les résultats révèlent que pour accepter l'amputation, il faut qu'il y ait, en amont, une préparation psychologique du participant. Dans cette étude, tous les participants avaient subi une intervention d'urgence pour sauver leur membre. Cinq d'entre eux étaient conscients que l'amputation était inévitable.</p> <p>S'adapter à une vie restreinte : Les résultats démontrent que lors du premier entretien, des limitations ou restrictions de mobilité dues à l'amputation ont été identifiées par la totalité des participants et ont affecté leurs activités quotidiennes. Les participants ont découvert ces limitations au fur et à mesure du temps. L'acceptation de l'amputation variait d'un participant à un autre. Elle dépendait de différents facteurs : si l'amputation était prévue ou pas, le soutien psychologique, un environnement favorable ou, quand la personne ne retrouvait pas la mobilité.</p> <p>Capacité d'adaptation : Les chercheurs mettent en évidence l'influence des limitations sur les participants. Celle-ci, n'est pas uniquement en lien avec les limitations, mais avec les objectifs qui visent la mobilité.</p>	<p>Les limites sont :</p> <p>-Les participants devaient idéalement être suivis pendant les 18 mois en post-chirurgie, mais le temps pour la recherche a rendu ce suivi impossible.</p> <p>-La taille de l'échantillon peut être une limite. Cependant, les chercheurs justifient que leur objectif n'était pas d'avoir un grand échantillon varié pour généraliser les résultats, mais plutôt d'avoir des informations détaillées sur le vécu des participants.</p>	<p>Les personnes qui ont des complications graves telles qu'un résidu non cicatrisé, une menace d'une nouvelle amputation ou des complications liées au diabète, ont besoin d'un soutien psychologique rapproché, car elles sont à risque de souffrir d'un mal-être psychologique.</p>

	Objectifs et type de l'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux		
	Il y a quatre hommes d'un âge moyen de 64,8 ans et deux femmes d'un âge moyen de 69 ans.	Le second entretien a intégré les domaines et les vécus identifiés lors du premier entretien. Cela dans le but de faire une réflexion et d'identifier tout changement.	<p>Les participants ayant des objectifs plus élevés et une mobilité plus faible, étaient davantage affectés par les limitations. Les participants avec des ambitions modérées et plus faibles, acceptaient mieux les limitations. Il en ressort également que les participants expriment l'importance de la positivité et du sens de l'humour, lors de l'adaptation à une amputation.</p> <p>Besoin d'aide ou d'indépendance : Ce thème met en évidence l'importance du soutien social en lien avec l'adaptation et le rétablissement. A l'inverse, un manque de soutien provoque une détresse et une expérience négative. Celle-ci est considérée comme un complément au soutien reçu par les professionnels, par le biais du conseil. Il montre que les familles ont besoin de soutien en lien avec le niveau de soins physiques qu'elles offrent, car cela impacte le bien-être psychologique.</p> <p>Les participants présentaient également la crainte d'être une charge. Cela leur fait ressentir une moins bonne estime d'eux-mêmes. La majorité des participants ont décrit avoir un bon soutien social.</p> <p>Les relations avec les autres : Pour ce thème, certains facteurs pouvaient avoir un impact sur le vécu de l'amputation ; l'adaptation avant l'amputation, la capacité à garder un certain contrôle, le soutien approprié de la famille et des amis, le réajustement des relations, l'incident des complications et la peur d'une nouvelle amputation. Cependant, ceux-ci pouvaient être liés à la dépression.</p> <p>L'amputation peut engendrer une gêne sociale. Les participants finissent par se retrouver isolés des autres. De plus, les opinions et conseils des proches des participants peuvent se révéler négatifs pour ces derniers.</p> <p>Les personnes ayant pu réintégrer des activités sociales ont une meilleure adaptation à l'amputation.</p>		

Tableau 9 : Traumatic stress symptoms following a lower limb amputation in diabetic patients: a longitudinal study

Auteur(s) / Année / Lieu	Objectifs et type d'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires / Recommandations
<p>Auteurs :</p> <p>Susana Pedras, Isabel Preto, Rui Carvalho, Graça Pereira</p> <p>Année :</p> <p>2019</p> <p>Lieu :</p> <p>Cette étude a été menée dans six hôpitaux, au nord du Portugal, dans les cliniques multidisciplinaires du pied diabétique et les services de chirurgie vasculaire.</p>	<p>Cet article comporte 3 objectifs. Le premier est de déterminer la prévalence des symptômes de stress traumatique dans un groupe de patients soumis à une amputation due aux complications du pied diabétique.</p> <p>Le second objectif est d'observer les trajectoires des symptômes de stress traumatique dans le temps.</p> <p>Enfin, le troisième objectif est d'étudier dans le temps, l'influence des stratégies d'adaptation, des symptômes d'anxiété et de dépression, des caractéristiques sociodémographiques et cliniques, en lien avec les symptômes de stress traumatique à la suite d'une amputation.</p> <p>C'est une étude longitudinale. Un plan de cohorte a été utilisé dans lequel les participants ont rempli des questionnaires sur l'admission en LLA.</p> <p>Les critères d'inclusion sont les suivants : avoir un diabète de type 2 (T2DM) et ulcère du pied diabétique (DFU) ; être indiqué pour une chirurgie LLA ; avoir plus de 18 ans.</p> <p>206 personnes ont accepté d'y participer, elles ont été sélectionnées par des professionnels de la santé.</p>	<p>Un plan longitudinal avec trois évaluations ; à un mois (T1), à six mois (T2) et dix mois après une chirurgie d'amputation (T3).</p> <p>Des informations sociodémographiques ont été recueillies dont l'âge, le niveau d'éducation, le statut professionnel et le statut du partenaire par le biais d'une auto-évaluation.</p> <p>Les informations cliniques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux : nombre de complications liées au diabète, antécédents d'amputation, niveau de l'amputation index et présence de douleurs.</p> <p>Les mesures ont été complétées à T1, T2 et T3 à l'aide des échelles suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital (HADS) 	<p>Les symptômes de stress traumatique ont diminué entre le premier mois (T1) et le dixième mois (T3). Selon l'IES-R, à T1, il y avait 13,9 % (n=20) de patients qui présentaient du stress traumatique. A T2, il y en avait 12,1 % (n=13) et à T3, 6,3 % (n=6).</p> <p>De plus, le modèle des moyennes inconditionnelles met en évidence que le temps est un prédicteur qui a montré un état initial moyen de 0,729 (SE=0,056, p<.001). La trajectoire de croissance moyenne était négative. Elle montre un taux décroissant de 0,122 unité (SE= 0,032, p=.002) qui est 0,091 par évaluation des symptômes. Les chercheurs montrent qu'à six et dix mois (K=0,871, F (2,84) =6,245, p=.003), en post-amputation, les symptômes ont diminué de 0,122 unité (SE=0,032, p=0,002) par évaluation. La prévalence des symptômes de stress traumatique a diminué dans le temps. Cela s'observe grâce à l'échelle de IES-R. Ensuite, ils révèlent que 49,5 % de la variation totale des symptômes de stress traumatiques était en lien avec les différences entre les participants.</p> <p>De plus, les chercheurs ont démontré que la présence de douleur, un taux augmenté d'anxiété et les stratégies en lien avec les émotions, ont eu un impact sur les symptômes de stress traumatique à T1 et T2.</p>	<p>Les limites sont : la taille de l'échantillon et l'utilisation des mesures d'auto-évaluation qui ne prenaient pas en compte le diagnostic clinique du PTSD. La majorité des patients ont subi une amputation mineure.</p> <p>Cette étude montre que cette population est plus amenée à avoir des symptômes de stress traumatique.</p>	<p>Dans cette étude, les participants ont subi des amputations mineures. De ce fait, celle-ci n'est pas généralisable pour des personnes ayant subi une amputation majeure (au-dessus et en dessous du genou).</p> <p>De plus, il y a dans cette étude une incohérence entre ses objectifs et les résultats des thématiques de l'anxiété et de la dépression.</p>

	But et type d'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	
	<p>Finalement, seules 86 personnes ont participé à toutes les évaluations. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela : des refus de participer, des troubles cognitifs après l'opération, des opérations annulées, des transferts vers un autre hôpital, des décès, des pertes au cours de la consultation de suivi ou des pertes dues à des incompatibilités de calendrier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'échelle WOC - L'échelle "Impact of Event Scale Revised" (IES-R) 	<p>Les résultats décrivent également que les patients qui présentant un taux plus élevé de symptômes d'anxiété, mesuré grâce à la HADS, utilisaient davantage de stratégies en lien avec les émotions.</p> <p>Ils présentaient un nombre augmenté de symptômes de stress traumatique, démontré par l'augmentation de 0,556 du score IES-R.</p> <p>De plus, les résultats ont révélé que pour chaque augmentation d'une unité du score WOC-E d'un participant, le score de la IES-R était impacté d'une augmentation de 0,007.</p> <p>A T1, il a été observé que les moyennes de la WOC-E et de la SD étaient de, respectivement, 15,36 et 8,34. A T2, celles-ci étaient de 17,60 et 7,57. Enfin, à T3, elles étaient de 18,41 et 12,06.</p> <p>Cela démontre l'influence dans le temps des stratégies d'adaptation, grâce à l'échelle du WOC-E.</p> <p>Pour finir, cette étude révèle que les patients qui présentaient le plus d'anxiété, de symptômes de stress traumatique et de douleurs, utilisaient des stratégies axées sur les émotions.</p>	<p>Les patients sont plus vulnérables dans la période d'un à six mois.</p>	

Tableau 10 : Quality of Life Following a Lower Limb Amputation in Diabetic Patients: A Longitudinal and Multicenter Study:

Auteurs / Année / Lieu	Objectif et type d'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires / Recommandations
<p>Auteurs :</p> <p>Susana Pedras, Estela Vilhena, Rui Carvalho, M. Graça Pereira</p> <p>Année :</p> <p>2020</p> <p>Lieu :</p> <p>Centre de recherche psychologique, de l'université de Minho, au Portugal</p>	<p>Cette étude a 2 objectifs. Le premier est d'analyser la relation entre les réactions émotionnelles (anxiété, dépression...), le niveau de fonctionnalité, la qualité de vie mentale et physique, avant et après une amputation du pied diabétique.</p> <p>Le second est d'analyser le rôle de médiateur, du soutien social entre les réactions émotionnelles et la qualité de vie mentale et physique.</p> <p>C'est une étude longitudinale.</p> <p>Les critères d'inclusion dans l'étude sont les suivants : être atteint de diabète de type 2, être atteint d'un ulcère du pied diabétique, être indiqué pour une amputation d'un membre inférieur et être âgé de plus de 18 ans.</p>	<p>Les patients ont été évalués lors de leurs consultations de suivi à l'hôpital, 24 heures avant leur opération (T0), un mois après l'opération (T1), six mois après (T2) et à dix mois (T3).</p> <p>Les participants ont été hospitalisés pendant une durée moyenne de 10 jours avant la première évaluation (T0).</p> <p>Les données démographiques ont été recueillies lors de la première évaluation (T0) et comprenaient : sexe, âge, niveau d'éducation, état civil et statut professionnel.</p> <p>Les données cliniques ont été enregistrées à partir des dossiers médicaux et comprenaient des données sur la durée de la T2DM, les antécédents d'ulcères antérieurs, la présence d'autres complications du diabète, le type de pied, les antécédents d'amputations antérieures ainsi que le niveau de l'amputation index.</p> <p>Les échelles utilisées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle révisée de l'impact des événements (IES-R) 	<p>Un des résultats montre l'impact de l'anxiété avant l'opération et le lien avec les symptômes de dépression après l'opération. Cela est un prédicateur pertinent en lien avec la composante mentale dix mois après l'amputation. En ce qui concerne les symptômes de l'anxiété ($b=0,353$) et de dépression ($b=0,239$) à T0, ils sont positivement liés aux symptômes de l'anxiété à T1. Puis, les symptômes de la dépression à T0 ont affecté positivement les symptômes de dépression à T1 ($b=0,464$) et la fonctionnalité à T0 ($b=0,517$) a également eu un impact positif sur le niveau de la fonctionnalité à T1. L'anxiété et la dépression à T0 ($b=0,275$) ont eu une influence négative significative sur le soutien social à T2. En revanche, les symptômes de stress traumatique ont eu une influence positive ($b=0,239$).</p> <p>De plus, les résultats ont mis en évidence le besoin urgent de prendre en compte les réactions émotionnelles du patient avant et après l'opération, car elle influence la qualité de vie des patients dix mois après l'opération.</p> <p>Les résultats de cette étude concordent avec les autres études qui ont été réalisées précédemment. Celle-ci montre le lien positif entre le soutien social et la qualité de vie au travail. Les résultats des variables expriment que lorsque celles-ci sont toutes incluses en même temps dans le modèle, le soutien social à T2 ($b=0,252$), la fonctionnalité à T0 ($b=0,311$) et à T1 ($b=0,202$) ont eu une répercussion simultanée et positive sur la PCS. Cependant, les symptômes de stress traumatiques ont eu une influence significative mais négative ($b=0,283$) sur la PCS.</p>	<p>Les limites sont : un biais dans l'échantillonnage, au niveau démographique. Bien que l'échantillon ait été choisi dans 6 hôpitaux, tous sont situés dans le nord du pays. Or, le taux d'amputation y est le plus faible du pays.</p> <p>La généralisation des résultats à des patients d'autres régions du pays est à exploiter avec prudence. En effet, l'attribution peut être une source de biais, mais ceci est normal lors d'une étude longitudinale. De plus, la grande hétérogénéité de l'âge et du sexe des patients peut influencer les résultats.</p>	<p>Nous avons constaté que cette étude comporte des similarités avec l'article 4. Ce sont les mêmes auteurs, mais la différence réside dans les objectifs de recherche qui ne sont pas les mêmes.</p>

	Objectifs et type d'étude Population	Méthode Instruments de mesure	Résultats principaux		
	Un échantillon de 206 patients a été inclus au début de l'étude par des professionnels de la santé. Seuls 86 patients ont participé aux quatre moments.	<ul style="list-style-type: none"> - L'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital (HADS) - L'indice de Barthel (BI) - L'échelle "Satisfaction with Social Support Scale" (SSSS) - L'échelle "Short Form Health Survey" (SF-36) 	En revanche, les symptômes de l'anxiété à T0 ($b=0,237$) et les symptômes de dépression à T1 ($b=0,320$) avaient tous deux une conséquence négative sur la MCS. Les résultats mettent en évidence un effet indirect, statistiquement significatif sur le soutien social. En d'autres termes, le soutien social à T2 a partiellement médié la relation entre les symptômes de stress traumatique à T1 et la PCS à T3.		

Tableau 11 : Quality of Life in Portuguese Patients with Diabetic Foot Ulcer Before and After an Amputation Surgery

Auteur(s) / Année / Lieu	Objectifs et type d'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires / Recommandations
<p>Auteurs :</p> <p>Susana Pedra, Rui Carvalho, M. Graça Pereira</p> <p>Année :</p> <p>2016</p> <p>Lieu :</p> <p>L'étude s'est déroulée à l'école de psychologie, université de Minho, Braga au Portugal</p>	<p>Cette étude présente 3 objectifs qui s'intéresse aux patients atteints d'UDP. Le premier consiste à identifier les prédicteurs de la QVLS après l'amputation. Le deuxième objectif se concentre sur les différences dans la QVLS avant et après l'intervention. Le troisième but explore, avant et après l'intervention, le rôle modérateur d'une première amputation par rapport à une ou plusieurs amputations précédentes dans la relation entre la QVLS physique et mentale.</p> <p>C'est une étude de type longitudinale.</p> <p>Les critères d'inclusion : un diabète de type 2 et un UDP, être indiqué pour une chirurgie d'amputation, ne pas avoir de trouble psychiatrique diagnostiqué et être âgé de plus de 18 ans.</p> <p>Au début de l'étude (T0), 175 participants avaient accepté de participer.</p> <p>Finalement, seuls 108 patients ont participé aux 2 consultations.</p>	<p>Pour recueillir les données, 2 entretiens ont été planifiés. Le premier s'est déroulé avant la chirurgie, pendant la durée d'hospitalisation. Le deuxième, après l'intervention, lors d'une consultation de suivi.</p> <p>Les participants ont rempli un questionnaire sociodémographique ainsi que le SF-36 pour évaluer la QVLS.</p> <p>Les patients ont été invités par les chercheurs à participer à l'étude.</p> <p>Les entretiens d'évaluation ont été réalisés par un psychologue de la santé.</p> <p>Plusieurs questionnaires ont été utilisés afin de mesurer les différents aspects de cette étude :</p> <p>Le questionnaire sociodémographique a permis de relever des données concernant l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut marital et professionnel.</p>	<p>Les résultats de cette étude mettent en évidence que la QVLS physique (PCS) a diminué en pré et post chirurgie ($t(107) = 3,238, p > .001$). En revanche, pour la QVLS mentale (MCS), aucune différence n'a été observée. Les résultats ont également montré que la PCS en pré-chirurgie était corrélée avec la PCS post-amputation. Ce lien est plus fort chez les patients qui avaient déjà subi une amputation auparavant ($b = .720, 95 \% \text{ CI } [.543, .896], t = 8.08, p < .001$). Pour les patients n'ayant pas d'amputation antérieure, l'association entre la PCS avant et après l'intervention était également significative ($b = .393, 95 \% \text{ CI } [.215, .569], t = 4.40, p < .001$), mais moins élevé.</p> <p>La seule variable clinique dans le modèle final qui était significative était une ré-amputation, au cours de la même durée d'hospitalisation. De plus, les résultats montrent qu'une amputation antérieure était un modérateur dans la relation entre la QVLS en pré et celle en post amputation.</p> <p>Les chercheurs ont identifié que l'impact sur un patient qui a subi une amputation antérieure aurait une résilience augmentée et disposerait davantage de mécanismes d'adaptations. Cela, dans le but de faire face à une amputation future.</p> <p>Ensuite, les auteurs démontrent que plus une amputation est proximale, plus les effets sont négatifs sur la QVLS et augmentent de manière significative. Ils révèlent que la QDV physique et mentale en pré-amputation prédit celle en post-amputation, ainsi que le nombre de complications en lien avec le diabète et la ré-amputation.</p>	<p>Cette étude est limitée par le nombre réduit de participants.</p>	

		Méthode/ Instruments de mesure	Résultats principaux		
		<p>Un questionnaire clinique a aidé à identifier d'autres informations telles que : la durée du diabète, le diagnostic de l'DFU, la durée de l'ulcère actif, le nombre de complications du diabète et d'amputations antérieures, la présence d'autres maladies chroniques, le traitement par insuline, la valeur HbA1c, l'IMC, la présence de facteurs de risques cardiovasculaires et la ré-amputation.</p> <p>L'échelle "Short Health Survey" a été utilisée.</p>	<p>De plus, une amputation antérieure était considérée comme un modérateur entre la QVLS physique et mentale en pré et post amputation.</p> <p>L'amputation a un impact sur la qualité de vie physique, mais également sur la mentale.</p> <p>Les résultats de la QVLS mentale post-intervention montrent que cette dernière est influencée par la QVLS mentale pré-amputation ainsi que par le nombre de complications.</p> <p>Les complications peuvent être en lien avec une plus longue durée de la maladie. De plus, il est possible que le fardeau psychologique soit associé non seulement aux soins des DFU, mais également aux soins des autres complications qui réduisent et affectent la qualité de vie mentale.</p>		

Tableau 12 : The psychosocial impact associated with diabetes-related amputation

Auteur(s) / Année / Lieu	Objectif et type d'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires / Recommandations
<p>Auteurs : S. McDonald, L. Sharpe, A. Blaszczynski</p> <p>Année : 2014</p> <p>Lieu : Sydney, Australie</p>	<p>L'objectif est de démontrer les différences dans le groupe au niveau des variables médicales et démographiques pour analyser l'impact psychosocial lié au diabète.</p> <p>C'est une étude de Cohorte.</p> <p>L'étude comprenait 240 personnes diabétiques et 227 personnes amputées qui ont été recrutées dans la métropole de Sydney.</p>	<p>Les chercheurs ont comparé un échantillon de patients avec une amputation, à un échantillon contrôle de patients diabétiques, sans amputation.</p> <p>Les patients ont participé à plusieurs tests dont un questionnaire sur les caractéristiques démographiques, la santé et le mode de vie. Celui-ci portait sur la pathologie du diabète, plus précisément sur ; la durée de la maladie, le diagnostic de la pathologie, le /les traitement/s (médicaments oraux et insuline), le taux d'HbA1c, le nombre de complications macro et microvasculaire, le type d'amputation et le nombre de pathologies additionnelles.</p> <p>Les échelles de mesure utilisées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle de l'anxiété et de la dépression de l'hôpital (HADS) - Le "World Health Organization Quality of Life Brief" (WHOQOL-BREF) - Le questionnaire sur la perturbation de l'image corporelle (BIDQ) 	<p>Les résultats mettent en évidence que chez les patients diabétiques ayant subi une amputation, la médiane était de 5. En revanche, pour les patients diabétiques sans amputation, elle était de 3. Les résultats des analyses univariées montrent qu'il y avait un taux plus élevé de dépression chez les patients qui avaient subi une amputation (U-test=7368,00, P=0,011). Ainsi, les auteurs décrivent qu'une altération du corps peut entraîner une modification de l'image corporelle et une détérioration globale de la santé qui influence une augmentation de la dépression. En revanche, ils expliquent mieux le lien avec les symptômes de dépression. Cette dernière, qui était, au début, associée avec une amputation, est maintenant mieux décrite, car elle découle de la détérioration globale de la santé physique. De plus, dans l'étape 1 du modèle, cette étude explique que les variables sociodémographiques et cliniques n'ont pas eu d'impact significatif sur le modèle pour la dépression ($\beta = -0,002$, P=0,977).</p> <p>Il existe des différences entre les personnes diabétiques ayant subi une amputation et celles n'ayant pas encore d'amputation. Les résultats qui concernent la qualité de vie physique révèlent que cette dernière est plus faible (U-test=3752,50, P=0,000) chez les personnes amputées. De plus, les résultats expriment qu'après l'analyse des variables socio-démographiques et cliniques lors de l'étape 1 du modèle, aucun effet significatif n'a été relevé sur la qualité de vie physique ($b = -0,114$, P=0,103). Ensuite, les résultats démontrent qu'une mauvaise qualité de vie est en lien avec une incapacité à s'adapter à l'amputation. Pour finir, les résultats mettent en évidence l'impact du changement corporel, qui a une influence sur l'image corporelle, mais également sur la santé générale du patient. Cela explique mieux le taux de qualité de vie physique moins élevé pour les patients amputés.</p>	<p>Les deux échantillons peuvent être considérés comme des échantillons de convenance.</p> <p>Les participants étaient principalement des hommes et ils présentaient de faibles taux d'HbA1c.</p> <p>Les chercheurs ne pouvaient pas utiliser l'IMC des patients, car ces derniers avaient des amputations à différents niveaux et cela aurait faussé les résultats. Dans des études précédentes, les chercheurs avaient déjà observé l'importance de l'IMC sur l'image corporelle en lien avec le diabète.</p>	

Tableau 13 : A predictive model of anxiety and depression symptoms after a lower limb amputation

Auteur(s) / Année / Lieu	Objectifs et type d'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires / Recommandations
<p>Auteurs : Susana Pedra, Rui Carvalho, M. Graça Pereira</p> <p>Année : 2018</p> <p>Lieu : Cette étude a été menée au centre de recherche en psychologie (PSI/01662), université de Minho à Braga au Portugal.</p>	<p>Cette étude comporte 3 objectifs incluant un échantillon de patients souffrant de LLA. En effet, elle s'est concentrée, en premier lieu, sur la caractérisation des niveaux d'anxiété et de dépression avant et après l'amputation. Puis, sur les différences de niveaux de dépression et d'anxiété avant et après l'intervention. Finalement, l'étude s'est concentrée sur les prédicteurs de l'anxiété et la dépression, 1 mois après la chirurgie.</p> <p>C'est une étude longitudinale.</p> <p>Cette étude comportait 179 participants, souffrant de diabète de type 2 et d'DFU. De plus, ils devaient être prévus pour une amputation.</p>	<p>C'est une étude longitudinale avec deux moments d'évaluation : préopératoire (T0) et post-opératoire (T1). Les participants ont réalisé des dépistages en lien avec la présence de symptômes d'anxiété et de dépression durant l'hospitalisation, en pré-chirurgie et en post-chirurgie, lors de consultation de suivi.</p> <p>Le questionnaire socio-démographique comprenait des questions sur l'âge, le niveau d'éducation, le statut marital et professionnel et la présence d'un aidant.</p> <p>Le questionnaire de données cliniques portait sur ; l'apparition du diabète, la durée du diagnostic, les antécédents d'ulcère et d'amputation, la durée du séjour à l'hôpital, le nombre de complications liées au diabète, le type de pied, la présence de douleurs et d'autres maladies chroniques ainsi que la prise de médicaments psychiatriques/psychotrope.</p> <p>L'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital (HADS) a été utilisée.</p>	<p>Les résultats démontrent que les participants présentaient des scores plus élevés que la norme de 11, pour le score de la HADS à T0 et T1. De plus, grâce à la HADS, les chercheurs ont mis en avant l'incidence des symptômes de dépression à T0 et T1. Les résultats mettent en évidence qu'avant l'amputation (T0) et un mois après (T1), un taux élevé de symptômes de la dépression était présent chez 42,5 % (intervalle de confiance à 95 % = 32,8 - 52,5 %) et 46,9 % (intervalle de confiance à 95 % = 38,1 - 55,8 %) des patients. Les taux d'anxiété augmentaient pour les participants à l'inverse de la dépression après la chirurgie. Un des prédicteurs était l'âge des participants, qui avait un impact sur la dépression. En revanche, lorsque qu'on associait l'anxiété et la dépression à T0, l'âge n'était pas un facteur significatif.</p> <p>Ensuite, grâce à la méthode de régression multiple, les auteurs ont montré que les caractéristiques démographiques et cliniques expliquaient 10 % de la variance de la dépression à T1. L'âge était un prédicteur positivement significatif.</p> <p>Pour finir, l'étude décrit un effet significatif lié avec les symptômes de dépression en pré-chirurgie. Celui-ci est considéré comme un prédicteur de dépression à un mois après l'amputation.</p> <p>Les résultats montrent une incidence des symptômes de l'anxiété qui augmente avec un taux à 63,7 % (intervalle de confiance à 95 % = 54,9 - 72,6 %) et 41,6 % (intervalle de confiance à 95 % = 32,7 - 52,5 %). Autrement dit, les participants avaient un score plus élevé que le seuil qui est à 11 pour la HADS, à T1 et T3. Ensuite, ils révèlent que l'anxiété avant la chirurgie est un prédicteur pour l'anxiété et la dépression en post-amputation. Ils mettent également en évidence l'effet de l'anxiété qui est corrélée avec la dépression, un mois après l'amputation.</p>	<p>Dans cette étude, il y avait une petite taille d'échantillon. De plus, dans celle-ci, il y avait un nombre réduit de femmes.</p> <p>Dans les caractéristiques de l'échantillon, les participants avaient un faible niveau d'éducation qui peut avoir une influence sur la validité externe de cette étude.</p> <p>Certains éléments sont annoncés comme significatifs, mais le test n'est pas visible.</p>	

			Résultats principaux		
			<p>L'analyse multivariée des mesures répétées met en exergue des différences significatives liées avec l'anxiété et la dépression en pré et post amputation (Lambda de Wilk = 0,08, $F(2,108) = 4,67$, $p = 0,011$), en vérifiant les différentes variables cliniques. De plus, les chercheurs rajoutent dans leur étude que, à la suite des résultats univariés, le temps avait un effet significatif sur l'anxiété ($F(1,100) = 4,76$, $p = 0,031$). Donc, les symptômes d'anxiété ont diminué pendant la période T0 à T1. Ils ont conclu que l'anxiété était réduite en post-chirurgie et que celle-ci n'est pas en lien avec la durée de l'hospitalisation, ni la durée de l'ulcère ou du nombre d'amputations antérieures.</p>		

Tableau 14 : Psychosocial Adjustment to a Lower Limb Amputation Ten Months After Surgery

Auteur(s) / Année /Lieu	Objectifs et type d'étude / Population	Méthode / Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires / Recommandations
<p>Auteurs :</p> <p>Susana Pedras, Estela Vilhena, Rui Carvalho, M. Graça Pereira</p> <p>Année :</p> <p>2018</p> <p>Lieu :</p> <p>Cette étude a été menée au centre de recherche en psychologie (PSI/01662), université de Minho à Braga au Portugal.</p>	<p>L'objectif est d'examiner l'influence des caractéristiques démographiques, les réactions psychologiques, la fonctionnalité, les stratégies d'adaptation et le soutien social en lien avec l'adaptation psychosociale, lors de l'amputation d'un membre inférieur après 10 mois.</p> <p>C'est une étude longitudinale multisite.</p> <p>Les participants ont été sélectionnés dans les six grands hôpitaux du nord du Portugal, au sein de services spécialisés dans les pieds diabétiques et de réadaptation.</p> <p>Les critères d'inclusion sont : être majeur, être atteint d'un diabète de type 2 et de pied diabétique, être indiqué pour une amputation d'un membre inférieur.</p>	<p>Au début de l'étude, 206 participants portugais avaient été sélectionnés pour y participer. Parmi eux, 86 ont subi une amputation du membre inférieur pour cause de pied diabétique.</p> <p>Les participants ont été évalués à trois reprises. La première évaluation s'est déroulée lors de l'hospitalisation, avant la chirurgie. Pour la seconde, elle a été réalisée à 6 mois, post amputation. Finalement, la dernière évaluation s'est déroulée 10 mois après la chirurgie. Les échelles de mesure utilisées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle de l'anxiété et de la dépression de l'hôpital (HADS) - L'échelle de l'impact de l'événement révisée (IES-R) - L'échelle de satisfaction du soutien social (SSSS) - L'indice de Barthel (BI) - L'échelle "Ways of Coping Questionnaire" (WOC) - Trinity "Amputation and Prosthesis Experience Scales" (TAPES) 	<p>Les résultats montrent, en prenant en compte les variables dans le modèle, que les symptômes de stress traumatique à T1 étaient liés négativement à la GA ($b = 0,267$), AL ($b = 0,322$) et SA ($b = 0,215$) à 10 mois en post-amputation.</p> <p>La fonctionnalité à T0 ($b=0,238$) et le soutien social à T2 ($b=0,321$) ont eu un effet simultané et significatif sur l'adaptation aux limitations. Concernant la fonctionnalité à T0, elle est corrélée à la fonctionnalité à T1 ($b=0,561$).</p> <p>De plus, l'anxiété à T0 a impacté l'anxiété à T1 ($b=0,357$; $b = 0,357$; $b=0,351$, pour le modèle A, B et C respectivement). Concernant l'anxiété à T0 ($b=0,218$), celle-ci a eu une influence négative sur l'adaptation sociale.</p> <p>Concernant l'anxiété ($b=0,391$) et le stress traumatique ($b=0,248$) à T1, ils étaient associés négativement et positivement au soutien social à T2. Les résultats ont également montré un effet indirect, statistiquement significatif du soutien social. Autrement dit, le soutien social à T2 a partiellement été un médiateur dans la relation entre les symptômes de stress traumatique à T1 et l'adaptation aux limitations à T3, dans le modèle B.</p> <p>Les résultats mettent en évidence que dans tous les modèles, en prenant en compte les variables avant la chirurgie, les symptômes de la dépression à T0 étaient associés à la dépression à T1 ($b = 0,391$; $b = 0,385$; $b = 0,391$) et à l'anxiété à T1 ($b = 0,215$; $b = 0,207$; $b = 0,215$).</p>	<p>Les limites sont : un taux d'attribution de 58 % dans cette population. C'est-à-dire que parmi les 206 participants, seul 58 % ont participé à l'étape T3. Une autre limite était que les participants viennent du nord du Portugal, qui est la zone où le taux d'amputation est le plus faible du pays. C'est au nord qu'il y a également le plus grand nombre d'unités multidisciplinaires du pied diabétique.</p>	

			Résultats principaux		
			Concernant le sexe, celui-ci a eu, pour tous les modèles, une influence simultanée et positive sur l'anxiété à T0 (b = 0,361 ; b = 0,325 ; b= 0,325), sur la dépression à T0 (b 0,370), et sur la fonctionnalité à T0 (b = 0,275). Dans le modèle C, le sexe est associé positivement à la fonctionnalité à T0 (b=0,275).		

Tableau synoptique des thèmes et dimensions principaux des articles retenus :
Après avoir analysé les différents articles, plusieurs thèmes sont ressortis. Le tableau suivant présente les 9 thématiques identifiées dans chaque étude.

Tableau 15 : Thèmes et dimensions par articles

Thèmes par articles	Articles qualitatifs			Articles quantitatifs					
	Article 1 Livingstone et al. (2011)	Article 2 DeSales & Lauver, (2014)	Article 3 Washington & Williams (2016)	Article 4 Pedras et al. (2019)	Article 5 Pedras et al. (2020)	Article 6 Pedras et al. (2016)	Article 7 McDonald et al. (2014)	Article 8 Pedras et al. (2018A)	Article 9 Pedras et al. (2018B)
Préconditionnée	X		X						
Dépression	X			X	X		X	X	X
Anxiété	X	X		X	X			X	X
Stress traumatique				X	X				X
Stratégie d'adaptation	X		X	X		X			X
Soutien social	X	X	X		X				X
Qualité de vie (physique et/ou mentale)					X	X	X		
Le niveau de Fonctionnalité (mobilité du membre)	X		X		X				X
Coût financier	X	X							

5.2. Résultats par thèmes

Dans cette partie, les résultats principaux des articles sont regroupés par thème dans un ordre décroissant de priorité en fonction des thèmes les plus retrouvés dans les articles.

5.2.1. Le pré-conditionnement

Les études de Livingstone et al. (2011), DeSales & Lauver (2014), Washington & Williams (2016) traitent le pré-conditionnement. Les résultats par étude sont précisés ci-dessous.

Livingstone et al (2011) mettent en avant le pré conditionnement, celui-ci apparaît dans deux thèmes différents l'impuissance et l'endurance.

Ce thème explore l'impuissance que ressentent les participants face aux soins médicaux et leur manque d'éducation sur les risques d'amputation reliés à un ulcère du pied diabétique (Livingstone et al, 2011). Les participants rapportent que certaines consultations n'étaient pas appropriées concernant les décisions de leurs soins. De même, selon ces derniers, certains soins étaient inadaptés à la situation. Puis, le manque d'expertise de certains professionnels de santé a amené un manque de confiance à l'équipe soignante. Quelques professionnels de la santé ont manifesté un manque total d'empathie envers les patients. La totalité des participants ont certifié n'avoir aucune connaissance préalable d'un éventuel risque d'amputation diabétique (Livingstone et al, 2011).

Pour le thème de l'endurance, les participants expriment l'importance d'être positif et d'éviter que l'amputation cause des impacts limitant significativement la vie quotidienne (Livingstone et al, 2011). Un participant témoigne « *Je ne pense pas que ça m'ait affecté, cela m'a rendu plus déterminé si cela a eu un effet. Je suis déterminé à ne pas me laisser enfermer à la maison et ne rien faire. Je suis plutôt disposé à penser : Très bien, Je vais essayer d'y arriver.* »

DeSales & Lauver (2014) mettent en avant le thème du blâme qui correspond au pré-conditionnement. Il en ressort que certains participants culpabilisaient de ne pas avoir cherché à se faire soigner de manière précoce. D'autres exprimaient qu'ils auraient apprécié que les soignants soient plus insistants en ce qui concerne la prévention et le traitement de la maladie (DeSales & Lauver, 2014). Un participant reproche au personnel soignant le fait de ne pas lui avoir diagnostiqué sa pathologie. « *Je l'ai appelé au téléphone et lui ai dit que je pouvais à peine marcher sur mes pieds. Il a dit que c'était probablement ta neuropathie... prends juste tes médicaments.* »

Washington & Williams (2016) expriment que pour la moitié des participants leur bien-être psychologique s'était stabilisé ou amélioré entre les deux entretiens. Toutefois, l'autre moitié a révélé que durant cette période, des changements négatifs dans leur bien-être causé par des complications. Lors du deuxième entretien, il en est ressorti que vivre une amputation est une expérience personnelle (Washington & Williams, 2016). Les personnes qui ont des complications graves telles qu'une plaie non cicatrisée, une menace d'une nouvelle amputation ou des complications liées au diabète, ont besoin d'un soutien psychologique rapproché, car elles sont à risque de souffrir d'un mal-être psychologique (Washington & Williams, 2016).

Le résultat démontre que pour accepter l'amputation, il faut que le participant ait une préparation psychologique en amont. Dans cette étude, tous les participants avaient subi une intervention d'urgence pour sauver le membre (Washington & Williams, 2016). Cinq d'entre eux étaient conscients que l'amputation était inévitable et ces participants ont utilisé des mots tels que « *semi-conditionné* », « *pré-conditionné* », « *habitué à* », « *cours naturel* » pour démontrer qu'ils étaient préparés à l'intervention.

5.2.2. Dépression

Les études de Pedras et al. (2018A), McDonald et al. (2014), Pedras et al. (2018 B), Pedras et al. (2020), Pedras et al. (2019), Livingstone et al. (2011) traitent de la dépression. Les résultats par étude sont précisés ci-dessous.

Pedras et al. (2018 A) mettent en évidence avec la HADS qu'avant l'amputation (T0) et un mois après (T1), un taux élevé des symptômes de la dépression était présent chez 42,5 % (intervalle de confiance à 95 % = 32,8 - 52,5 %) et 46,9 % (intervalle de confiance à 95 % = 38,1 - 55,8 %) des participants. Par ailleurs, les taux d'anxiété augmentaient après la chirurgie, alors que la dépression diminuait. L'âge des participants était un facteur prédictif de la dépression (Pedras et al., 2018 A). En revanche, lorsque l'anxiété et la dépression sont associées à T0, l'âge n'était pas significatif. Ensuite, grâce à l'analyse de régression multiple, ils ont montré que les caractéristiques démographiques et cliniques expliquaient 10 % de la variance de la dépression à T1 (Pedras et al., 2018 A). De même, ils ont retenu que l'âge était un prédicteur positivement significatif, c'est-à-dire qu'il y a une augmentation du risque dépression. Pour finir, les symptômes de dépression en pré-chirurgie sont considérés comme un prédicteur de dépression significatif à un mois après l'amputation (Pedras et al., 2018 A).

McDonald et al. (2014) ont constaté, que le score médian obtenu sur l'échelle HADS-D était de 5 pour les patients diabétiques ayant subi une amputation et de 3 pour les patients sans amputation. Le P-value était de 0,011. Cette différence est statistiquement significative et montre une différence entre les deux groupes. Les résultats des analyses univariées montrent un taux plus élevé de la dépression chez les patients ayant subi une amputation (U-test=7368,00, P=0,011) (McDonald et al., 2014). De plus, ils expliquent que la dépression est associée à la détérioration globale de la santé physique et n'est pas uniquement mise en lien avec l'amputation (McDonald et al., 2014).

Pour finir, dans l'étape 1 du modèle, cette étude explique que les autres variables sociodémographiques et cliniques telles que le niveau d'éducation, le statut relationnel, le temps écoulé depuis le diagnostic n'ont pas eu d'impact significatif sur le modèle pour la dépression ($\beta = -0,002$, $P=0,977$) (McDonald et al. ,2014).

Pedras et al. (2018 B) rapportent que dans tous les modèles avec l'échelle de la HADS, les symptômes de la dépression à T0 avaient un impact significatif sur la dépression à T1 ($b=0,391$; $b=0,385$; $b=0,391$, pour le modèle A, B et C), en prenant en compte les variables avant l'amputation. Les personnes de sexe masculin avaient des symptômes de dépression plus élevés ($b=0,370$ pour les modèles A, B et C) avant la chirurgie (T0) (Pedras et al, 2018 B). Pour finir, ils ont identifié que les réactions psychologiques telles que l'anxiété et la dépression en pré-amputation étaient des prédicteurs des réactions psychologiques en post-amputation (Pedras et al, 2018 B).

Pedras et al. (2020), mettent en évidence, l'impact de l'anxiété (HADS-A) en pré-chirurgie qui a eu une influence sur les symptômes de dépression (HADS-D) après l'opération. Cela est un prédicteur qui influence la composante mental (MCS) dix mois après l'amputation. Ils ont également constaté que les symptômes de dépression à T0 ont eu un impact significatif sur les symptômes de dépression à T1 ($b=0,464$) (Pedras et al., 2020).

Pedras et al. (2019) mettent en avant un taux moyen du score de la HADS-D de 9.82 à un mois (T1) après l'amputation. Ensuite, à six mois après l'intervention (T2) la moyenne du score est de 8.07 et pour finir à dix mois post amputation (T3) est de 7.85. Cela signifie qu'il y a une diminution dans le temps des symptômes de la dépression et cela est statistiquement significatif (Pedras et al., 2019).

Dans l'article de Livingstone et al. (2011), la dépression ressort dans le thème de l'endurance. Les participants ont ressenti de la peur, du désarroi et ont exprimé avoir ressenti des périodes de détresse émotionnelles aigüe. Un participant déclare : « *C'est le moment le plus sombre que tu connais, la première semaine, tu n'es pas vraiment bien...tu es vraiment plus bas que terre.* »

5.2.3. *Anxiété*

Les études de Pedras et al. (2018 A), Pedras et al. (2018 B), Pedras et al. (2020), Pedras et al. (2019), Livingstone et al. (2011), DeSales & Lauver (2014) traitent de l'anxiété. Les résultats par étude sont précisés ci-dessous.

Pedras et al. (2018 A) mettent en avant l'incidence des symptômes de l'anxiété avec la HADS, qui augmente à 63,7 % (intervalle de confiance à 95 % = 54,9 - 72,6 %) et 41,6 % (intervalle de confiance à 95 % = 32,7 - 52,5 %). Autrement dit, les participants avaient un score plus élevé à T1 et T3. Ensuite, ils révèlent que l'anxiété avant la chirurgie est un prédicteur pour l'anxiété et la dépression en post-amputation. Ces dernières sont des prédicteurs significativement positifs en post amputation (Pedras et al, 2018 A). L'analyse multivariée des mesures répétées met en exergue des différences significatives en lien avec l'anxiété et la dépression en pré et post amputation (Lambda de Wilk = 0,08, $F(2,108) = 4,67$, $p = 0,011$) en vérifiant les différentes variables cliniques (Pedras et al, 2018 A). De plus, les résultats de l'analyse univariée, indiquent que le temps avait un effet significatif sur l'anxiété $F(1,100) = 4,76$, $p = 0,031$ et que les symptômes d'anxiété ont diminué pendant la période avant la chirurgie (T0) et à un mois post-chirurgie (T1). Pour finir, ils ont conclu que l'anxiété a diminué en post-chirurgie et qu'elle n'est pas affectée par la durée de l'hospitalisation, la durée de l'ulcère ou le nombre d'amputations antérieures (Pedras et al, 2018 A).

Pedras et al. (2018 B), montrent un score de la HADS-A à T0 et T1 de ($b = 0,215$; $b = 0,207$; $b = 0,215$). De même, ils constatent une influence entre le score de la HADS-D à T0 sur celui de la HADS-A à T1 ($b = 0,357$; $b = 0,357$; $b = 0,351$) dans tous les modèles, en prenant en compte les variables pré-chirurgicales. Les résultats expriment également que les hommes présentaient plus de symptômes d'anxiété à T0 ($b = 0,361$; $b = 0,325$; $b = 0,325$, pour les modèles A, B et C) (Pedras et al, 2018 B).

Pedras et al. (2020), mettent en exergue, que l'anxiété (HADS-A) avant l'opération ($b = 0,353$) était positivement associée aux symptômes d'anxiété à T1. De plus, l'anxiété élevée à T0 ($b = -0,237$) avait une conséquence négative sur la MCS qui était plus faible dix mois après l'opération, mettant en évidence une amélioration de la MCS. Pour finir, l'anxiété à T1 ($b = -0,447$) a eu une influence négative et significative sur le soutien social à T2 (Pedras et al., 2020).

Pedras et al. (2019) mettent en avant à T1 un score moyen de la HADS-A à 9.24, à T2 8.39 et pour finir à T3 à 7.74. Ils décrivent que les patients qui présentent un taux plus élevé de symptômes d'anxiété utilisaient plus de stratégies pour la gestion des émotions (WOC-E) (Pedras et al., 2019). De même, les participants présentaient un nombre augmenté de symptômes de stress traumatique avec une augmentation de 0,556 du score IES-R (Pedras et al., 2019).

Livingstone et al. (2011) parlent du thème de l'endurance dans lequel l'anxiété ressort. Les auteurs expliquent que les patients ayant subi une amputation au-dessous du genou présentaient une plus grande souffrance en comparaison à ceux ayant eu une amputation mineure. Ils rajoutent qu'ils présentaient une crainte d'une ré-amputation (Livingstone et al, 2011).

DeSales & Lauver (2014), ont traité du thème de l'impuissance dans lequel l'anxiété apparaît. Les auteurs décrivent que les participants présentaient un sentiment d'impuissance associé à leur incapacité à prendre soin d'eux-mêmes, la perte d'indépendance en lien avec leur mobilité réduite, la dégradation de leur santé et aux différentes comorbidités due à l'amputation (DeSales & Lauver, 2014). Un participant rapporte son anxiété en lien avec l'attente de l'infirmière : « *J'étais ici tout seul et j'étais toujours très nerveux la première fois que l'un d'eux venait.* »

5.2.4. Stress traumatique

Les études de Pedras et al. (2019), Pedras et al. (2018 B), Pedras et al. (2020) traitent sur le stress traumatique. Les résultats par étude sont précisés ci-dessous.

Pedras et al. (2019), ont observé des symptômes de stress traumatique (IES-R), à T1 chez 13,9 % des patients (n=20), à T2 chez 12,1 % (n=13) et pour finir à T3 chez 6,3 % (n=6) des patients. De plus, le modèle des moyennes inconditionnelles, met en évidence que le temps est un prédicteur. Au départ, celui-ci montre une moyenne de 0,729 (SE=0,056, $p<.001$) (Pedras et al., 2019). De plus, pour chaque évaluation des symptômes, il y a eu une baisse de 0,091 par évaluation en lien avec ce prédicteur. La trajectoire de croissance moyenne était négative, elle montre un taux décroissant de 0,122 unité (SE =0,032, $p=.002$) par évaluation (Pedras et al., 2019). Les chercheurs montrent qu'à six et dix mois avec le Lambda de Wilks = 0,871, $F(2,84) = 6,245$, $p=.003$, $\eta^2=.13$) une différence statistiquement significative pour les symptômes de stress traumatique entre chaque évaluation, qui démontre une diminution. Le score moyen de l'IES-R à T1 est de 15.65, à T2 de 12.69 et à T3 de 10.4, cela montre que la prévalence des symptômes de stress traumatique a diminué dans le temps (Pedras et al., 2019).

Ensuite, ils révèlent que 49,5 % de la variation totale des symptômes de stress traumatiques était en lien avec les différences entre les participants (Pedras et al., 2019). Pour finir, les chercheurs ont démontré que la présence de douleur, le taux augmenté d'anxiété et les stratégies en lien avec les émotions ont eu un impact sur les symptômes de stress traumatique à T1 et T2 (Pedras et al., 2019).

Pedras et al. (2018 B), mettent en évidence les symptômes de stress traumatiques (IES-R). Ceux-ci sont négativement en lien avec l'ajustement général (GA) ($b=0,267$), l'ajustement aux limitations (AL) ($b=0,322$), et l'ajustement social (SA) ($b=0,215$) à 10 mois en post-amputation, incluant toutes les variables au modèle. Ensuite, ils démontrent que les patients présentant davantage de symptôme de stress traumatique à T1 étaient négativement associés à l'adaptation générale, sociale et aux limitations à T3 (Pedras et al., 2018B).

Pedras et al. (2020), prouvent que les symptômes de stress traumatique (IES-R) en post-chirurgie à six mois avaient une influence négative ($b=-0,283$) sur la composante physique (PCS) dix mois après l'opération (Pedras et al., 2020).

5.2.5. Soutien social

Les études de Pedras et al. (2018 B), Pedras et al. (2020), Livingstone et al. (2011), DeSales & Lauver (2014), Washington & Williams (2016) traitent sur le soutien social. Les résultats par étude sont précisés ci-dessous.

Pedras et al. (2018 B) mettent en évidence l'importance du soutien social. Le soutien social (SSSS) à T2 ($b=0,321$) était un médiateur entre le stress traumatique à 1 mois post-chirurgie et l'adaptation aux limites 10 mois après. Les auteurs ont mis en évidence un impact négatif entre les symptômes de stress traumatique élevé sur l'adaptation sociale à T3 (Pedras et al., 2018B). De plus, les résultats révèlent également que les patients avec un taux plus élevé de symptôme de stress traumatique un mois après l'intervention avaient un meilleur soutien à 6 mois post-chirurgie. En revanche, les patients présentant des symptômes d'anxiété à 1 mois post-amputation ($b=0,391$) avaient un taux plus bas pour le soutien social à 6 mois. Pour finir, ils ont montré que le soutien social aide à l'adaptation, car en post-amputation, ils ont besoin d'aide pour les AVQ (Pedras et al., 2018B).

Pedras et al. (2020) mettent en exergue l'impact négatif et significatif de la dépression (HADS-D) ($b = -0,275$) à T0 et l'anxiété (HADS-A) ($b = -0,447$) à T1 sur le soutien social (SSSS) à T2 ($b=0,252$) (Pedras et al., 2020). De plus, la satisfaction concernant le soutien social six mois post-amputation étaient associé à la PCS dix mois après l'amputation (Pedras et al., 2020). Ils constatent que le soutien social a un impact positif sur la PCS et un effet protecteur. À cela s'ajoute, le lien positif entre le soutien social et la qualité de vie. Pour finir, le soutien social à T2 est un médiateur entre les symptômes de stress traumatique à T1 et la PCS à T3 (Pedras et al., 2020).

Livingstone et al. (2011) parlent du thème de la fonctionnalité adaptative dans lequel le soutien social ressort. Les auteurs expliquent que tous les participants rapportent des changements relationnels avec leur conjoint, les différentes opportunités de sociabiliser, la capacité à travail et leur rôle à la maison (Livingstone et al., 2011).

Les participants expriment que la participation à des activités ou des rencontres sociales est entravée par la diminution de la mobilité initiale, l'incapacité et la réticence à conduire, puis la gêne dans les situations sociales due à un mauvais équilibre (Livingstone et al., 2011). De plus, pour les participants qui présentaient plus de complications, les conjoints devenaient des soignants à temps-partiel. Ces derniers les aident aux activités de la vie quotidienne et aux soins des plaies. Puis, les participants révèlent également un changement de rôle en lien avec les tâches du quotidien telles que réaliser les courses, étendre le linge, porter des charges lourdes et jardiner, qui étaient faites auparavant par eux-mêmes et indique une perte d'indépendance (Livingstone et al., 2011). L'un d'entre eux raconte « *Ce qui m'énerve, c'est que je ne peux plus faire les tâches que j'avais l'habitude de faire, j'ai perdu beaucoup de mon indépendance. J'ai été surpris par la quantité de travail que ma femme a à faire. Je suis un estropié et dois compter sur elle.* »

DeSales & Lauver (2014) mettent en avant le thème du soutien social dont trois sous-catégories ressortent de ce thème : le soutien professionnel, familial et communautaire. D'après les résultats de ce thème, ils dévoilent l'importance du soutien social pour un meilleur rétablissement et démontrent également qu'il faut prendre en compte les besoins des participants. Le soutien professionnel était d'un réconfort et apprécié des participants (DeSales & Lauver, 2014). Ce thème a été relevé par la citation suivante. L'un d'entre eux exprime : « *C'est génial de voir les médecins et infirmières venir et les personnes blessées m'ont donné de parfaites informations.* »

En ce qui concerne le soutien par les membres de la famille, il est dit que cela a aidé les participants à surmonter leur transition de l'amputation (DeSales & Lauver, 2014). Cependant, celui-ci n'est pas explicité par les verbatims.

Pour la communauté, des bénévoles amenaient les participants vers les séances de rééducations, car les transports publics étaient source d'inquiétude. Ils exprimaient également de la colère et du dégoût envers ses derniers (DeSales & Lauver, 2014). Un participant exprime : « *J'utilise les transports en commun, ils sont nuls. C'est un de mes vrais Némésis, le transport en commun.* »

Washington & Williams (2016) exposent les thèmes suivants : s'adapter à une vie restreinte, besoin d'aide ou d'indépendance et les relations avec les autres. Ces thèmes font ressortir le soutien social.

En ce qui concerne le thème de s'adapter à une vie restreinte, il en émerge des résultats qu'une transition difficile est présente. De plus, le fait d'être soutenu et/ou d'avoir un environnement favorable d'adaptation atténuaient les restrictions ressenties par les participants (Washington & Williams, 2016). Lors du deuxième entretien, les restrictions étaient encore présentes dans le quotidien des participants cependant, elles avaient changé avec le temps. Un participant explique « *Chaque mois, je découvre que je peux faire quelque chose de différent.* » (Participant 5)

Concernant le thème besoin d'aide ou d'indépendance, il met en exergue l'importance du soutien social en lien avec l'adaptation et le rétablissement. Celle-ci est considérée comme un complément au soutien reçu par les professionnels par le biais du conseil. Ils montrent que les familles ont besoin de soutien au niveau des soins physique, car cela impacte sur le bien-être psychologique (Washington & Williams, 2016). Des participants recevaient du soutien et étaient surprotégés pour des activités qu'ils pouvaient faire c'est pour cela qu'un participant a dû être proactif pour réguler le niveau de soutien reçu (Washington & Williams, 2016). Ce dernier dit : « *Elle a finalement compris : elle peut me laisser seul pendant 3 ou 4 heures et je ne vais pas me désintégrer.* » (Participant 5)

Les participants présentaient également une crainte pour ne pas être une charge et pour qu'il puisse garder une bonne estime d'eux-mêmes. L'un d'entre eux raconte : « *Sans votre jambe, il est difficile d'aller aux toilettes... Ils m'ont fourni une bouteille d'eau et c'est en le voyant arriver et la vider pour moi que je me suis senti mal. C'était juste uurrhh, une mauvaise sensation.* » (Participant 1)

La majorité des participants ont décrit avoir un bon soutien social à l'exception d'un participant. Le manque de soutien engendrait de la détresse ce qui ajoute une dimension négative à cette expérience (Washington & Williams, 2016). Un participant déclare : « *Je n'ai vu mon fils qu'une fois, une fois en six semaines. Mais ma fille n'est jamais venue et n'a donné aucune excuse.* » (Participant 6)

Pour le thème des relations avec les autres, ils mettent en évidence que l'expérience post amputation dépend de l'adaptation avant l'amputation, de la capacité à garder un certain contrôle, du soutien approprié de la famille et des amis, du réajustement des relations, de l'incident des complications et de la peur d'une nouvelle amputation (Washington & Williams, 2016). L'amputation peut engendrer une gêne sociale, et les participants finissent par se retrouver isolés des autres. L'un d'entre eux témoigne : « *... Tu découvres qui sont tes vrais amis... Depuis que je suis à l'hôpital, je n'ai presque plus de nouvelles de lui.* » (Participant 2)

Cependant, les personnes ayant pu réintégrer des activités sociales ont une meilleure adaptation à l'amputation (Washington & Williams, 2016). Certaines fois les opinions et les conseils des gens qui entourent les personnes amputées peuvent se révéler négatifs pour cette dernière (Washington & Williams, 2016). Un participant exprime : « *Ils disent... Pourquoi ne restes-tu pas malade ? Cela me dévalorise en quelques sortes.* » (Participant 1)

5.2.6. Stratégie d'adaptation

Les études de Pedras et al. (2018 B), Pedras et al. (2019), Pedras et al. (2016), Washington & Williams (2016) traitent sur les stratégies d'adaptation. Les résultats par étude sont précisés ci-dessous.

Pedras et al. (2018 B) mettent en évidence avec la TAPES-R, que la fonctionnalité à T0 ($b=0,238$) et le soutien social à T2 ($b=0,321$) ont un impact significatif sur l'adaptation aux limitations. Ils décrivent également que la présence d'anxiété à T0 ($b=0,218$) a eu un impact négatif sur l'ajustement social (Pedras et al., 2018 B). De plus, les symptômes de stress traumatique à T1 ont eu un impact négatif sur GA ($b=0,267$), SA ($b=0,215$) et AL ($b=0,322$) à T3 (Pedras et al., 2018 B). Ensuite, les résultats montrent que les participants de sexe masculin avaient plus de symptômes d'anxiété et de dépression en préopératoire et ceux-ci avaient un impact sur l'adaptation aux limitations à T3. Concernant les stratégies d'adaptions, ils révèlent qu'elles n'étaient pas des médiatrices entre les réactions émotionnelles et l'adaptation aux limitations (Pedras et al., 2018 B).

Pour finir, ils démontrent le lien du soutien social à T2 qui était un médiateur entre les symptômes de stress traumatique à 1 mois post-amputation et l'adaptation aux limitations 10 mois après l'intervention (Pedras et al., 2018 B). De plus, ils montrent que le soutien social favorise l'adaptation des patients, car à la suite de leur amputation, ils ont besoin de soutien pour les AVQ. C'est pour cela que le soutien social est perçu comme une stratégie d'adaptation (Pedras et al., 2018 B).

Pedras et al. (2019), observent un score moyen à T1 de 15.36, à T2 de 17.60 et à T3 de 18.41 sur l'échelle WOC-E. Pour chaque augmentation du score WOC-E, ils ont observé une augmentation de 0,007 sur le score de IES-R. Ensuite, ils montrent l'influence dans le temps des stratégies d'adaptation (Pedras et al., 2019). Pour finir, cette étude révèle que les patients présentant plus d'anxiété, de symptômes de stress traumatique et de douleurs utilisaient des stratégies pour gérer leurs émotions (Pedras et al., 2019).

Pedras et al. (2016), ont identifié que l'impact sur un patient qui a subi une amputation antérieure aurait une résilience augmentée et disposerait davantage de mécanismes d'adaptations.

Washington & Williams (2016) mettent en lumière le thème de la capacité d'adaptation. Il en ressort que les participants expriment l'importance de la positivité et du sens de l'humour, lors de l'adaptation à une amputation. Un participant exprime : « *Le sens de l'humour est primordial.* » (Participant 1)

5.2.7. Le niveau de fonctionnalité (mobilité du membre)

Les études de Pedras et al. (2020), Pedras et al. (2018 B), Livingstone et al. (2011), Washington & Williams (2016) traitent sur le niveau de fonctionnalité. Les résultats par étude sont précisés ci-dessous.

Pedras et al. (2020), démontrent l'effet significatif de la dépression et la fonctionnalité avec l'indice de Barthel (BI) à T0 ($b=0,517$) et sur le niveau de fonctionnalité à T1. Les résultats des variables soulignent que lorsque toutes les variables sont incluses en même temps dans le modèle, le soutien social à T2 ($b=0,252$), la fonctionnalité à T0 ($b=0,311$) et à T1 ($b=0,202$) ont eu un impact positif sur la PCS (Pedras et al., 2020).

Pedras et al. (2018 B), mettent en exergue, la fonctionnalité (BI) avant l'intervention (T0) qui a été associée à la fonctionnalité à T1 dans tous les modèles ($b=0,561$). Ensuite, le sexe a eu un impact négatif sur la fonctionnalité à T0 ($b=0,275$, pour les modèles A, B et C respectivement) (Pedras et al., 2018B). Ils montrent également que la fonctionnalité à T0 ($b=0,238$) a eu un impact significatif sur l'adaptation aux limitations. Pour finir, il mettent en évidence un lien entre un taux plus élevés de fonctionnalité en pré-chirurgie et à un ajustement social plus faible en post-chirurgie (Pedras et al., 2018B).

Livingstone et al. (2011) mettent en avant le thème de la fonctionnalité adaptative. En ce qui concerne la mobilité, les participants ont reconnu leurs limites et ont dû ajuster leurs mouvements ainsi que leurs habitudes pour améliorer leurs capacités physiques. Plusieurs problématiques sont ressorties (Livingstone et al., 2011). Tout d'abord, les participants ont émis que marcher limitait les déplacements. De plus, les participants amputés des orteils ont rapporté une difficulté à marcher sur un sol irrégulier, cela impactait leur équilibre (Livingstone et al., 2011). Pour finir, ces derniers rajoutent que monter et descendre des pentes, est difficile pour eux. Cela étant causé par un déséquilibre (Livingstone et al., 2011).

Un participant déclare : « *Même s'il n'y a que 3 marches d'escalier, je dois être sur la bonne marche ou autrement, je dois m'arrêter. Si je dois monter d'une marche, je dois me tourner de face et rester une minute... Et lorsque tu n'avais qu'un pied avec les orteils amputés, tu aurais trouvé plus facile si tu avais toujours descendu la rue du côté droit parce que tu as un meilleur équilibre* ».

Washington & Williams (2016) exposent les thèmes suivants : s'adapter à une vie restreinte, capacité d'adaptation. Ceux-ci font ressortir le thème du niveau de fonctionnalité.

En ce qui concerne le thème s'adapter à une vie restreinte, il en émerge que lors du premier entretien, des limitations ou restrictions de mobilité dues à l'amputation ont été identifiées par la totalité des participants et ont affecté beaucoup d'activités quotidiennes (Washington & Williams, 2016). Lors de la phase post amputation, les participants ont réalisé, au fil du temps, les limitations et restrictions que pouvaient engendrer l'amputation. Suite à leur amputation, la majorité des participants ont fait part de leurs inquiétudes (Washington & Williams, 2016). L'un d'entre eux témoigne : « *Comment est-ce que je vais réussir à faire avec ça maintenant ?* » (Participant 6)

De plus, l'acceptation de l'amputation variait selon les participants, celle-ci dépendait si l'amputation était prévue ou pas (Washington & Williams, 2016). Cependant, lors de leurs sorties de l'hôpital, les patients amputés pensaient avoir acceptés la perte du membre. Alors, qu'ils décrivaient difficile la transition du retour à domicile (Washington & Williams, 2016). Les personnes qui n'arrivaient pas à retrouver une mobilité causée par des complications, pouvaient avoir un impact psychologique négatif. Un participant exprime : « ...*Un peu comme un choc...je dois accepter que je ne suis pas aussi doué que je le pensais* ». (Participant 6)

Concernant le thème de la capacité d'adaptation, les chercheurs mettent en évidence l'influence des limitations sur les participants (Washington & Williams, 2016). Ces dernières ne sont pas que physiques, elles vont dépendre des objectifs que le participant se fixe par rapport à la mobilité. De plus, les participants ayant des objectifs plus élevées et une mobilité plus faible étaient plus affectés par les limitations (Washington & Williams, 2016). Toutefois, les participants avec des ambitions modérées et plus faible avaient une meilleure acceptation en lien avec les limitations. Ils ont constaté l'impact positif sur leur adaptation aux conséquences de l'amputation (Washington & Williams, 2016).

5.2.8. Qualité de vie (physique et mental)

Les études de Pedras et al. (2020), McDonald et al. (2014), Pedras et al. (2016) traitent la qualité de vie. Les résultats par étude sont précisés ci-dessous.

Pedras et al. (2020), démontrent que la PCS (SF-36) a été impactée positivement et simultanément par la fonctionnalité à T0 ($b=0,311$) et à T1 ($b=0,202$) et le soutien social à T2 ($b=0,252$). Cependant, le stress traumatique a eu un impact négatif ($b=-0,283$) également significatif sur la PCS. Puis, cette dernière a été impactée négativement par les symptômes d'anxiété à T0 ($b=-0,237$) et de dépression à T1 ($b=-0,320$) (Pedras et al., 2020). Enfin, les résultats ont également montré que le soutien social à T2 a partiellement médié à la relation entre les symptômes de stress traumatique à T1 et la PCS à T3. Ils constatent que la qualité de vie est impactée par une amputation (Pedras et al., 2020).

McDonald et al. (2014), examinent les différences entre les personnes diabétiques ayant subi une amputation et celles n'ayant pas encore d'amputation. Les résultats qui concernent la qualité de vie physique révèlent que cette dernière est plus faible ($U\text{-test}=3752,50$, $P=0,000$) chez les personnes amputées (McDonald et al., 2014). De plus, les résultats expriment qu'après l'analyse des variables socio-démographiques et cliniques lors de l'étape 1 du modèle, aucun effet significatif n'a été relevé sur la qualité de vie physique ($b=-0,114$, $P=0,103$) (McDonald et al., 2014). Ensuite, leurs résultats démontrent qu'une mauvaise qualité de vie est influencée par une incapacité à s'adapter à l'amputation. Pour finir, les résultats mettent en évidence un impact du changement corporel qui a une influence sur l'image corporelle, mais également sur sa santé en général. Cela explique mieux un taux de qualité de vie physique moins élevé pour les patients amputés (McDonald et al., 2014).

Pedras et al. (2016), mettent en évidence que la HRQoL physique (PCS) a diminué en pré et post chirurgie ($t(107) = 3,238$, $p>.001$). En revanche, il n'y a pas eu de différence observée pour la HRQoL mentale (MCS). Ensuite, les résultats démontrent qu'une PCS élevée en pré-chirurgie a augmenté en post amputation (Pedras et al., 2016). Ce résultat est plus présent chez les patients ayant subi une amputation antérieure ($b= 0.720$, 95 % CI [0.543, 0.896], $t = 8.08$, $p< 0.001$) (Pedras et al., 2016). Pour les patients qui n'avaient pas eu d'amputation antérieure, l'association entre la PCS avant et après l'intervention était également significative ($b= 0.393$, 95 % CI [0.215, 0.569], $t = 4.40$, $p< 0.001$) mais moins élevé (Pedras et al., 2016).

De plus, une amputation antérieure était considérée comme un modérateur entre la HRQoL physique et mentale en pré et post amputation. La seule variable clinique dans le modèle final étant significative était une ré-amputation au cours de la même durée d'hospitalisation (Pedras et al., 2016). Ensuite, ils révèlent que plus une amputation est proximale plus les effets sont négatifs sur la HRQoL augmentant de manière significative (Pedras et al., 2016). Ils révèlent également que la HRQoL physique et mentale en pré-amputation prédit celle en post-amputation, ainsi que le nombre de complications en lien avec le diabète et la ré-amputation. Les complications peuvent être en lien avec une plus longue durée de la maladie (Pedras et al., 2016). De plus, il est possible que le fardeau psychologique soit associé non seulement aux soins des DFU, mais également aux soins des autres complications qui réduisent et affecte la qualité de vie mentale (Pedras et al., 2016).

5.2.9. *Cout financier*

Les études Livingstone et al. (2011), DeSales & Lauver (2014) traitent sur les coûts financiers. Les résultats par étude sont précisés ci-dessous.

Livingstone et al. (2011), présentent le thème de la fonctionnalité adaptative dans lequel les coûts financiers ressortent. Les auteurs expriment que les participants ont eu des coûts financiers élevés dus à l'amputation, les pansements, les chaussures adaptées ou les prothèses, les déplacements et l'adaptation de leur habitat. D'autre part, les participants qui travaillaient avant leur amputation ont perdu leurs travaux car ils avaient des difficultés à rester debout ou à effectuer des tâches manuelles (Livingstone et al., 2011).

Un participant déclare : « *Tu invites des gens pour des rassemblements et toutes ces sortes de choses. Tu n'en fais pas autant que tu en avais l'habitude et par conséquent ton groupe se désagrège et tout tombe en morceaux, et moi, je reste là et je regarde.* »

DeSales & Lauver (2014), mettent en exergue le thème fardeau économique dans lequel les coûts financiers apparaissent. Ce dernier comporte des sous-thèmes : les soins médicaux coûteux, la perte de revenus, l'incapacité de subvenir aux besoins de la famille, les coûts des médicaments et des traitements. Ce thème met en évidence à quel point celui-ci pouvait être problématique chez les participants (DeSales & Lauver, 2014).

Un soignant raconte « *Un participant a dû demander de faire des paiements mensuels " Je paie encore pour ça. J'ai dit regarde, je ne peux pas te donner grand-chose, peut-être te donner 30 ou 40 US par mois. Je n'ai pas assez d'argent pour la nourriture.* »

6. DISCUSSION

Dans cette partie, le cadre théorique de Meleis sera mis en lien avec les résultats des articles sélectionnés, ainsi qu'avec des références complémentaires. La présentation de la discussion suit les étapes de la transition décrite par Meleis et illustrée dans le schéma 3, page 82. Pour rappel, cette section vise à répondre à la question de recherche « *Quelle est l'expérience vécue et l'influence sur les indicateurs de la qualité de vie de l'amputation consécutive à un ulcère du pied diabétique ?* »

Les études qualitatives retenues de Livingstone et al. (2011), DeSales & Lauver, (2014) et Washington & Williams, (2016) décrivent que la transition de l'amputation peut être vécue de manières très différentes selon les personnes. L'objectif de la discussion est de mettre en évidence les facteurs tels que les propriétés, les conditions de la transition facilitante ou entravante et les modèles de réponses qui impactent cette transition.

6.1. Nature de la transition

La transition est un passage de la vie qui se situe entre deux périodes dites stables et dont la durée peut être indéterminée (Fawcett, 2017). Le type de transition vécu par la population choisie dans ce travail est l'expérience de la santé ou de la maladie. Dans la situation d'un patient amputé en raison d'un ulcère du pied diabétique, la personne passe par plusieurs étapes. Ces dernières sont le diagnostic de la maladie chronique, la récupération et le retour à domicile (Fawcett, 2017). En effet, la personne diabétique recevra plusieurs annonces durant son parcours de maladie et de soins.

En premier lieu, cette personne va faire face à l'annonce de son diabète. Lors de cette phase, les soins de prévention sont primordiaux afin de diminuer les risques éventuels et les changements majeurs dans la vie de la personne. Pour finir, si les complications s'aggravent, l'amputation peut être possible. Cela implique également une transition sur le plan physique, psychologique, social et économique. Par la suite, la personne amputée va également passer par un processus de récupération, devra s'adapter et retourner à son domicile, ce qui va à nouveau impliquer des remaniements dans plusieurs sphères citées précédemment.

6.2. Propriétés

6.2.1. Prise de conscience

La prise de conscience se définit par la perception, les savoirs et la reconnaissance de l'expérience de transition (Fawcett, 2017). Le niveau de conscience est expliqué par le degré de congruence entre, les connaissances sur les processus et les réponses de personnes ayant vécu une expérience similaire, ce qui va créer des attentes en lien avec celle-ci (Fawcett, 2017).

Lors d'une amputation, la prise de conscience peut se faire à différents moments et peut avoir lieu avant l'annonce de l'amputation ou après l'intervention (Washington & Williams, 2016). Elle peut donc survenir n'importe quand, cela varie beaucoup entre chaque personne. Pour les patients où l'intervention n'était pas prévue, il est favorable d'avoir une préparation psychologique en amont pour favoriser l'acceptation de l'amputation (Washington & Williams, 2016). Cette préparation permettrait d'avoir une prise de conscience plus rapide et, étant donné que cette dernière est une propriété de la transition, cela faciliterait la prise en soin.

Cependant, DeSales & Lauver (2014) ont démontré que les patients lors de l'hospitalisation pensaient avoir accepté l'amputation, or il s'est avéré que dès leur retour à domicile les participants décrivaient une transition difficile. Les personnes n'arrivaient pas à retrouver une mobilité. C'est souvent dû aux complications mais, malheureusement, peut avoir un très fort impact psychologique. Cela montre que plusieurs transitions peuvent se produire au même moment et être liées entre elles (Fawcett, 2017). De ce fait, la personne peut vivre une transition multiple à différents moments tels que lors du retour à domicile ou lors de la confrontation aux complications. DeSales & Lauver (2014), ont également constaté que plusieurs participants culpabilisaient de ne pas avoir cherché à se faire soigner plus tôt. Par conséquent, une prise de conscience tardive peut amener à un sentiment de culpabilité.

La prise de conscience est également perçue lorsque les personnes identifient leurs propres limites. Les participants ayant des objectifs atteignables au niveau de la récupération de leur mobilité avaient une meilleure acceptation de leur situation (Washington & Williams 2016). La connaissance de la durée de réhabilitation permet de mettre en place avec le patient des objectifs atteignables et éviter de faire face à trop d'échecs. Les patients doivent voir et sentir qu'ils s'améliorent afin de mieux vivre ce moment.

Lors de la mise en place des interventions infirmières dans la théorie de Meleis, il est important d'évaluer le niveau de préparation, la préparation du patient à la transition et le rôle de soutien et de suppléance. Ceci toujours dans le but de mettre des objectifs atteignables (Aubin & Dallaire, 2008).

6.2.2. Niveau d'engagement

Le niveau d'engagement est le niveau d'implication de la personne dans le processus de transition (Fawcett, 2017). Ce niveau peut être impacté par différents facteurs qui peuvent donner au patient un sentiment d'impuissance et de ce fait réduire le niveau d'engagement et de maîtrise.

DeSale & Lauver (2014) mettent en exergue différents éléments qui génèrent un sentiment d'impuissance, tels que la perte d'autonomie dans leurs soins, une perte d'indépendance en lien avec la mobilité réduite, la dégradation de leur santé et les différentes comorbidités. En effet, le soignant privilégie l'autonomie du patient au maximum pour que son niveau d'engagement demeure élevé. Nous pouvons rajouter à cela que les patients amputés au-dessous du genou ont connu une plus grande souffrance en comparaison à ceux ayant eu des amputations mineures (Livingstone et al. 2011). Ainsi, les personnes amputées au-dessus du genou peuvent avoir plus de difficultés au niveau de la mobilité avec comme conséquence un niveau d'engagement diminué. Celui-ci peut être altéré par la diminution de la mobilité, car il va y avoir des impacts à différents niveaux de la participation à des activités et/ou des rencontres sociales.

6.2.3. Changement et différence

Le changement peut concerner l'identité, les rôles, les relations, les capacités et les comportements de la personne (Alligood, 2010). De plus, le changement se définit comme le fait de se sentir et d'être vu comme différent, ou voir le monde et les autres de différentes manières (Fawcett, 2017). Tout d'abord, ces changements sont vécus par les patients et par leur proches lors de la transition. Livingstone et al. (2011) ont constaté un changement de rôle entre les conjoints lorsque les patients présentaient plus de complications. C'est-à-dire, les conjoints devenaient des soignants à temps-partiel pour les aider dans leurs activités de la vie quotidienne comme la réalisation des courses, étendre le linge, porter des charges lourdes, le jardinage et dans les soins de plaie. Ces changements de rôles pourraient avoir une conséquence négative au sein d'un couple, voir même d'affecter le romantisme et la sexualité (Woods & al., 2018).

Ensuite, la mobilité dépend également du niveau de l'amputation. Zingg et al. (2014) décrivent que 60 % des personnes ayant subi une amputation en-dessous du genou arrivaient à se mobiliser par la suite, alors que seul 20 % de ceux amputés au-dessus du genou y parvenaient (Zingg & al., 2014). Les différences ont été ressenties par les participants lors des activités ou des rencontres sociales souvent causées par la mobilité réduite, l'incapacité et la réticence à conduire. De même, dans les situations sociales, il peut y avoir sentiment de gêne causé par un mauvais équilibre. Cette difficulté a été constatée chez les participants qui avaient subi une amputation des orteils. Ils avaient plus de difficulté à marcher ou à monter et descendre des pentes sur un sol irrégulier, ce qui entraînait une perte d'équilibre. Tous ces éléments constituent entre autres les différences et changements auxquels les patients doivent souvent faire face lors de leur transition.

Finalement, lors de la perte d'un membre, la transition est accompagnée de différents deuils. L'un d'entre eux survient lorsque la personne a des difficultés à réaliser des tâches effectuées auparavant ce qui peut entraîner la perte de son rôle initial. Pour rappel, le deuil est un processus d'adaptation par lequel passe une personne dans le but d'apaiser la douleur ressentie à la suite d'un décès, une perte ou une transition marquante (Thibault et al. 2017). Dans le cas d'un patient amputé, il y a une perte d'un membre et de ce fait un processus se crée. Pedra et al. (2018 A), McDonald et al. (2014), Pedras et al (2019), Pedras et al. (2020), Livingstone et al. (2011) et DeSales & Lauver (2014) ont constaté que cette perte provoque ou aggrave les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress traumatique qui vont évoluer par la suite dans le temps. Le deuil est donc un processus très important.

6.2.4. Espace dans le temps

D'après Fawcett (2017), le début d'une transition est marqué dans le temps par un départ identifiable et pour finir d'une période de stabilité ou de renouveau. La transition n'a pas de fin, car celle-ci est fluide et se déplace dans le temps. Effectivement, quand un patient vit une amputation, le point de départ sera marqué par la perte du membre. Cependant, l'expérience que va vivre le patient durant sa transition dépendra de multiples facteurs comme la prise de conscience, le niveau d'engagement, les conditions de la transition qui peuvent la faciliter ou l'entraver. Washington & Williams (2016) mettent en évidence le processus qui, en finalité, abouti à une stabilité ou à une amélioration. Entre les deux entretiens, la moitié des participants ont présenté une amélioration dans leur bien-être psychologique.

De plus, il est difficile de définir la fin de la transition, car elle est en constante évolution et propre à chacun. Au cours de cette transition, l'état psychologique des patients ne cesse d'évoluer. L'autre moitié des participants a montré qu'ils vivaient des changements négatifs dans leur bien-être en raison des complications, telles qu'une plaie non cicatrisée, des complications liées au diabète et la menace d'une nouvelle amputation. Ils montrent l'importance d'un soutien psychologique intensif pour diminuer le risque de souffrance liée à leur mal-être (Washington & Williams, 2016).

Après une amputation et lors du rétablissement et la réadaptation, l'incidence de la dépression est d'environ 30 % chez cette population. (Panyi & al., 2015), Pedras et al. (2018 A), Pedras et al. (2018 B), Pedras et al. (2019) et Pedras et al. (2020) présentent que les symptômes de dépression et d'anxiété en pré-chirurgie et en post-chirurgie ont augmenté et que le temps est un prédicteur pour la diminution des symptômes de stress traumatique, de dépression et d'anxiété. Pedras et al. (2018 A), Pedras et al. (2018 B) et Pedras et al. (2020) mettent en avant plusieurs facteurs prédictifs en lien avec, par exemple, les symptômes de la dépression ou l'anxiété avant l'amputation qui accentuent le risque de leur augmentation en post-chirurgie. En somme, l'évaluation de l'anxiété et de la dépression en pré-chirurgie se révèle importante pour améliorer la transition que la personne va vivre.

6.2.5. Points critiques et événements

Fawcett (2017), détermine des points critiques en dernière phase, où les personnes peuvent avoir le sentiment de stabilité dans la nouvelle routine et acquérir des nouvelles compétences. Les changements sont marqués par un plus grand investissement de la personne en lien avec une meilleure adaptation au changement, la différence ou à l'engagement (Fawcett, 2017). Afin d'avoir cette dernière phase de stabilité, les patients passent par des moments chargés en émotions comme la peur et le désarroi et, ont exprimé avoir eu un sentiment de détresse aiguë. Ils sont passés par des moments de changements provoquant des réactions tout à fait émotionnelles (Livingstone et al. 2011). Comme le montre la citation suivante : « *C'est le moment le plus sombre que tu connaisses, la première semaine, tu n'es pas vraiment bien...tu es vraiment plus bas que terre* ». Les participants ont vécu des points critiques dans leur transition qui leur ont permis par la suite de se développer.

Certains événements et situations post-amputation, tels que le retour à domicile, les activités professionnelles et sociales, préoccupent les participants et provoquent des réactions émotives. Ces dernières peuvent impacter le processus de transition. Pedras et al. (2018 B) montrent que les participants qui avaient des symptômes de stress traumatique à 1 mois, avaient une baisse de l'adaptation à 10 mois en post-amputation.

6.3. Condition de transition : facilitantes et entravantes

Les conditions de transitions se définissent comme les facteurs qui impactent la manière dont la personne traverse sa transition et qui facilitent ou entravent l'évolution de la transition saine. (Fawcett, 2017). Parmi cela, il y a les conditions sociétales, communautaires et personnelles. Cette dernière englobe l'événement précipitant la transition, le statut socio-économique, la préparation et les connaissances.

6.3.1. Personnelles

Premièrement, le sens donné à l'événement précipitant la transition, se définit par l'évaluation subjective d'un événement prédit, son vécu et l'évaluation de son effet probable sur la vie de la personne qui peut faciliter ou entraver la transition (Fawcett, 2017). Le sens donné à l'événement précipitant la transition est présent dans l'article de DeSales & Lauver (2014), où un participant rapporte son expérience. Par exemple, un participant reproche au personnel soignant de ne pas avoir diagnostiqué sa pathologie. Il dit « *Je l'ai appelé au téléphone et lui ai dit que je pouvais à peine marcher sur mes pieds. Il a dit que c'était probablement ta neuropathie... prends juste tes médicaments* ». Cela montre le sens que le patient donne à sa transition. C'est-à-dire qu'il reproche au soignant de ne pas avoir pris en considération ses plaintes et, de ce fait, ce soignant est d'après lui la cause de son amputation. Cet exemple démontre que parfois, la transition peut être entravée par des éléments externes comme dans cette situation où le personnel soignant ne s'implique pas dans la prise en charge.

Deuxièmement, le statut socio-économique peut être un élément facilitant ou entravant. Les coûts dus au traitement du diabète s'élèvent à 28,6 millions dans le canton de Vaud. 60 % de cette somme sont induits par les complications qui entraînent un surcoût hospitalier pouvant atteindre 33,5 millions (Jeanrenaud & Dreyer, 2012). Livingstone et al. (2011) démontre que suite à l'amputation, les participants ont peur des coûts financiers élevés dus à l'intervention, aux pansements, aux chaussures adaptées ou aux prothèses, aux déplacements et à l'adaptation de leur habitat.

De plus, ils mettent en avant que les participants qui travaillaient avant leur amputation ont perdu leur emploi. Tout ceci va mener à des difficultés économiques qui peuvent être perçues comme un facteur entravant leur processus de transition.

DeSales & Lauver (2014) confirment également que les coûts financiers peuvent être un fardeau pour les patients en raison des soins médicaux coûteux, la perte de revenus, l'incapacité à subvenir aux besoins de la famille et les coûts des traitements. Les coûts peuvent être diminués grâce aux assurances, mais malgré cela, des frais sont présents. En Suisse, chaque habitant paye une assurance (LAMal) qui rembourse les soins de base. Cependant, avant d'être remboursé, le patient paye une franchise se situant entre 300 à 2500 CHF, dépendant de la prime que celui-ci règle par mois. Après avoir payé cette franchise, une quote-part de 10 % est à la charge de l'assuré à hauteur de 700.-. (Art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10)). Un séjour hospitalier revient à 15.- par jour (HUG, 2021). Comme dit précédemment l'assurance ne couvre que les soins de base. Toutefois des assurances complémentaires sont possible. À long terme, ces coûts peuvent s'avérer conséquents. En plus de ces coûts conséquents, vient s'ajouter une perte d'emploi pouvant amener à une situation dont il est difficile de se sortir.

Troisièmement, la préparation et connaissance se définissent par l'accès aux les ressources adéquates et informations nécessaires pour vivre au mieux la transition (Fawcett, 2017). De plus, Meleis met en avant que la préparation en amont est un facilitateur pour la transition, alors que le manque de préparation est une entrave pour celle-ci (Fawcett, 2017). Ensuite, la connaissance est définie comme étant l'assimilation d'information en ce qui concerne les attentes de la personne lors de sa transition et les stratégies qu'elle peut utiliser pour les affronter (Fawcett, 2017). Les différents résultats des études de Pedras, al. (2018 A), Pedras, al. (2018 B) Pedras, al. (2019) et Pedras et al. (2020) expriment des taux élevés d'anxiété, de dépression et de stress traumatique en pré et en post chirurgie ont été relevés.

Pour la connaissance, le développement de la confiance et du « coping » est présent. Ce dernier se définit par une hausse du niveau de compréhension des différents processus de transition et le développement de stratégies pour améliorer la transition. Les patients ayant vécu une amputation, doivent trouver des stratégies d'adaptation (Fawcett, 2017). Tout d'abord, Pedras et al. (2016) ont démontré qu'un patient ayant subi une amputation antérieure aurait une résilience augmentée et disposerait davantage de mécanismes d'adaptation. Cela montre que les patients qui avaient déjà subi une amputation connaissent les processus par lesquels ils vont être confrontés à nouveau, ce qui facilite leur transition.

De plus, les participants ont trouvé des stratégies facilitatrices telles que la pensée positive et le sens de l'humour pour améliorer leur vécu de la transition (Washington & Williams 2016). De même, Pedras et al. (2019) rapportent que les patients ayant un taux élevé d'anxiété, de stress traumatique et de douleurs utilisaient davantage de stratégies pour gérer leurs émotions.

6.3.2. Sociétal et communautaire

L'environnement de la personne se compose de ses ressources communautaires et de ses conditions sociétales (Fawcett, 2017). Celles-ci peuvent aussi être des facteurs facilitateurs ou entravants dans le processus de la transition. Les conditions sociétales se caractérisent par le point de vue de la société comme la stigmatisation, les stéréotypes et la marginalisation (Fawcett, 2017). Ensuite, les ressources communautaires se définissent par le niveau du soutien venant de la famille, des amis, des services. (Fawcett, 2017). D'après plusieurs articles, l'importance du soutien social est mise en avant dans la transition d'une personne amputée.

DeSales & Lauver (2014) et Washington & Williams (2016) montrent tous deux l'importance du soutien social pour un meilleur rétablissement et, de ce fait, une transition saine. Le soutien peut venir de la part de la famille et qui l'aide à surmonter la transition de l'amputation (DeSales & Lauver (2014). En revanche, la famille peut également avoir besoin d'un soutien pour les soins physiques, car cela a des répercussions sur leur bien-être psychologique. D'autre part, le soutien peut venir également des professionnels par le biais de conseils (Washington & Williams, 2016). Selon de DeSales & Lauver (2014), il est considéré comme un réconfort et est très apprécié par les participants. Pour finir, le soutien social peut aussi venir de la communauté de la personne. En effet, DeSales & Lauver (2014) explique que les bénévoles amenaient les participants vers les séances de rééducation. Puis, Washington & Williams (2016) révèlent que les personnes ayant pu reprendre des activités sociales ont une meilleure adaptation à l'amputation malgré le risque de recevoir de mauvais conseils de leur entourage.

En revanche, lorsque les personnes ont un manque de soutien, cela peut engendrer de la détresse. Cela montre que le manque de soutien social peut être un facteur entravant à une bonne transition (Washington & Williams, 2016). Il y a plusieurs facteurs pouvant engendrer une baisse du soutien social comme le stress traumatique qui impactent sur l'adaptation sociale en post-chirurgie. Cependant, l'anxiété et la dépression ont également entravé le soutien social (Pedras et al. 2018 B et Pedras et al. 2020).

7. CONCLUSION

Ce travail a pour but d'investiguer la transition d'une personne ayant vécu une amputation due à un ulcère du pied diabétique et de mettre en évidence les facteurs de risque qui impacteraient sur la qualité de vie. Au terme de ce travail, et au travers des articles retenus et du cadre théorique de nombreuses voies de compréhension et de réponse ont été investiguées.

Les études de Pedras et al. (2018 A), Pedras et al. (2018 B), Pedras et al. (2019), Pedras et al. (2020), DeSales & Lauver (2014), McDonald et al. (2014), Livingstone et al. (2011) montrent que les différents facteurs tels que la dépression, l'anxiété et le stress traumatique ont impacté de manière négative la transition de la personne et sa qualité de vie. En revanche, le soutien social et professionnel sont importants pour un meilleur processus de transition et permettent ainsi d'avoir une meilleure qualité de vie.

7.1. Recommandations

7.1.1. Clinique

En lien avec la pratique clinique, il semble nécessaire de promouvoir différents aspects.

En premier lieu, il serait important d'informer le personnel soignant que les personnes ayant un profil anxieux et dépressif pourraient impacter le processus d'une transition saine suite à une amputation. Pour éviter cela, lors de l'annonce de l'amputation, une évaluation à l'aide d'une échelle aiderait à déterminer si le patient a un profil anxieux et/ou dépressif. De même, cela permettrait de mettre en place des interventions en fonction des profils, afin de réduire ces symptômes comme un suivi psychologique ou des traitements médicamenteux. De plus, il faudrait aussi informer le personnel soignant que les patients peuvent être à risque de développer un syndrome de stress post-traumatique. Pour finir, suite à l'intervention, il est important de maintenir un suivi psychologique et de continuer les surveillances concernant les symptômes d'anxiété, de dépression et de stress traumatique afin d'aider le patient à vivre au mieux sa transition.

En deuxième lieu, il serait judicieux d'intégrer la famille et les proches dans la prise en soins du patient afin de les préparer à cette nouvelle situation. Cela dans le but d'apporter des réponses à leurs questions, de pouvoir leur proposer les différentes alternatives qui pourront les soulager dans leur quotidien afin d'éviter les changements de rôle et la surprotection.

Concernant les patients n'ayant pas beaucoup de liens sociaux, il s'agit de leur proposer également des structures dans lesquelles ils pourront trouver du soutien et des aides financières.

Pour finir, l'éducation thérapeutique peut se faire par le biais de différents moyens d'échanges tels que lors d'entretiens individuels ou en groupe, par téléphone et même par vidéoconférences. Durant ses consultations, le soignant devra aborder quatre axes tels que l'éducation du patient, le suivi des glycémies, la prévention et la gestion des complications et le contrôle du risque cardio-vasculaire (HUG, 2017B). Dans le contexte de la pandémie du COVID-19, il est indispensable de garder un suivi durant cette période car dans différents articles il a été révélé que le manque de suivi a provoqué une augmentation du nombre d'amputation. Cela peut justement se faire par téléphone ou vidéoconférences.

7.1.2. Recherche

Au vu de l'augmentation du diabète et de ses complications en Suisse, il serait intéressant de concevoir des études dans ce pays pour plusieurs raisons. Premièrement, très peu d'études ont été conçues concernant la qualité de vie durant leur transition. C'est pourquoi, il serait nécessaire d'en réaliser davantage en Suisse afin d'identifier les conditions facilitatrices et entravantes de cette population spécifique et cela montrera l'importance de leur accompagnement.

Pour finir, il serait également important de s'intéresser aux facteurs sociaux qui ont montré, dans de nombreuses études, l'effet positif sur la qualité de vie. Il faudrait trouver des moyens d'évaluer chaque personne et son entourage afin d'améliorer et de rendre le suivi le plus personnalisé possible. Ainsi, cela dans le but inclure la sphère sociale dans la prise en soin.

7.1.3. Enseignement

Les recommandations en lien avec l'enseignement vont se faire sur plusieurs points.

Premièrement, le personnel soignant nécessite d'être formé par rapport aux connaissances et aux soins concernant la transition d'une personne diabétique amputée. Cela dans le but de repérer plus facilement les patients à risques de n'importe quelles complications et d'améliorer la qualité des soins octroyés à cette catégorie de population. De même, il serait important de suggérer des formations basées sur l'impact psychologique de l'amputation.

Cela permettra d'avoir une communication ouverte et transparente avec cette population afin de percer les sujets tabous. De ce fait, cela facilitera l'identification des besoins du patient pour un meilleur suivi durant le processus de transition.

Deuxièmement un enseignement renforcé devra être fait auprès du patient à l'annonce diagnostic du diabète, concernant la bonne gestion de la glycémie, les traitements du diabète et les surveillances des pieds. Pour ce faire, le soignant devra mettre en place des interventions d'enseignement thérapeutique. De plus, il sera important d'instaurer des contrôles réguliers qui permettraient de vérifier les informations retenues par le patient, quitte à mettre en place des soins à domicile. Cela afin d'éviter les complications que la mauvaise gestion du diabète pourrait engendrer.

Afin que l'enseignement thérapeutique soit efficace, les soignants doivent pouvoir identifier le moment où la personne prend conscience de son diabète. Le risque est que si le patient n'a pas pris conscience de sa situation, l'information donnée ne sera pas retenue. C'est pour cela que le personnel soignant devra être vigilant et attendre ce moment précis pour informer le patient sur la prévention et l'éducation de sa maladie. En attendant cette prise de conscience, le personnel soignant devra faire preuve, d'écoute active et d'empathie afin de soutenir et répondre aux mieux aux besoins du patient.

Le troisième niveau est déterminant lorsqu'il y a apparition d'un ulcère du pied diabétique. Il est nécessaire d'informer le patient sur les complications, telle que l'amputation, qu'il pourrait avoir si celui-ci ne fait pas attention à son ulcère. Comme cité précédemment, afin de prévenir des complications plus graves, l'éducation thérapeutique sur les surveillances à avoir avec sa plaie est recommandé, ainsi que d'apprendre au patient les signaux d'alerte lors d'une infection. Les deux niveaux précédents de recommandations permettront de faire baisser le coût lié aux complications du diabète et d'éviter d'arriver à l'amputation.

Finalement, il est nécessaire d'enseigner au patient les soins à octroyer à son moignon, de lui expliquer les signes d'alertes en cas d'infection et de l'informer des différentes possibilités qui s'offrent à lui afin d'acquérir des compétences. De même, il est nécessaire d'informer le patient que la réhabilitation peut prendre du temps et qu'il ne faut pas se fixer des objectifs trop élevés.

7.2. Apports et limites du travail

Ce travail a une problématique peut abordée et a mis en évidence l'expérience vécue et les indicateurs qui impactaient la qualité lors d'une amputation. Avec la théorie de Meleis, nous avons pu mettre en avant les conditions facilitatrices et entravantes, ainsi que les points d'attention à avoir sur les propriétés lors du processus de transition dû à une amputation. Ces éléments nous ont permis de faire des recommandations pour la pratique qui pourrait déboucher sur la mise en place d'un meilleur suivi infirmier avant et après une amputation auprès des patients.

Plusieurs limites ont émergé durant la rédaction de ce travail. Premièrement une équation complexe réduisait le nombre d'articles, ce qui nous a obligé à réajuster l'équation de recherche de manière à ce qu'elle soit plus petite pour avoir accès à un plus grand panel d'articles. Initialement, nous avons utilisé PICO pour notre recherche. Cependant, cela n'était pas adapté car lorsque nous mettions le O (outcome) du PICO, celui-ci nous réduisait considérablement les articles. En effet, Frandsen et al. (2020) mettent en évidence que l'utilisation de l'outcome restreint de manière importante le nombre d'articles. De plus, la difficulté de trouver des articles de qualité se justifie par le fait que notre problématique soit peu abordée.

Deuxièmement, nous avons plusieurs articles venant des mêmes auteurs et cela peut être vu comme une limite, car il y a des risques que les auteurs mobilisent les données d'une autre étude pour en réaliser une nouvelle. En effet, nous avons constaté que trois études ont le même nombre de participants. De ce fait, nous émettons l'hypothèse que ce sont les mêmes personnes pour ces dernières. Cela se justifie car les auteurs réalisaient leurs études dans le même lieu, c'est à dire au sein de six hôpitaux, de cliniques multidisciplinaires du pied diabétique et dans deux services de chirurgie vasculaire du Portugal.

Troisièmement, les résultats des articles concernant la qualité de vie, n'a pas pu être mobilisé dans la discussion. Étant donné que la structure de la discussion qui a été choisi était le schéma de Meleis. Dans celle-ci, la qualité de vie est la finalité d'une bonne transition.

8. RÉFÉRENCES

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. *Nursing Theorists and their work*. (2010). Elsevier. (p.378-395).
- Aubin, K. & Dallaire, M. (2008). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Chenelière Education.
- Art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10).
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr
- Association de Défense et d'Etude des Personnes Amputées [ADEPA]. (s.d). [Image].
<https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/niveaux-damputation/>
- Besse, J.-L., Leemrijse, T., & Deleu, P.-A. (2011). Le pied diabétique : Place de la chirurgie orthopédique. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, 97(3), 302-319. <https://doi.org/10.1016/j.rcot.2011.03.007>
- Casciato, D. J., Yancovitz, S., Thompson, J., Anderson, S., Bischoff, A., Ayres, S., & Barron, I. (2020). Diabetes-related major and minor amputation risk increased during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 20-224. <https://doi.org/10.7547/20-224>
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2019). *Neuropathie diabétique*
<https://www.chuv.ch/fr/chuv-home/patients-et-familles/specialites-medicales/atlas-medical-thematique/cerveau-et-systeme-nerveux/neuropathie-diabetique>
- DeSales, F., Lauver, L. S. (2014). When a diabetic foot ulcer results in amputation: a qualitative study of the lived experience of 15 patients. *Ostomy Wound Management*, 60 (11),16-22.
- Diabète Suisse. (s.d.). <https://www.diabetesschweiz.ch/fr/a-propos-du-diabete.html>
- Diabète Québec. (2019). *Les complications liées au diabète*.
<https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/complications/les-complications-liees-au-diabete/>
- Diabète Québec. (2019). *Le pied diabétique*.
<https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/complications/le-pied-diabetique/>
- Fawcett, J. (2017). The Transitions Framework 1. *Applying conceptual models of nursing* (pp. 347-391). Springer Publishing.

- Fédération Française des Diabétiques. (s.d). *Dépression et troubles psychologiques*.
<https://www.federationdesdiabetiques.org/information/risques/depression-diabete>
- Frandsen, T.F., Friberg Bruun Nielsen, M., Lindhardt, C.L., & Brandt Eriksen, M. (2020). Using the full PICO model as a search tool for systematic reviews resulted in lower recall for some PICO elements. *Journal of clinical epidemiology* 127, 69-75
- Garcia, E. J. S., & de Souza Ribeiro, J. F. (2019). A dimensão afetiva e psicossocial da perda na amputação—um estudo de revisão. *Revista Mosaico*, 10(1)
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>
- Hôpitaux universitaires de Genève. (s.d.). *Chirurgie de l'amputation des membres inférieurs*.
<https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/amputation.pdf>
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2021). *Fracture*.
https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2017). *Le diabète de type 2*
https://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_diabete_t2_1.pdf
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2017). *La prise en charge thérapeutique du diabète de type 2*.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_diabete_t2_pec.pdf
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2012). *Recommandations thérapeutiques pour les plaies des membres inférieurs chez les patients diabétiques*.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/technique_soins/pdf/Plaiesdiab-recom2.pdf
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/technique_soins/pdf/Plaiesdiab-recom2.pdf
- International Diabetes Federation. (2017). *Atlas du diabète de la FID*.
https://www.federationdesdiabetiques.org/sites/default/files/field/documents/idf_atlas_8e_fr.pdf
- Jeanrenaud, C., & Dreyer, G. (2012). *Les coûts directs médicaux du diabète*. Institut de recherches économiques Université de Neuchâtel.
https://www.diabetevaud.ch/wp-content/uploads/2016/08/Couts_directs.pdf

- Livingstone, W., Van De Mortel, T. F., & Taylor, B. (2011). A path of perpetual resilience: Exploring the experience of a diabetes-related amputation through grounded theory. *Contemporary Nurse*, 39(1), 20-30.
<https://doi.org/10.5172/conu.2011.39.1.20>
- Luza, L.P., Ferreira, E.G., Minsky, R.C., Pires, G.K.W., Da Silva, R. (2019). Psychosocial and physical adjustments and prosthesis satisfaction in amputees: a systematic review of observational studies. *Disabil Rehabil Assist Technol*. Prépublication.
<https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1602853>
- Orioli, L. & Vandeleene, B. (2017) La prise en charge du pied diabétique : de la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire.
<https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/lmed-mars-2017-08-orioli.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (2021). *Diabète*
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organisation Mondial de la Santé. (2016). *Faits et chiffres : 10 faits sur le diabète*. 13
<https://www.who.int/features/factfiles/diabetes/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). *Les maladie non transmissibles principales causes de décès dans le monde*.
https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds_20110427/fr/
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 Résumé d'orientation* [Brochure].
https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report-summary_fr.pdf
- Malacarne, S., Chappuis, B., Egli, M., Hagon-Traub, I., Schimke, K., Schönenweid, C., & Peter-Riesch, B. (2016). Prévention des complications du pied diabétique. *Revue médicale suisse*, 12, 1092- 1096.
- Malgrange, D. (2008). Physiopathology of the diabetic foot. *La revue de médecine interne*, 29, 232-237.
- McDonald, S., Sharpe, L., & Blaszczyński, A. (2014). The psychosocial impact associated with diabetes-related amputation. *Diabetic Medicine*, 31(11), 1424-1430. <https://doi.org/10.1111/dme.12474>
- Nicodème, J.-D., Nicodème, P., Zingg, M., Uçkay, I., Malacarne, S. & Suva, D. (2015). Pied diabétique infecté : du diagnostic à la prise en charge. *Revue Médicale Suisse*, 11, 1238-1241.
- Panyi, L.K., Lábadi, B. (2015). *Pszichológiai alkalmazkodás alsóvégtag-amputációt követően. Kvantitatív és kvalitatív kutatási eredmények*. Orvosi Hetilap.

- Pedgrift Krzywicki, C., & Wasserfallen, J.B. (2012). Impact médical hospitalier du pied diabétique en Suisse. *Revue Medicale Suisse*, 344.
- Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, M. G. (2016). Quality of Life in Portuguese Patients with Diabetic Foot Ulcer Before and After an Amputation Surgery. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(6), 714-721.
<https://doi.org/10.1007/s12529-016-9567-6>
- Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, M. G. (2018A). A predictive model of anxiety and depression symptoms after a lower limb amputation. *Disability and Health Journal*, 11(1), 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.013>
- Pedras, S., Preto, I., Carvalho, R., & Graça Pereira, M. (2019). Traumatic stress symptoms following a lower limb amputation in diabetic patients: a longitudinal study. *Psychology & Health*, 34(5), 535-549.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1545907>
- Pedras, S., Vilhena, E., Carvalho, R., & Pereira, M. G. (2018B). Psychosocial adjustment to a lower limb amputation ten months after surgery. *Rehabilitation Psychology*, 63(3), 418-430. <https://doi.org/10.1037/rep0000189>
- Pedras, S., Vilhena, E., Carvalho, R., & Pereira, M. G. (2020). Quality of Life Following a Lower Limb Amputation in Diabetic Patients: A Longitudinal and Multicenter Study. *Psychiatry*, 83(1), 47-57.
<https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1672438>
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière (4e éd.)*. Montréal (Québec) Canada : Chenelière éducation.
- Smith, M.J. & Liehr, P. (2018). Theory of transition. (4e éd). *Middle Range Theory for Nursing* [Image] (p. 265-287). Springer Publishing.
- St-Cyr, D., Martineau, L. (2017). L'ulcère du pied diabétique partie 1. *Ordre des infirmières et infirmier du Québec* 14 p 35-42
- St-Cyr, D., Martineau, L. (2017). L'ulcère du pied diabétique partie 2. *Ordre des infirmières et infirmier du Québec* 14 p 38-4
- Thibault, M., Archambault, P., Béliveau, M.E., Côté, M., Girard, M.F., Nadeau, L., & Raymond, J. (2017). Le deuil [Brochure].
https://www.usherbrooke.ca/etudiants/fileadmin/sites/etudiants/documents/Psychologie/Brochure_deuil_2021_finale_01.pdf
- Thorud, J. C., Plemmons, B., Buckley, C. J., Shibuya, N., & Jupiter, D. C. (2016). Mortality After Nontraumatic Major Amputation Among Patients With Diabetes and Peripheral Vascular Disease: A Systematic Review. *The Journal of Foot and Ankle Surgery: Official Publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons*, 55(3), 591-599. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2016.01.012>

- Vascular disease foundation. (2012). *L'artériopathie périphérique*.
<http://vasculardisease.org/flyers/lifesaving-tips-on-pad-french-flyer.pdf>
- Washington, E. D., & Williams, A. E. (2016). An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being. *Prosthetics & Orthotics International*, 40(1), 44-50.
<https://doi.org/10.1177/0309364614556838>
- Woods, L., Hevey, D., Ryall, N. & O'Keeffe, F. (2018). Sex after amputation: the relationships between sexual functioning, body image, mood and anxiety in persons with a lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation*, 40(14), 1663-1670. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1306585>
- Wounds Canada. (2018). *L'examen de 60 secondes pour les personnes atteintes de diabète*. [Image].
<https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/161-depistage-de-pied-diabetique-60-secondes/file>
- Zingg, M., Nicodème, J.D., Uckay, I., Ray, A., & Suva, D. (2014). Amputations du membre inférieur : Indications, bilan et complications. *Revue Medicale Suisse*, 455, 2409-2413 <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-455/amputations-du-membre-inferieur-indications-bilan-et-complications>

9. ANNEXES

9.1. Annexe outil de dépistage d'Inlow

MODE D'EMPLOI

Dépistage du pied diabétique en 60 secondes

POUR L'ÉVALUATION ET LA GESTION DU PIED DIABÉTIQUE



Nom du patient:	Signature du clinicien:
Numéro d'identification:	Date:

Pour utiliser efficacement cet outil et améliorer le sort de votre patient, effectuez les trois étapes suivantes:

► Étape 1: Complétez une évaluation des pieds gauche et droit

Instructions: Évaluez les deux pieds en utilisant les quatre paramètres identifiés dans le dépistage du pied diabétique en 60 secondes¹ pour identifier les indicateurs cliniques et/ou les déficiences de soins. Une fois que chaque paramètre a été évalué, passez aux étapes 2 et 3.

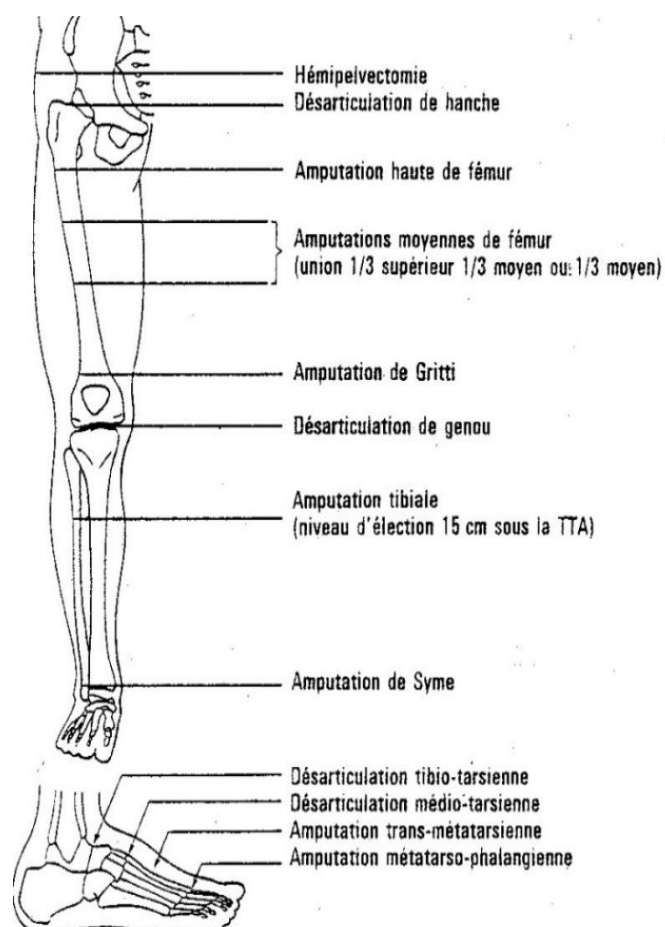
Dépistage du pied diabétique en 60 secondes		
PIED GAUCHE		PIED DROIT
1. Évaluez les changements de la peau et des ongles	Recommandations et références*	1. Évaluez les changements de la peau et des ongles
Peau <input type="checkbox"/> Intact et en bonne santé <input type="checkbox"/> Sec avec mycose et peu de callosités <input type="checkbox"/> Accumulation de callosités <input type="checkbox"/> Ulcération ou amputation antérieure <input type="checkbox"/> Ulcération existante (± chaleur et érythème) Ongles <input type="checkbox"/> Bien entretenus <input type="checkbox"/> Peu soignés et usés <input type="checkbox"/> Épais, endommagés ou infectés		Peau <input type="checkbox"/> Intact et en bonne santé <input type="checkbox"/> Sec avec mycose et peu de callosités <input type="checkbox"/> Accumulation de callosités <input type="checkbox"/> Ulcération ou amputation antérieure <input type="checkbox"/> Ulcération existante (± chaleur et érythème) Ongles <input type="checkbox"/> Bien entretenus <input type="checkbox"/> Peu soignés et usés <input type="checkbox"/> Épais, endommagés ou infectés
2. Évaluez pour la neuropathie périphérique / Perte de sensation protectrice (PDSP)	Recommandations et références*	2. Évaluez pour la neuropathie périphérique / Perte de sensation protectrice (PDSP)
Sensation - test du monofilament: <input type="checkbox"/> Non: la neuropathie périphérique n'a pas été détectée (sensation était présente sur tous les sites) <input type="checkbox"/> Oui: neuropathie périphérique détectée (sensation manquait sur un ou plusieurs sites) Sensation - poser 4 questions: • Vos pieds, sont-ils parfois engourdis? • Sentez-vous parfois des picotements? • Vos pieds, brûlent-ils par occasion? • Avez-vous parfois l'impression que des insectes rampent sur vos pieds? <input type="checkbox"/> Non à toutes les 4 questions <input type="checkbox"/> Oui à une des questions		Sensation - test du monofilament: <input type="checkbox"/> Non: la neuropathie périphérique n'a pas été détectée (sensation était présente sur tous les sites) <input type="checkbox"/> Oui: neuropathie périphérique détectée (sensation manquait sur un ou plusieurs sites) Sensation - poser 4 questions: • Vos pieds, sont-ils parfois engourdis? • Sentez-vous parfois des picotements? • Vos pieds, brûlent-ils par occasion? • Avez-vous parfois l'impression que des insectes rampent sur vos pieds? <input type="checkbox"/> Non à toutes les 4 questions <input type="checkbox"/> Oui à une des questions
3. Évaluez pour la maladie artérielle périphérique (MAP)	Recommandations et références*	3. Évaluez pour la maladie artérielle périphérique (MAP)
Pouls pédieux: <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Absent Rougeur en position déclive: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Pied froid: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Pouls pédieux: <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Absent Rougeur en position déclive: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Pied froid: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4. Évaluez la difformité osseuse (et les chaussures)	Recommandations et références*	4. Évaluez la difformité osseuse (et les chaussures)
Déformation: <input type="checkbox"/> Aucune déformation <input type="checkbox"/> Déformation (c'est-à-dire chute des métatarsalgies ou d'os non, chronique changements de Charcot) <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Charcot aigu (+ chaleur et érythème) Gamme de mouvement: <input type="checkbox"/> Gamme complète dans hallux <input type="checkbox"/> Une amplitude de mouvement limitée dans l'hallux <input type="checkbox"/> Hallux rigide Chaussure: <input type="checkbox"/> Approprié <input type="checkbox"/> Inapproprié <input type="checkbox"/> Causant un traumatisme		Déformation: <input type="checkbox"/> Aucune déformation <input type="checkbox"/> Déformation (c'est-à-dire chute des métatarsalgies ou d'os non, chronique changements de Charcot) <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Charcot aigu (+ chaleur et érythème) Gamme de mouvement: <input type="checkbox"/> Gamme complète dans hallux <input type="checkbox"/> Une amplitude de mouvement limitée dans l'hallux <input type="checkbox"/> Hallux rigide Chaussure: <input type="checkbox"/> Approprié <input type="checkbox"/> Inapproprié <input type="checkbox"/> Causant un traumatisme

* Référez-vous aux étapes 2 et 3 avant de remplir ce domaine.

Tiré de : Wounds Canada, (2018)

9.2. Annexe : Figure 2

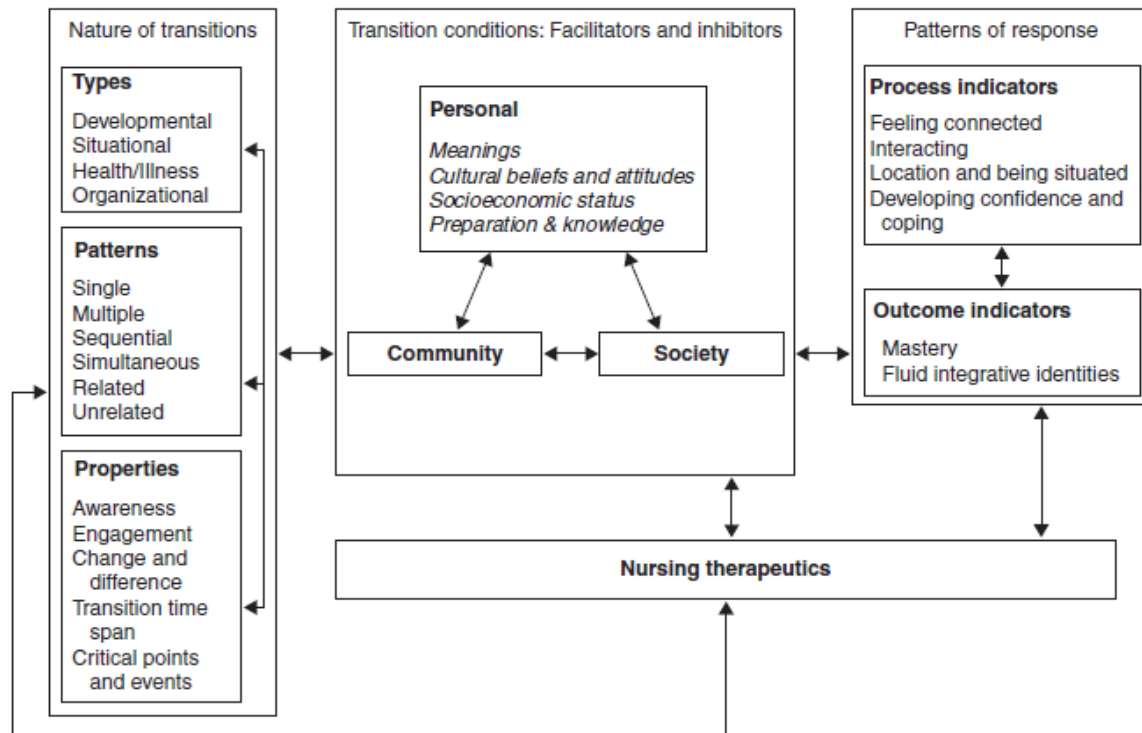
Figure 2 : Niveau d'amputation



Tiré de : Association de Défense et d'Etude des Personnes Amputées [ADEPA] (s.d).
<https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/niveaux-damputation/>

9.3. Annexe : Figure 3

Figure 3 : schéma de Meleis



Tiré de : Theory of transition, 2017

9.4. Grille d'analyse COREQ N°1

Article 1 : A path of perpetual resilience : Exploring the experience of a diabetes-related amputation through grounded theory

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page #
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Inter viewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group? L'interview a été menée par l'investigateur principal.	Results P.22
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD N/A	Methods
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study? N/A	Methods
4. Gender	Was the researcher male or female? N/A	N/A
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have? N/A	Methods
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement? Non, il n'y a eu aucun contact avant le début de la recherche entre les participants et l'enquêteur. C'est un employé du secteur de la santé d'un hôpital régional qui a établi une liste de 30 participants potentiels en se basant sur les listes des salles d'opération et des dossiers médicaux des patients où l'amputation et le diabète étaient identifiés dans les informations d'admission. Cette personne leur a envoyé une fiche d'information et un formulaire de consentement à remplir.	N/A p.22
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research N/A	N/A
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic La revue de la littérature indique qu'il existe peu d'informations sur l'expérience vécue par les personnes ayant subi une amputation liée au diabète. Offrir aux participants l'opportunité de fournir des expériences réfléchies et individuelles de l'amputation à travers des processus de recherche qualitative permet au chercheur de découvrir ce qui est le plus significatif pour les participants sans dépersonnaliser ou limiter les données reçues.	Methods p.22
Domain 2: study design		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis La méthode utilisée pour l'analyse des interviews et la théorisation ancrée.	Methods p.22-23
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball C'est un employé du secteur de la santé d'un hôpital régional qui a établi une liste de 30 personnes pouvant correspondre au profil recherché. Ce choix a été établi à partir des listes des salles d'opération et des dossiers médicaux des patients ou l'amputation causé par le diabète étaient identifiés dans les données d'admission. Les critères d'éligibilités pour pouvoir participer à l'étude étaient les suivants : premièrement, le fait d'avoir subi une amputation au cours des 4 dernières années. Celle-ci devait être liée au diabète. Deuxièmement, les participants devaient être âgés de 18 ans ou plus et d'être mentalement conscient.	Methods p.22

11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email L'employé de l'hôpital a envoyé une fiche d'information a été envoyé avec un formulaire de consentement. Une lettre de rappel a été envoyée 6 semaines plus tard.	Methods p.22
12. Sample size	How many participants were in the study? 5 participants ont accepté d'être interrogés.	Results p.22
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons? Il y avait 30 participants potentiels, il y a que 5 qui ont accepté de participer à l'étude. Il n'y pas d'information sur le nombre de personnes qui auraient pu abandonner la recherche et les raisons.	Methods p.22
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace Les entretiens se sont déroulés au domicile des participants.	Methods p.22
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers? Lors des entretiens, il y avait la présence d'un partenaire ou d'un soignant.	Results p. 22
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date Tous les participants étaient de race blanche. Les participants comprenaient une femme et quatre hommes âgés de 41 ans à 77 ans. Les participants avaient subi une amputation du genou, du pied ou de plusieurs orteils.	Results p.23
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested? N/A	Methods
18. Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many? N/A	N/A
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data? N/A	Methods
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group? L'auteur ne spécifie pas s'il y a eu des notes prises lors des entretiens. Cependant, l'analyse des données a commencé après la transcription du premier entretien et s'est poursuivie pendant la collecte des données des entretiens suivants. Les entretiens transcrits ont été examinés ligne par ligne (codage ouvert), et les commentaires et les messages-clés interprétés à partir des données ont été écrits dans les marges des transcriptions.	Methods p.22
21. Duration	What was the duration of the inter views or focus group? N/A	Methods
22. Data saturation	Was data saturation discussed? N/A	Methods
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction? N/A	N/A
Domain 3: analysis and findings <i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data? Une personne codait les données et c'était le principal investigateur, car c'est lui qui retranscrivait les interviews.	Methods

25. Description of the coding tree	<p>Did authors provide a description of the coding tree?</p> <p>TABLE 1: OUTLINE OF THE CODES, CONCEPTS, CORE CATEGORIES AND BASIC PSYCHOSOCIAL PROCESS</p> <p>Il y a une approche "cyclique" qui a été utilisée ; il y a eu des retours fréquents aux données brutes pour comparaison et une focalisation progressive de la théorie. De chaque citation ont émergé des codes, de ces codes ont émergés de concepts et à partir des concepts, les thèmes principaux sont ressortis.</p>	p.24
26. Derivation of themes	<p>Were themes identified in advance or derived from the data?</p> <p>Les thèmes ont émergé des interviews retranscrites.</p>	Methods p.22-23
27. Software	<p>What software, if applicable, was used to manage the data?</p> <p>Pour évaluer l'exactitude de la théorie qui était en cours de développement, il a fallu utiliser une validation externe et un programme informatisé d'analyse des données qualitatives. Le programme se nomme "NUDIST Version 6".</p>	NVivo p.22-23
28. Participant checking	<p>Did participants provide feedback on the findings?</p> <p>N/A</p>	Strengths and limitations
Reporting		
29. Quotations presented	<p>Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number</p> <p>Chaque citation a été identifiée dans la catégorie correspondante. Cependant, ces dernières n'étaient pas référencées.</p>	Results p. 23 à 26
30. Data and findings consistent	<p>Was there consistency between the data presented and the findings?</p> <p>Thème 1 : Impuissance imposée</p> <p>Ce thème explore l'impuissance que ressentent les participants face aux soins médicaux et leur manque d'éducation sur les risques d'amputation diabétique. Les participants rapportent que certaines consultations n'étaient pas appropriées concernant les décisions de leurs soins. De même, selon ces derniers, certains soins étaient inadaptés à la situation. Puis, le manque d'expertise de certains professionnels de santé a amené un manque de confiance dans le système de santé. Un participant a rapporté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - J'ai eu mon orteil amputé un samedi après-midi et le docteur a dit qu'il allait me ramener de nouveau sur le billard lundi, car tout était ouvert, ensuite un autre docteur est venu lundi dans la matinée et a dit : "Vous pouvez rentrer à la maison" et je suis rentré à la maison avec un orteil que lorsque tu baisses les yeux, tu vois l'os dedans et je n'ai pas la moindre idée de quoi faire ni quoi que ce soit. Il y avait aussi tellement d'idées contradictoires sur comment le PIC line était supposé ressembler ensuite. <p>Quelques professionnels de la santé ont manifesté un manque total d'empathie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce docteur a simplement dit : "on va réparer vos orteils, je vais juste couper votre jambe ici en dessous du genou." - Soignant : mon expérience était qu'avec la dernière amputation qui est survenue, ils voulaient faire comme une chirurgie d'une journée, tu opères le matin et tu l'envoies à la maison l'après-midi. Nous avons simplement dit : "non, nous ne sommes pas équipés. Nous ne pouvons pas le faire." Je ne pense pas que les gens se rendent compte à quel point les problèmes de pieds de diabétiques sont graves. 	Relationship to existing knowledge

La totalité des participants ont certifié n'avoir aucune connaissance préalable d'un éventuel risque d'amputation diabétique. Un participant a affirmé :

- Non, personne ne m'a dit comment je pourrais me sentir ou ce que cela pourrait impliquer. Vous êtes plus ou moins laisser pour compte.
- Un autre a déclaré : personne ne m'a dit que les personnes diabétiques pouvaient avoir à subir des amputations. Ils me l'ont dit après que j'ai eu le premier orteil amputé. J'aurais aimé savoir pourquoi tout d'abord, ils sont devenus noirs. Au début, personne ne me disait pourquoi je perdais un orteil.

Thème 2 : Fonctionnalité adaptative

Mobilité :

En lien avec la mobilité, les participants ont reconnu leurs limites et ont dû ajuster leurs mouvements ainsi que leurs habitudes pour améliorer leurs capacités physiques. Plusieurs problématiques sont ressorties. Tout d'abord, les participants ont émis que marcher limitait les déplacements. De plus, les participants amputés des orteils ont rapporté une difficulté à marcher sur un sol irrégulier à cause de l'équilibre. Pour finir, ces derniers rajoutent que monter et descendre des pentes, est difficile pour eux, cela étant causé par un déséquilibre.

- "Même s'il n'y a que 3 marches d'escalier, je dois être sur la bonne marche ou autrement, je dois m'arrêter. Si je dois monter d'une marche, je dois me tourner de face et rester une minute... Et lorsque tu n'avais qu'un pied avec les orteils amputés, tu aurais trouvé plus facile si tu avais toujours descendu la rue du côté droit parce que tu as un meilleur équilibre".
- "Oh, je ne peux pas monter une pente, pas moyen que je puisse monter sur une colline. Je ne peux juste pas le faire. Ou une descente ou quoi que ce soit".

Changement de rôle :

Tous les participants rapportent des changements relationnels avec leur conjoint, les différentes opportunités de sociabilisé, la capacité à travail et leur rôle à la maison. Les participants expriment que la participation à des activités ou des rencontres sociales est entravée par la diminution de la mobilité initiale, l'incapacité et la réticence à conduire, puis la gêne dans les situations sociales due à un mauvais équilibre. Ils précisent que les longs trajets nécessitent une organisation poussée afin de gérer l'accès au fauteuil, les soins de plaies et la dialyse. De plus, pour les participants qui présentaient plus de complications, les conjoints devenaient des soignant à temps-partiel. Ces derniers les aident aux activités de la vie quotidienne et aux soins des plaies. Puis, les participants révèlent également un changement de rôle en lien avec les tâches du quotidien (les courses, étendre le linge, porter des charges lourdes et jardiner) qui étaient faites auparavant par eux-mêmes, cela indique une perte d'indépendance.

- "Ce qui m'énerve, c'est que je ne peux plus faire les tâches que j'avais l'habitude de faire, j'ai perdu beaucoup de mon indépendance. J'ai été surpris par la quantité de travail que ma femme a à faire. Je suis un estropié et dois compter sur elle".
- Les participants ont eu des coûts financiers élevés dus à l'amputation, les pansements, les chaussures adaptées ou les prothèses, l'adaptation de leur habitat et en lien avec leur déplacement. D'autre part, les participants qui travaillaient avant leur amputation ont perdu leurs travaux car ils avaient des difficultés à rester debout ou à effectuer des tâches manuelles.
- "Tu invites des gens pour des rassemblements et toutes ces sortes de choses. Tu n'en fais pas autant que tu en avais l'habitude et par conséquent ton groupe se désagrège et tout tombe en morceaux, et moi, je reste là et je regarde".

Thème 3 : Endurance

Ce thème représente l'impact psychologique et émotionnel du processus de l'acceptation de l'amputation, décrit par les participants. Suite à l'amputation, l'état émotionnel ressenti par les participants était le choc, la colère et l'incrédulité. Ces émotions sont ressorties malgré la préparation pré-amputation des participants. Cependant, certaines patientes ont ressenti de la peur, du désarroi et ont exprimé des périodes de détresse émotionnelles aiguës.

- "C'est le moment le plus sombre que tu connaisses, la première semaine, tu n'es pas vraiment bien...tu es vraiment plus bas que terre".

Une plus grande souffrance a été identifiée par les participants ayant subi une amputation au-dessous du genou que ceux ayant eu une amputation mineure. Cependant, trois participants ayant subi des amputations des orteils et de l'avant-pied décrivent une plus grande peur, car ils appréhendent une nouvelle amputation. De plus, il a été observé qu'un participant aveugle éprouve moins de détresse que les autres, car il ne pouvait pas voir son pied. D'autres émotions ont été relevées en particulier lors de situations sociales telles que le manque de confiance dans la mobilité, la gêne et la peur.

	<ul style="list-style-type: none"> - “Dans 6 mois avec mes pieds... si ça s’empire, je pourrais penser à perdre une grande partie de mon pied. J’essaie de ne pas y penser, mais cela m’inquiète. Si j’y pense vraiment, je vais penser : ” Non, enlève-toi cela de l’esprit, tu sais, parce que cela t’inquiète. Bien, tu sais, tu perds ce bout et ensuite, ce sera un autre bout et ainsi de suite”. <p>Pour ce thème, il en ressort un sou-thème nommé “Développer l’espoir”. Ce dernier est défini par les participants, ils expriment l’importance d’être positif et d’éviter que l’amputation cause des impacts limitatifs significatifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Je me suis fait une raison et je vais l’accepter. J’ai été préparé à ça. Bien, j’ai essayé de m’y préparer. Non, j’ai juste pris les choses telles qu’elles se présentaient... et...” - “Je ne pense pas que ça m’ait affecté, cela m’a rendu plus déterminé si cela a eu un effet. Je suis déterminé à ne pas me laisser enfermer à la maison et ne rien faire. Je suis plutôt disposé à penser : Très bien, Je vais essayer d’y arriver”. <p>Ce thème se concentre sur les émotions ressenties par les participants tout au long des évaluations.</p>	
31. Clarity of major themes	<p>Were major themes clearly presented in the findings?</p> <p>Les trois thèmes sont les suivants : impuissance imposée ; fonctionnalité adaptative ; endurance.</p>	Results p.23 à 26
32. Clarity of minor themes	<p>Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?</p> <p>N/A</p>	Discussion

9.5. Grille d'analyse COREQ N°2

Article 2 : When a diabetic foot ulcer results in amputation : a qualitative study of the lived experience of 15 patients

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page #
Domain 1: Research team and reflexivity <i>Personal Characteristics</i>		
1. Inter viewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group? N/A	Results
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD N/A	Methods
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study? N/A	Methods
4. Gender	Was the researcher male or female? N/A	N/A
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have? N/A	Methods
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement? N/A	N/A
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research Le but de la recherche, la durée de l'étude, la description, le cadre, les risques et les avantages étaient expliqués aux participants avant la signature du formulaire du consentement. Le but de l'étude était de rechercher l'expérience vécue par les participants ayant eu une amputation due au pied diabétique. Le but plus précisément était de rechercher comment ils percevaient la perte d'un membre et l'impact sur le soutien social, le revenu, la fonction, la mobilité, les loisirs et la douleur fantôme.	N/A p.3
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic N/A	Methods
Domain 2: study design <i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis C'est une étude qualitative de type phénoménologique.	Methods p.3
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball Echantillonnage raisonné, recrutée des participants dans un système de 5 hôpitaux	Methods p. 3
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email N/A	Methods
12. Sample size	How many participants were in the study? Il y a 15 participants inclus dans l'étude.	Results p.3
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons? N/A	Methods

<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace Les entretiens se sont déroulés au domicile des participants, dans un bureau ou dans un lieu neutre. Lieu choisis sans distraction et à la convenance du participant. De plus, pour le second entretien, il pouvait se dérouler soit par téléphone soit en présentiel.	Methods p.4
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers? L'épouse d'un participant a été présente lors d'une entrevue, car celle-ci pouvait fournir les informations concernant les amputations de façon de chronologique, car celui-ci avait des pertes de mémoire concernant les dates des amputations.	Results p.5
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date Au total, 15 participants ont été interrogés dans le cadre de cette étude en 2013 dans la région Nord-Est des USA. Les caractéristiques des participants sont variées : <ul style="list-style-type: none"> - Tous les participants étaient adultes et âgés de 57 à 84 ans (moyenne 71,5 ans). - 13 d'entre eux avaient au moins 60 ans. - 10 étaient de race blanche et 5 étaient afro-américains. - 8 participants étaient mariés, les 7 autres participants étaient veufs, divorcés ou célibataires et vivaient seuls. - Les participants étaient relativement bien éduqués : 10 étaient diplômés du lycée et 5 de l'université, dont 3 avec une maîtrise ou un diplôme post-maîtrise. - 9 participants avaient subi deux amputations ou plus, en commençant par un orteil pour tenter de sauver la majeure partie du pied, puis en progressant vers des amputations plus importantes. - 11 participants ont subi une amputation unilatérale, et quatre une amputation bilatérale du pied ou de la jambe. 	Results p.5
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested? Un guide d'entretien semi-structuré composé de questions ouvertes a été utilisé pour collecter les données, les questions. Il a été conçu afin d'encourager les participants à partager leurs expériences sans orienter l'entretien de manière spécifique.	Methods p.3
18. Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many? Les chercheurs ont vu les participants à deux reprises. Le second rendez-vous, était pour la vérification des informations collectées.	N/A p.4
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data? Les entretiens ont été enregistrée numériquement et ont été retranscrits 24-48h après l'entretien.	Methods p.3
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group? Des notes ont été prises durant les entretiens et retranscrites juste après l'entretien.	Methods p.4
21. Duration	What was the duration of the inter views or focus group? Un entretien durait entre 30 à 90 minutes	Methods p.3
22. Data saturation	Was data saturation discussed? N/A	Methods
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction? Les entretiens n'ont pas été retournés, mais il y a eu un deuxième entretien pour vérifier l'exactitude des informations.	N/A
Domain 3: analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data? N/A	Methods
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree? N/A	N/A

26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data? Les thèmes ont été déterminés à partir des données retranscrites donc après les entretiens.	Methods p.4
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data? N/A	NVivo
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings? Le chercheur est retourné voir la participante pour vérifier si les résultats obtenus correspondaient à leur vécu. Si ses derniers ne correspondaient pas les participants étaient invitées à rediscuter de ce qui n'était pas représentatif de leur expérience.	Strengths and limitations p.4
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number Les citations sont utilisées pour illustrer les thèmes mais celles-ci n'étaient pas référencées.	Results p.6
30. Data and findings consistent	<p>Was there consistency between the data presented and the findings? Les thèmes qui ont émergé de cette recherche sont ceux cités dans le point 31. Cependant, aucun des thèmes n'aborde la douleur fantôme ou les loisirs (thèmes faisant partie de l'objectif de la recherche.). Selon l'auteur un sous-thème, cité dans le point 32, est le deuil. Celui-ci se retrouverait dans tous les thèmes. Cependant, dans les résultats, il n'y a pas de verbatim prouvant que ce thème a été abordé par les participants.</p> <p><u>Thème 1 : Le fardeau économique</u></p> <p>Ce thème comporte des sous-thèmes abordés dans le point 32. Ce thème met en évidence à quel point celui-ci pouvait être problématique chez les participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Un participant a dû demander de faire des paiements mensuels " Je paie encore pour ça. J'ai dit regarde, je ne peux pas te donner grand-chose, peut-être te donner 30 ou 40 US par mois. Je n'ai pas assez d'argent pour la nourriture". - "Un autre participant a dû quitter son travail. "Je me suis senti déçu quand j'ai dû quitter mon job. Ce qui m'a déprimé à propos de ça, c'est que j'ai perdu 25 ans de travail potentiel pour économiser de l'argent." Les verbatims récoltés sont en cohérence avec le thème". <p><u>Thème 2 : Le soutien social</u></p> <p>Celui-ci comprenait trois catégories citées dans le point 32. Les résultats ressortis de ce thème étaient qu'un bon soutien social était important pour un bon rétablissement et les besoins du participant. Le soutien professionnel était d'un réconfort et apprécié des participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - " C'est génial de voir les médecins et infirmières venir et les personnes blessées m'ont donné de parfaites informations". - "Si ça n'avait pas été pour lui, je n'aurais pas ce pied. Je dois faire avec". <p>Soutien par les membres de la famille a aidé les participants à surmonter leur transition de l'amputation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le plus gros problème et obstacle que les gens ont, particulièrement les hommes, c'est comment le sexe opposé va traiter une personne amputée qu'il rencontre <p>Dans la communauté, des bénévoles amenaient les participants vers les séances de rééducations, car les transports publics étaient source d'inquiétude. Ils exprimaient également de la colère et du dégoût envers ses derniers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "J'utilise les transports en commun, ils sont nuls. C'est un de mes vrais Némésis, le transport en commun" 	Relationship to existing knowledge

	<p>Le verbatim utilisé pour la deuxième catégorie, ne montre pas l'impact que le soutien social a eu auprès des participants amputés. Il démontre la difficulté d'interagir avec les autres après avoir subi une amputation.</p> <p><u>Thème 3 : Impuissance</u></p> <p>Certains participants décrivaient un sentiment d'impuissance en lien avec leur incapacité à prendre soin d'eux-mêmes et à la perte de leur indépendance en lien avec leur mobilité réduite, à la dégradation de leur santé, aux différentes comorbidités et à l'amputation. Un participant rapporte son anxiété en lien avec l'attente de l'infirmière.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "J'étais ici tout seul et j'étais toujours très nerveux la première fois que l'un d'eux venait". <p>Ce verbatim ne montre pas le sentiment d'impuissance clairement, mais plus un sentiment d'anxiété dû à une attente d'un professionnel soignant.</p> <p><u>Thème 4 : Le blâme</u></p> <p>Certains participants culpabilisaient de ne pas avoir cherché à se faire soigner avant. D'autres exprimaient le fait qu'ils auraient apprécié que les soignants soient plus insistants en ce qui concerne la prévention et le traitement de la maladie.</p> <p>Les verbatims qui émergent pour ce thème blâme surtout les professionnels soignants. En revanche, il n'y a pas de verbatims en lien avec la culpabilité que peuvent ressentir les participants.</p> <p>Un participant reproche au personnel soignant le fait de ne pas lui avoir diagnostiqué sa pathologie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Je l'ai appelé au téléphone et lui ai dit que je pouvais à peine marcher sur mes pieds. Il a dit que c'était probablement ta neuropathie... prends juste tes médicaments". <p>Une participante exprime avoir été traité dans un premier temps pour son diabète. Puis, dans un deuxième temps, le médecin lui a diagnostiqué une autre pathologie et a décidé de stopper les traitements. D'après elle, ceci est la cause de son amputation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Ils l'ont qualifié de diabétique borderline et ont arrêté de le traiter pour le diabète". <p><u>Thème 5 : l'incertitude</u></p> <p>Plusieurs participants décrivent des expériences qui ont généré de l'incertitude dans différentes situations qui sont les suivantes : en lien avec l'utilisation de la prothèse, leur vie sociale et professionnelle, les soins en lien avec les plaies. Plusieurs participants ont évoqué qu'ils ne savaient pas à quoi s'attendre en lien avec la réadaptation, la transition dans le système de santé et les cliniques hors hôpital.</p> <p>Il y a trois verbatims pour ce thème qui ne montrent pas clairement de l'incertitude chez les participants, mais un manque d'information sur la prise en soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "J'ai commencé par l'amputation d'un orteil. Avant que je ne le sache, les 4 autres étaient amputés. Juste après ça, ils m'ont enlevé tout le pied gauche". - "Ce sont les caissons hyperbares qui m'ont achevé. C'est assez effrayant." - "En sortant de l'opération, j'ai réalisé que j'avais perdu tous mes orteils, puis j'ai réalisé que c'était presque tout mon pied. Je me suis dit que ma vie était finie". 	
--	---	--

31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings? Les cinq principaux thèmes sont les suivants : le fardeau financier, le soutien social, l'impuissance, le blâme et l'incertitude.	Results p.5
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes? Chaque thème était composé de plusieurs sous-thèmes. Cependant 1 un sous-thème (le deuil) était présent dans les cinq thèmes. C'est à dire que les participants ont dû faire le deuil de la perte de leur santé et de leur indépendance physique et financière. Dans le fardeau financier, il y a différents sous-thèmes : soins médicaux coûteux, perte de revenu, incapacité à subvenir aux besoins de la famille et coût des médicaments et des traitements. Dans le soutien social, il y a trois sous catégories qui sont émergées qui sont les suivants : les professionnels de la santé, la famille et la communauté.	Discussion p.5

9.6. Grille d'analyse COREQ N°3

Article 3 : An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page #
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Inter viewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group? L'étude a été menée par Elaine Washington. Cependant, nous n'avons aucune information sur la personne qui a mené les entretiens.	Results p.50
2. Credentials	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD N/A	Methods
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study? N/A	Methods
4. Gender	Was the researcher male or female? L'étude a été menée par une femme (Elaine Washington).	N/A p.50
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have? N/A	Methods
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement? N/A	N/A
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research L'information n'est pas explicitée dans l'article. Cependant, le but de l'étude était d'investiguer les expériences vécues chez des patients atteints de diabète et/ou de maladie vasculaire périphérique suit à une amputation, et d'évaluer l'impact sur leur bien-être.	N/A p.44
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic L'intérêt de la recherche concernait l'amputation qui est un événement et a un impact important sur la vie en la changeant et qui s'accompagne de difficultés pour la personne affectée. La dépression en fonction du temps qui passe est souvent utilisée pour quantifier le niveau d'impact sur le bien-être psychologique.	Methods p.44
Domain 2: study design		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis Ils ont choisi une orientation qualitative en utilisant une approche itérative en accord avec la philosophie de la phénoménologie interprétative.	Methods p.44
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball Cette information n'est pas donnée dans l'article.	Methods
11. Method of approach	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email Dans cet article, il n'est pas explicité comment les patients ont été contactés. L'unique information est que ces patients ont été identifiés au centre d'invalidité de Manchester.	Methods P.45
12. Sample size	How many participants were in the study? Il y a six patients qui ont été inclus dans l'étude et qui ont accepté d'être interrogés deux fois, au début de l'étude et au 4 ^{ème} mois.	Results p.45
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons? N/A	Methods
<i>Setting</i>		

14. Setting of data collection	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace Les deux entretiens ont été réalisés au centre de service d'invalidité de l'hôpital Withington de Manchester.	Methods p.45
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers? N/A	Results
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date Dans cette étude, il y a quatre hommes d'un âge moyen de 64,8 ans et deux femmes d'un âge moyen de 69 ans. Ils sont tous atteints d'une maladie vasculaire périphérique et/ou diabète, et ont subi une amputation. Un critère d'échantillonnage intentionnel a été utilisé, les participants devaient avoir subi une amputation unilatérale d'un membre inférieur en raison d'une maladie vasculaire périphérique et/ou d'un diabète au cours des 14 mois précédents. Il devait également avoir un bon niveau d'anglais et une capacité cognitive adéquats pour être interviewés.	Results p.45
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested? N/A	Methods
18. Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many? Dans l'article, il n'est pas spécifié si les entretiens étaient répétés.	N/A
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data? Lors des entretiens, le chercheur utilisait un enregistrement audio numérique pour recueillir les données. Ensuite, ces informations ont été retranscrites mot à mot. Une approche itérative de l'analyse des données a été mise en œuvre.	Methods p.45
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group? Des notes de terrain ont été prises directement après la fin de l'entretien individuel afin de compléter les données. En plus de cela, des annotations ont été faites durant les retranscriptions des informations. Cela s'est produit en début d'étude et après 4 mois. Le but était de coder les expériences des participants en analysant leurs mots, leurs phrases et l'interprétation de leur sens.	Methods p.45
21. Duration	What was the duration of the inter views or focus group? Les deux entretiens ont duré environ une heure de temps.	Methods p.45
22. Data saturation	Was data saturation discussed? N/A	Methods
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction? N/A	N/A
Domain 3: analysis and findings <i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data? N/A	Methods
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree? N/A	N/A
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data? Les thèmes ont été déterminés à partir des données.	Methods p.45
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data? N/A	NVivo
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings? N/A	Strengths and limitations

Reporting		
29. Quotations presented	<p>Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number</p> <p>Chaque thème était illustré par plusieurs citations différentes, de différent patient. Chaque citation était identifiée comme cela : participant X.</p>	Results p.46-48
30. Data and findings consistent	<p>Was there consistency between the data presented and the findings?</p> <p>En général, pour la moitié des participants, leur bien-être psychologique s'était stabilisé ou amélioré entre les deux entretiens. Toutefois, l'autre moitié a révélé des changements négatifs significatifs dans leur bien-être sur cette période en relation avec des complications. Lors du deuxième entretien, il en est ressorti que vivre une amputation est une expérience personnelle. Les personnes qui ont des complications graves telles qu'un résidu non cicatrisé, une menace d'une nouvelle amputation ou des complications liées au diabète, ont besoin d'un soutien psychologique rapproché, car elles sont à risque de souffrir d'un mal-être psychologique.</p> <p>Thème 1 : être pré-conditionné</p> <p>Le résultat qui en ressort pour ce thème, c'est que pour accepter l'amputation, il faut qu'il y ait une préparation psychologique en amont du participant. Dans cette étude, tous les participants avaient subi une intervention d'urgence pour sauver le membre. Cinq d'entre eux étaient conscients que l'amputation était inévitable. Pour confirmer cela, les verbatims utilisés sont les suivants : "semi-conditionné", pré-conditionnée", "habitué à ", " cours naturel".</p> <p>Thème 2 : s'adapter à une vie restreinte</p> <p>Pour ce thème, il en émerge que lors du premier entretien, des limitations ou restrictions de mobilité dues à l'amputation ont été identifiées par la totalité des participants et ont affecté beaucoup d'activités quotidienne. Lors de la phase post amputation, les participants ont réalisé, au fil du temps, les limitations et restrictions que pouvaient engendrer l'amputation.</p> <p>Suite à leur amputation, la majorité des participants ont fait part de leurs inquiétudes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Comment est-ce que je vais réussir à faire avec ça maintenant ?"(participant 6) <p>L'acceptation de l'amputation variait selon les participants, celle-ci dépendait si l'amputation était prévue ou pas. Cependant, lors de leurs sorties de l'hôpital, les patients amputés pensaient avoir acceptés la perte du membre. Alors, qu'ils décrivent difficile la transition du retour à domicile.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Je n'avais pas réalisé à quel point cela te touche. Jusqu'à je sois à la maison et réalise maintenant, je dois me déplacer en fauteuil roulant et ce n'est pas si facile que ça". (Participant 6) <p>Malgré la transition difficile, le fait d'être soutenu et/ou d'avoir un environnement favorable d'adaptation atténuait les restrictions ressenties par les participants. Lors du deuxième entretien, les restrictions étaient encore présentes dans le quotidien des participants cependant, elles avaient changé avec le temps.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Chaque mois, je découvre que je peux faire quelque chose de différent". (Participant 5) <p>Les personnes qui n'arrivaient pas à retrouver une mobilité causée par des complications, pouvaient avoir un impact psychologique négatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "...Un peu comme un choc...je dois accepter que je ne sois pas aussi doué que je le pensais". (Participant 6) 	Relationship to existing knowledge

	<p>Thème 3 : capacité d'adaptation</p> <p>Tout d'abord, pour ce thème, les chercheurs mettent en évidence l'influence des limitations sur les participants. Celle-ci, n'est pas qu'en lien avec les limitations, mais avec les objectifs par rapport à la mobilité.</p> <p>Les participants ayant des objectifs plus élevées et une mobilité plus faible étaient plus affectés par les limitations en lien avec la mobilité. Toutefois, les participants avec des ambitions modérées et plus faible avaient une meilleure acceptation en lien avec les limitations. Ils ont constaté l'impact positif sur leur adaptation aux conséquences de l'amputation.</p> <p>Pour finir, il en ressort que les participants expriment l'importance de la positivité et du sens de l'humour, lors de l'adaptation à une amputation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Il y a toujours une solution à la plupart des choses". (Participant 3) - "Le sens de l'humour est primordial". (Participant 1) <p>Thème 4 : besoin d'aide ou d'indépendance</p> <p>Ce thème, met en évidence l'importance du soutien social en lien avec l'adaptation et le rétablissement. Celle-ci est considérée comme un complément au soutien reçu par les professionnels par le biais du conseil. Ils montrent que les familles ont besoin de soutien en lien avec le niveau de soins physique qu'elles offrent, car cela impacte sur le bien-être psychologique.</p> <p>Les participants relèvent une négociation en lien avec le niveau de soutien qui voulait avoir. Des participants recevaient du soutien et étaient surprotégés pour des activités qu'ils pouvaient faire, c'est pour cela qu'un participant a dû être proactif pour réguler le niveau de soutien reçu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Whoa, whoa, whoa, stop. Je peux arranger les choses". (Participant 1) - "Elle a finalement compris : elle peut me laisser seul pendant 3 ou 4 heures et je ne vais pas me désintégrer". (Participant 5) <p>On peut voir également que les participants présentaient une crainte d'être une charge ce qui leur fait ressentir une moins bonne estime d'eux même.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Ils ont leur propre vie ". (Participant 4) - " Sans votre jambe, il est difficile d'aller aux toilettes... Ils m'ont fourni une bouteille d'eau et c'est en le voyant arriver et la vider pour moi que je me suis senti mal. C'était juste uuuurrrh, une mauvaise sensation". (Participant 1) <p>La majorité des participants ont décrit avoir un bon soutien social, à part un participant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - " Savoir que les enfants sont encore là, ça aide beaucoup. Ça donne beaucoup de confiance ". (Participant 4) <p>Le manque de soutien est une cause en lien avec la détresse et ajoute une dimension négative à cette expérience.</p> <ul style="list-style-type: none"> - " Je n'ai vu mon fils qu'une fois, une fois en six semaines. Mais ma fille n'est jamais venue et n'a donné aucune excuse ". (Participant 6) <p>Thème 5 : Les relations avec les autres</p> <p>Différents facteurs ont été identifiés pour ce thème, ceux-ci pouvaient avoir un impact sur l'expérience de l'amputation. Cependant, ils pouvaient être liés à la dépression. Néanmoins, l'expérience post amputation dépend de l'adaptation avant l'amputation, de la capacité à garder un certain contrôle, du soutien approprié de la famille et des amis, du réajustement des relations, de l'incident des complications et de la peur d'une nouvelle amputation.</p>	
--	--	--

	<p>L'amputation peut engendrer une gêne sociale, et les participants finissent par se retrouver isolés des autres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "... Tu découvres qui sont tes vrais amis... Depuis que je suis à l'hôpital, je n'ai presque plus de nouvelles de lui ". (Participant 2) <p>Cependant, les personnes ayant pu réintégrer des activités sociales ont une meilleure adaptation à l'amputation.</p> <p>Certaines fois, les opinions et les conseils des gens qui entourent les personnes amputées peuvent se révéler négatifs pour cette dernière.</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Ils disent... Pourquoi ne restes-tu pas malade ? Cela me dévalorise en quelques sortes". (Participant 1) 	
31. Clarity of major themes	<p>Were major themes clearly presented in the findings?</p> <p>Voici les différents thèmes : être préconditionné, s'adapter à une vie restreinte, capacité d'adaptation, besoin de soutien versus indépendance, relations avec les autres.</p>	Results
32. Clarity of minor themes	<p>Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?</p> <p>N/A</p>	Discussion

9.7. Grille d'analyse STROBE N°1

Article 4 : Traumatic stress symptoms following a lower limb amputation in diabetic patients : A longitudinal study

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	<p>(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract Etude longitudinale (cohort)</p> <p>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found La conception de cette étude inclut 144 patients. Elle a été organisée grâce à un plan longitudinal contenant 3 évaluations à 3 moments différents après l'amputation : un mois (T1), six (T2) et dix mois. Les résultats ont été mesurés à l'aide de 3 échelles : IES-R, WOC et HADS. En somme, ces derniers ont révélé plusieurs choses. Les symptômes de stress traumatique étaient prévalents à T1 (M 1/4 15,65, SD 1/4 15,40). Un probable PTSD a été observé chez 13,9 % des patients. Le niveau élevé des symptômes d'anxiété, la présence de la douleur et les stratégies axées sur les émotions ont contribué aux symptômes de stress traumatique. Puis, la période entre T1 et T2 était critique. Six à dix mois (K1/40,871, F (2,84) =6,245, p=. 003) après la chirurgie les symptômes ont tendance à baisser de 0,122 unité (SE1/40,032, p1/40,002) par évaluation. Pour conclure, les résultats sensibilisent les besoins d'une identification urgente des symptômes de stress traumatique chez les patients ayant subi une amputation du membre inférieur due à un motif de maladie. Cela étant dû à la prévalence des symptômes de stress traumatique juste après la chirurgie et dans les années qui suivent.</p>	P.535
Introduction			
Background/rationale	2	<p>Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported De plus en plus de publications démontrent que des événements spécifiques dans le milieu médical sont en lien avec le développement ultérieur des symptômes de stress traumatique et de syndrome de stress post-traumatique. Néanmoins, un nombre faible de recherches s'est concentré sur le développement de symptôme de stress traumatique suite à une amputation liée au diabète. De plus, la majeure partie des recherches ont été menées chez des patients ayant eu une amputation de type traumatique. Les auteurs expriment qu'il n'existe pas d'autres articles de recherches basés sur la relation entre les stratégies d'adaptation et les symptômes de stress traumatique chez les patients soumis à une amputation. Cependant, il a été démontré que les stratégies axées sur les émotions sont liées à des résultats plus négatifs après un événement traumatique que les stratégies focalisées sur les problèmes.</p>	P.536-537
Objectives	3	<p>State specific objectives, including any prespecified hypotheses Cet article comporte 3 objectifs. Le premier est de déterminer la prévalence des symptômes de stress traumatiques dans un groupe de patient soumis à une amputation dû aux complications du pied diabétique. Le deuxième but est d'observer les trajectoires des symptômes de stress traumatique dans le temps. Puis, le dernier objectif est d'étudier dans le temps l'influence des stratégies d'adaptation, des symptômes d'anxiété et de dépression des caractéristiques sociodémographiques et cliniques en lien avec les symptômes de stress traumatique, suite à une amputation.</p>	P.537
Methods			
Study design	4	<p>Present key elements of study design early in the paper La conception de cette étude est basée sur un plan longitudinal avec trois temps d'évaluation. Les évaluations ont été faites à 1 mois (T1), à six mois (T2) et à dix mois (T3) après une amputation. Elle incluait 144 patients. Les principales mesures utilisées pour les résultats sont IES-R, WOC et HADS.</p>	P.535

Setting	5	<p>Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection</p> <p>Cette étude a été réalisée dans six hôpitaux dans la région du nord du Portugal, plus précisément dans des cliniques multidisciplinaires du pied diabétique et/ou dans des départements de chirurgie vasculaire. Les professionnels de santé ont sélectionné et ont invité les patients qui devaient subir une ALD, pendant le séjour hospitalier (T0).</p> <p>Par la suite, les participants ont été appelés afin d'avoir leur accord pour une autre évaluation de l'étude. Les évaluations ont eu lieu à T1 et T3 à l'hôpital, lors d'une visite de routine.</p>	P.538
Participants	6	<p>(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up</p> <p>Les critères d'inclusion des participants à l'étude sont que les patients doivent être atteints de diabète de type 2 et d'un ulcère du pied diabétique. Ils doivent également être indiqués pour une amputation du pied. Les participants étaient tous âgés de plus de 18 ans. Les critères d'exclusions étaient les diagnostics de démence ainsi que celle d'un trouble psychiatrique. La sélection des patients s'est déroulée dans 6 hôpitaux du nord du Portugal. Les patients ont été sélectionnés par les professionnels de la santé. Ils ont été évalués après avoir été informé qu'il allait subir une amputation à T0. Pour les évaluations à T1 et T3, elles se sont déroulées lors de visites hospitalières habituelles et avant celles-ci les participants ont été appelés pour être informés d'une autre étude et s'ils désiraient y participer.</p> <p>(b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed</p> <p>Pour cette étude, plusieurs raisons amènent certains participants à quitter l'étude : refus de participer, troubles cognitifs après l'opération, transfert vers un autre hôpital, opérations annulées, décès, pertes au cours de la consultation de suivi et pertes dues à des incompatibilités de calendrier.</p> <p>Pour cette étude, 239 patients ont été identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A T0 206 ont accepté d'y participer. - A T1, 144 patients ont participé. - A T2, 107 patients ont participé. - A T3, 96 patients, mais seulement 86 ont participé à toutes les évaluations. 	P.537-538
Variables	7	<p>Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable</p> <p>Dans cet article, ils utilisent des modèles multiniveaux. Dans ce dernier, les données sont hiérarchisées. Dans ce modèle, il y a les variables dépendantes et plusieurs variables indépendantes à tous les niveaux. Lors des répétitions de données de mesures, elles sont regroupées. Les prédicteurs sont présents au niveau des mesures ou des personnes. Dans les modèles multiniveaux il faut savoir qu'il n'est pas important que les participants soient évalués au même nombre d'occasions, cela signifie que ces modèles acceptent des données incomplètes.</p>	P.538
Data sources/ measurement	8	<p>For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group</p> <p>L'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital (HADS) mesure la gravité des symptômes d'anxiété et de dépression qui comporte 14 points. Cette échelle est donc divisée en deux : HADS-D comportant 7 items de dépression et la HADS-A avec 7 items d'anxiété. Ces items sont additionnés entre eux par catégorie. Les scores élevés démontrent des symptômes d'anxiété et de dépression plus importants. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0.90 et 0.77.</p> <p>L'échelle WOC évalue les stratégies d'adaptation centrées sur les problèmes (WOC-P) et sur les émotions (WOC-E). Elle comprend 48 éléments. Les scores élevés indiquent une plus grande utilisation des stratégies d'adaptation dans chaque situation. Pour cette recherche, le coefficient alpha de Cronbach était de 0.90 et 0,77 respectivement.</p>	P.538

		L'échelle Impact of Event Scale REvised (IES-R) quantifie les symptômes de stress traumatique survenant après un événement potentiellement traumatique à partir d'une échelle d'auto-évaluation. Elle comporte 21 points qui démontrent la fréquence de chaque symptôme du PTSD du DSM-IV, inclus dans trois catégories : la réexpérience, l'évitement et l'hyperexcitation (hyperarousal). Les scores élevés démontrent que le stress traumatique étant très présent. Dans cette recherche, le coefficient alpha de Cronbach était de 0.94. Le seuil de 33 a été utilisé comme indicateur d'un probable PTSD.	
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias Un des biais, c'est que cette étude utilise des modèles multiniveaux qui permet de garder des données incomplètes dans le recueil de l'ensemble des données.	P.538
Study size	10	Explain how the study size was arrived at Grâce aux critères d'inclusion et d'exclusion, 239 patients ont été identifiés dont 206 ont participé à T0.	P.539
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why Cette information n'était pas présente dans l'article.	
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding Il y a plusieurs méthodes de statistiques utilisées pour analyser les caractéristiques sociodémographiques et clinique. L'une des méthodes utilisées résume les données sous forme de moyenne et d'écart-types pour les variables continues. Puis, pour les variables catégorielles, ils ont utilisé des fréquences et des pourcentages.	P.539
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions Afin d'analyser les associations entre les variables, les chercheurs de cette étude ont calculé les corrélations point-bisérienne. Des test t d'échantillons indépendant et des tests v2 ont été effectués pour identifier des différences entre les sections.	P.539
		(c) Explain how missing data were addressed Cet article utilise des modèles multiniveaux qui permet de garder des données incomplètes dans l'ensemble du recueil de données.	P.539
		(d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed Une des sources de biais qui a été traitée est définie par les informations des participants qui ont abandonné l'étude après T0. La conclusion de celle-ci est que lors de la comparaison des caractéristiques des participants au niveau sociodémographique et clinique restant les mêmes de ceux restant et ceux qui ont abandonné, il n'y avait pas de différences significatives. Une des caractéristiques qui diffèrent est la durée de l'ulcère (t (204) = 0,239 ; p .05, d=.02) et des amputations antérieures (X2=.348 ; p. 05, u=.130), ce qui montre que les participants qui ont quitté étaient plus susceptibles d'avoir une durée prolongée et d'avoir subi des amputations antérieures.	
		(e) Describe any sensitivity analyses Cette information n'était pas présente dans l'article.	
Results			
Participants	13	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed Les professionnels de santé ont identifié 239 patients, et 206 patients ont accepté d'y participer. A T1, 144 patients ont participé et à T2, il y en avait 107 patients. L'échantillon final comportait 96 participants à T3.	P.538
		(b) Give reasons for non-participation at each stage Différentes raisons ont poussé les participants à se désister pour l'étude durant T0 et T3 : refus de participer, troubles cognitifs après l'opération, transfert vers un autre hôpital, opérations annulées, décès, pertes au cours de la consultation de suivi et pertes dues à des incompatibilités de calendrier.	P.538
		(c) Consider use of a flow diagram Cette information n'était pas présente dans l'article.	

Descriptive data	14	<p>(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders</p> <p>Le tableau 1 dans l'article montre les différentes caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants de T1 à T3. Les caractéristiques sont : sexe (masculin), statut matrimonial (avec partenaire), le statut professionnel (retraiter), présence de douleur, une amputation antérieure, le niveau de l'amputation, l'âge, le nombre d'années de scolarité et le nombre de complications.</p> <p>Table 1. Sample sociodemographic and clinical characteristics at each assessment time.</p> <table><tr><th rowspan="2">Categorical variables</th><th colspan="2">t1 (n = 144)</th><th colspan="2">t2 (n = 107)</th><th colspan="2">t3 (n = 96)</th></tr><tr><th>n</th><th>%</th><th>n</th><th>%</th><th>n</th><th>%</th></tr><tr><td>Gender (male)</td><td>102</td><td>70.8</td><td>74</td><td>69.2</td><td>71</td><td>74.0</td></tr><tr><td>Marital status (with partner)</td><td>97</td><td>67.4</td><td>69</td><td>64.5</td><td>66</td><td>68.8</td></tr><tr><td>Professional status (retired)</td><td>110</td><td>76.4</td><td>77</td><td>72.0</td><td>66</td><td>68.8</td></tr><tr><td>Presence of pain (yes)</td><td>86</td><td>59.7</td><td>49</td><td>45.8</td><td>51</td><td>53.1</td></tr><tr><td>Previous amputation (yes)</td><td>75</td><td>52.1</td><td>59</td><td>55.1</td><td>51</td><td>53.1</td></tr><tr><td>Level of index amputation (minor)</td><td>116</td><td>80.6</td><td>85</td><td>79.4</td><td>77</td><td>80.2</td></tr><tr><td>Interval variables</td><td>M-Max</td><td>Mean</td><td>SD</td><td>Mean</td><td>SD</td><td>Mean</td><td>SD</td></tr><tr><td>Age</td><td>36-90</td><td>65.57</td><td>10.71</td><td>64.68</td><td>10.93</td><td>63.69</td><td>10.75</td></tr><tr><td>Education (years)</td><td>0-17</td><td>4.63</td><td>3.19</td><td>4.77</td><td>3.32</td><td>4.97</td><td>3.34</td></tr><tr><td>Number of complications</td><td>1-4</td><td>3.01</td><td>0.93</td><td>3.03</td><td>0.97</td><td>2.99</td><td>1.01</td></tr></table> <p>t1: one month after surgery; t2: six months after surgery; t3: ten months after surgery.</p>	Categorical variables	t1 (n = 144)		t2 (n = 107)		t3 (n = 96)		n	%	n	%	n	%	Gender (male)	102	70.8	74	69.2	71	74.0	Marital status (with partner)	97	67.4	69	64.5	66	68.8	Professional status (retired)	110	76.4	77	72.0	66	68.8	Presence of pain (yes)	86	59.7	49	45.8	51	53.1	Previous amputation (yes)	75	52.1	59	55.1	51	53.1	Level of index amputation (minor)	116	80.6	85	79.4	77	80.2	Interval variables	M-Max	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Age	36-90	65.57	10.71	64.68	10.93	63.69	10.75	Education (years)	0-17	4.63	3.19	4.77	3.32	4.97	3.34	Number of complications	1-4	3.01	0.93	3.03	0.97	2.99	1.01	P.538
Categorical variables	t1 (n = 144)			t2 (n = 107)		t3 (n = 96)																																																																																				
	n	%	n	%	n	%																																																																																				
Gender (male)	102	70.8	74	69.2	71	74.0																																																																																				
Marital status (with partner)	97	67.4	69	64.5	66	68.8																																																																																				
Professional status (retired)	110	76.4	77	72.0	66	68.8																																																																																				
Presence of pain (yes)	86	59.7	49	45.8	51	53.1																																																																																				
Previous amputation (yes)	75	52.1	59	55.1	51	53.1																																																																																				
Level of index amputation (minor)	116	80.6	85	79.4	77	80.2																																																																																				
Interval variables	M-Max	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD																																																																																			
Age	36-90	65.57	10.71	64.68	10.93	63.69	10.75																																																																																			
Education (years)	0-17	4.63	3.19	4.77	3.32	4.97	3.34																																																																																			
Number of complications	1-4	3.01	0.93	3.03	0.97	2.99	1.01																																																																																			
		<p>(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p>																																																																																								
Outcome data	15	<p>Report numbers of outcome events or summary measures over time</p> <p>Il y a eu 3 temps d'évaluation : avant opération (T0), 1 mois post chirurgie (T1), à six mois (T2) et à 10 mois (T3) pour construire la recherche.</p>	P.535																																																																																							
Main results	16	<p>(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p> <p>(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p> <p>(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p>																																																																																								
Other analyses	17	<p>Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p>																																																																																								
Discussion																																																																																										
Key results	18	<p>Summarise key results with reference to study objectives</p> <p>Un de but de cet article était de rechercher la prévalence des PTSD dans une population ayant subi une amputation du pied diabétique en lien avec un ulcère du pied diabétique : il a été révélé dans cette étude que les symptômes de stress traumatiques survenant après la LLA étaient plus significatifs, surtout à T1 (13,9 % (n=20)), et diminuant au fil du temps (T2 = 12,1 % (n=13), T3 = 6,3 % (n=6)). De plus, le modèle des moyennes inconditionnelles, met en évidence que le temps est un prédicteur qui a montré un état initial moyen de 0,729 (SE=0,056, p<.001). La trajectoire de croissance moyen était négative. Elle montre un taux décroissant de 0,122 unité (SE= 0,032, p=.002) qui est 0,091 par évaluation des symptômes. Les chercheurs montrent qu'a six et dix mois (K=0,871, F (2,84) =6,245, p=.003), en post-amputation, les symptômes ont diminué de 0,122 unité (SE=0,032, p=0,002) par évaluation. Cela sensibilise qu'il faut identifier rapidement des symptômes de stress traumatique au sein de cette population, et à la nécessité d'une intervention psychologique adéquate.</p> <p>Pour le second objectif, était de mesurer les trajectoires des symptômes de stress traumatiques au fil du temps.</p> <p>Cette étude a démontré que les patients aillant subi une amputation due au pied diabétique souffrent de stress traumatique. Cela mène à proposer une intervention psychothérapeutique a ces patients pendant cette durée.</p>	P.542																																																																																							

		Puis, le troisième objectif, qui consiste à analyser l'impact des stratégies d'adaptation (coping), des symptômes d'anxiété et de dépression en lien avec les caractéristiques sociodémographiques en lien avec les PTSD après une amputation en fonction du temps : ils observent un score moyen à T1 de 15.36, à T2 de 17.60 et à T3 de 18.41 sur l'échelle WOC-E. Pour chaque augmentation du score WOC-E, ils ont observé une augmentation de 0,007 sur le score de IES-R. Pour ce but les résultats démontrent qu'après une amputation (LLA) la contribution des stratégies orientées sur les symptômes d'anxiété, de la prévalence de la douleur par rapport au symptôme de stress traumatique.	
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias Bien que la conclusion soit prometteuse, certaines limites sont à prendre en considération telle que la taille de l'échantillon et l'utilisation des mesures d'auto-évaluation qui ne prenait pas en compte le diagnostic clinique du PTSD. De plus, la majorité des patients ont subi une amputation mineure.	P.545
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence Cette étude montre que les patients ayant subi une amputation causée par la complication d'un ulcère du pied diabétique sont plus amenés à avoir des symptômes de stress traumatique. S'il y a présence de facteur favorisant telle qu'une présence élevée de symptômes d'anxiété, l'utilisation des stratégies en lien avec les émotions, les patients sont plus vulnérables dans la période entre un à six mois. Par contre, il faut faire attention, car dans cette étude, les participants ont subi des amputations mineures et de ce fait cette étude n'est pas généralisable pour des personnes ayant subi une amputation majeure (au-dessus et au-dessous du genou).	P.545
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results Cette étude, bien que prometteuse comporte des limites citées ci-dessus qui mettent en question la généralisation à la population. Cette étude n'est pas généralisable pour une population ayant subi une amputation majeure.	P. 545
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based Cette étude a été réalisée au Centre de recherche en psychologique (PSI/01662) située à l'Université de Minho. Elle a été financée par la Fondation portugaise pour la science et la technologie et le ministère portugais de la Science, de la Technologie et de l'enseignement supérieur grâce à des fonds nationaux. Cette recherche a également été cofinancé par FEDER grâce aux COMPETE2020 dans le cadre de l'accord de partenariat PT2020 (POCI-01-0145- FEDER-007653).	P.545

9.8. Grille d'analyse STROBE N°2

Article 5 : Quality of life following a lower limb amputation in diabetic Patients : A Longitudinal and multicenter study

	Item No	Recommandation	Page No
Title and abstract	1	<p>(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract Étude longitudinale multicentrique.</p> <p>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found Cette étude s'intéresse à la relation entre les réactions émotionnelles (l'anxiété, la dépression et les symptômes de stress traumatique) et le niveau de fonctionnalité et/ou la qualité de vie physique et mentale avant et après une amputation du membre inférieur causé par un ulcère du pied diabétique. Les chercheurs ont également voulu analyser le rôle modérateur du soutien social entre la qualité de vie physique/mentale et les réactions émotionnelles. C'est une étude longitudinale multicentrique a été conçu avec 4 temps d'évaluation : avant l'intervention, un mois, six mois et dix mois après l'opération. Les résultats de cette étude ont été d'identifier des facteurs de risques, leur impact et le moment où elle influence la qualité de vie mentale et physique. Elle aidera à développer des interventions psychologiques adaptées à la promotion de la qualité de vie dans cette population. L'amputation d'un membre inférieur (LLA) entraîne plusieurs séquelles émotionnelles et physiques qui ont un impact négatif sur la vie d'un individu.</p>	P.47
Introduction			
Background/rationale	2	<p>Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported À la suite d'une amputation, il y a un changement dans l'évaluation de la qualité de vie de la personne cela dû à des changements dans les perceptions internes. Pour confirmer leur hypothèse, ils ont cherché à connaître et contrôler les facteurs qui impactaient positivement ou négativement la QVLS. D'après l'étude, c'est une des premières études portugaises à explorer les relations longitudinales entre les réactions émotionnelles et la fonctionnalité avant et après l'opération et le soutien social 6 mois et à 10 mois après l'opération en lien avec la qualité de la santé. Leur hypothèse est que les réactions émotionnelles en pré-chirurgie et le niveau de fonctionnalité impact la QVLS. De plus, le soutien social serait considéré comme un médiateur entre les réactions émotionnelles et la QVLS 10 mois post amputation.</p>	P.47-48
Objectives	3	<p>State specific objectives, including any prespecified hypotheses Cette étude a 2 objectifs. Premièrement, elle vise à analyser la relation entre les réactions émotionnelles (anxiété, dépression...), le niveau de fonctionnalité, la qualité de vie mentale et physique, avant et après une amputation du pied diabétique. Deuxièmement, elle va analyser le rôle de médiateur du soutien social entre les réactions émotionnelles et la qualité de vie mentale/physique.</p>	P.47
Methods			
Study design	4	<p>Present key elements of study design early in the paper Il s'agit d'une étude longitudinale. Elle explore les caractéristiques des patients avant et après l'amputation, leur morbidité psychologique et leur qualité de vie liée à la santé. De plus, les réactions émotionnelles telles que des symptômes d'anxiété et de dépression et le niveau de fonctionnalité avant et après était un élément clé lors de la conception de cette étude ainsi que le soutien social. Cette étude a été menée entre 2013 et 2016 comporte quatre temps d'évaluations. Les instruments utilisés étaient les suivants : l'échelle révisée d'impact des événements, l'indice de Barthel, l'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital et le SF-36.</p>	P.47-48
Setting	5	<p>Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection La population vient du nord du Portugal, plus précisément à Minho. Les patients ont été recrutés parmi six hôpitaux, dans les cliniques multidisciplinaires du pied diabétique et dans deux départements de chirurgie vasculaire. La période était entre juin 2013 et janvier 2016.</p>	P.54

Participants	6	<p>(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up</p> <p>Les critères d'inclusion dans l'étude sont : patient atteint de diabète de type 2 ayant un ulcère du pied diabétique, être indiqué pour une amputation d'un membre inférieur, et être âgée de plus de 18 ans.</p> <p>La méthode de sélection des sujets de l'étude : les professionnels de la santé (infirmier et médecins) ont identifié des patients qui étaient prévus pour une amputation d'un membre inférieur et les ont adressés au chercheur menant l'étude.</p> <p>La méthode de suivi : les patients ont été évalués lors de leurs consultations de suivi à l'hôpital, 24 heures avant leur opération (T0), un mois après l'opération (T1), six mois (T2) et à dix mois (T3).</p> <p>(b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p>	P.49
Variables	7	<p>Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p>	
Data sources/ measurement	8	<p>For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group</p> <p>Voici les mesures d'évaluation :</p> <p>L'échelle révisée de l'impact des événements (IES-R). Elle égale la présence de symptôme de stress traumatique. Cette échelle est composée de 21 items. Si les résultats sont élevés, elle indique la présence d'un nombre élevé de stress traumatique. Dans cette étude, le coefficient Cronbach était de 0,94.</p> <p>L'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital (HADS) évalue les symptômes d'anxiété et de dépression. Elle comporte au total 14 items : 7 pour l'anxiété et 7 pour la dépression. Si les scores sont élevés cela indique des niveaux élevés d'anxiété et de dépression. Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach était de 0,86 pour l'échelle d'anxiété (HADS-A) et de 0,88 pour l'échelle de dépression (HADS-D).</p> <p>L'indice de Barthel (BI) évalue le niveau de fonctionnalité pour les AVQ. Elle comprend 10 items. Si les scores sont élevés, cela démontre une fonctionnalité accrue. Dans cette étude, le score de Cron-Bach est de 0,87.</p> <p>L'échelle "Satisfaction with Social Support Scale" (SSSS) évalue la satisfaction du soutien social. Elle contient 15 items. Les résultats les plus élevés indiquent un niveau élevé de satisfaction à l'égard du soutien social. Pour cette étude, le coefficient alpha de Cronbach était de 0,92.</p> <p>Short Form Health Survey (SF-36) est une échelle qui évalue deux mesures sommaires de la qualité de vie : le score de la composante (PCS) et le score de la composante (MCS). Un score élevé indique une bonne QVHR dans le PCS et le MCS. Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach était de 0,89 pour les deux mesures.</p>	P.49
Bias	9	<p>Describe any efforts to address potential sources of bias</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p>	

Study size	10	Explain how the study size was arrived at Un échantillon de 206 patients a été inclus sur 239 qui ont été sélectionnés par les soignants. A la fin de l'étude 86 patients sont restés du début à la fin.	P.48												
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why Les variables quantitatives ont été analysées pour voir les effets directs et indirects pour déterminer quelles variables avaient un impact direct ou indirect sur la composante mentale et la composante physique. Les variables prises en considération sont le sexe, l'âge, la dépression, l'anxiété, les symptômes de stress traumatique, la fonctionnalité et le soutien social dans la qualité de vie liée à la santé. Les différents instruments utilisés sont : l'échelle révisée d'impact des événements, l'indice de Barthel, l'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital et le SF-36.	P.47												
Statistical methods	12	a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding Les statistiques descriptives ont été utilisées dans le but de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon. De plus, ils ont utilisé des analyses univariées pour explorer et comparer les participants et le groupe des décrocheurs. b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions Les méthodes utilisées pour examiner sont le test khi-deux pour les données catégorielles et le test t pour les données continues. (c) Explain how missing data were addressed Pour explorer et comparer les participants et le groupe, ils ont utilisé des analyses univariées. (d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed Cette information n'était pas présente dans l'article. (e) Describe any sensitivity analyses Cette information n'était pas présente dans l'article.	P.51												
Results															
Participants	13	a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed <div><div>239 patients were identified by the team to be included in the study</div><div>↓</div><div>33 patients were excluded from the initial sample: 7 refused participation; 5 had their surgeries cancelled; 2 died prior to surgery; 1 patient was in the intensive care unit; 2 participants were transferred to a different hospital; 2 participants showed major hearing loss and 14 received emergency amputations and were excluded due to procedural reasons</div><table><tr><td>Baseline Assessment (T0): 206 patients</td><td>⇒</td><td>62 patients did not participate at T1 Excluded from the study at T0: 35 patients had their surgeries cancelled; 10 patients withdrew or refused to continue follow-up; 17 patients were considered missing data: 6 died; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation; 2 were transferred to a different hospital; 3 had cognitive impairment; 3 patients were lost due to schedule mismatches; 1 did not have a vascular or diabetic foot post</td></tr><tr><td>Return from T0 to T2=4 ⇒ Were included in the analyses (T1): 144 patients</td><td>⇒</td><td>52 patients did not participate at T2 4 patients withdrew or refused to continue follow-up; 42 patients were missing data: 10 patients died; 6 patients had acute cognitive impairment after surgery; 18 did not have a vascular or diabetic foot post-surgery consultation; 1 was transferred to a different hospital; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation; 3 were unreachable; 1 patient was lost due to schedule mismatches. 6 patients that participated at T0, and was expected that participate at T2: 1 refused; 2 did not have a vascular or diabetic foot consultation;</td></tr><tr><td>Return from T1 to T3=8 ⇒ 6 Months after Surgery (T2): 107 patients</td><td>⇒</td><td>11 patients did not participate at T3 2 patients withdrew from the study 15 patients were missing data: 4 patients died; 9 did not have a vascular or diabetic foot consultation; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation.</td></tr><tr><td>10 Months after Surgery (T3): 96 patients</td><td>⇒</td><td>22 patients that participated at T1 and was expected that participate at T3: 11 did not have a vascular or diabetic foot consultation; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation; 4 patients still had cognitive impairments after surgery; 2 still in a different hospital; 3 patients still unreachable.</td></tr></table><div>10 Months after surgery 86 patients participated in the four time points of assessment</div></div>	Baseline Assessment (T0): 206 patients	⇒	62 patients did not participate at T1 Excluded from the study at T0: 35 patients had their surgeries cancelled; 10 patients withdrew or refused to continue follow-up; 17 patients were considered missing data: 6 died; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation; 2 were transferred to a different hospital; 3 had cognitive impairment; 3 patients were lost due to schedule mismatches; 1 did not have a vascular or diabetic foot post	Return from T0 to T2=4 ⇒ Were included in the analyses (T1): 144 patients	⇒	52 patients did not participate at T2 4 patients withdrew or refused to continue follow-up; 42 patients were missing data: 10 patients died; 6 patients had acute cognitive impairment after surgery; 18 did not have a vascular or diabetic foot post-surgery consultation; 1 was transferred to a different hospital; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation; 3 were unreachable; 1 patient was lost due to schedule mismatches. 6 patients that participated at T0, and was expected that participate at T2: 1 refused; 2 did not have a vascular or diabetic foot consultation;	Return from T1 to T3=8 ⇒ 6 Months after Surgery (T2): 107 patients	⇒	11 patients did not participate at T3 2 patients withdrew from the study 15 patients were missing data: 4 patients died; 9 did not have a vascular or diabetic foot consultation; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation.	10 Months after Surgery (T3): 96 patients	⇒	22 patients that participated at T1 and was expected that participate at T3: 11 did not have a vascular or diabetic foot consultation; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation; 4 patients still had cognitive impairments after surgery; 2 still in a different hospital; 3 patients still unreachable.	P.50
Baseline Assessment (T0): 206 patients	⇒	62 patients did not participate at T1 Excluded from the study at T0: 35 patients had their surgeries cancelled; 10 patients withdrew or refused to continue follow-up; 17 patients were considered missing data: 6 died; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation; 2 were transferred to a different hospital; 3 had cognitive impairment; 3 patients were lost due to schedule mismatches; 1 did not have a vascular or diabetic foot post													
Return from T0 to T2=4 ⇒ Were included in the analyses (T1): 144 patients	⇒	52 patients did not participate at T2 4 patients withdrew or refused to continue follow-up; 42 patients were missing data: 10 patients died; 6 patients had acute cognitive impairment after surgery; 18 did not have a vascular or diabetic foot post-surgery consultation; 1 was transferred to a different hospital; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation; 3 were unreachable; 1 patient was lost due to schedule mismatches. 6 patients that participated at T0, and was expected that participate at T2: 1 refused; 2 did not have a vascular or diabetic foot consultation;													
Return from T1 to T3=8 ⇒ 6 Months after Surgery (T2): 107 patients	⇒	11 patients did not participate at T3 2 patients withdrew from the study 15 patients were missing data: 4 patients died; 9 did not have a vascular or diabetic foot consultation; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation.													
10 Months after Surgery (T3): 96 patients	⇒	22 patients that participated at T1 and was expected that participate at T3: 11 did not have a vascular or diabetic foot consultation; 2 did not attend the vascular or diabetic foot follow-up consultation; 4 patients still had cognitive impairments after surgery; 2 still in a different hospital; 3 patients still unreachable.													

Descriptive data	14	<p>(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders</p> <p>Pour participer à l'étude, les participants devaient avoir un ulcère du pied diabétique et une amputation du membre inférieur devait être planifiée. Les patients devaient également avoir plus de 18 ans. La population vient du nord du Portugal à Minho. Les patients ont été choisis parmi six hôpitaux, dans les cliniques multidisciplinaires du pied diabétique et dans deux départements de chirurgie vasculaire.</p> <p>Sur les 206 patients de l'échantillon de départ, 73 % étaient de sexe masculin (n=63), avec une moyenne de 63 ans. Pour les caractéristiques cliniques, la durée du T2DM était de 208 mois. De plus, les patients ont déclaré des antécédents d'ulcère durant 45 mois. Les participants présentaient d'autres complications liées au diabète et 73 % de ces derniers présentaient un pied neuro-ischémique. De même, la moitié de l'échantillon avait déjà subi une amputation, 23,3 % en avaient une mineure et le reste en avaient une majeure.</p> <p>(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest</p> <p>Se référer au diagramme de flux au point 13.</p> <p>(c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)</p> <p>La période de suivi des patients été entre 2013 et janvier 2016 en quatre moment d'évaluation différent. Le nombre de patient dans les différents temps sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À T0 : 206 patients - À T1 : 144 patients - À T2 : 107 patients - A T3 : 96 patients 	P.51
Outcome data	15	<p>Report numbers of outcome events or summary measures over time</p> <p>Les différents temps ou les personnes ont été évalués sont : à 24 heures avant leur opération, un mois après l'opération, six mois et à 10 mois.</p> <p>Les différents moments survenus sont celles de l'évaluation des patients.</p>	P.49
Main results	16	<p>(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p> <p>(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p> <p>(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p>	P.53
Other analyses	17	<p>Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses</p> <p>Se référer à la réponse du point 12.</p>	
Discussion			
Key results	18	<p>Summarise key results with reference to study objectives</p> <p>Les résultats principaux de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un des résultats montre l'impact de l'anxiété avant l'opération et le lien avec les symptômes de dépression après l'opération. Cela est un prédicateur pertinent en lien avec la composante mentale dix mois après l'amputation. - Dans les résultats, le besoin urgent de prendre en compte les réactions émotionnelles du patient avant et après l'opération, car elle influence la qualité de vie des patients dix mois après l'opération. <p>Les résultats de cette étude concordent avec les autres études qui ont été réalisées précédemment et celle-ci montre le lien positif entre le soutien social et la qualité de vie au travail.</p>	P.52-54

		<p>À T0 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les symptômes d'anxiété (b = 0,353) et de dépression (b = 0,239) ont été positivement associés aux symptômes d'anxiété à T1. - Les symptômes de dépression ont eu un impact significatif sur les symptômes de dépression à T1 (b=0,464) et sur la fonctionnalité (b = 0,517). - La dépression à T0 (b=0,275), a eu un impact négatif et significatif sur le soutien social à T2. En revanche, les symptômes de stress traumatique ont eu une influence positive (b=0,239). <p>À T1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'anxiété (b =-0,447) a eu un impact négatif et significatif sur le soutien social à t2. <p>Les résultats des variables expriment que lorsque toutes les variables sont incluses en même temps dans le modèle, le soutien social à T2 (b=0,252), la fonctionnalité à T0 (b=0,311) et à T1 (b=0,202) ont eu une répercussion simultanée et positive sur la PCS. Cependant, les symptômes de stress traumatiques ont eu une influence significative mais négative (b=0,283) sur la PCS.</p>	
Limitations	19	<p>Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision.</p> <p>L'étude comporte des limites, il y a un biais en ce qui concerne l'échantillon au niveau démographique. Bien que l'échantillon ait été choisi dans 6 hôpitaux, tous sont situés dans le nord du pays, ou le taux d'amputation est le plus faible du pays.</p>	P.54
Interpretation	20	<p>Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence</p> <p>La généralisation des résultats aux patients pour d'autres régions du pays est à exploiter avec prudence, car l'attribution peut être une source de biais, mais ceci est normal lors d'une étude longitudinale. De plus, la grande hétérogénéité de l'âge et du sexe des patients peut influencer les résultats.</p>	P.54
Generalisability	21	<p>Discuss the generalisability (external validity) of the study results</p> <p>Cette information n'était pas présente dans l'article.</p>	
Other information			
Funding	22	<p>Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based</p> <p>Cette étude a été financée par la fondation portugaise pour la science et la technologie, le ministère portugais de la technologie et l'enseignement supérieur par des fonds nationaux et cofinancée par le FEDER.</p>	P.54

9.9. Grille d'analyse STROBE N°3

Article 6 : Quality of Life in Portuguese Patients with Diabetic Foot Ulcer Before and After an Amputation Surgery

	Item No	Recommandation	Page No
Title and abstract	1	<p>(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract Étude longitudinale</p> <p>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found L'ulcère du pied diabétique (DFU) y compris les amputations ont des graves conséquences pour les patients et leurs entourages. L'DFU affecte la qualité de vie liée à la santé psychique et physique. Cette étude comporte plusieurs objectifs. Le premier consiste à identifier les prédictors de la qualité de vie liée à la santé (QVLS) après l'intervention. Un autre objectif permettra au chercheur d'explorer les différences avant et après l'amputation en lien avec la QVLS. Finalement, cette étude permet d'analyser le rôle modérateur d'une amputation par rapport à une ou plusieurs amputations précédentes dans la relation entre la QVLS physique et mentale, avant et après l'amputation, chez des patients souffrant d'DFU.</p> <p>Cette étude longitudinale comporte 108 participants portugais. Elle a été menée pendant la période d'hospitalisation avant l'opération et lors d'une consultation de suivi. Les patients ont rempli un questionnaire sociodémographique et le SF-36 pour évaluer la QDV.</p> <p>Pour cette étude, la QDV physique et mentale avant l'amputation prédit la QDV après l'amputation, c'est pourquoi le nombre de complications liées au diabète, et le fait de subir une ré-amputation. La QVLS physique a diminué après l'intervention. Cependant, il n'y a pas eu de différences sur la QVLS mentale.</p> <p>Pour conclure, les résultats aident à identifier les patients les plus vulnérables qui risquent d'avoir une QVLS plus faible après l'amputation. Cela permet ainsi d'adapter les interventions aux besoins des patients pour promouvoir leur qualité de vie. De plus, une amputation antérieure était un modérateur entre la QVLS physique et mentale avant et après l'intervention.</p>	P.714
Introduction			
Background/rationale	2	<p>Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported L'ulcère du pied diabétique (DFU), y compris les amputations, ont de graves conséquences psychiques et physiques.</p> <p>A la connaissance des auteurs, aucune description complète des données sociodémographiques et cliniques des patients portugais souffrant de diabète de type 2 et devant subir une amputation n'a été fourni concernant la qualité de vie (évaluée par le Short Form Health Survey), de même, pour des données concernant les prédictors de la QDV après l'opération. Il est intuitif que les patients atteints d'DFU ont une QVLS compromise. Néanmoins, les auteurs ne savent pas toujours quels facteurs qui contribuent à la QVLS avant l'opération, en plus des variables sociodémographiques et cliniques.</p>	P.714
Objectives	3	<p>State specific objectives, including any prespecified hypotheses Cette étude présente plusieurs objectifs qui s'intéressent aux patients atteints d'DFU. Le premier consiste à identifier les prédictors de la QVLS après l'amputation. Le deuxième objectif se concentre sur les différences dans la QVLS avant et après l'intervention. Puis le dernier but explore avant et après l'intervention, le rôle modérateur d'une première amputation par rapport à une ou plusieurs amputations précédentes dans la relation entre la QVLS physique et mentale.</p>	P.714
Methods			
Study design	4	<p>Present key elements of study design early in the paper Pour la conception de cette étude, des données ont été utilisées, elles sont basées sur une évaluation de base d'une étude longitudinale en cours. Cette dernière évalue l'adaptation à l'amputation et la QVLS chez les personnes atteintes d'DFU avant et 2 ans après la chirurgie.</p>	P.714

Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection L'étude s'est déroulée entre juin 2013 et avril 2015. Elle a pu être menée dans 6 hôpitaux, dans les cliniques multidisciplinaires du pied diabétique et dans 2 services de chirurgie vasculaire.	P.715
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up Les participants ont été sélectionnés par des professionnels de santé (infirmières, médecins) des hôpitaux ou les recherches ont été menée. Ces patients devaient être prévus pour une amputation. Les critères d'inclusion à l'étude sont les suivants : les participants devaient être atteint d'un diabète de type 2 et un ulcère du pied diabétique. Ces derniers devaient avoir une amputation prévue et avoir plus de 18 ans. Ils devaient également avoir la capacité de comprendre les informations et de fournir des réponses verbales. Puis, ils ne devaient pas avoir de troubles psychiatriques. Au final, 108 patients correspondant aux critères inclusions et ont accepté de participer à l'étude. Ces derniers ont participé à l'évaluation avant et après l'amputation. (b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed Ce n'est pas une étude appariée, il n'y a pas de sujets exposés et non exposés.	P.714-715
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable Les différents facteurs de prédiction ont été inclus dans les modèles, ils ont été définis par rapport à l'étude précédente. Elles ont montré un impact significatif sur les résultats analysés. Pour le contrôle de la colinéarité, la valeur du facteur d'inflation de variance (VIF) a été mise comme étant inférieure à 2 et le coefficient de tolérance a été fixé à plus de 0,60. De plus, une analyse par paire a été conçue pour tester les différences de QVLS en pré et post-amputation. Pour finir, les chercheurs ont procédé à une analyse de modération qui a été réalisé avec un macroprocess pour SPSS.	P.715
Data sources/ measurement	8	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group Plusieurs méthodes ont été utilisées afin de mesurer les différents aspects de cette étude. Premièrement, le questionnaire sociodémographique a permis de relever des données concernant l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut marital et professionnel. Deuxièmement, un questionnaire clinique a aidé à identifier d'autres informations telles que : la durée du diabète et le diagnostic de l'UDP, la durée de l'ulcère actif, le nombre de complications du diabète et d'amputations antérieures, la présence d'autres maladies chroniques, le traitement par insuline, la valeur HbA1c, L'IMC, la présence de facteurs de risques cardiovasculaire et la ré-amputation. Puis, l'échelle Shhort Health Survey a été utilisée. Cette échelle présente 2 mesures sommaire de la qualité de vie : le score de la composante physique (PCS) et le score de la composante mental (MCS). Cette échelle comprend huit sous-échelles : <ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement physique - Limitation de rôle due à la santé physique, - Problème de douleur corporelle, - Perception générale de la santé - Vitalité - Fonctionnement social - Limitation du fonctionnement émotionnel - Santé mentale 	P.715-716

		<p>Les 4 première reflètent la perception de l'état de santé physique. Puis les 4 dernières représentent la perception du bien-être. L'instrument comprend en tout 11 items et 26 questions avec un sous-score pour chaque sous-échelle. Les scores de chaque domaine sont transformés en échelles de 0 à 100 et un score élevé indique une bonne QLVS dans les PCS et MCS.</p> <p>Pour cette étude, le alpha de Cronbach pour le score des 2 composantes était de 0,89.</p> <p>La version originale a de bonnes propriétés de fiabilité et la médiane du coefficient de fiabilité appliquée par le test-retest est égale ou supérieure à 80. A l'exception de l'échelle de fonction sociale de 76, qui révèle une bonne fiabilité. De plus, les corrélations entre chaque item et l'échelle sont égales ou supérieures au seuil de 40, ce qui signifie un bon taux général de cohérence externe.</p>	
Bias	9	<p>Describe any efforts to address potential sources of bias</p> <p>L'information n'est pas dans l'article.</p>	
Study size	10	<p>Explain how the study size was arrived at</p> <p>Les professionnels de santé ont sélectionné 220 patients devant subir une amputation pour participer à l'étude. Parmi eux, 175 personnes ont accepté et ont donné leur consentement éclairé. Les 45 patients restants n'ont pas pu participer à l'étude pour différentes raisons expliquées au point 13.</p> <p>Par la suite, sur les 175 participants qui ont accepté de participer, 67 participants ont quitté l'étude pour diverses raisons entre la première évaluation pré-amputation et la seconde évaluation après l'intervention. Cela laisse un échantillon de 108 participants qui ont pu être présent lors des consultations.</p>	P.716
Quantitative variables	11	<p>Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why</p> <p>Les variables sociodémographiques tels que l'âge, le sexe ont été intégré dans le 1er bloc.</p> <p>Pour le 2^{ème} bloc, les variables cliniques ont été analysés telles que le nombre d'amputations antérieures, la durée de l'ulcère, le nombre de complications et de ré-amputations.</p> <p>Puis dans le dernier bloc, les PCS et MCS ont été introduites pour connaître la contribution de la QVLS avant et après l'amputation.</p> <p>Les variables prédictives comprises dans les modèles étaient celles qui avaient montré une influence significative sur les résultats analysés, dans les études précédentes.</p>	P.715
Statistical methods	12	<p>(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding</p> <p>Les analyses ont été conçues à l'aide de SPSS. Afin de caractériser les variables sociodémographiques et cliniques, l'ensemble des variables continues sont présentées sous forme de moyenne et d'écart-type. Les données catégorielles sont présentées sous forme numérique et de pourcentages.</p> <p>La valeur du facteur d'inflation de la variance (VIF) a été établie comme étant inférieur à 2 et le coefficient de tolérance a été fixé à plus de 0,60, cela afin de contrôler la colinéarité.</p> <p>Une analyse par paire a été réalisée pour tester les différences de la QLVS avant et après l'intervention. Puis, une analyse de modération a été réalisée à l'aide d'une macro-Process pour SPSS.</p> <p>(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions</p> <p>L'information n'est pas dans l'article.</p> <p>(c) Explain how missing data were addressed</p> <p>L'information n'est pas dans l'article.</p>	P.715
Results			
Participants	13	<p>(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed</p> <p>Lors de la sélection de participants, les soignants ont identifié 220 patients qui étaient prévus pour une amputation et étaient atteints de diabète de type 2. Cependant, 45 patients n'ont pas pu participer à l'étude.</p> <p>A T0, 175 patients ont pu et ont accepté de participer à la première évaluation. Cependant, suite à l'intervention, 65 patients ont dû se retirer de l'étude pour plusieurs raisons citées au point suivant. Donc, pour T1, 108 participants ont pu participer à l'étude.</p>	P.716

	<p>(b) Give reasons for non-participation at each stage</p> <p>Au cours de cette étude, il y a eu 2 périodes où certains participants ont quitté l'étude. Premièrement, avant la première consultation, les participants ont arrêté car :</p> <ul style="list-style-type: none">- 25 d'entre eux présentaient des troubles cognitifs- 9 étaient dans une situation d'urgence- 5 personnes ont refusé- 3 participants ont eu une annulation de l'intervention- 1 patient a été transféré de manière inattendue dans un autre hôpital- 1 patient est décédé avant l'opération- 1 était dans une unité <p>Deuxièmement, entre la première (T0) et la deuxième consultation (T1) plusieurs raisons ont poussé les patients à renoncer à l'étude telles que :</p> <ul style="list-style-type: none">- 29 patients ont eu leur intervention annulée.- 19 participants n'ont pas eu de consultation de suivi vasculaire ou du pied diabétiques.- 6 personnes ont refusé de participer.- 5 patients sont décédés.- 3 participants n'ont pas été présents lors de la consultation du suivi vasculaire ou du pied diabétique.- 3 personnes ont eu des déficiences cognitives après l'intervention <p>2 autres patients ont eu des complications post-opératoires et ont été réhospitalisé dans un autre hôpital.</p> <p>(c) Consider use of a flow diagram</p> <p>Il n'y a pas de diagramme de flux.</p>																																																																																																															
Descriptive data	<div>14</div> <p>(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders</p> <table><thead><tr><th>Variable</th><th>Mean</th><th>SD</th><th>Min</th><th>Max</th></tr></thead><tbody><tr><td>Gender (male) (%)</td><td>72.2</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Marital status (with partner) (%)</td><td>73.1</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Professional status (retired) (%)</td><td>75.0</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Age (years)</td><td>65.7</td><td>11.1</td><td>36</td><td>90</td></tr><tr><td>Educational level (years)</td><td>4.61</td><td>2.93</td><td>0</td><td>12</td></tr><tr><td>Duration of diabetes (months)</td><td>218.6</td><td>137.8</td><td>1</td><td>636</td></tr><tr><td>Duration of diabetic foot (months)</td><td>42.6</td><td>51.1</td><td>1</td><td>228</td></tr><tr><td>Ulcer duration: median/mean (weeks)</td><td>8/15.8</td><td>18.02</td><td>1</td><td>96</td></tr><tr><td>HbA1c (n = 56, ≥7.6 %) (%)</td><td>44.4</td><td></td><td>6.20</td><td>13.10</td></tr><tr><td>Type of foot: neuroischaemic (%)</td><td>74.1</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Number of complications (≥3) (%)</td><td>64.4</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Other chronic disease: no (%)</td><td>76.9</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Insulin therapy: yes (%)</td><td>66.3</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Cardiovascular risk factors: HTA: yes (%)</td><td>88.9</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Dyslipidemia: yes (%)</td><td>82.4</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Current smoker: no (%)</td><td>89.8</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ex-smokers: yes (%)</td><td>56.5</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Alcohol consumption: no (%)</td><td>63.9</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Previous amputation: yes (%)</td><td>53.7</td><td></td><td>0</td><td>8</td></tr><tr><td>Re-amputation: yes (%)</td><td>14</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>BMI (kg/m²)</td><td>27.24</td><td>4.99</td><td>17.67</td><td>46.28</td></tr></tbody></table>	Variable	Mean	SD	Min	Max	Gender (male) (%)	72.2				Marital status (with partner) (%)	73.1				Professional status (retired) (%)	75.0				Age (years)	65.7	11.1	36	90	Educational level (years)	4.61	2.93	0	12	Duration of diabetes (months)	218.6	137.8	1	636	Duration of diabetic foot (months)	42.6	51.1	1	228	Ulcer duration: median/mean (weeks)	8/15.8	18.02	1	96	HbA1c (n = 56, ≥7.6 %) (%)	44.4		6.20	13.10	Type of foot: neuroischaemic (%)	74.1				Number of complications (≥3) (%)	64.4				Other chronic disease: no (%)	76.9				Insulin therapy: yes (%)	66.3				Cardiovascular risk factors: HTA: yes (%)	88.9				Dyslipidemia: yes (%)	82.4				Current smoker: no (%)	89.8				Ex-smokers: yes (%)	56.5				Alcohol consumption: no (%)	63.9				Previous amputation: yes (%)	53.7		0	8	Re-amputation: yes (%)	14				BMI (kg/m ²)	27.24	4.99	17.67	46.28	P.715-716
Variable	Mean	SD	Min	Max																																																																																																												
Gender (male) (%)	72.2																																																																																																															
Marital status (with partner) (%)	73.1																																																																																																															
Professional status (retired) (%)	75.0																																																																																																															
Age (years)	65.7	11.1	36	90																																																																																																												
Educational level (years)	4.61	2.93	0	12																																																																																																												
Duration of diabetes (months)	218.6	137.8	1	636																																																																																																												
Duration of diabetic foot (months)	42.6	51.1	1	228																																																																																																												
Ulcer duration: median/mean (weeks)	8/15.8	18.02	1	96																																																																																																												
HbA1c (n = 56, ≥7.6 %) (%)	44.4		6.20	13.10																																																																																																												
Type of foot: neuroischaemic (%)	74.1																																																																																																															
Number of complications (≥3) (%)	64.4																																																																																																															
Other chronic disease: no (%)	76.9																																																																																																															
Insulin therapy: yes (%)	66.3																																																																																																															
Cardiovascular risk factors: HTA: yes (%)	88.9																																																																																																															
Dyslipidemia: yes (%)	82.4																																																																																																															
Current smoker: no (%)	89.8																																																																																																															
Ex-smokers: yes (%)	56.5																																																																																																															
Alcohol consumption: no (%)	63.9																																																																																																															
Previous amputation: yes (%)	53.7		0	8																																																																																																												
Re-amputation: yes (%)	14																																																																																																															
BMI (kg/m ²)	27.24	4.99	17.67	46.28																																																																																																												

		<p>(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest L'information n'est pas dans l'article.</p> <p>(c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount) L'étude a été menée entre juin 2013 et avril 2015. A la conception de l'étude, 220 patients ont été sélectionnés pour y participer. Pour la première évaluation avant l'amputation (T0), 175 patients ont accepté de participer à la première. Puis seulement 108 participants ont pu suivre la deuxième consultation 1 mois après l'intervention (T1).</p>	
Outcome data	15	<p>Report numbers of outcome events or summary measures over time Les évaluations pour cette étude ont eu lieu à deux moments distincts, avant (T0) et après (T1) l'amputation.</p>	P.715
Main results	16	<p>(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included Deux analyses de régression modérée ont permis de déterminer s'il y avait un effet modérateur sur la relation entre PCS et la MCS avant et après l'intervention, lorsqu'une personne subi une première amputation. L'effet modérateur a donc été testé. Le modèle était significatif $F(3, 104) = 28,33, p < .001, b = -.327$, avec un intervalle de confiance de 95 % $([-.577, -.077], t = -2.59, p = .011)$. Cela explique 45 % de la variance. Ces résultats démontrent que la PCS avant l'opération est assimilée à la PCS après l'opération. Cette association s'est montrée plus forte pour les patients qui avaient déjà subi des amputations ($b = .720, t = 8.08, p < .001$) avec un intervalle de confiance à 95% $([.543, .896])$.</p> <p>Pour les patients qui n'ont pas subi d'amputation antérieure, la relation entre la PCS avant et après intervention était également significative mais plus faible ($b = .393, t = 4.40, p < .001$) avec un intervalle de confiance à 95% $([.215, .569])$.</p> <p>Puis, en ce qui concerne la relation entre la PCS avant et après la chirurgie, l'effet modérateur d'une première amputation par rapport à une amputation antérieure a été analysée. Le modèle est significatif $(F(3, 104) = 17,07, p < .001, b = -1.99, p = .049)$, avec un intervalle de confiance à 95% $([-.666, -.001])$, cela explique 33 % de la variance. Ces résultats démontrent que la PCS avant l'opération est associée à la PCS après l'opération. En particulier, cette association s'est avérée plus forte pour les patients qui avaient déjà subi des amputations, ($b = .739, t = 6.30, p < .001$), avec un intervalle de confiance à 95% $([.506, .972])$.</p> <p>Enfin, pour les patients qui n'ont jamais subi d'amputation, la relation entre la PCS avant et après l'opération était également significative mais plus faible ($b = .405, t = 3.39, p < .0,1$) avec un intervalle de confiance à 95% $([.168, .643])$.</p>	P.716 - 717
Other analyses	17	<p>Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses L'information n'est pas dans l'article.</p>	
Discussion			
Key results	18	<p>Summarise key results with reference to study objectives L'un des objectifs de l'étude consistait à déterminer si la QVLS avant l'opération influençait la QVLS après l'intervention, après avoir contrôlé les variables sociodémographiques et cliniques. Cela a été évalué, car plusieurs études proposent que ces variables soient des prédicteurs établis de la QVLS ainsi que la morbidité et la mortalité chez les patients souffrant d'UDP. Par conséquent, les résultats de cette étude ont été relevé après l'analyse des variables sociodémographiques et cliniques. Les résultats de cette étude mettent en évidence que la QVLS physique (PCS) a diminué en pré et post chirurgie ($t(107) = 3,238, p > .001$). En revanche, pour la QVLS mental (MCS) il n'y a pas eu de différence observée. Ensuite, les résultats ont montré que la PCS en pré-chirurgie était en lien avec la PCS après l'amputation. Ce lien est plus fort chez les patients qui avaient déjà subi une amputation antérieure ($b = .720, 95 \% CI [.543, .896], t = 8.08, p < .001$). Pour les patients n'ayant pas eu d'amputation antérieure, l'association entre la PCS avant et après l'intervention était également significative ($b = .393, 95 \% CI [.215, .569], t = 4.40, p < .001$) mais moins élevé.</p> <p>Ensuite, un autre objectif de cette étude était d'explorer le rôle modérateur d'une amputation antérieure par rapport à une première amputation, cela entre la qualité de vie physique et mentale avant et après l'opération.</p>	P.718 à 720

		Les résultats démontrent qu'une amputation antérieure était un modérateur dans la relation entre la QVLS avant et après l'intervention. L'hypothèse est que les patients déjà amputés sont résilients et disposent de d'avantage de mécanismes d'adaptation afin de faire face à une nouvelle amputation que ceux qui vont être amputés pour la première fois. En somme, plus l'amputation devient plus proximale, plus les effets négatifs sur la QVLS augmentent de manière significative.	
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Cette étude est limitée par le nombre réduis de participants.	P.720
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence Afin de généraliser les résultats, il sera important de comparer ces derniers avec un groupe témoin de patients atteint de diabètes, mais sans DFU ni amputation.	P.720
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results L'information n'est pas dans l'article.	
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based Cette étude a été menée au Centre de recherche en psychologie (PSI/01/1662) de l'Université de Minho. Elle a été financée par la Fondation portugaise pour la science et la technologie et le ministère portugais de la science, de la technologie et de l'enseignement supérieur grâce à des fonds nationaux et cofinancée par FEDER par le COMPETE2020 dans le cadre de l'accord de partenariat PT2020 (POCI-01-0145-FEDER-007653). Cette recherche a également été soutenue par une subvention (SFRH/BD/87704/2012) de la Fondation portugaise pour la science et la technologie.	P.720

9.10. Grille d'analyse STROBE N°4

Article 7 : The psychosocial impact associated with diabetes-related amputation

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	<p>a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract Étude de cohort</p> <p>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found</p> <p>Dans cette étude, les chercheurs ont comparé des patients diabétiques avec une amputation et l'autre groupe sans cette dernière. Le but de celle-ci est de contrôler statistiquement toutes les différences de groupes sur les variables médicales et démographiques. Cela afin d'examiner l'impact psychosocial isolé de l'amputation lié au diabète. Ils ont utilisé un questionnaire pour analyser les caractéristiques démographiques et médicales ainsi que des mesures qui évaluent la souffrance psychologique, la qualité de vie et l'image corporelle.</p> <p>Les résultats de cette étude démontrent qu'en ce qui concerne les analyses univariées, la dépression, la qualité de vie et la perturbation de l'image corporelle étaient toutes moins bonne comparés aux groupes des amputés. Ces différences subsistent pour la perturbation de l'image corporelle ($P=0,005$), mais ne sont plus significatives pour la dépression ou la qualité de vie physique dans les analyses multivariées contrôlant les variables démographiques et médicales importantes.</p> <p>En somme, cette étude démontre que la perturbation de l'image liée au diabète était plus significative corporelle chez les personnes amputées. En revanche, elle exprime que d'autres résultats psychosociaux expliquent mieux l'augmentation de la comorbidité.</p>	P.1424
Introduction			
Background/rationale	2	<p>Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported</p> <p>Plusieurs recherches ont suggéré que l'impact supplémentaire d'une amputation liée au diabète est associé à un moins bon fonctionnement physique, à un moins bon résultat psychosocial et à une plus grande perturbation de l'image corporelle.</p> <p>Cependant, lors de la conception de cette étude, il n'y avait pas d'autre recherche qui comparait les patients diabétiques avec et sans amputation. De plus, aucune étude n'a contrôlé de manière adéquate la morbidité médicale supplémentaire souvent perçue chez les personnes avec une amputation.</p>	P.1425
Objectives	3	<p>State specific objectives, including any prespecified hypotheses</p> <p>L'objectif de cette étude était d'analyser les statistiques qui démontrent les différences dans le groupe au niveau des variables médicales et démographique pour analyser l'impact psychosocial lié au diabète. L'hypothèse qui a été émise par les autres articles analysés dans cette étude, était que les personnes amputées à cause d'une complication du diabète présentaient de plus bas résultats psychosociaux que les personnes diabétiques non amputés. La question de recherche de cet article était de connaître si les résultats psychosociaux restaient plus bas si on prenait en compte les covariables pertinentes.</p>	P.1425
Methods			
Study design	4	<p>Present key elements of study design early in the paper</p> <p>Pour la conception de cette étude, les chercheurs ont comparé des participants diabétiques avec une amputation à un échantillon de participant diabétique sans amputation. Pour élaborer cette recherche, ils ont utilisé des questionnaires sur les caractéristiques démographiques et cliniques. Ils se sont également servis pour mesurer la souffrance psychologique, la qualité de vie et l'image corporelle.</p>	P.1424
Setting	5	<p>Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection</p> <p>Cette étude a été menée sur des patients provenant de la métropole de Sydney.</p> <p>Les participants ont reçu le questionnaire par plusieurs moyens tels que par courrier, téléphone, fax, courriel ou en ligne.</p>	P.1425

Participants	6	<p>(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up</p> <p>La majorité de la sélection des participants s'est déroulée via une association de personnes diabétiques ou amputées. Les personnes âgées de plus de 18 ans ont reçu une invitation par des cliniques spécialisées dans le domaine du diabète et de l'amputation, mais également par des organisations spécialisées.</p> <p>Chaque participant a signé un document de consentement qui a été approuvé par le comité institutionnel de recherche sur l'homme de l'université de Sydney. Pour la récolte de données, ils ont reçu un questionnaire par courrier, téléphone, fax, courriel ou en ligne.</p> <p>(b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed</p> <p>Tous les participants étaient âgés de plus de 18 ans et ils venaient tous de la métropole de Sydney. Il y avait 240 participants atteints de diabète et 227 qui ont été amputés.</p>	P.1425
Variables	7	<p>Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable</p> <p>Cet article a fait une série d'analyse de régression hiérarchique pour isoler statistiquement l'influence du groupe sur les variables de résultats après le contrôle des covariables. Les chercheurs ont procédé à deux étapes. La première était de récolter les covariables démographiques et médicales qui était significativement différente entre les groupes et ensuite, ils les ont corrélés avec les résultats. La seconde étape était de rajouter les variables de regroupement pour comparer les groupes après le contrôle des covariables.</p>	P.1426
Data sources/ measurement	8	<p>For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group</p> <p>Les participants ont répondu à différents questionnaires :</p> <p>Questionnaire sur les caractéristiques démographiques, la santé et le mode de vie. Celui-ci porte sur la pathologie du diabète plus précisément sur la durée de la maladie, sur le diagnostic de la pathologie, le/ les traitement/s (médicaments oraux et insuline), le taux d'HbA1c, le nombre de complications macrovasculaire et microvasculaire, le type d'amputation et le nombre de pathologies additionnelles.</p> <p>L'échelle de l'anxiété et de la dépression de l'hôpital (HADS) mesure avec 14 items au total dont 7 liée à la dépression et 7 liée qui mesure l'anxiété. Si les résultats sont élevés, ils indiquent des symptômes dépression et/ou d'anxiété plus importants les résultats doivent être au-dessus de 8 pour que ces derniers soient cliniquement pertinents. Cette mesure comporte 14 items au total : sept items mesurent la dépression et les sept autres mesurent l'anxiété.</p> <p>Le World Health Organization Quality of Life Brief (WHOQOL-BREF) mesure la qualité de vie des participants au cours des 2 dernières semaines. Cette mesure comporte 26 items répartis dans 4 sous-échelles. Pour cette étude, ils n'ont utilisé que deux sous-échelle sur quatre dont celle sur le physique et celle sur le psychologique. La sous-échelle de la qualité de vie physique contient 7 questions évaluées sur 5 points. Si les résultats sont faibles, cela indique une mauvaise qualité de vie physique. Pour cette étude, la cohérence interne de cette échelle est de 0,77.</p> <p>La sous-échelle de la qualité de vie psychologique comporte 6 questions évaluées également sur 5 points. Si les résultats sont faibles, cela indique une mauvaise qualité de vie psychologique. Pour cette étude, la cohérence interne de cette sous-échelle est de 0,83.</p> <p>Le questionnaire sur la perturbation de l'image corporelle (BIDQ) mesure la perturbation corporelle. Cette dernière est définie par l'insatisfaction, la détresse et le dysfonctionnement de l'image corporelle. Ce questionnaire contient 7 items évalués sur 5 points. Ces items évaluent les préoccupations en lien avec l'apparence, la fixation sur ces préoccupations, la détresse associée à ces dernières et la déficience et l'évitement résultant de ses préoccupations.</p> <p>Si les résultats sont élevés cela indique une plus grande perturbation de l'image corporelle. La fiabilité et la validité de cette mesure ont été établies. De plus, dans cette étude, sa cohérence interne était de 0,91.</p>	P.1426

Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias Un des biais de cette étude est celui du recrutement. C'est-à-dire que les chercheurs ont recruté plus d'hommes dans l'échantillon et les participants avaient un faible niveau d'HbA1c.	P.1429
Study size	10	Explain how the study size was arrived at Pour réaliser cette étude, principalement, une association de membres diabétiques ou amputés a recruté des participants. En somme, 240 personnes diabétiques et 227 personnes amputées ont été recrutées dans la métropole de Sydney. 50 des participants du groupe amputation avaient subi une amputation causée par le diabète. Ils ont donc été inclus dans l'étude.	P.1425
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why Dans cet article, ils ont pris en considération toutes les variables médicales ou démographiques pour faire des analyses de régression.	P.1426
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding Les différentes analyses ont été faites avec SPSS version 19.0. Pour la normalité des distributions des données, elle a été évaluée avec la statistique de Shapiro-wilk. Selon cette dernière, les distributions de la dépression, l'anxiété, la qualité de vie psychosociale et physique et des troubles de l'image corporelle étaient significativement différentes de la distribution normale. Les auteurs se sont également servis d'une série d'analyse tests V2 et de tests U de Mann-Whitney. Cette dernière a été appliquée afin de déterminer les différences entre les deux groupes. Le sr de Cohen a été calculé afin de montrer la taille de l'effet pour les analyses non-paramétriques. Toutes les variables médicales ou démographiques qui différaient entre les groupes ont été incluses comme covariables dans les analyses de régression. Les corrélations du rang-ordre de Spearman n'ont dévoilé aucune covariable supplémentaire entre les variables démographiques et médicales et les variables primaires. (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions Pour examiner les différents groupes de cette étude, ils ont utilisé une conception multivariée afin de contrôler une série de variables médicales et démographiques qui pouvait différer dans les groupes. (c) Explain how missing data were addressed Dans cette étude, il y a 23 % de données manquantes pour la variable sur le marqueur biomédical HbA1c. Par conséquent, les chercheurs ont décidé de l'exclure des analyses principales. Cependant, les chercheurs précisent que même en prenant en compte ses données manquantes, les résultats ne diffèrent pas. (d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed Cette information n'est pas dans l'article (e) Describe any sensitivity analyses Cette information n'est pas dans l'article	P.1426
Results			
Participants	13	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analyse Dans cet article, nous n'avons pas trouvé combien de patients ont participé à chaque étape. Cependant. Il y a des informations concernant les caractéristiques sociodémographiques et clinique des patients. Il y a donc 2 échantillons, dans lesquels il y avait principalement : des hommes, 66%, des patients diabétiques sans amputation et 78 % des patients diabétiques avec amputation. En ce qui concerne l'âge, la moyenne était de 63,04 ans pour les personnes atteintes de diabète avec amputations (écart-type 11,26 ; fourchette (années) 36-91) et de 64,65 ans pour les personnes avec diabète sans amputation (écart-type 11,95 ; fourchette (années) 21-89).	P.1425

		(b) Give reasons for non-participation at each stage Cette information n'est pas dans l'article. (c) Consider use of a flow diagram Cette information n'est pas dans l'article.	
Descriptive data	14	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders Les différentes caractéristiques de la population étudiées étaient majoritairement masculines pour l'échantillon de patient atteint d'un diabète sans une amputation, il était à 66 % d'homme et pour l'autre groupe à 78 %. En ce qui concerne l'âge, les participants étaient, en moyenne à 63,04 ans, dans un intervalle entre 36 ans et 91 ans pour les patients diabétiques sans amputation et pour l'autre groupe à 64,65ans avec un intervalle entre 21 ans et 89 ans. (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest Ils n'ont pas inclus les données pour la variable de l'Hb1Ac où il manquait 23 % de donnée. (c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount) Il ne marque pas de temps précis pour le suivie.	P.1425
Outcome data	15	Report numbers of outcome events or summary measures over time Les participants ont reçu des questionnaires par courrier, fax, courriel ou en ligne. Ils pouvaient également recevoir un appel téléphonique. Cependant, la durée de l'étude n'est pas précisée.	P.1425
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included Cette information n'est pas dans l'article. (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized Cette information n'est pas dans l'article. (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period Cette information n'est pas dans l'article.	
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses Cette information n'est pas dans l'article.	
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives L'objectif principal de cette étude était d'examiner statistiquement toutes les différences entre les groupes, c'est-à-dire, les variables médicales et démographiques. Cela est fait dans le but d'analyser l'impact psychosocial isolé de l'expérience de l'amputation liée au diabète. Les résultats de cette étude, montre que l'impact d'un changement du corps à une influence sur l'image corporelle de la personne, mais également sur la santé globale des patients amputés, cela explique mieux les symptômes de dépression qui ont augmenté et une moins bonne qualité de vie physique. Les résultats des analyses univariées montrent qu'il y avait un taux plus élevé de la dépression chez les patients ayant subi une amputation (U-test=7368,00, P=0,011). Les chercheurs ont également contrôlé tous les facteurs démographiques et cliniques des deux groupes (amputés et non amputés) afin d'identifier si les facteurs évalués dans l'étude sont influencés par l'amputation ou non. Les résultats démontrent que les personnes amputées ont exprimé une plus longue durée depuis le diagnostic, plus de complications microvasculaires et plus de complications macrovasculaires. Cela indique des problèmes de santé plus graves. De plus, dans l'étape 1 du modèle, cette étude explique que les variables sociodémographiques et cliniques n'ont pas eu d'impact significatif sur le modèle pour la dépression ($\beta = -0,002$, $P=0,977$). Les résultats ont souligné le fait que l'amputations seule est une variance ajoutée significative à la prédiction d'un problème en lien avec l'image corporelle. Les résultats qui concernent la qualité de vie physique révèlent que cette dernière est plus faible (U-test=3752,50, $P=0,000$) chez les personnes amputées.	P.1428-1429

		<p>De plus, les résultats expriment qu'après l'analyse des variables socio-démographiques et cliniques lors de l'étape 1 du modèle, aucun effet significatif n'a été relevé sur la qualité de vie physique ($b=-0,114$, $P=0,103$).</p> <p>Cette étude met l'importance sur la perturbation de l'image corporelle, elle révèle que la perturbation de l'image corporelle est impactée par l'amputation en lien avec le diabète. Par contre, il semble que les symptômes de dépression et la qualité de vie physique qui au début étaient en lien avec une amputation du au diabète et maintenant mieux expliqué, elle en découle de la détérioration globale de la santé physique. Puis, les résultats expliquent qu'il peut y avoir d'autres raisons pour lesquelles les participants, qui ont subi une amputation liée à un problème physique et de longue date, connaissent des résultats psychosociaux négatifs.</p>	
Limitations	19	<p>Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias</p> <p>Les différentes limites de cette étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les deux échantillons peuvent être considérés comme des échantillons de convenance. - Les participants avaient de faibles taux d'HbA1c - Il y a une grande proportion d'hommes <p>Les chercheurs ne pouvaient pas utiliser l'IMC des patients, car les participants avaient des amputations à différents niveaux et cela aurait faussé les chiffres. Dans des études précédentes, ils ont vu l'importance de l'IMC sur l'image corporelle en lien avec le diabète.</p>	P.1428
Interpretation	20	<p>Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence</p> <p>Les résultats de cette étude démontrent que la situation peut être plus complexe. C'est-à-dire qu'il peut y avoir d'autres raisons pour lesquelles les personnes ayant subi une amputation, dans le contexte de problèmes de santé physique graves et de longue durée, perçoivent des résultats psychosociaux négatifs.</p> <p>Par conséquent, une intervention ciblant l'image corporelle et d'autres problèmes de santé peut être utile afin de gérer des préoccupations permanentes.</p> <p>Cette étude insiste sur le fait que les professionnels de santé doivent examiner amplement tous les facteurs potentiels qui participent à de médiocres résultats psychosociaux au lieu de supposer que les gens auront une mauvaise qualité de vie et une humeur négative.</p> <p>Les chercheurs soulignent l'importance de continuer à évaluer ces relations. Cela permettra de mieux comprendre le rôle de la perturbation de l'image corporelle, la séquence de la détérioration physique et son impact sur les résultats psychosociaux.</p>	P.1429
Generalisability	21	<p>Discuss the generalisability (external validity) of the study results</p> <p>Pour la généralisation de l'étude, il faut faire attention aux limites de l'étude citées dans le point 19.</p>	P.1429
Other information			
Funding	22	<p>Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based</p> <p>Les différentes sources de financement de cette étude étaient une bourse de recherche stagiaire de l'instruit de psychiatrie de la Nouvelle-Galles du Sud et ils ont eu une bourse de recherche senior du conseil national de la santé et de la recherche médicale.</p>	P1429

9.11. Grille d'analyse STROBE N°5

Article 8 : A predictive model of anxiety and depression symptoms after a lower limb amputation

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	<p>(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract Étude longitudinale</p> <p>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found</p> <p>Très peu de recherches ont été effectuées concernant les réactions émotionnelles immédiates à l'amputation d'un membre inférieur. C'est pourquoi, cette étude s'est focalisée sur la caractérisation des niveaux d'anxiété et de dépression avant et après la chirurgie, dans un échantillon de patient souffrant de LLA. Elle s'est également concentrée sur les différences de niveaux de dépression avant et après l'intervention. Puis, elle s'est intéressée aux prédicteurs de l'anxiété et de dépression un mois après l'amputation.</p> <p>C'est une étude longitudinale comportant 179 patients devant subir une amputation causée par un ulcère du pied diabétique. Ces personnes ont été dépistées pour la présence de symptôme d'anxiété ou de dépression durant l'hospitalisation précédant l'amputation. Puis, ils ont été réévalués au cours d'une consultation, un mois après l'intervention.</p> <p>Les résultats ont démontré un effet significatif des symptômes d'anxiété et de dépression avant la chirurgie dans la prédiction des symptômes et de dépression un mois après l'amputation. Les patients avaient un niveau d'anxiété plus élevé que les symptômes de dépressions, avant l'intervention, malgré la baisse importante 1 mois après. Cependant, les symptômes d'anxiété et de dépression ont contribué à la dépression après l'amputation.</p> <p>Pour conclure, des interventions pluriprofessionnelles adaptées doivent être mise en place avant et après l'intervention afin d'apporter un soutien. Cela permettra de réduire les symptômes d'anxiété et de dépression et également de promouvoir l'adaptation psychologique suite à la perte d'un membre.</p>	P.79
Introduction			
Background/rationale	2	<p>Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported</p> <p>Les personnes souffrant du pied diabétique disposent de plusieurs niveaux d'anxiété et de dépression. De plus, la perte d'un membre est une expérience difficile. Un grand nombre d'études ont démontré que les symptômes d'anxiété et de dépression sont très courants après une amputation.</p> <p>Les études déjà effectuées sur ce sujet se sont focalisées sur la présence de symptômes d'anxiété et de dépression avant l'opération ou après l'opération. Cependant, elles n'ont pas examiné ces symptômes après l'opération. Elles n'ont également pas analysé la contribution des symptômes préopératoires aux symptômes post-opératoires. Grâce aux résultats, les chercheurs pourront concevoir des politiques et développer des interventions basées sur des données probantes. Cela permettra de répondre aux besoins spécifiques des patients atteints d'ulcère du pied diabétique durant le programme de réadaptation immédiate après l'amputation.</p>	P.79
Objectives	3	<p>State specific objectives, including any prespecified hypotheses</p> <p>Cette étude comporte 3 objectifs incluant un échantillon de patients souffrant de LLA. En effet, elle s'est concentrée, en premier lieu, sur la caractérisation des niveaux d'anxiété et de dépression avant et après l'amputation. Puis sur les différences de niveaux de dépression et d'anxiété avant et après l'interventions. Finalement, l'étude s'est focalisée sur les prédicteurs de l'anxiété et la dépression, 1 mois après la chirurgie.</p>	P.80
Methods			
Study design	4	<p>Present key elements of study design early in the</p> <p>Il s'agit d'une étude longitudinale comportant 179 patients souffrant de diabète de type 2 et d'DFU. De plus, ils devaient être prévus pour une amputation. Ces patients ont été dépistés pour repérer la présence de symptômes d'anxiété et de dépression au cours de l'hospitalisation précédant l'amputation, puis un mois après l'intervention. Ce dépistage a lieu lors de consultation de suivi.</p>	P.80

Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection Cette étude s'est déroulée entre juin 2013 et avril 2015. Elle a eu lieu dans six hôpitaux des cliniques multidisciplinaires du pied diabétique et deux départements de chirurgie vasculaire dans le nord du Portugal, là où le taux d'ALD est le plus bas du pays. Les entretiens d'évaluation ont été réalisés par un psychologue et ils se sont déroulés face à face.	P.80
Participants	6	(b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed L'information n'est pas dans l'article.	P.80
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable L'information n'est pas dans l'article.	
Data sources/ measurement	8	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group Le questionnaire socio-démographique comprenant des questions sur l'âge, le niveau d'éducation, le statut marital et professionnel et la présence d'un aidant. Le questionnaire de données cliniques comprenait sur l'apparition du diabète, la durée du diagnostic, les antécédents d'ulcère et d'amputation, la durée du séjour à l'hôpital, le nombre de complications liées au diabète (néphropathie, rétinopathie, neuropathie et artériopathie périphérique), le type de pied, la présence de douleurs et d'autres maladies chroniques et la prise de médicaments psychiatriques/psychotrope. Le type de pied a été défini comme étant neuropathique ou neuro-ischémique par rapport à l'étiologie de l'ulcère. L'échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital (HADS). Elle évalue les symptômes d'anxiété et de dépression comprenant 14 items : 7 items pour l'anxiété et 7 items pour la dépression. Le format de réponse des items est une échelle de Likert allant de 0 à 3, avec des scores allant de 0 à 21. Des scores plus élevés indiquent des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression. Pour le groupe actuel de participants, la fiabilité de la cohérence interne était adéquate pour les 2 échelles d'anxiété et de dépression. Afin de caractériser les niveaux d'anxiété et de dépression, un score de 11 ou plus indique la présence probable ("caseness") d'un trouble de l'humeur (symptômes cliniquement significatifs), en utilisant la validation portugaise de l'HADS. Cet instrument est une mesure largement utilisée dans la pratique clinique en milieu hospitalier. Il évalue les symptômes de dépression et d'anxiété. C'est un instrument bref, relativement rapide et facile à administrer. Cet instrument a montré de bonnes propriétés psychométriques et a été validé chez des patients portugais souffrant de diabète et chez des amputés.	P.81
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias L'information n'est pas dans l'article.	
Study size	10	Explain how the study size was arrived at Un groupe de 179 patients a été sélectionné pour participer à l'étude. Ils devaient être atteints de diabète de type 2 avec un ulcère du pied diabétique et devaient être prévu pour une amputation ont été dépister concernant la présence de symptôme d'anxiété et de dépression durant leur hospitalisation (en moyenne : 25 jours) précédant l'intervention. Les professionnels de santé ont relevé les données sociodémographiques et cliniques des dossiers médicaux des patients. Par la suite, une consultation a été organisée 1 mois après l'amputation afin d'évaluer les symptômes d'anxiété et de dépression post-chirurgie.	P.80

Quantitative variables	11	<p>Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why</p> <p>Les variables socio-démographiques et cliniques telles que le sexe, l'âge, le type de pied, le nombre d'hospitalisations et de complications, présence/absence de douleur ont été évaluées dans le 1er bloc, à T0.</p> <p>Les variables psychologiques dépression et anxiété de base ont été incluses dans le 2^{ème} bloc à T1. Afin d'éviter la multicollinéarité, la valeur du facteur d'inflation de la variance (VIF) a été établie à moins de 2 et le coefficient de tolérance a été fixé à plus de 0,60.</p>	P.81
Statistical methods	12	<p>(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding</p> <p>Les analyses ont été réalisées à l'aide de SPSS version 22. Les variables continues sont présentées sous forme de moyenne, d'écart-type et d'intervalle (min/max). Les données dichotomiques ont été exposées sous forme numérique et en pourcentage.</p> <p>Grâce aux seuils des autres (>11), la prévalence des symptômes cliniquement significatifs d'anxiété et de dépression à T0 et T1 a été estimée.</p> <p>Une analyse de variance à mesures répétées a été utilisée avec le nombre d'amputations, la durée de l'ulcère et la durée du séjour à l'hôpital comme covariables. Ces dernières ont été choisies en tenant compte de leur corrélation avec les variables dépendantes et de leur pertinence dans la littérature.</p> <p>Finalement, un modèle de régression hiérarchique multiple a été utilisé afin d'identifier les prédicteurs des symptômes d'anxiété et de dépression en T1.</p> <p>(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions</p> <p>Dans cette étude, il n'y a pas de sous-groupe.</p> <p>(c) Explain how missing data were addressed</p> <p>L'information n'est pas dans l'article.</p> <p>(d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed</p> <p>En termes de caractéristiques de base (sexe, âge, amputation antérieure, type de pied, durée du diabète, antécédents d'ulcères et d'amputations) 66 patients ne différaient pas des 113 patients restants.</p> <p>(e) Describe any sensitivity analyses</p> <p>L'information n'est pas dans l'article.</p>	P.81
Results			
Participants	13	<p>(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed</p> <p>A T0, 179 patients ont participé à l'étude, ils étaient tous atteints d'ulcère du pied diabétique. 76 d'entre eux avaient déjà subi une amputation (23,7 % et 76,3 % d'ALD majeurs et mineurs). Puis, après T0, 66 patients se sont retirés. 113 patients ont donc participé à l'évaluation finale 1 mois après l'amputation (22,1 % et 77,9 % d'ALD majeurs et mineurs, respectivement).</p> <p>(b) Give reasons for non-participation at each stage</p> <p>Différentes causes de retrait et d'exclusion expliquent l'arrêt de certains participants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 29 chirurgies ont été annulées - 18 participants n'ont pas eu de consultation de suivi vasculaire ou du pied diabétique - 6 patients ont refusé de faire partie de l'évaluation finale - 5 personnes sont décédées - 3 participants n'ont pas assisté aux suivis prévus pour leurs ulcères - 3 patients présentaient des troubles cognitifs après l'amputation - 2 personnes ont été hospitalisées dans un autre hôpital à cause des complications post-chirurgicales. <p>(c) Consider use of a flow diagram</p> <p>Il n'y a pas de diagramme de flux.</p>	P.81

Descriptive data	14	<p>(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders</p> <p>Voici ci-dessous un tableau des différentes caractéristiques socio-démographique et clinique des différents participants de cette étude.</p> <p>Sample socio demographic and clinical characteristics at T0 (N = 179).</p> <table><thead><tr><th>Continuous measures</th><th>Min</th><th>Max</th><th>Mean</th><th>SD</th></tr></thead><tbody><tr><td>Age</td><td>36</td><td>90</td><td>66.4</td><td>11.03</td></tr><tr><td>Education level (years)</td><td>0</td><td>17</td><td>4.65</td><td>3.08</td></tr><tr><td>Duration diabetes diagnosis (months/years)</td><td>1</td><td>636/53</td><td>221.9</td><td>138.9</td></tr><tr><td>History of previous ulcer (months/years)</td><td>1</td><td>264/22</td><td>45.33</td><td>57.79</td></tr><tr><td>Duration of ulcer (weeks)</td><td>1</td><td>192</td><td>18.86</td><td>23.66</td></tr><tr><td>Number of complications</td><td>1</td><td>4</td><td>3.01</td><td>0.96</td></tr><tr><td>Length of inpatient stay (days)</td><td>3</td><td>80</td><td>25.9</td><td>14.9</td></tr></tbody></table> <table><thead><tr><th>Categorical measures</th><th>n</th><th>%</th></tr></thead><tbody><tr><td>Gender</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Female</td><td>52</td><td>29.1</td></tr><tr><td>Male</td><td>127</td><td>70.9</td></tr><tr><td>Professional Status</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Employed</td><td>14</td><td>7.8</td></tr><tr><td>Unemployed</td><td>21</td><td>11.7</td></tr><tr><td>Sick leave</td><td>11</td><td>6.1</td></tr><tr><td>Retired</td><td>133</td><td>74.3</td></tr><tr><td>Marital Status</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Married or Cohabitant</td><td>119</td><td>66.5</td></tr><tr><td>Widow/single/divorced</td><td>60</td><td>33.5</td></tr><tr><td>Caregiver</td><td></td><td></td></tr><tr><td>No</td><td>23</td><td>12.8</td></tr><tr><td>Yes</td><td>156</td><td>87.2</td></tr><tr><td>Type of foot</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Neuroischemic</td><td>134</td><td>74.9</td></tr><tr><td>Neuropathic</td><td>45</td><td>25.1</td></tr><tr><td>1st Amputation</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Yes</td><td>103</td><td>57.5</td></tr><tr><td>No</td><td>76</td><td>42.5</td></tr><tr><td>Psychiatric medicines intake</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Yes</td><td>60</td><td>33.5</td></tr><tr><td>No</td><td>119</td><td>66.5</td></tr><tr><td>Presence of pain</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Yes</td><td>111</td><td>62</td></tr><tr><td>No</td><td>68</td><td>38</td></tr><tr><td>Presence of other chronic disease</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Yes</td><td>39</td><td>21.8</td></tr><tr><td>No</td><td>140</td><td>78.2</td></tr></tbody></table>	Continuous measures	Min	Max	Mean	SD	Age	36	90	66.4	11.03	Education level (years)	0	17	4.65	3.08	Duration diabetes diagnosis (months/years)	1	636/53	221.9	138.9	History of previous ulcer (months/years)	1	264/22	45.33	57.79	Duration of ulcer (weeks)	1	192	18.86	23.66	Number of complications	1	4	3.01	0.96	Length of inpatient stay (days)	3	80	25.9	14.9	Categorical measures	n	%	Gender			Female	52	29.1	Male	127	70.9	Professional Status			Employed	14	7.8	Unemployed	21	11.7	Sick leave	11	6.1	Retired	133	74.3	Marital Status			Married or Cohabitant	119	66.5	Widow/single/divorced	60	33.5	Caregiver			No	23	12.8	Yes	156	87.2	Type of foot			Neuroischemic	134	74.9	Neuropathic	45	25.1	1st Amputation			Yes	103	57.5	No	76	42.5	Psychiatric medicines intake			Yes	60	33.5	No	119	66.5	Presence of pain			Yes	111	62	No	68	38	Presence of other chronic disease			Yes	39	21.8	No	140	78.2	P.81
Continuous measures	Min	Max	Mean	SD																																																																																																																																	
Age	36	90	66.4	11.03																																																																																																																																	
Education level (years)	0	17	4.65	3.08																																																																																																																																	
Duration diabetes diagnosis (months/years)	1	636/53	221.9	138.9																																																																																																																																	
History of previous ulcer (months/years)	1	264/22	45.33	57.79																																																																																																																																	
Duration of ulcer (weeks)	1	192	18.86	23.66																																																																																																																																	
Number of complications	1	4	3.01	0.96																																																																																																																																	
Length of inpatient stay (days)	3	80	25.9	14.9																																																																																																																																	
Categorical measures	n	%																																																																																																																																			
Gender																																																																																																																																					
Female	52	29.1																																																																																																																																			
Male	127	70.9																																																																																																																																			
Professional Status																																																																																																																																					
Employed	14	7.8																																																																																																																																			
Unemployed	21	11.7																																																																																																																																			
Sick leave	11	6.1																																																																																																																																			
Retired	133	74.3																																																																																																																																			
Marital Status																																																																																																																																					
Married or Cohabitant	119	66.5																																																																																																																																			
Widow/single/divorced	60	33.5																																																																																																																																			
Caregiver																																																																																																																																					
No	23	12.8																																																																																																																																			
Yes	156	87.2																																																																																																																																			
Type of foot																																																																																																																																					
Neuroischemic	134	74.9																																																																																																																																			
Neuropathic	45	25.1																																																																																																																																			
1st Amputation																																																																																																																																					
Yes	103	57.5																																																																																																																																			
No	76	42.5																																																																																																																																			
Psychiatric medicines intake																																																																																																																																					
Yes	60	33.5																																																																																																																																			
No	119	66.5																																																																																																																																			
Presence of pain																																																																																																																																					
Yes	111	62																																																																																																																																			
No	68	38																																																																																																																																			
Presence of other chronic disease																																																																																																																																					
Yes	39	21.8																																																																																																																																			
No	140	78.2																																																																																																																																			
		<p>(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest</p> <p>L'Information n'est pas dans article</p>																																																																																																																																			
		<p>(c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)</p> <p>Au début de l'étude (T0), 179 patients atteints d'DFU ont participé à la première évaluation. Puis, 113 participants ont participé au 2 moments de l'évaluation, avant (T0) et environ un mois après l'opération (T1).</p>	P.81																																																																																																																																		
Outcome data	15	<p>Report numbers of outcome events or summary measures over time</p> <p>Il y a eu des évaluations à deux moments différents, pendant l'hospitalisation avant (T0) et 1 mois après l'amputation (T1).</p>	P.80																																																																																																																																		
Main results	16	<p>(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included</p> <p>D'après l'échelle HADS, il y avait des preuves de niveaux élevés de symptômes d'anxiété et de dépression indiquant la présence probable ("caseness") d'un trouble de l'humeur.</p> <p>Concernant les symptômes d'anxiété, 63,7 % avec un intervalle de confiance de 95% (=54,9-72,6 %).</p> <p>De plus, 41,6 % des patients dépassaient le score HADS de 11 à T0 et T1 avec un intervalle de confiance de 95 % (=32,7-52,5 %), présentant des symptômes cliniquement significatif.</p> <p>Pour les symptômes de dépression, 42,5 % (intervalle de confiance à 95 % = 32,8-52,5 %) et 46,9 % des patients (intervalle de confiance à 95 % = 38,1-55,8 %) dépassaient le score de coupure de la HADS, de 11 à T0 et T1 respectivement, présentant des symptômes cliniquement significatifs.</p> <p>(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized</p> <p>L'analyse de régression multiple a démontré qu'à la première étape, les caractéristiques démographiques et cliniques influençaient de 10 % la variance de symptôme de dépression à T1, l'âge étant le prédicteur positif significatif.</p>	P.81																																																																																																																																		

		<p>Pour l'étape finale, uniquement les symptômes d'anxiété et de dépression à T0 étaient des prédicteurs significatifs de la dépression à T1, l'âge n'est plus un indicateur significatif. Cette étape explique 24 % de la variance (adj R² = 0,24, p < 0,001) F (8,104) = 5,44, p < 0,001.</p> <p>De plus, aucunes variables sociodémographiques et cliniques n'étaient un prédicteur significatif. Le modèle de régression final était significatif et expliquait 21 % de la variance (adj R² = 0,21, p < 0,001) F (8,104) = 4,77, p < 0,001.</p> <p>(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period</p> <p>L'Information n'est pas dans article.</p>	
Other analyses	17	<p>Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses</p> <p>L'information n'est pas dans l'article.</p>	
Discussion			
Key results	18	<p>Summarise key results with reference to study objectives</p> <p>Le 1er objectif se concentre sur la caractérisation des niveaux d'anxiété et de dépression avant et après l'amputation. Selon les résultats de cet article en post chirurgie les participants avaient un taux élevé d'anxiété par rapport à celle de la dépression. Il montre également que les symptômes de dépression sont plus élevés entre T0 (42,5 %) (intervalle de confiance à 95 % = 32,8 - 52,5 %) et T1 (46,9 %) (intervalle de confiance à 95 % = 38,1 - 55,8 %). En revanche, celles de l'anxiété sont plus bas à T0 (63,7 %) (intervalle de confiance à 95 % = 54,9 - 72,6 %) et à T1 (41,6 %) (intervalle de confiance à 95 % = 32,7 - 52,5 %).</p> <p>Le deuxième objectif de cette étude était de déterminer les variables pré-chirurgicales qui influence sur les symptômes d'anxiété et à celle de la dépression en post-chirurgical. L'analyse multivariée des mesures répétées met en exergue des différences significatives en lien avec l'anxiété et la dépression en pré et post amputation (Lambda de Wilk = 0,08, F (2,108) = 4,67, p = 0,011) en vérifiant les différentes variables cliniques. De plus, ils rajoutent dans leur étude que suite aux résultats univariés, le temps avait un effet significatif sur l'anxiété F (1,100) = 4,76, p = 0,031 donc les symptômes d'anxiété ont diminué pendant la période T0 à T1. Ils ont conclu que l'anxiété était réduite en post-chirurgie et elle n'est pas en lien avec la durée de l'hospitalisation, ni la durée de l'ulcère et du nombre d'amputations antérieures.</p> <p>Pour le dernier objectif, il concernait la recherche sur les prédicteurs des symptômes de l'anxiété et celle de la dépression à T1, cela dans le but de mettre en évidence les patients à risque en post-chirurgie. Les résultats de cette étude ont montré que l'anxiété et la dépression en peropératoire sont des prédicteurs plus fort. L'anxiété en pré-chirurgie était également un prédicteur pour l'anxiété en post-chirurgie. De plus, un des prédicteurs mis en évidence était l'âge des participants qui avait un lien avec la dépression. En revanche, quand ont associé l'anxiété et la dépression à T0, ce prédicteur n'était pas significatif.</p>	P.83
Limitations	19	<p>Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias</p> <p>Cette étude contient des limites telles que la petite taille de l'échantillon et le nombre réduit de femmes incluses dans l'échantillon.</p>	P.83
Interpretation	20	<p>Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence</p> <p>De plus, la validité externe peut être influencée par le faible niveau d'éducation de l'échantillon. Cela arrive, car les patients avec une meilleure éducation sont susceptibles de recevoir des informations plus précises sur l'interventions et de ce fait, ils vont se sentir moins anxieux.</p>	P.83
Generalisability	21	<p>Discuss the generalisability (external validity) of the study results</p> <p>La généralisation des conclusions doit être considéré avec prudence. De plus le modèle CIF met en avant une interaction dynamique entre les facteurs personnels et environnementaux en lien avec le fonctionnement des individus souffrant d'un problème de santé et/ou d'un handicap. Cependant, dans cette étude, uniquement certaines dimensions du modèle théorique ont été utilisées.</p>	P.83

Other information			
Funding	22	<p>Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based</p> <p>Cette étude a été réalisée au Centre de recherche en psychologie à l'université de Minho. Elle a été financée par la Fondation portugaise pour la science et la technologie et le ministère portugais de la science, de la technologie et de l'enseignement supérieur grâce à des fonds nationaux et cofinancée par FEDER depuis le COMPTE2020. Cette recherche a également été soutenue par une subvention de la Fondation portugaise pour la science et la technologie.</p>	P.84

9.12. Grille d'analyse STROBE N°6

Article 9 : Psychosocial adjustment to a lower limb amputation ten months after surgery

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	<p>(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract C'est une étude longitudinale multisite</p> <p>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found C'est une étude longitudinale multisite qui examine l'influence des caractéristiques démographiques des réactions psychologiques, de la fonctionnalité, des stratégies d'adaptation du soutien social sur l'adaptions psychosociale à l'amputation d'un membre inférieur 10 mois après l'opération. Les chercheurs ont recruté 206 patients ayant subi une amputation. Ils ont été évalués à 3 temps T1 qui est à 1 mois, T2 lui est à 6 mois et pour finir à T3 qui est à 10 mois après la chirurgie. Des symptômes augmentés d'anxiété et de fonctionnalité en pré-chirurgie ont été mis en lien avec un soutien social plus faible lors de l'amputation et à un ajustement plus élevé aux limitations. En ce qui concerne les symptômes de stress traumatiques à T1, ils ont été négativement en lien avec l'adaptation en général et social et à l'ajustement aux limitations à T3. Le genre masculin a été mis en lien avec des symptômes d'anxiété et de dépression plus élevés à T0 et à un niveau de fonctionnalité plus élevé à T1.</p>	P.418
Introduction			
Background/rationale	2	<p>State specific objectives, including any prespecified hypotheses Cet article a été réalisé, car ils ont constaté qu'il y avait peu d'articles qui analysaient l'adaptation psychosociale à la LLA au cours du temps et qui prend en considération les réactions psychologiques, les variables individuelles et l'environnement. Cet article se base sur le cadre théorique de Livneh qui parle de l'ajustement à la maladie chronique et au handicap.</p>	P.420
Objectives	3	<p>State specific objectives, including any prespecified hypotheses Les différents objectifs de cette étude consistent à examiner l'impact des caractéristiques démographique, des réactions psychologiques, la fonctionnalité, les stratégies d'adaptation et le soutien social sur l'adaptation psychosocial après 10 mois d'une LLA. Le premier objectif était de rechercher le rôle des réactions psychologiques en pré et post chirurgie en lien avec l'adaptation psychosociale à l'LLA. Le second objectif était d'investiguer le rôle médiateur des différentes stratégies d'adaptation, mais également celles du soutien social en lien avec les réactions psychologiques et l'adaptation psychosocial à l'LLA. Le dernier objectif, était d'étudier l'influence des réactions psychologiques et la fonctionnalité sur l'adaptation psychosocial à l'LLA après 10 mois en post-chirurgie et en contrôlent les variables du sexe et de l'âge.</p>	P.418 et 420
Methods			
Study design	4	<p>Present key elements of study design early in the paper Ils ont sélectionné un échantillon de 86 patients qui ont subi une amputation d'un membre inférieur en lien avec un diabète de type 2. Les participants ont été évalués durant leur hospitalisation avant l'intervention (T0), lors de leurs consultations de suivi hospitalisé à 1 mois (T1), à 6 mois (T2) et à 10 mois post-chirurgie (T3).</p>	
Setting	5	<p>Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection Cette étude a été menée au Centre de recherche en psychologie et à l'université de Minho. La date ou la période de recrutement ne figure pas sans l'article.</p>	P.418

Participants	6	<p>(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up</p> <p>Les participants ont été sélectionnés dans les six grands hôpitaux du Portugal plus précisément au nord. Ces hôpitaux offrent des soins spécialisés dans le pied diabétique et la réadaptation.</p> <p>Les critères d'inclusions des participants étaient qu'ils devaient être atteints de diabète de type 2 et atteints de pied diabétique. De plus, ils devaient être indiqués pour une amputation d'un membre inférieur et être au moins âgé de 18 ans.</p>	P.421
		<p>(b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed</p> <p>L'information n'est pas dans l'article.</p>	
Variables	7	<p>Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable</p> <p>L'information n'est pas dans l'article.</p>	
Data sources/ measurement	8	<p>For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group</p> <p>L'indice de Barthel (BI, Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007 ; Mahoney & Barthel, 1965) est une échelle qui évalue le niveau de fonctionnalité pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et comprend 10 items. Des scores plus élevés indiquent des niveaux plus élevés. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,87.</p> <p>Voici différentes échelles de mesure utilisées dans cette étude :</p> <p>L'échelle de l'anxiété et de la dépression de l'hôpital (HADS) comporte 14 items : 7 pour évaluer la dépression (HADS-D) et 7 pour examiner les symptômes d'anxiété (HADS-A). Si les scores sont élevés, cela démontre des niveaux élevés de symptômes d'anxiété et de dépression. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,88 pour l'HADS-D et de 0,86 pour l'HADS-A.</p> <p>L'échelle de l'impact de l'événement révisée (IES-R) évalue les symptômes de stress traumatique après l'événement traumatique. Elle comporte 21 items regroupés en trois groupes de symptômes : réexpérience, évitement et hyperexcitation. Si les scores sont élevés, cela indique que les symptômes de stress sont très présents. Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach était de 0,94.</p> <p>L'échelle de satisfaction du soutien social (SSSS), qui examine la satisfaction à travers le soutien social. Elle comprend 15 items. Si le résultat est élevé, cela démontre une grande satisfaction à l'égard du soutien social. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,92 pour cette étude.</p> <p>L'indice de Barthel (BI) est une échelle qui évalue le niveau de fonctionnalité pour les activités de la vie quotidienne (AVQ). Elle comprend 10 items. Si les résultats sont élevés, cela indique des niveaux plus élevés. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,87.</p> <p>L'échelle ways of coping questionnaire (WOC) évalue les stratégies d'adaptation en lien avec les problèmes (WOC-P) et sur les émotions (WOC-E). Elle comprend 48 éléments. Si les scores sont élevés pour chaque catégorie, cela indique une plus grande utilisation des stratégies d'adaptation correspondantes.</p> <p>Trinity amputation and prosthesis experience scales (TAPES-R) est une échelle d'auto-évaluation multidimensionnel qui a pour but de comprendre l'expérience vécue d'une amputation et l'adaptation à une prothèse. Plusieurs versions ont été conçues afin que ce soit plus clair pour les personnes qui y répondent. De plus, certaines des versions sont plus centrées sur des thèmes en particulier tels que la version pour les personnes amputées sans prothèse qui a été utilisée pour cette étude. Ce questionnaire comporte 3 sous-échelles sociales de cinq éléments chacune et mesure l'adaptation générale (GA), l'adaptation sociale (SA) et l'adaptation aux limitations (AL). Si les résultats sont élevés, cela démontre une meilleure adaptation sans chaque échelle. Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,92 pour l'AG, 0,96 pour l'AS et 0,94 pour l'AL.</p>	p.420-421

Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias L'information n'est pas dans l'article.	
Study size	10	Explain how the study size was arrived at Au départ, il y avait 239 patients à qui l'étude pouvait convenir. Dans cet échantillon, les chercheurs ont sélectionné 206 qui ont fait l'évaluation de base. Par la suite, les chercheurs ont retiré les patients qui n'avaient pas subi d'amputation, ainsi l'échantillon était à 144. Par la suite, seules 107 personnes ont participé à T2 et 96 à T3. Il faut savoir qu'il n'y a eu que 86 qui ont participé aux 3 moments.	P.420
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why Les différentes variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, statut marital et professionnel), les données en lien avec le diabète (durée du diabète de type 2, les antécédents d'ulcère, type de pied et nombre de complications en lien avec le diabète), les informations spécifiques à l'amputation (le niveau de l'amputation antérieure chez patient indiqué pour une autre) ont été enregistrées à T0. Les amputations majeures ont été définies comme celles au-dessous et au-dessus du genou et pour une amputation mineure, c'est celle des orteils et au niveau transmétatarsien.	P.420
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding Dans cet article, les chercheurs se sont basés sur plusieurs analyses statistiques descriptives afin de détailler les caractéristiques sociodémographique et cliniques de l'échantillon. Pour identifier l'influence du sexe, l'âge, des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress traumatique, de la fonctionnalité, du soutien social et des stratégies sur l'adaptation psychosociale à l'AL, ils ont utilisé trois modèles d'analyse de chemin. Ces modèles ont pour but d'analyser les liens entre les variables pré et post-chirurgie et GA, SA et AL. L'analyse du cheminement se sert des techniques de régression linéaire bivariée et multiple afin de tester les liens de cause entre les variables. Puis cette analyse détermine également dans quelle mesure la variable dépendante peut être affectée directement et indirectement par une variable indépendante. Plusieurs analyses de régression multiple ont été utilisées pour calculer les coefficients. Dans cet article, les chercheurs ont analysé les variables continues pour mettre en lumière un écart significatif en lien avec la normalité. De plus, afin de tenir compte de la non-normalité des données, la procédure d'estimation du maximum de vraisemblance robuste a été utilisée. L'adéquation du modèle a été évaluée selon les indices de qualité de l'ajustement. Le test de chi-deux de l'échelle de Satorra-Bentler a été utilisé. Une valeur p non-significative ($p = 0.05$) représente un bon ajustement du modèle.	P.421-422
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions Il n'y a pas de sous-groupe.	
		(c) Explain how missing data were addressed Les données manquantes des participants ayant abandonné, ont été comparées avec celle des participants. Les chercheurs ont utilisé des tests chi-carré pour les variables nominales et pour les variables continue, ils ont utilisé des tests t.	421
		(d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed Les chercheurs ont pris en compte les données des participants qui ont abandonné après T0. Ils ont constaté qu'il n'y avait pas de différence significative par rapport aux participants qui sont resté dans l'étude parmi les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, à l'exception de la durée de l'ulcère et des antécédents d'amputation. De plus les données montraient que les participants qui se sont retirés étaient plus susceptibles d'avoir une durée d'ulcère plus longue et d'avoir déjà été amputés.	P.420
		e) Describe any sensitivity analyses L'information n'est pas dans l'article.	

Results																																																																																								
Participants	13	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed Les différents moments de l'étude étaient avant l'opération (T0), à 1 mois après la chirurgie (T2), à 6 mois (T2) et 10 mois en post-chirurgie. Au début, les chercheurs ont mis en évidence 239 patients. Sur ces derniers, ils ont admis à l'évaluation de base 206 participants. Après T0, ils ont retiré les patients qui n'avaient pas subi d'amputation. De ce fait, il restait 144 participants à T1. Parmi ces participants, il y a eu 107 qui ont participé à T2. Finalement, 96 patients devaient participer à T3, cependant, il y a eu que 86 qui ont participé à toutes les évaluations.			p.420																																																																																			
			(c) Consider use of a flow diagram Il n'y a pas de diagramme de flux.			p.420																																																																																		
Descriptive data	14	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders			p.422																																																																																			
		<table><thead><tr><th>Continuous measures</th><th>Min</th><th>Max</th><th>Mean</th><th>SD</th></tr></thead><tbody><tr><td>Age</td><td>36</td><td>90</td><td>63.23</td><td>10.84</td></tr><tr><td>Education level (years)</td><td>0</td><td>17</td><td>5.13</td><td>3.40</td></tr><tr><td>DMT2 duration (months)</td><td>1</td><td>636</td><td>208.4</td><td>141.86</td></tr><tr><td>History of previous ulcer (months)</td><td>1</td><td>240</td><td>45.78</td><td>57.79</td></tr><tr><td>Ulcer duration (weeks)</td><td>1</td><td>96</td><td>17.98</td><td>19.70</td></tr><tr><td>Number of complications</td><td>1</td><td>4</td><td>3.03</td><td>1.01</td></tr></tbody></table> <table><thead><tr><th>Categorical measures</th><th>n</th><th>%</th></tr></thead><tbody><tr><td>Gender (male)</td><td>63</td><td>73.3</td></tr><tr><td>Professional Status (retired)</td><td>58</td><td>67.4</td></tr><tr><td>Marital Status (married or cohabitant)</td><td>60</td><td>69.8</td></tr><tr><td>Type of foot (neuroischemic)</td><td>63</td><td>73.3</td></tr><tr><td>First amputation (yes)</td><td>43</td><td>50.0</td></tr><tr><td>Previous amputation level (minor)</td><td>33</td><td>76.7</td></tr><tr><td> Toes</td><td>26</td><td>60.5</td></tr><tr><td> Transmetatarsal</td><td>7</td><td>16.3</td></tr><tr><td> Below knee</td><td>8</td><td>18.6</td></tr><tr><td> Above knee</td><td>2</td><td>4.7</td></tr><tr><td>Index amputation level (minor)</td><td>70</td><td>81.4</td></tr><tr><td> Toes</td><td>66</td><td>76.7</td></tr><tr><td> Transmetatarsal</td><td>5</td><td>5.8</td></tr><tr><td> Below knee</td><td>9</td><td>10.5</td></tr><tr><td> Above knee</td><td>6</td><td>7.0</td></tr></tbody></table>			Continuous measures	Min	Max	Mean	SD	Age	36	90	63.23	10.84	Education level (years)	0	17	5.13	3.40	DMT2 duration (months)	1	636	208.4	141.86	History of previous ulcer (months)	1	240	45.78	57.79	Ulcer duration (weeks)	1	96	17.98	19.70	Number of complications	1	4	3.03	1.01	Categorical measures	n	%	Gender (male)	63	73.3	Professional Status (retired)	58	67.4	Marital Status (married or cohabitant)	60	69.8	Type of foot (neuroischemic)	63	73.3	First amputation (yes)	43	50.0	Previous amputation level (minor)	33	76.7	Toes	26	60.5	Transmetatarsal	7	16.3	Below knee	8	18.6	Above knee	2	4.7	Index amputation level (minor)	70	81.4	Toes	66	76.7	Transmetatarsal	5	5.8	Below knee	9	10.5	Above knee	6	7.0	
		Continuous measures	Min	Max	Mean	SD																																																																																		
Age	36	90	63.23	10.84																																																																																				
Education level (years)	0	17	5.13	3.40																																																																																				
DMT2 duration (months)	1	636	208.4	141.86																																																																																				
History of previous ulcer (months)	1	240	45.78	57.79																																																																																				
Ulcer duration (weeks)	1	96	17.98	19.70																																																																																				
Number of complications	1	4	3.03	1.01																																																																																				
Categorical measures	n	%																																																																																						
Gender (male)	63	73.3																																																																																						
Professional Status (retired)	58	67.4																																																																																						
Marital Status (married or cohabitant)	60	69.8																																																																																						
Type of foot (neuroischemic)	63	73.3																																																																																						
First amputation (yes)	43	50.0																																																																																						
Previous amputation level (minor)	33	76.7																																																																																						
Toes	26	60.5																																																																																						
Transmetatarsal	7	16.3																																																																																						
Below knee	8	18.6																																																																																						
Above knee	2	4.7																																																																																						
Index amputation level (minor)	70	81.4																																																																																						
Toes	66	76.7																																																																																						
Transmetatarsal	5	5.8																																																																																						
Below knee	9	10.5																																																																																						
Above knee	6	7.0																																																																																						
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest L'information n'est pas dans l'article.																																																																																						
		(c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount) Les différents moments de l'étude étaient avant l'opération (T0), à 1 mois après la chirurgie (T2), à 6 mois (T2) et 10 mois en post-chirurgie. Au début, les chercheurs ont mis en évidence 239 patients. Sur ces derniers, ils ont admis à l'évaluation de base 206 participants. Après T0, ils ont retiré les patients qui n'avaient pas subi d'amputation. De ce fait, il restait 144 participants à T1. Parmi ces participants, il y a eu 107 qui ont participé à T2. Finalement, 96 patients devaient participer à T3, cependant, il y a eu que 86 qui ont participé à toutes les évaluations.			p.420																																																																																			

Outcome data	15	Report numbers of outcome events or summary measures over time Les différents temps de mesures se déroulaient à l'admission au LLA (T0), 1 mois après l'amputation (T1), à 6 mois (T2) et à 10 mois après le LLA (T3).	P.420
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included L'information n'est pas dans l'article. (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized L'information n'est pas dans l'article. (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period L'information n'est pas dans l'article.	
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses L'information n'est pas dans l'article.	
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives Le premier objectif était de rechercher le rôle des réactions psychologiques en pré et post chirurgie en lien avec l'adaptation psychosociale à l'LLA. Les résultats révèlent que les patients de sexe masculin ont rapporté plus de symptômes d'anxiété ($b=0,361$; $b=0,325$; $b=0,325$, pour les modèles A, B et C) et de dépression ($b=0,370$ pour les modèles A, B et C) en préopératoire ce qui a eu un impact sur l'adaptation aux limitations à T3. C'est pourquoi, ils pourraient bénéficier davantage d'une réadaptation intensive et d'un soutien psychologique avant la chirurgie. Ils mettent en évidence les symptômes de stress traumatiques (IES-R). Ceux-ci sont négativement en lien avec l'ajustement général (GA) ($b=0,267$), l'ajustement aux limitations (AL) ($b=0,322$), et l'ajustement social (SA) ($b=0,215$) à 10 mois en post-amputation, incluant toutes les variables au modèle. Le second objectif était d'investiguer le rôle médiateur des différentes stratégies d'adaptation et également celle du soutien social en lien avec les réactions psychologiques et l'adaptation psychosociale à l'LLA. Les résultats démontrent que le soutien social ($b=0,321$) à T2 était un médiateur entre les symptômes de stress traumatique et l'adaptation en lien avec les limitations. En revanche, ce n'est pas le cas pour le stress traumatique et l'adaptation sociale. En ce qui concerne les stratégies d'adaptation, elles n'ont pas été des médiateurs entre les réactions émotionnelles et l'adaptation aux limitations. Une des hypothèses proposées par les chercheurs exprime que le soutien social peut avoir plus d'influence sur l'adaptation aux limitations que sur les stratégies d'adaptation pendant les 10 mois en post-chirurgie. De ce fait, le soutien social est vu comme une stratégie d'adaptation. De plus, le soutien social, cette étude montre qu'après 1 mois en post-chirurgie les patients présentant plus de symptômes de stress traumatique avaient plus de soutien social après le sixième mois. Le dernier objectif, était d'étudier l'influence des réactions psychologiques et la fonctionnalité sur l'adaptation psychosociale à l'LLA après 10 mois en post-chirurgie et en contrôlant les variables du sexe et de l'âge. Les résultats de cette étude mettent en évidence le rôle de la fonctionnalité avant l'amputation et les réactions psychologiques lors de l'amputation, ainsi que le rôle des symptômes d'anxiété en pré-chirurgie, les symptômes de stress traumatique 1 mois post-chirurgie et le soutien social reçu à 10 mois. Les prédictors en lien avec l'adaptation psychosociale sont susceptibles de changer. Ainsi, les interventions psychosociales doivent être utilisées afin d'influencer positivement l'adaptation psychosociale en post-chirurgie. L'adaptation psychosociale peut également être favorisée par un soutien psychologique permettant ainsi de diminuer les symptômes d'anxiété et de stress traumatique avant et après l'intervention, afin de prévenir un trouble de stress post-traumatique. Pour réduire les symptômes d'anxiété et de stress traumatique, les stratégies cognitivo-comportementales sont les interventions de choix.	p.422

		Dans cette étude, le soutien social a une grande place en tant que médiateur contrairement aux stratégies d'adaptation. De ce fait, le soutien social doit être favorisé par des interventions psychosociales avant et après hospitalisation. De plus, ils préconisent d'intégrer les ressources communautaires c'est-à-dire les groupes pour les personnes ayant subi une amputation tels que les associations.	
Limitations	19	<p>Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias</p> <p>Cette étude comporte différentes limites dont un taux d'attribution de 58 % dans cette population. C'est-à-dire qu'au départ, dans l'échantillon, il y a eu que 58 % qui ont participé à T3. Une autre limite était que les participants viennent d'un nord du Portugal qui est la zone où le taux d'amputation est le plus bas du pays, c'est là où il y a également le plus grand nombre d'unités multidisciplinaire du pied diabétique.</p>	P.426
	20	<p>Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence</p> <p>Les résultats de cette étude doivent être pris en considération. Cependant, il est important de savoir que cette dernière comprenait une limite telle que la taille de l'échantillon. Dans cet article, les auteurs proposent de mener des études sur un échantillon plus grand afin de réduire les erreurs de cette étude. De plus, ils suggèrent d'examiner les échantillons sur des références ce qui diminuerait les approximations d'erreur de type II. Puis, une autre des limites pour laquelle il faut prêter attention est l'échantillon. Il a été étudié était majoritairement composé de personnes ayant subi une amputation mineure (orteils et transmétatarsien).</p>	P.426
Generalisability	21	<p>Discuss the generalisability (external validity) of the study results</p> <p>Les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence, car elle contient des limites comme la taille de l'échantillon. De plus, les résultats ne sont pas généralisables pour des patients ayant subi une amputation majeure, car dans l'échantillon, il y avait un grand nombre qui avait subi une amputation mineure (orteils et transmétatarsien).</p>	P.426
Other information			
Funding	22	<p>Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based</p> <p>Cette étude a été soutenue financièrement par le ministère portugais de la science, de la technologie et de l'enseignement supérieur via des fonds nationaux et cofinancée par FEDER dans le cadre d'un accord de partenariat PT2020 et par une subvention de la fondation portugaise pour la science et la technologie.</p>	P.418