

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers
HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor
Les répercussions psychologiques de l'amputation
Revue de la littérature

Réalisé par : Kelly Rodrigues & Elodie Chauvot

Promotion : Bachelor 2019

Sous la direction de : Mme Dreyer-Cornut Sonam

Sion, le 6 juillet 2022

Résumé

Le vieillissement de la population est un facteur qui contribue à la polymorbidité. Par conséquent, de nombreux patients sont atteints de diabète et de maladie artérielle périphérique (MAP), facteurs favorisant l'amputation. De plus, de nos jours, l'être humain a accès à un nombre croissant de pratiques dangereuses qui peuvent causer la perte d'un membre.

Cette revue de la littérature a pour objectif de comprendre les répercussions psychologiques qui se produisent à la suite d'une amputation et d'amener des pistes d'améliorations dans la pratique infirmière. Compte tenu du peu d'études menées sur ce sujet, aucun critère d'inclusion ou d'exclusion n'a été utilisé. Cependant, seules des études portant sur l'amputation et ses répercussions psychologiques ont été retenues. Les recherches ont été menées de novembre 2021 à mars 2022 dans différentes bases de données. Sept d'entre elles ont mis en avant des études correspondant à la recherche : CINAHL, PubMed, Embase, ScienceDirect, Taylor & Francis, ResearchGate, PsycNet.

Les principaux résultats ont mis en évidence que les patients venant de subir la perte de leur membre pouvaient développer des troubles psychiques, notamment la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique. Diverses interventions ont été proposées pour diminuer la prévalence de ces troubles et permettre l'amélioration du bien-être du patient. En conclusion, cette revue de la littérature a mis en avant l'importance de considérer le patient amputé dans sa globalité et de lui procurer une prise en charge psychologique.

Mots-clés : amputation, répercussion psychologique, dépression, anxiété, intervention

Remerciements

Tout d'abord, nous souhaitons remercier Mme Sonam Dreyer-Cornut, directrice principale de notre travail de Bachelor, pour sa disponibilité, son écoute, ses précieux conseils et son sourire permanent. Nous remercions aussi sa remplaçante, Mme Tiffany Rapillard, qui nous a permis d'achever la rédaction de ce travail.

Nous remercions également Mme Anne Fournier pour son professionnalisme et pour le temps accordé à la correction de notre travail, le Dr Suvà Domizio pour l'entretien qu'il nous a accordé, Mme Valérie Gloor pour les données statistiques qu'elle nous a fournies, M. Mathieu Meister et Mme Geneviève Roh pour le temps qu'ils nous ont accordé et les entretiens qu'ils nous ont permis d'effectuer.

Finalement, nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont soutenues tout au long de l'élaboration de ce travail de Bachelor, plus particulièrement nos familles et nos amis.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de ses autrices et nullement les membres du jury ou la HES. De plus, les autrices certifient avoir réalisé uniquement en binôme cette revue de la littérature.

Les autrices déclarent également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.

Lieu et date :

Signatures :

Table des matières

1	Introduction.....	1
1.1	Problématique.....	1
1.2	Question de recherche	3
1.3	But de la recherche	3
2	Cadre théorique	3
2.1	Amputation.....	3
2.1.1	Pathologies impliquant une amputation	4
2.1.2	Amputation liée à un traumatisme.....	4
2.1.3	Niveau d'amputation.....	5
2.2	Prise en charge soignante.....	6
2.2.1	Rôle infirmier en réadaptation	7
2.3	L'image corporelle	8
2.3.1	L'image corporelle et l'amputation	9
2.3.2	Le rôle infirmier dans l'image corporelle	10
2.4	Le deuil	10
2.4.1	Les stades du deuil.....	10
2.4.2	Les interventions infirmières en lien avec le deuil	11
2.5	La dépression	12
2.5.1	Prévalence de la dépression	12
2.5.2	Interventions infirmières en lien avec la dépression	13
2.6	Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman	14
2.6.1	L'évaluation primaire	14
2.6.2	L'évaluation secondaire.....	14
2.6.3	Le coping	15

2.6.4	Rôles infirmiers et stratégie de coping auprès d'un patient amputé	15
2.6.5	Les mécanismes d'adaptation.....	16
3	Méthode	16
3.1	Devis de recherche.....	16
3.2	Collecte des données	17
3.3	Sélection des données	20
3.4	Considérations éthiques.....	21
3.5	Analyse des données	21
4	Résultats.....	24
4.1	Description de l'étude 1	24
4.1.1	Validité méthodologique	25
4.1.2	Pertinence clinique	26
4.1.3	Utilité pour la pratique professionnelle	26
4.2	Description de l'étude 2	27
4.2.1	Validité méthodologique	28
4.2.2	Pertinence clinique	29
4.2.3	Utilité pour la pratique professionnelle	29
4.3	Description de l'étude 3	30
4.3.1	Validité méthodologique	32
4.3.2	Pertinence clinique	33
4.3.3	Utilité pour la pratique professionnelle	33
4.4	Description de l'étude 4	34
4.4.1	Validité méthodologique	35
4.4.2	Pertinence clinique	36
4.4.3	Utilité pour la pratique professionnelle	37

4.5	Description de l'étude 5	38
4.5.1	Validité méthodologique	39
4.5.2	Pertinence clinique	39
4.5.3	Utilité pour la pratique professionnelle	41
4.6	Description de l'étude 6	41
4.6.1	Validité méthodologique	42
4.6.2	Pertinence clinique	42
4.6.3	Utilité pour la pratique professionnelle	43
4.7	Description de l'étude 7	44
4.7.1	Validité méthodologique	45
4.7.2	Pertinence clinique	46
4.7.3	Utilité pour la pratique professionnelle	46
4.8	Description de l'étude 8	47
4.8.1	Validité méthodologique	48
4.8.2	Pertinence clinique	49
4.8.3	Utilité pour la pratique professionnelle	50
4.9	Description de l'étude 9	51
4.9.1	Validité méthodologique	52
4.9.2	Pertinence clinique	53
4.9.3	Utilité pour la pratique professionnelle	53
4.10	Description de l'étude 10	54
4.10.1	Validité méthodologique	55
4.10.2	Pertinence clinique	56
4.10.3	Utilité pour la pratique professionnelle	56
4.11	Description de l'étude 11	56

4.11.1	Validité méthodologique	57
4.11.2	Pertinence clinique	58
4.11.3	Utilité pour la pratique professionnelle	59
4.12	Description de l'étude 12	59
4.12.1	Validité méthodologique	61
4.12.2	Pertinence clinique	61
4.12.3	Utilité pour la pratique professionnelle	62
4.13	Synthèse des principaux résultats	62
5	Discussion.....	63
5.1	Discussion des résultats.....	63
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	66
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature	67
6	Conclusions	67
6.1	Propositions pour la pratique.....	68
6.2	Propositions pour la formation.....	69
6.3	Propositions pour la recherche.....	70
7	Références bibliographiques	71
8	Annexes	I
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009.....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	II
	Annexe III : Tableau des mots-clés et des descripteurs.....	14
	Annexe IV : Glossaire.....	XV

Liste des figures

Figure 1 : Grade des recommandations	21
--	----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Équation de recherche CINAHL	18
Tableau 2 : Équation de recherche Medline (PubMed)	19
Tableau 3 : Équation de recherche Embase	20
Tableau 4 : Liste des articles retenus	22

Liste des abréviations

ABIS	Amputee Body Image Scale
AVQ	Activité de la vie quotidienne
BDI	Beck Depression Inventory
BI	Barthel Index
BWC	Bureau of Workers' Compensation
CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale
DME	Dossier médical électronique
DT2	Diabète de type 2
EDMR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
HADS	Hospital Anxiety and Depression scale
HAS	Haute Autorité de Santé
IC	Intervalle de confiance
IES-R	Impact of Event Scale Revised
LCI	Locomotor Capabilities Index
LR	Likelihood Ratio test
MAP	Maladie artérielle périphérique
MBSRQ	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
MI	Membre inférieur
MS	Membre supérieur
MSSS	Modified Social Support Survey
OPUS	Orthotics and Prosthetics Users' Survey
PI	Pain Interference

QRI	Quality of Relationship Inventory
RSE	Rosenberg self-esteem scale
SRH	Self-Rated Health
SSSS	Satisfaction with Social Support Scale
SPSS	Statistical package for the Social Sciences
SWLS	Satisfaction With Life Scale
TAPES-R	Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales Revised
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TDM	Trouble dépressif majeur
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
WOC	Ways of Coping Questionnaire

1 Introduction

1.1 Problématique

Dans le monde, chaque année, environ 200 à 500 millions d'amputations majeures sont pratiquées (Leite et al., 2018). Sur 65 millions d'individus ayant subi une amputation, 64% sont issus de pays en précarité (Jamois, 2021).

Près de 2 millions de personnes vivent avec une amputation aux États-Unis. Dans ce pays, on estime à environ 185 000 le nombre d'amputations par année (Tomlinson, 2022).

En France, les amputés bilatéraux forment 10% de la population totale des personnes ayant subi une amputation. Il y a environ 37 400 amputés sur 62 324 000 habitants, ce qui représente près de 0,06% de la population. Par année, on compte approximativement 3 086 nouveaux cas d'amputations (Figus & Mazouffre, 2016).

Valérie Gloor (communication personnelle, 23 décembre 2021) informe qu'en Suisse, d'après les statistiques médicales des hôpitaux, le taux d'amputation est supérieur à 3 000 cas par année depuis 2015. Les chiffres les plus récents datent de 2019 avec 3 536 amputations par an. L'amputation la plus courante est l'amputation de l'orteil avec 2 223 cas en 2019. En Suisse, les hommes sont plus touchés par l'amputation que les femmes. En 2019, il y a eu 1 055 cas d'amputation chez les femmes pour 2 481 chez les hommes. La tranche d'âge la plus touchée par l'amputation concerne les personnes âgées de 65 à 79 ans.

De plus, Mme Gloor déclare qu'en Valais, les dernières analyses mettent en évidence 137 cas d'amputation en 2019. Les amputations des orteils restent majoritaires avec 82 cas dans cette même année. Ce sont une nouvelle fois les hommes qui sont le plus touchés par l'amputation : 37 cas d'amputation chez les femmes pour 100 cas chez les hommes. La tranche d'âge qui subit le plus d'amputations demeure la population âgée de 65 à 79 ans, avec 47 cas en 2019.

Une grande partie des personnes amputées sont âgées de plus de 65 ans, car ce sont des personnes qui sont atteintes de pathologies qui affectent les vaisseaux sanguins. Dans 90% des situations, l'amputation est la conséquence d'une pathologie, en particulier l'insuffisance artérielle. Quand il ne s'agit pas d'une pathologie, ce sont les accidents qui sont en cause (Vouilloz et al., 2018).

Quelles que soient les causes de l'amputation, cela reste une intervention chirurgicale pouvant provoquer des complications telles que : sensation / douleur fantôme, douleur au membre résiduel, névrome, contracture, croissance osseuse, hypersensibilité, infection de plaie, septicémie, ostéomyélite, thrombus pouvant engendrer divers accidents vasculaires (Leduc, 2022).

Pour diminuer les complications possibles, la prise en charge d'un patient ayant subi une amputation requiert des surveillances post-opératoires immédiates. Les contrôles à la suite de l'opération sont les suivants : la surveillance de la douleur, la cicatrisation de la plaie, les surveillances du risque infectieux du moignon ou encore le lever précoce avec la mise au fauteuil. L'entièreté de cette prise en charge se fait en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (médecin, physiothérapeute, ergothérapeute, diététicienne) afin de guider le patient vers l'autonomie le plus rapidement possible (Taglang, 2021).

Les complications physiques suivant une amputation ont été évoquées ci-dessus. Cependant, il est important de ne pas négliger la dimension psychologique lors de la perte d'un membre. La personne doit se confronter à sa nouvelle image corporelle et peut parfois subir une stigmatisation sociale. Elle doit réapprendre à vivre et à manier son quotidien (Obadia, 2017).

La personne qui subit une amputation peut être à risque de développer des troubles psychiatriques en raison de plusieurs facteurs tels que des sentiments de perte ou d'autostigmatisation et des difficultés à faire face à ce changement. Des études antérieures ont trouvé des morbidités psychiatriques après amputation, par exemple le trouble dépressif majeur (TDM), le trouble de stress post-traumatique (TSPT), le trouble du contrôle des impulsions, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique. Cependant, la plupart des recherches ont largement été axées sur l'évaluation des symptômes dépressifs chez les amputés qui se sont avérés être de l'ordre de 7,4% à 28% (Sahu et al., 2017).

Le trouble dépressif non spécifié (20,6%) et le TDM (10,3%) sont les diagnostics les plus récurrents. Il a été mis en évidence que 21% des patients ayant subi une amputation dans les deux à dix ans développent un syndrome de dépression. Ce taux est surtout augmenté dans les deux années suivant l'amputation (Tutak et al., 2020).

La dépression et l'anxiété peuvent augmenter à nouveau après la réadaptation, lors du retour à la vie normale. Dans une étude menée sur des patients amputés à la suite d'un traumatisme, il est apparu que 35% d'entre eux ont souffert de dépression et 60% d'anxiété au cours des six premiers mois après leur perte. Parmi ces patients, 83% ont reçu un traitement psychiatrique, mais seulement 10% continuaient le traitement deux ans plus tard.

Or il est primordial de prendre en charge les souffrances psychiques des patients amputés (Jo et al., 2021).

L'amputation provoque donc de la souffrance psychique. Elle peut susciter des attitudes qui se rapprochent de celles du deuil (Pédelaborde & Cluzeaud, 2020). Elisabeth Kübler-Ross explique que l'individu qui subit une perte passe par cinq étapes pour faire face au choc qu'il subit. Les phases qu'elle décrit sont le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation (C. Piazza, 2022).

1.2 Question de recherche

Au vu de cette problématique, il paraît important de prendre en charge les souffrances aussi bien physiques que psychiques des patients amputés. La question de recherche est la suivante : « Quelles sont les interventions infirmières et multidisciplinaires ciblées, pour prévenir les principales conséquences psychologiques à la suite d'une amputation ? »

1.3 But de la recherche

Les objectifs de cette revue de la littérature sont :

- Définir l'amputation et ses complications
- Analyser les répercussions psychologiques de l'amputation
- Proposer des interventions multidisciplinaires qui amélioreraient la prise en charge

2 Cadre théorique

2.1 Amputation

L'amputation est une opération chirurgicale qui permet de retirer tout ou une partie d'un membre. On différencie deux types d'amputations : les amputations acquises et les amputations congénitales. L'amputation acquise est pratiquée directement à la suite d'un traumatisme ou est la conséquence d'une pathologie. Les amputations congénitales désignent quant à elles l'absence d'une partie d'un membre dès la naissance. On peut alors parler d'agénésie du membre (Widawski, 2017). L'agénésie congénitale touche environ deux enfants chaque année dans le canton de Vaud, ce qui équivaut à moins de 10% des naissances (Moncada, 2019).

2.1.1 Pathologies impliquant une amputation

Dans les amputations acquises, il y a notamment les troubles circulatoires avec les maladies artérielles occlusives, qui sont la première cause d'amputation en Europe. En cas de maladie artérielle occlusive, les artères de la jambe sont rétrécies. Le flux sanguin est diminué, ce qui provoque une souffrance tissulaire due à un manque d'oxygène. Si la circulation sanguine n'est plus optimale, les tissus finissent par se nécroser et une amputation devient nécessaire (Amann-Vesti, 2017). D'autres pathologies peuvent provoquer une amputation, comme le diabète, avec le syndrome du pied diabétique qui est la cause la plus courante d'amputation de la jambe ou du pied (Bock et al., 2018a).

Lauzon et al. (2019) expliquent que :

Le pied diabétique se caractérise par une ulcération ou une destruction du tissu du pied, infecté ou non, due à la neuropathie périphérique. La neuropathie périphérique se définit par : une perte de sensibilité des pieds due à une atteinte des nerfs, une diminution de l'hydratation naturelle du pied engendrant de la sécheresse, des fissures, des callosités et des déformations osseuses du pied résultant de l'apparition de points de pression. Toutes ces conditions sont à la base de l'ulcération du pied diabétique.

Différentes pathologies peuvent être mises en cause lors d'une amputation, notamment les cancers. Environ la moitié des amputations près du genou ou de la hanche sont liées à des tumeurs, l'amputation ayant pour but d'éviter la progression des cellules cancéreuses dans d'autres parties du corps. Les amputations suite à des infections sont devenues rares grâce au grand progrès des traitements médicamenteux tels que les antibiotiques et les vaccins. Il faut tout de même rester attentif lors de plaies présentant des signes inflammatoires (Bock et al., 2018a). Les amputations provoquées par des pathologies demeurent majoritaires, mais il reste tout de même les amputations traumatiques.

2.1.2 Amputation liée à un traumatisme

Les amputations traumatiques peuvent avoir diverses causes. Il y a d'une part les accidents de travail, qui touchent principalement les métiers manuels avec de la machinerie lourde. Les individus concernés sont généralement des personnes qui travaillent dans les usines, les mines, les fermes et les chantiers de construction. D'autre part, il y a les conséquences de guerres, avec les mines antipersonnel (Vermeulen, 2018), mais également les accidents de train et les explosions, rares, mais qui peuvent également mener à une amputation. Les

accidents de la voie publique sont aussi une cause d'amputation traumatique (Harrison et al., 2022).

Cependant, selon Bock et al. (2018a), les amputations consécutives à des accidents, que ce soit au travail ou sur la route, ont drastiquement diminué, notamment en Occident. Les normes de santé et de sécurité sont devenues plus strictes. Concernant le travail, chaque employeur doit assurer la sécurité et la protection de ses employés. Les locaux doivent être sécuritaires et du matériel de protection doit être mis à disposition (Conseil fédéral, 2020b). Au niveau de la sécurité routière, il y a des règles comportementales concernant la circulation, la signalisation et des formations pour les conducteurs. La prévention comportementale est également essentielle. L'enforcement dissuade les conducteurs d'enfreindre les lois. Ces actions permettent de garantir la sécurité de chacun (Conseil fédéral, 2020a).

Qu'elles soient liées à des traumatismes ou à des pathologies, les amputations peuvent se faire à différents niveaux.

2.1.3 Niveau d'amputation

D'après Bock et al. (2018c), le niveau d'amputation représente la délimitation de la partie du corps amputée. La hauteur de l'ablation définit la prothèse appropriée. Sharp et Corp (2022c) définissent les niveaux d'amputation comme :

étant basés sur la viabilité des tissus et la capacité à maintenir une circulation adéquate dans le membre résiduel. L'objectif est de retirer les tissus dévitalisés, ischémiques ou infectés, et de préserver une longueur fonctionnelle compatible avec la guérison, la technologie prothétique et une rééducation réussie. D'autres considérations chirurgicales importantes comprennent la fermeture de la moelle osseuse, une couverture musculaire adéquate sur les os terminaux et une insertion pour les muscles coupés. Une couverture musculaire adéquate améliore la possibilité d'appui, ce qui permet d'éviter l'ostéoporose de l'os résiduel, qui peut se produire très rapidement après l'amputation.

Les niveaux d'amputation sont standardisés. Les amputations des membres supérieurs sont les suivantes : main partielle (doigt, métacarpien – phalangien, carpien – métacarpien), désarticulation du poignet, transradiale, désarticulation du coude, transhumérale, désarticulation de l'épaule et amputation du bras, de l'omoplate et de la clavicule.

Les amputations des membres inférieurs sont : le pied partiel (résection du rayon, transmétatarsienne), tarso-métatarsienne (Lisfranc), transtarsienne (Chopart), transcalcaéenne (Boyd), désarticulation de la cheville, transtibiale, désarticulation du genou, transfémorale, désarticulation de la hanche et hémipelvectomie. En fonction de la partie du corps touchée, tout le processus de soins sera différent, notamment dans la prise en charge aiguë suivant l'amputation (Sharp & Corp, 2022c).

2.2 Prise en charge soignante

Le professeur Christophe Graf (2022) explique qu'à la suite de l'amputation, tout un processus de soins se met en place autour du patient. Ce processus comporte trois étapes : la rééducation, la réhabilitation et la réadaptation. Aujourd'hui, généralement, la réadaptation regroupe le tout.

La rééducation a pour but la récupération des capacités qu'a perdues le patient lors de sa pathologie ou de son traumatisme. La réhabilitation est un processus d'adaptation. Elle permet à la personne amputée d'accepter la perte de ses facultés et de s'accommoder de celles qui sont préservées. La réadaptation met en avant les différentes thérapies proposées par l'équipe pluridisciplinaire. L'équipe pluridisciplinaire est composée de plusieurs professionnels de santé, qui ont divers rôles.

À la suite de l'amputation, le physiothérapeute travaillera avec le patient pour permettre un reconditionnement global, un renforcement des muscles et de l'endurance. Si ce sont les membres inférieurs (MI) qui sont touchés, le physiothérapeute entreprendra avec lui la verticalisation et divers exercices d'équilibre. Il lui prodiguera également des enseignements pour diminuer naturellement le volume du moignon. Une contention élastique sera mise en place pour améliorer le drainage de l'œdème. L'ergothérapeute réapprendra au patient à accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) avec l'aide de sa prothèse ou avec des moyens auxiliaires. Il sera également responsable de l'accompagner au mieux pour son retour à domicile en prenant en compte son environnement (Sharp & Corp, 2022b). Le personnel soignant sera attentif à la cicatrisation du moignon, ainsi qu'au positionnement et à la compression du membre amputé en collaboration avec les médecins et l'orthoprothésiste. L'orthoprothésiste, en discussion avec le chirurgien, décidera de la forme du moignon. Il prendra en compte les besoins et attentes du patient afin de mettre en place une prothèse sur mesure. Les services sociaux organiseront le retour à domicile et accompagneront le patient dans les différentes formalités (domicile, formation, emploi, famille, revenu, aides) (Bock et al., 2018b).

Concernant la partie psychologique, le professeur Domizio Suvà, travaillant aux Hôpitaux Universitaires de Genève, explique que les psychiatres chercheront à connaître le risque de détresse psychologique post-amputation ; s'il y en a un, un suivi régulier sera mis en place (communication personnelle, 17 décembre 2021). L'infirmier Mathieu Meister, travaillant à la Clinique romande de réadaptation, déclare que les patients peuvent bénéficier d'un soutien psychologique à la demande ou si l'équipe pluridisciplinaire pense que cela est nécessaire (communication personnelle, 17 mai 2022).

La réadaptation est la clé pour le maintien et le renforcement des capacités fonctionnelles récupérées. Dans cette phase, l'environnement du patient est restructuré afin qu'il puisse s'adapter à ses facultés résiduelles. Une participation active du patient et de ses proches est essentielle à ce moment-là (Ferreira et al., 2018).

2.2.1 Rôle infirmier en réadaptation

La suite des soins et la réadaptation ont comme objectif de diminuer et d'anticiper les dommages fonctionnels, physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux. On y retrouve cinq éléments : la limitation des handicaps, le rétablissement somatique et psychologique, l'éducation thérapeutique, le suivi et la continuité du traitement et la préparation au retour à domicile ainsi que la réinsertion professionnelle (Siri, 2020).

Pour Geneviève Roh (2019), l'infirmier est un membre essentiel de l'équipe interdisciplinaire. À travers les diverses actions infirmières, il transmet au patient un savoir-être et un savoir-faire adaptés à la condition dans laquelle il se trouve. L'infirmier, par sa présence continue auprès de lui, permet à l'équipe pluridisciplinaire d'assurer un suivi de qualité. Il épaulé le patient et son entourage en utilisant ses propres ressources pour leur permettre de maîtriser leurs diverses difficultés (physiques, psychiques, sociales). Il guide le patient tout au long de la réadaptation pour favoriser l'atteinte de ses objectifs et la réalisation de ses nouveaux projets de vie. L'autonomie et la dignité humaine sont des points culminants tout au long de ce processus.

L'infirmier possède diverses fonctions. Il joue un rôle d'accompagnateur dans le changement de la vie du patient, face à la modification de son état de santé antérieur, et dans ses AVQ. Il effectue différents gestes techniques notamment en lien avec la réfection du pansement et les soins des plaies chez les patients amputés. Il fait de la promotion de la santé par le biais de l'éducation thérapeutique du patient. Il permet un suivi de qualité à travers les colloques interdisciplinaires et la participation aux divers traitements

(médicamenteux et thérapeutiques), et il veille à l'actualisation du dossier de soins. Il crée une relation d'aide avec le patient et ses proches (Roh, 2019).

Lors d'une amputation, la personne vit un traumatisme émotionnel dû à son changement d'image et de vie. La manière dont elle se voit est perturbée, ainsi que le fonctionnement de son corps. Dans la réadaptation, un soutien psychologique est mis en place, notamment pour faire face à ce changement d'image corporelle (Bogey-Ruzza, 2017).

L'équipe interdisciplinaire, dont les infirmiers, est confrontée à un double enjeu. Les professionnels doivent aider la personne à retrouver une autonomie optimale en lien avec ses capacités résiduelles et à accommoder son ancienne vision d'elle-même avec son image corporelle nouvellement changée (Ferreira et al., 2018).

2.3 L'image corporelle

L'image corporelle représente l'image du soi physique. Elle équivaut à la perception qu'a l'individu de l'aspect, de la taille et du fonctionnement de son corps. L'image corporelle possède une dimension cognitive et affective. La dimension cognitive renvoie à la conception que la personne a de son corps et des différentes parties de celui-ci. La dimension affective représente, elle, les sensations liées au corps (mouvement, douleur, plaisir, fatigue...). L'image corporelle est la somme de ces deux dimensions : c'est le résultat de l'avis que se fait l'individu sur son propre corps, ainsi que des attitudes conscientes et inconscientes qu'il peut avoir (Berman et al., 2012).

Le développement d'une image corporelle saine est la clé pour atteindre un bien-être physique et mental. Plusieurs éléments agissent positivement ou négativement sur l'image corporelle d'un individu, notamment l'éducation parentale concernant par exemple le rapport à la nourriture et au poids, les avis des autres et leurs attitudes par rapport aux différences corporelles (respect, rejet), l'apparence physique propre à l'individu en lien avec les critères standard de beauté véhiculés par les médias et, enfin, les traits psychologiques de l'individu comme sa personnalité et ses compétences sociales et intellectuelles (estime de soi / confiance en soi) (Doyon, 2022a).

L'image corporelle peut être positive comme négative et elle se manifeste à travers divers comportements. Une image corporelle positive correspond à l'acceptation de son apparence avec l'envie de la garder telle qu'elle est, sans s'adapter à tout prix aux normes sociales. Il s'agit de se comporter selon ses propres envies, d'être dans une attitude non jugeante envers soi et face aux autres, de comprendre que son schéma corporel ne définit pas sa personnalité, de se valoriser, d'être en accord avec soi-même et d'avoir confiance

en soi. Dans l'image corporelle négative, la personne ne se définit que par son apparence. Elle compare souvent son corps avec ceux des autres, elle a une vision déformée de son corps qui ne correspond pas à la réalité, elle ne cesse de penser au corps idéal, elle a des ressentis négatifs face à son image et une sensation d'inconfort. Une image corporelle négative peut être provoquée par une amputation (Labrecque, 2021), car celle-ci cause une atteinte de l'image corporelle, avec une difficulté d'adaptation et des perceptions modifiées (Kolsi et al., 2018). Cela peut être considéré comme un réel handicap.

2.3.1 L'image corporelle et l'amputation

Le handicap a depuis toujours été perçu négativement par l'ensemble de la société. Au Moyen-Âge, les personnes ayant été amputées étaient considérées comme des monstres. De nos jours, les individus amputés ont toujours de la peine à être acceptés. Ntjam & Amadiko (2019) expliquent que :

La présence du moignon d'amputation entrave directement l'image corporelle de la personne puisqu'elle amène à une perte d'une partie de son corps (membre amputé : la jambe), la perte de la motricité normale, et la création d'un nouveau moyen de locomotion (prothèse). La personne voit alors son apparence et sa fonction motrice complètement bouleversées, ceci constitue un réel traumatisme et amène au risque élevé de perturbation du concept de soi, à l'altération de l'image corporelle, ainsi qu'à la perturbation de l'estime de soi (p.108).

La personne ayant vécu une amputation sera confrontée à une nouvelle image d'elle-même. Elle devra gérer les jugements sociaux et la vision qu'elle se fait d'elle. Les remaniements de l'image corporelle à la suite d'un traumatisme ou d'une pathologie sont causés par un ensemble de modifications physiques, de perceptions sociales et d'une vision du corps. Ces remaniements changent en fonction de l'individu, de son vécu, des circonstances de la perte et de ses ressources. Ce changement peut avoir une conséquence importante car il est considéré comme un problème majeur qui peut influencer sur la réadaptation de l'individu.

De précédentes recherches ont mis en évidence qu'un individu amputé a une plus grande insatisfaction corporelle, qu'il soit porteur d'une prothèse ou non. Néanmoins, l'utilisation d'une prothèse adaptée peut constituer un appui pour l'amélioration de l'image corporelle. Chez les patients amputés, le fait de ne pas accepter son nouveau corps peut être dû à la

difficulté à accepter son nouveau schéma corporel (Ferreira et al., 2018). L'infirmière joue un rôle essentiel dans cette nouvelle transition.

2.3.2 Le rôle infirmier dans l'image corporelle

Pour accompagner correctement une personne ayant subi une amputation, l'infirmière doit posséder des savoirs sur l'image corporelle. Différents éléments sont également importants pour une prise en charge optimale. Il est nécessaire d'écouter le patient, d'avoir une attitude empathique et respectueuse, de témoigner de l'intérêt envers son vécu et sa plaie, de l'intégrer, lui et son entourage, dans le processus de soins tout en allant à son rythme, de distinguer les comportements représentant l'image corporelle négative ou positive, d'être compréhensif face à l'ensemble d'émotions qu'il peut ressentir, de ne pas minimiser ce changement d'image corporelle, de percevoir la différence entre ce qu'il dit et ce qu'il perçoit et d'être sincère et juste avec lui (Labrecque, 2021).

Un des objectifs du rôle infirmier est l'acceptation de ce nouveau schéma corporel. Cependant, pour parvenir à cette acceptation, un travail de deuil est inévitable. Cette épreuve est importante pour que progressivement, la personne amputée se considère comme un être vivant, une entité entière (Ntjam & Amadiko, 2019).

2.4 Le deuil

L'amputation provoque un deuil, un état affectif douloureux causé par une perte. La période qui s'ensuit fait également partie du deuil. Le deuil ne concerne pas uniquement la perte d'un proche, il comprend également toutes les pertes ou transitions qui marquent négativement la vie d'une personne. Généralement, il faut un certain temps pour guérir d'un tel événement ; cela peut s'étendre sur quelques mois comme quelques années. Cependant, le deuil est propre à chacun, chacun le ressent et le vit de manière différente. Il s'agit d'un long parcours dont la finalité est de laisser aller celui ou ce qui a été perdu. C'est un processus de détachement qui comporte plusieurs stades (Thibault et al., 2017).

2.4.1 Les stades du deuil

Elisabeth Kübler-Ross, pionnière sur le thème de la mort et des soins palliatifs, a, comme mentionné précédemment, décrit cinq étapes du deuil : le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation (Sharp & Corp, 2022a).

Le déni est le refus de penser que la perte a réellement eu lieu. La personne conteste les faits. Pour se rassurer, certaines personnes restent dans cette phase, qui peut constituer

pour elles un refuge. La colère peut se manifester par un état de révolte à l'encontre de soi-même ou d'autrui. La personne peut se renfermer dans un état de mutisme. Le marchandage est la phase où l'individu endeuillé essaie de négocier avec une entité invisible pour revenir à la situation initiale, avant la perte. La dépression est un sentiment de désespoir. Finalement, avec l'acceptation, la personne se résigne à sa nouvelle situation. Elle commence à reprendre confiance en elle et envisager l'avenir (Iglesias, 2018). Pour accompagner le patient à travers ce processus, des actions infirmières devraient être mises en œuvre.

2.4.2 Les interventions infirmières en lien avec le deuil

Berman et al. (2012) énumère les interventions infirmières chez un patient endeuillé :

L'infirmière doit posséder un certain nombre de compétences professionnelles pour aider les patients qui doivent surmonter une perte et un chagrin : écouter attentivement, savoir garder le silence quand cela s'impose, poser des questions ouvertes et fermées, reformuler les propos de la personne, amener cette dernière à clarifier ce qu'elle ressent et résumer ses propos. Il est moins souhaitable de proposer des conseils et des recommandations à la personne, d'analyser ou d'interpréter la situation vécue par cette dernière ou de lui tenir des propos faussement rassurants (p.624).

L'infirmière, durant son accompagnement auprès du patient, devrait montrer plusieurs attitudes : une disponibilité, une écoute active, une attention particulière à ses besoins physiologiques et une présence rassurante et empathique (Iglesias, 2018). Le soutien de l'expression des émotions et des sentiments est également essentiel. Il est important d'écouter le patient sans émettre de point de vue personnel sur la situation. Une attitude non-jugeante est requise. L'infirmière peut proposer des prises en charge spécifiques, en groupe ou individuelles en s'appuyant sur des approches psychanalytiques (thérapie cognitivo-comportementale [TCC], approche centrée sur la personne, thérapie centrée sur le sens, hypnothérapie, désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires aussi appelé en anglais Eye Movement Desensitization and Reprocessing [EDMR], relaxation thérapeutique) (Hedef, 2018).

Un article de Bennett (2016) met en avant que la perte d'un membre est similaire à celle d'un être aimé. Le patient amputé peut être affecté par toutes les phases du deuil, mais avoir tendance à s'attarder au stade de la dépression.

2.5 La dépression

La dépression est une pathologie psychologique qui s'étend sur une période prolongée et appartient aux troubles de l'humeur. Les symptômes affectifs de la dépression sont l'asthénie, la tristesse, le sentiment d'être vide ou engourdi. D'autres signes essentiellement comportementaux peuvent être présents tels que l'irritabilité, le manque de concentration, la difficulté à prendre des décisions, la perte de libido, les pleurs fréquents, les troubles du sommeil et le repli sur soi. Dans les signes physiques de la dépression, on compte notamment le manque d'appétit, l'amaigrissement, la constipation, les céphalées et les étourdissements (Berman et al., 2012).

Ce trouble a de réelles répercussions sur le quotidien de l'individu concerné et peut provoquer des symptômes résiduels même après une amélioration de la symptomatologie (troubles du sommeil). La dépression se catégorise selon son niveau de gravité : légère, modérée ou sévère. Lors de dépression sévère, la symptomatologie est très présente. La personne concernée peut avoir de la peine à effectuer certains gestes de la vie quotidienne comme assurer ses soins corporels, se nourrir, sortir de chez elle ou se rendre au travail. Lors de dépression sévère, il est possible que la personne ait des pensées suicidaires, si elle n'est pas traitée correctement (Berman et al., 2012).

La sévérité de cette pathologie dépend du nombre de troubles qu'elle occasionne et de l'impact que cela provoque sur les divers domaines de la vie de l'individu (social, familial, professionnel) (Falgarone, 2021). La dépression est une pathologie courante dans notre société actuelle.

2.5.1 Prévalence de la dépression

La prévalence par année du trouble dépressif est d'environ 6,5% en Suisse et le danger d'être touché par une dépression au moins une fois durant son existence est de 16,6%. Un épisode dépressif s'étend en moyenne sur quatre à six mois et se poursuit si aucun traitement n'est mis en place. La dépression a une caractéristique récurrente avec 50% de récurrences dans les deux années qui suivent, 85% sur l'entièreté de la vie de l'individu avec un risque de chronicité de 20% (Oberle & Broers, 2017).

Woods et al. (2018) ont évalué le taux de dépression chez les patients amputés :

Les variables psychologiques les plus fréquemment évaluées après la perte d'un membre sont la dépression, l'anxiété et les problèmes d'image corporelle. Les recherches font systématiquement état de niveaux de dépression et

d'anxiété plus élevés chez les personnes amputées que dans la population générale. Les taux de prévalence européens de la dépression dans la population générale varient entre 4,6% et 8,8%, alors que chez les personnes amputées, les taux de prévalence ont été signalés comme atteignant 35% (p.1663).

Le trouble dépressif doit donc être pris au sérieux dans la prise en charge infirmière d'une personne amputée, au vu du pourcentage mis en avant dans le paragraphe ci-dessus.

2.5.2 Interventions infirmières en lien avec la dépression

Il existe différentes interventions infirmières auprès des patients souffrant de dépression. L'infirmière peut jauger l'humeur à l'aide d'un outil standardisé comme le Beck Depression Inventory (BDI). Cet inventaire est une auto-évaluation qui comporte 21 items. Il est utilisé pour dépister la dépression chez les adolescents à partir de 13 ans et chez les adultes. Il met en évidence des éléments relatifs à la dépression comme le désespoir, l'irritabilité, les cognitions et certaines atteintes physiques.

Les autres interventions qui pourraient être utilisées par l'infirmière sont les suivantes : mobiliser l'écoute active pour aider la personne à déterminer et partager ses émotions, communiquer de façon claire et précise pour atténuer l'ambivalence, créer des plannings horaires avec des temps d'activité et de repos, imposer un cadre lors de demandes inadéquates, encourager le patient à se centrer sur l'avenir en mettant en avant les éléments positifs, établir des buts réalistes au quotidien, encourager le patient à effectuer ses AVQ et à participer à des activités extérieures, lui proposer un processus de résolution de problème. L'infirmière peut promouvoir la santé par le biais de divers enseignements, notamment sur la dépression et la prévention des rechutes, et évaluer le potentiel suicidaire.

Une infirmière spécialisée dans le domaine de la psychiatrie pourrait s'appuyer sur l'approche cognitivo-comportementale, en aidant le patient à déterminer ses pensées automatiques, à identifier les liens entre ses interprétations, les situations, ses états d'âme et ses agissements, à reconnaître la présence d'éventuelles pensées négatives et l'impact qu'elles ont sur sa vie. Elle l'aiderait ainsi à dédramatiser les circonstances et à corriger ses conceptions faussées (Doyon, 2022b).

L'infirmière peut s'aider du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman pour comprendre les remaniements qui se passent chez le patient lors de changements importants dans sa vie, ainsi que les stratégies qu'il met en place pour y faire face (coping).

2.6 Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman

Chapelle (2018) explique le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman :

C'est un concept sur la transaction entre l'individu et son environnement où l'individu évalue initialement l'événement lui-même et où dans un deuxième temps l'individu évalue ses propres capacités d'adaptation face à cet événement. Ce modèle est de fait fréquemment appelé en TCC « la double évaluation de Lazarus ». L'individu cherche à faire face (« to cope ») aux situations à risque en utilisant des stratégies dites de « coping ». Le stress n'apparaîtrait alors que quand l'individu ne peut s'adapter à la situation (p.119).

La double évaluation de Lazarus comprend l'évaluation primaire et secondaire.

2.6.1 L'évaluation primaire

Dans l'évaluation primaire, la personne se concentre sur le stresser. Le cerveau analyse un risque. La personne concernée s'interroge sur l'impact que peut avoir la situation sur elle, ainsi que sur sa nature. Une même situation peut être perçue différemment selon les individus et donc générer des émotions propres à chacun (Lambert, 2022). Pour donner suite à cette première évaluation, un second processus se déclenche, qui est l'évaluation secondaire.

2.6.2 L'évaluation secondaire

L'évaluation secondaire est centrée sur les capacités de l'individu à gérer la situation. Il s'interroge sur les moyens dont il dispose pour affronter la situation et sur l'efficacité de ceux-ci. Ces analyses sont rapides et automatiques. L'analyse qui en découle est de ce fait rarement rationnelle. Lambert (2022) explique ainsi ce phénomène :

Ces évaluations sont entièrement subjectives, et dépendent énormément de notre personnalité, de nos expériences passées et des souvenirs que nous avons gardés de situations semblables ou du passé. En effet, la mémoire affective – la mémoire des sensations et des émotions – joue un grand rôle dans la réponse psychologique du stress. L'environnement – un lieu ou une musique par exemple – peut susciter un souvenir stressant, et ainsi provoquer une réaction de stress.

Ce sont nos évaluations qui déterminent le déclenchement ou non de la réaction de stress. C'est-à-dire que le stress va se manifester si nous avons évalué que nos ressources pour faire face à la situation étaient insuffisantes par rapport à la menace : autrement dit, si nous percevons un déséquilibre entre les deux évaluations.

Le stress n'est pas influencé par le contexte et la personne. Il fait écho à des processus dynamiques (perceptifs, cognitifs, comportementaux et émotionnels) comprenant des actions mutuelles entre l'individu et son environnement. Pour faire face à un stresser, les personnes déploient des stratégies, plus communément appelées « coping » (Leprince, 2018).

2.6.3 Le coping

Il existe deux sortes de stratégies d'adaptation. Le coping centré sur le problème où le but est d'aborder la raison profonde de la difficulté et le coping centré sur l'émotion où l'individu apprend à faire face aux ressentis négatifs qu'il éprouve (Schrijvers, 2019).

2.6.4 Rôles infirmiers et stratégie de coping auprès d'un patient amputé

Dans le coping, le patient peut manifester deux types de réactions. Le coping vigilant, d'une part, est basé sur la recherche d'informations et la maîtrise de la situation. Pour sa part, le coping évitant est dirigé vers les ressentis négatifs, l'évasion et la dérision. L'infirmière, dans une relation d'aide, accompagne le patient dans la stratégie qu'il adopte. Le soutien social auprès du patient est très important. L'infirmière devrait donc se consacrer à identifier les personnes-ressources qui l'entourent. Après la phase d'adaptation que subit le patient à la suite de son amputation, l'infirmière devrait cibler son accompagnement dans le présent, dans le but de créer de nouvelles habitudes de vie et favoriser l'autonomie dans un contexte adapté.

Le patient peut faire face à un processus de résilience. Finalement, il faut qu'il sorte gagnant de ce traumatisme, et qu'il en tire des forces nouvelles pour affronter l'avenir. À travers ses interventions de soins, l'infirmière devrait maintenir un équilibre constant, soit en abaissant les stressers, soit en élevant les facteurs protecteurs (Psiuk, 2018).

Chez une personne amputée, le coping mène à des stratégies d'adaptation. Des études ont investigué le rôle de l'adaptation et du soutien social comme facteurs de protection concernant l'ajustement psychosocial à la suite d'une amputation, ce qui amène à une atténuation de la douleur et une diminution du taux de dépression et d'anxiété. Le coping

déclenche des stratégies d'adaptation qui peuvent apporter des bienfaits, comme une expérience positive de la perte. Les stratégies centrées sur les tâches, comme la résolution de problèmes et la perception de maîtrise de son handicap, sont favorables à un ajustement psychosocial réussi. En revanche, les stratégies centrées sur les émotions, comme le désengagement cognitif et l'évitement, sont liées à des résultats psychosociaux médiocres (Falgares et al., 2019).

2.6.5 Les mécanismes d'adaptation

Selon le modèle de Lazarus et Folkman, les mécanismes d'adaptation réussis dépendent des fonctions émotionnelles liées au problème. Lazarus a classé huit de ces fonctions que la plupart des personnes utilisent pour faire face activement :

Maîtrise de soi – essayer de contrôler ses émotions en réponse au stress. Confrontation – faire face à la pression et riposter pour changer la situation et la ramener en sa faveur. Soutien social – parler aux autres et rechercher des liens sociaux pour s'aider à survivre lors de période difficile. Distanciation émotionnelle – rester indifférent à ce qui se passe autour et empêcher la détresse de contrôler ses actions. Évasion et évitement – nier l'existence du stress comme réponse d'adaptation. Acceptation radicale – recourir à l'acceptation de soi inconditionnelle pour s'adapter à l'adversité. Réévaluation positive – chercher à trouver la réponse dans la lutte et à grandir à partir de celle-ci. Résolution stratégique des problèmes – mettre en œuvre des stratégies spécifiques axées sur les solutions pour traverser les moments difficiles et réorienter ses actions en conséquence (Roy Chowdhury, 2019).

Ce modèle est pertinent dans le cas d'un patient amputé, car celui-ci doit faire face à de nombreux changements dans toutes les dimensions de sa vie (biologique, psychologique, sociale et spirituelle).

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Dans le domaine de la recherche, deux paradigmes sont discutés. Il existe d'une part le paradigme positiviste / postpositiviste* en recherche quantitative*. Celui-ci met en avant une vérité et un savoir sur le monde objectif. Il a pour but d'obtenir des explications universelles sur des phénomènes* et d'établir des hypothèses* pour ensuite les vérifier. Les valeurs et les croyances des chercheurs et des participants ne sont pas prises en

compte. C'est une recherche déductive* qui cherche à généraliser des faits. Il existe, d'autre part, le paradigme interprétatif / constructiviste* utilisé en recherche qualitative*. Celui-ci suppose que la réalité ne s'arrête pas à un fait et peut être changeante, que toutes les connaissances sont subjectives et se réfèrent à un construit* social. Ce paradigme a pour objectif de comprendre des situations individuelles et met en avant les ressentis, les valeurs et les croyances des participants et des chercheurs. Des hypothèses peuvent être émises au fur et à mesure de la récolte de données. La recherche est inductive* et vise avant tout à la compréhension d'un phénomène. Malgré leurs différences, ces deux paradigmes peuvent s'associer dans des études mixtes* (à la fois quantitatives et qualitatives), ce qui fait ressortir leur complémentarité (Fortin & Gagnon, 2016).

Les études choisies mettent en avant les répercussions psychologiques de l'amputation sur l'individu. Bien que cela puisse surtout concerner le paradigme interprétatif / constructiviste, le paradigme positiviste / post-positiviste a été largement mis en avant dans cette revue de la littérature*, qui comporte dix études quantitatives et deux études qualitatives. Un grand nombre d'études quantitatives permettent d'approfondir la recherche en considérant les liens entre la dépression, l'anxiété, l'image corporelle et différentes variables* telles que le sexe, l'âge, le niveau d'amputation, le niveau d'éducation, le statut civil et le métier.

Ces douze études sont multidisciplinaires car les répercussions psychologiques de l'amputation concernent plusieurs professionnels, mais principalement les psychologues. Ce thème n'est pas encore abordé dans la littérature purement infirmière, ce qui explique les lacunes quant aux études disciplinaires.

3.2 Collecte des données

Onze bases de données* ont été consultées, mais seules sept d'entre elles ont mis en avant des études correspondant à la recherche : CINAHL*, PubMed*, Embase*, ScienceDirect*, Taylor & Francis*, ResearchGate*, PsycNet*. Une première consultation a été réalisée en mars 2021. Des recherches plus approfondies ont été effectuées de novembre 2021 à février 2022, puis en mars 2022. Les mots-clés utilisés ont été répertoriés dans le tableau mis en annexe. Les équations de recherche* ont été entrées sur trois bases de données différentes : CINAHL, PubMed et Embase. Les opérateurs booléens « AND » et « OR » ont amené plus de précision à la recherche.

Tableau 1 : Équation de recherche CINAHL

	Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
S1	(MH "Amputation+")	9 361	7
S2	TI (amputation* OR ampute* OR limb loss) OR AB (amputation* OR ampute* OR limb loss)	16 725	7
S3	S1 OR S2	19 546	7
S4	(MH "Stress, Psychological") OR (MH "Psychological Trauma") OR (MH "Posttraumatic Growth, Psychological")	57 929	2
S5	TI (psychological effects OR psychological impact OR emotional impact) OR AB (psychological effects OR psychological impact OR emotional impact)	51 524	2
S6	S4 OR S5	103 011	2
S7	(MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Care")	35 277	0
S8	TI (nursing care OR nursing interventions OR nurse role OR nurse intervention) OR AB (nursing care OR nursing interventions OR nurse role OR nurse intervention)	191 188	0
S9	S7 OR S8	212 161	0
S10	S3 AND S6 AND S9	10	0
S14	Limitation 5 ans	1	0
S15	S14 AND Affiliation	1	0

Tableau 2 : Équation de recherche Medline (PubMed)

	Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
S1	"Amputation"[Mesh] OR "Amputation, Traumatic"[Mesh] OR "Amputation Stumps"[Mesh]	29 789	7
S2	(Amputation [Title/Abstract] OR Amputation, Traumatic [Title/Abstract] OR Amputation Stumps [Title/Abstract])	38 429	7
S3	S1 OR S2	51 171	7
S4	"Stress, Psychological"[Mesh]	145 987	1
S5	(Psychological impact [Title/Abstract]) OR (psychological effects [Title/Abstract])	8 891	1
S6	S4 OR S5	153 807	1
S7	"Nursing Care"[Mesh]	139 925	0
S8	(Nursing care [Title/Abstract]) OR (nursing intervention [Title/Abstract])	31 136	0
S9	S7 OR S8	161 010	0
S13	S3 AND S6 AND S9	1	0
S14	Limitation 5 ans	1	0
S15	S14 AND Affiliation	0	0

Tableau 3 : Équation de recherche Embase

	Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
S1	'amputation'/exp OR 'amputation stump'/de OR 'limb amputation'/de OR 'traumatic amputation'/de	55 803	7
S2	'amputation stump':ab,ti OR 'limb amputation':ab,ti OR 'traumatic amputation':ab,ti OR amputation:ab,ti	48 238	7
S3	S1 OR S2	72 167	7
S4	'Psychological aspect'/exp OR 'psychotrauma'/exp OR 'mental stress'/exp OR 'posttraumatic growth (psychology)'/exp	649 194	2
S5	'psychological aspect':ab,ti OR psychotrauma:ab,ti OR 'psychological effects':ab,ti OR 'mental stress':ab,ti OR 'posttraumatic growth':ab,ti	12 532	2
S6	S4 OR S5	655 170	2
S7	'nursing role'/exp OR 'nursing intervention'/exp OR 'nursing care'/exp	43 921	0
S8	'nursing intervention':ab,ti OR 'nursing care':ab,ti OR 'nursing role':ab,ti	35 465	0
S9	S7 OR S8	68 896	0
S13	S3 AND S6 AND S9	16	0
S14	Limitation 5 ans	1	0
S15	S14 AND Affiliation	0	0

3.3 Sélection des données

Chaque étude sélectionnée devait concerner des adultes ayant subi une amputation, et traiter soit de l'image corporelle soit des répercussions psychologiques de l'amputation. Les dates de parution des études devaient se situer entre 2018 et 2022. Les études évoquant uniquement les répercussions physiques de l'amputation ou les douleurs fantômes ont été exclues. Un tableau résumant les articles retenus se trouve ci-joint, ainsi que la pyramide des preuves de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Figure 1 : Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

3.4 Considérations éthiques

Sur les douze études sélectionnées, neuf ont été approuvées par un comité d'éthique*, six ont obtenu un consentement* éclairé et deux ont assuré la confidentialité* des données. Cependant, il est acceptable de supposer que tous les sujets ont donné implicitement leur consentement en acceptant de participer aux études.

3.5 Analyse des données

En vue de répondre de manière optimale à la question de recherche, les études seront étudiées et analysées séparément, tout d'abord en décrivant l'étude puis en analysant sa validité méthodologique*, sa pertinence clinique* et son utilité pour la pratique professionnelle. Les tableaux de recension des diverses études pourront être retrouvés dans la section annexe.

Tableau 4 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Shue, S., Wu-Fienberg, Y., & Chepla, K.	Psychiatric Disease after Isolated Traumatic Upper Extremity Amputation	2020	PubMed	4
2	Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, G.	A predictive model of anxiety and depression symptoms after a lower limb amputation	2018	Embase PubMed ScienceDirect	4
3	Falgares, G., Lo Gioco, A., Verrocchio, M., & Marchetti, D.	Anxiety and depression among adult amputees : the role of attachment insecurity, coping strategies and social support	2018	Embase PubMed CINAHL	4
4	Pedras, S., Meira-Machado, L., Couto de Carvalho, A., Carvalho, R., & Pereira, G.	Anxiety and/or depression : which symptoms contribute to adverse clinical outcomes after amputation?	2020	PubMed Taylor & Francis	4
5	Sabah, H., & Hend, M.	Motor Capabilities of Lower Limb Amputated Patients and Its Relation to Body Image and Depression	2019	ResearchGate	2
6	Abouammoh, N., Aldebeya, W., & Abuzaid, R.	Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia : a qualitative study	2021	Embase PubMed CINAHL	4

7	Armstrong, T., Williamson, M., Elliott, T., Jackson, W., Kearns, N., & Ryan, T.	Psychological distress among persons with upper extremity limb loss	2019	Embase PubMed CINAHL ResearchGate	4
8	Pedras, S., Carvalho, R., Pereira, G., & Vilhena, E.	Psychosocial Adjustment to a Lower Limb Amputation Ten Months After Surgery	2018	Embase PubMed CINAHL PsycNet	4
9	Brier, M., Williams, R., Turner, A., Henderson, A., Roepke, A., Norvell, D., Henson, H., & Czerniecki, J.	Quality of Relationships With Caregivers, Depression, and Life Satisfaction After Dysvascular Lower Extremity Amputation	2018	Embase PubMed CINAHL ScienceDirect	2
10	Desrochers, J., Frengopoulos, C., Payne, M. W. C., Viana, R., & Hunter, S. W.	Relationship between body image and physical functioning following rehabilitation for lower-limb amputation	2018	Embase PubMed CINAHL	2
11	Ndje Ndje, M., & Nung, N.	Social Resilience and Self-Esteem Among Amputees : A Case Study of Amputees with Positive Self-Esteem	2019	PubMed	4
12	Gökşenoğlu, G., & Yildirim, M. A.	The Effect of the Level of Amputation on Depression, Body Image Perception and Locomotor Capacity in Patients Using Lower Extremity Prosthesis	2019	CINAHL	4

4 Résultats

4.1 Description de l'étude 1

Shue, S., Wu-Fienberg, Y., & Chepla, K. (2021). Psychiatric Disease after Isolated Traumatic Upper Extremity Amputation. *Journal of Hand and Microsurgery*, 13(2), 75-80. DOI : 0.1055/s-0040-1701156

Cette étude rétrospective* réalisée aux États-Unis avait pour objectif d'évaluer la prévalence des maladies psychiatriques chez les civils après une amputation traumatique isolée du membre supérieur (MS) et de déterminer si des facteurs de risque sont associés au développement d'une maladie psychiatrique. Un échantillonnage non probabiliste* intentionnel* a été effectué. Après l'approbation du conseil d'examen institutionnel, tous les patients qui ont été vus dans la clinique de perte de membres supérieurs de 2012 à 2017 ont été identifiés par le dossier médical électronique (DME) pour une éventuelle inclusion dans l'étude. Des critères d'inclusion* ont été utilisés. L'échantillon* était composé de 46 patients, 37 hommes et 9 femmes. Le délai moyen depuis la blessure était de 43 mois. Les mécanismes de blessure les plus fréquents étaient les accidents industriels (n = 28), les collisions de véhicules à moteur (n = 10), les blessures par scie (n = 4), les accidents agricoles (n = 2) et autres (n = 2). Le niveau d'amputation était : transhuméral (sept patients), transradial (seize patients), transmétacarpien (onze patients), et transphalangien ou partiel de la main (douze patients). La main dominante était impliquée chez 23 patients. Quatre patients présentaient des amputations bilatérales. Vingt-six patients utilisaient une prothèse. En ce qui concerne la collecte de données, après l'identification par le DME, les données sociodémographiques* ont été recueillies pour tous les patients (âge, sexe et statut professionnel). Les facteurs de risque étudiés pour le développement d'une maladie psychiatrique étaient le temps écoulé depuis l'amputation, le mécanisme de la blessure, le niveau d'amputation, la main affectée (dominante ou non dominante), le statut auprès du Bureau of Workers' Compensation (BWC) et l'utilisation actuelle d'une prothèse. Si un diagnostic psychiatrique codé ICD-10 était documenté dans le DME, le diagnostic spécifique, le(s) médicament(s) psychiatrique(s) utilisé(s) et la durée du suivi en psychiatrie étaient enregistrés. Tous les diagnostics psychiatriques ont été établis par un psychiatre indépendant ou un psychologue de réadaptation clinique selon les critères de diagnostic du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition.

La méthode d'analyse utilisée était quantitative. En effet, les patients ont été divisés en deux groupes pour l'analyse des données : ceux chez qui au moins une maladie

psychiatrique a été diagnostiquée et ceux chez qui aucun diagnostic psychiatrique n'a été posé. Les rapports de cotes pour la présence d'au moins un diagnostic psychiatrique ont été calculés pour chacun des facteurs de risque. Le test de Fisher* a été utilisé pour évaluer la signification des valeurs catégorielles, tandis que le test t de Student* a été utilisé pour les variables continues. La signification statistique* a été fixée à $p^* < 0,05$.

L'Organisation mondiale de la santé affirme que le bien-être d'une personne est influencé par des facteurs physiques, psychologiques, sociaux, émotionnels et spirituels. Tous ces facteurs sont négativement affectés par une amputation traumatique. Après une amputation, les patients ont fait état de chômage, de difficultés socio-économiques, d'évitement social, de toxicomanie et de changement d'état civil à la suite de leur amputation ou de leur opération. L'identification précoce de la maladie psychiatrique après l'amputation traumatique d'un MS est une partie essentielle du traitement approprié de ces patients car il a été montré qu'elle a un impact sur la réadaptation clinique, l'utilisation de la prothèse et la qualité de vie. Il a également été montré qu'un traitement psychiatrique précoce et à court terme réduit l'incidence de la morbidité psychiatrique après la perte d'un membre de 72,5% à 50%.

Il est essentiel de différencier les effets psychologiques de la perte d'un MS ou d'un membre inférieur car il a été montré que la perte d'un MS est plus dévastatrice pour les patients que la perte d'un MI. Les troubles psychiatriques diagnostiqués en clinique sont également plus élevés après la perte d'un MS qu'après la perte d'un MI (53% contre 47%, respectivement) dans la période suivant immédiatement l'amputation.

4.1.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un échantillonnage non probabiliste intentionnel a été utilisé et a permis au chercheur de désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. Cependant, c'est un critère qui affaiblit la validité interne* de l'étude. En effet, l'absence de répartition aléatoire amène à une non-équivalence des différences individuelles. De plus, la signification statistique a été fixée à $p < 0,05$ et les résultats de cette étude sont tous supérieurs à celle-ci. Certains résultats obtenus ont été comparés à ceux de précédentes études avec des différences statistiques significatives concernant des troubles psychiatriques plus élevés dans cette étude.

Il existe plusieurs limites à l'étude actuelle. Il s'agit d'une étude rétrospective, ce qui limite l'interprétation des données et empêche une évaluation ultérieure des patients à l'aide de questionnaires sur la qualité de vie. Tous les patients n'ont pas accepté d'être référés pour

une évaluation et un traitement, ce qui peut provoquer une sous-estimation du taux réel de troubles psychiatriques dans cette population de patients. La nature de l'étude ne permet pas de mesurer si l'état de santé des patients s'est amélioré, s'ils ont bénéficié d'un traitement psychiatrique ou si le taux et/ou la gravité des maladies psychologiques se sont améliorés avec le temps. Il n'a également pas été possible de connaître le développement des symptômes psychiatriques par rapport au moment de l'amputation. Cette étude s'est uniquement concentrée sur la dépression, l'anxiété et le TSPT en tant que diagnostics psychiatriques ; d'autres auteurs ont signalé des symptômes psychiatriques supplémentaires après l'amputation, notamment la somatisation, la colère, la sensibilité interpersonnelle et les troubles du sommeil (Durmus et al., 2015).

4.1.2 Pertinence clinique

Dans cette étude il a été constaté que le taux global de maladie psychiatrique après une perte traumatique isolée du MS était de 67,4%. Cela contraste fortement avec une prévalence de 17,6% rapportée précédemment pour les troubles mentaux courants dans la population générale (Steel et al., 2014). Les diagnostics psychiatriques spécifiques après une amputation dans cette étude étaient : TDM (30,4%), TSPT (23,9%), trouble d'adaptation (23,9%), trouble anxieux (13,3%) et trouble panique (4,3%). Bien que l'anxiété soit moins fréquente dans cette population, cela peut être dû à la différenciation entre « anxiété » et « trouble de l'adaptation avec caractéristiques anxieuses ». La comparaison directe est également difficile car, contrairement à plusieurs études précédentes, la douleur du membre fantôme comme diagnostic psychiatrique n'a pas été incluse dans cette étude. Bien qu'il n'y ait pas d'association statistiquement significative entre la maladie psychiatrique et les variables étudiées, il n'existe aucune association significative entre la maladie psychiatrique et le temps écoulé depuis l'amputation.

4.1.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Malgré le fait que cette étude n'ait pas une grande validité interne, qu'elle présente des limites* et que d'autres études aient rapporté un taux de maladies psychiatrique inférieur à celle-ci, les troubles psychiatriques restent présents à la suite d'une amputation dans de nombreuses études. C'est pour cela que l'identification précoce des maladies psychiatriques après l'amputation traumatique d'un MS reste essentielle à la prise en charge globale du patient et réduit l'incidence de la morbidité psychiatrique.

4.2 Description de l'étude 2

Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, G. (2018). A predictive model of anxiety and depression symptoms after a lower limb amputation. *Disability and Health Journal*, 11(1), 79-85. DOI : 10.1016/j.dhjo.2017.03.013.

Cette étude longitudinale* réalisée au Portugal avait pour but d'évaluer et de caractériser le niveau des symptômes d'anxiété et de dépression dans un échantillon de patients atteints d'ulcère du pied diabétique et indiqués pour une amputation du MI à T0 et à T1, et de déterminer quelles variables pré-opératoires contribuent à l'anxiété et à la dépression post-opératoires. Un autre objectif de cette étude était de trouver les meilleurs prédicteurs des symptômes d'anxiété et de dépression à T1, afin d'identifier les patients présentant un risque plus élevé de symptômes de dépression et d'anxiété post-opératoire. Un échantillonnage intentionnel a été effectué. Un échantillon de 179 patients atteints de diabète de type 2 (DT2) et d'ulcère du pied diabétique indiqué pour une chirurgie d'amputation a été dépisté pour la présence de symptômes d'anxiété et de dépression pendant l'hospitalisation qui a précédé l'amputation, et a été évalué lors d'une consultation de suivi à l'hôpital, environ un mois après la chirurgie. Les données sociodémographiques et cliniques ont été extraites des dossiers médicaux des patients par des professionnels de la santé. Des critères d'inclusion ont été utilisés. En ce qui concerne la collecte de données, cette étude a eu deux moments d'évaluation : pré-opératoire (T0) et post-opératoire (T1). Entre T0 et T1, 66 patients se sont retirés, laissant un échantillon de 113 patients pour l'analyse finale. Les entretiens d'évaluation ont été réalisés en face à face par un psychologue. Trois mesures* ont été utilisées : un questionnaire socio-démographique, un questionnaire de données cliniques et une échelle d'anxiété et de dépression hospitalière.

La méthode d'analyse utilisée était quantitative. Les variables continues ont été présentées sous forme de moyenne*, d'écart-type* et d'étendue*, tandis que les données dichotomiques* ont été présentées sous forme numérique et de pourcentage. La prévalence des symptômes cliniquement significatifs d'anxiété et de dépression à T0 et T1 a été estimée en utilisant les scores seuils des auteurs (> 11). Afin d'analyser si les différences d'anxiété et de dépression dépendaient des variables cliniques et socio-démographiques, une analyse de variance* à mesures répétées a été réalisée avec le nombre d'amputations, la durée de l'ulcère et la durée du séjour à l'hôpital comme covariables*. Les covariables ont été choisies en tenant compte de leur corrélation* avec les variables dépendantes et de leur pertinence dans la littérature. Enfin, un modèle de régression hiérarchique multiple a été utilisé pour trouver les prédicteurs des symptômes d'anxiété et de dépression à T1. Les variables incluses dans le modèle étaient celles qui

présentaient une corrélation significative avec chacune des variables dépendantes dans les associations bivariées précédentes et une pertinence selon la littérature. Pour 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.

Selon les résultats, avant l'intervention chirurgicale, les patients présentaient un niveau d'anxiété plus élevé que les symptômes de dépression cliniquement significatifs. Ce résultat peut être lié non seulement aux niveaux d'anxiété et de dépression prémorbides, mais aussi aux peurs et aux tensions associées à la chirurgie qui, à leur tour, augmentent les niveaux d'anxiété prémorbides. La peur de la chirurgie (ne pas se réveiller après l'opération, etc.) et la peur d'un changement d'image corporelle peuvent expliquer que les patients présentent plus de symptômes d'anxiété que de dépression à T0.

Les symptômes d'anxiété et de dépression ne doivent pas être sous-estimés, considérés comme normaux ou temporaires avant l'opération. Une évaluation psychologique structurée doit être effectuée afin de comprendre leur gravité et leur interférence dans la vie quotidienne, et de prévenir la chronicité et les résultats négatifs tels que le retard de guérison après une amputation du MI.

Certains patients sont restés hospitalisés pendant près d'un mois après l'amputation. Ainsi, ils n'avaient pas encore rencontré les difficultés quotidiennes, qu'elles soient familiales, sociales ou même individuelles, auxquelles ils seraient confrontés lors de leur retour à domicile. Il est donc possible que les patients n'aient pas encore été en mesure de traiter émotionnellement cette expérience. Cependant, ces hypothèses devraient être approfondies dans des études futures. Les résultats soulignent la nécessité d'un suivi et d'un soutien psychologique de ces patients afin d'éviter de masquer les symptômes prémorbides et de prévenir les résultats négatifs à long terme à la sortie de l'hôpital.

4.2.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un devis épidémiologique longitudinal* a été utilisé pour évaluer le niveau d'anxiété et de dépression avant et après la chirurgie d'amputation. L'échantillonnage non probabiliste intentionnel utilisé a permis au chercheur de désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. Cependant, c'est un critère qui affaiblit la validité interne de l'étude comme expliqué dans l'étude n°1. Compte tenu de la petite taille de l'échantillon, les résultats sont alarmants, mais la comparaison entre les études n'est pas appropriée en raison des différences dans la taille des échantillons. Cependant, la prévalence de la dépression et des symptômes d'anxiété dans notre

échantillon reste très proche d'autres études telles que celle de Chapman et al. (2014), qui mentionnent des niveaux dépassant le score de 7 (dans la validation portugaise, le seuil est de 11) sur les symptômes d'anxiété (42%) et de dépression (42%) chez les patients atteints de pied de Charcot.

Cette étude comporte des limites qui doivent être reconnues, notamment la petite taille de l'échantillon et le nombre réduit de femmes qui y sont incluses. Le faible niveau d'éducation de l'échantillon peut affecter la validité externe* des résultats, car des patients plus instruits pourraient avoir des informations plus précises sur la chirurgie et donc ressentir moins d'anxiété à T0. Par conséquent, toute généralisation* des conclusions doit être interprétée avec prudence.

4.2.2 Pertinence clinique

Cette étude a plusieurs implications pour la pratique clinique. En effet, elle a identifié les symptômes d'anxiété et de dépression avant l'amputation comme des prédicteurs significatifs des symptômes d'anxiété et de dépression après la chirurgie. Ainsi, contrairement aux caractéristiques cliniques ou démographiques, ces variables sont susceptibles de changer avant la chirurgie par le biais d'interventions psychologiques appropriées qui peuvent prévenir des résultats indésirables. Cependant, les symptômes de dépression sont plus stables et plus difficiles à modifier dans une brève intervention psychologique pendant l'hospitalisation. Les patients devraient donc être dirigés vers une intervention psychologique plus structurée. Néanmoins, comme l'anxiété et la dépression sont imbriquées, il est possible que tout changement du niveau d'anxiété ait un impact non seulement sur l'anxiété, mais aussi sur les symptômes de dépression. La principale cible de l'intervention devrait être la prise en charge de l'anxiété avant la chirurgie, car elle prédit à la fois l'anxiété et la dépression après la chirurgie.

4.2.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Sur la base de l'échelle Hospital Anxiety and Depression scale (HADS), il y avait des preuves de niveaux élevés d'anxiété et de symptômes de dépression. En ce qui concerne les symptômes d'anxiété, 63,7% (intervalle de confiance* [IC] à 95% = 54,9 à 72,6%) et 41,6% (IC à 95% = 32,7-52,5%) des patients ont dépassé le seuil HADS de 11 à T0 et T1 respectivement, présentant des symptômes cliniquement significatifs. Pour ce qui est des symptômes de dépression, 42,5% (IC à 95% = 32,8-52,5%) et 46,9% des patients (IC à 95% = 38,1 à 55,8%) ont dépassé le seuil HADS de 11 à T0 et T1 respectivement, présentant des symptômes cliniquement significatifs. L'analyse multivariée* de mesures

répétées a montré des différences significatives en ce qui concerne l'anxiété et la dépression avant et après la chirurgie (Wilk's Lambda* = 0,08, $F(2,108) = 4,67$, $p = 0,011$), en contrôlant le nombre d'amputations antérieures, la durée de l'ulcère et la durée du séjour à l'hôpital qui ont été introduits sous forme de covariables. De plus, les résultats univariés ont montré que le temps avait un effet significatif, mais seulement pour l'anxiété = 4,76, $p = 0,031$, c'est-à-dire que les symptômes d'anxiété ont diminué de T0 à T1, mais il n'y avait pas de différences significatives dans les symptômes de dépression.

Les résultats ci-dessus montrent qu'il existe des signes d'anxiété et de dépression pré et post-opératoire, d'où l'importance de l'accompagnement psychologique. Les interventions psychologiques qui traitent de l'anxiété, notamment la TCC brève (p. ex. entraînement à la relaxation, induction d'images par des instructions comportementales, stratégies d'adaptation positives), sont les interventions de référence (Johnston & Vögele, 1993 ; Michie et al., 2008). Récemment, une étude a rapporté qu'un cours de TCC était une méthode efficace et peu coûteuse pour réduire l'anxiété de santé chez les patients en milieu médical (Tyrrer et al., 2014). Pour les patients ayant des amputations mineures, qui ont de la difficulté à respecter les comportements d'autosoins des pieds, des interventions visant à accroître les comportements protecteurs et à promouvoir la vigilance devraient être disponibles dans les milieux hospitaliers et de réadaptation, afin d'éviter une amputation plus proximale. En outre, dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, pendant le processus de réadaptation, les professionnels de la santé tels que les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes devraient être conscients de la probabilité que les patients éprouvent des symptômes d'anxiété et de dépression susceptibles d'être confondus avec les symptômes du diabète (fatigue, manque d'appétit, prise de poids, troubles du sommeil) (Egede & Ellis, 2010).

4.3 Description de l'étude 3

Falgares, G., Lo Gioco, A., Verrocchio, M., & Marchetti, D. (2019). Anxiety and depression among adult amputees: the role of attachment insecurity, coping strategies and social support. *Psychology, Health & Medicine*, 24(3), 281-293. DOI : 10.1080/13548506.2018.1529324

Cette étude épidémiologique descriptive transversale* réalisée en Italie avait pour but d'examiner la relation entre l'insécurité de l'attachement, le soutien social, les stratégies d'adaptation et les émotions négatives, telles que l'anxiété et la dépression, chez les adultes amputés. Un échantillonnage intentionnel a été effectué. En effet, la recherche a impliqué 62 adultes amputés, recrutés au Centre prothétique de l'Autorité italienne des

accidents du travail. L'âge moyen des participants était de 43,8 ans. La majorité des participants étaient des hommes (71%), mariés (41,9%) et avaient un diplôme d'études secondaires (50%). Cinquante participants (80,6%) ont subi une amputation des MI. Plus de la moitié vivaient avec une amputation depuis moins de cinq ans (59,7%) et la plupart utilisaient une prothèse (91,9%). En ce qui concerne la collecte de données, les participants ont été approchés par un membre du personnel ou un assistant de recherche. Après avoir fourni leur consentement éclairé écrit, ils ont rempli des questionnaires dans un espace privé, recevant un soutien pour clarifier toute question si besoin. Les outils utilisés étaient : un questionnaire sur le style d'attachement, un inventaire des situations stressantes, une échelle multidimensionnelle du soutien social perçu, le BDI et l'inventaire d'anxiété d'État-Trait.

Une méthode d'analyse quantitative a été utilisée. Avant l'analyse principale, les données ont été examinées en utilisant des fréquences* et des statistiques descriptives. L'analyse des valeurs manquantes a révélé que moins de 5% des données totales pour chaque échelle comprenaient des données manquantes. Des scores ont été imputés pour les valeurs individuelles manquantes sur les échelles afin de donner des scores ajustés en fonction des moyennes. Les données ont été examinées pour détecter tout écart par rapport aux hypothèses paramétriques* et répondaient aux exigences sans transformation. Une évaluation a été effectuée concernant les associations entre l'âge, le niveau d'amputation, la raison de l'amputation, le temps écoulé depuis l'amputation et l'utilisation de la prothèse avec les principales variables de l'étude. Un test t/ANOVA à sens unique a été calculé pour examiner si les scores des participants pour les variables clés de l'étude mentionnées ci-dessus différaient en fonction du niveau d'amputation, de la raison de l'amputation, du temps écoulé depuis l'amputation et de l'utilisation de la prothèse. De plus, les corrélations de Pearson* ont été utilisées pour étudier les associations entre les variables d'insécurité de l'attachement, les stratégies d'adaptation et les variables d'émotions négatives. Sur la base des résultats de corrélation de Pearson, l'analyse de la médiation a été menée à l'aide de la macro PROCESS SPSS afin d'examiner si l'association entre l'insécurité de l'attachement et les variables négatives des émotions était médiée par une adaptation axée sur les émotions. Des analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de SPSS-IBM (Software, v.19.0 SPSS), et le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$.

Les résultats suggèrent que l'attachement anxieux et l'attachement évitant sont associés au coping orienté vers les émotions, qui à son tour est associé à la dépression, à l'anxiété de trait et à une plus grande anxiété d'état. Les individus qui ont un attachement anxieux ont une image négative d'eux-mêmes et des émotions négatives intenses. Ils utilisent des

stratégies d'adaptation orientées vers les émotions dans le but de ne pas être rejetés et abandonnés, et attendent des autres une proximité et un soutien permanent. À l'inverse, les personnes qui ont un attachement évitant sont fortement autonomes et ont tendance à rejeter les autres. Elles peuvent utiliser des stratégies d'adaptation orientées vers les émotions parce qu'elles perçoivent les autres comme peu fiables. Cependant, le fait d'être seul est un facteur de vulnérabilité qui rend plus difficile l'adaptation à l'amputation.

4.3.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un échantillonnage non probabiliste intentionnel a été utilisé et a permis au chercheur de désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. Cependant, c'est un critère qui affaiblit la validité interne de l'étude comme expliqué dans l'étude n°1. Dans cet article de recherche, les coefficients de fiabilité (alpha de Cronbach*) étaient de 0,89 et 0,84 pour l'attachement anxieux et l'attachement évitant, respectivement. Le niveau autodéclaré de soutien social a été évalué à l'aide de l'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu avec une excellente fiabilité (alpha de Cronbach = 0,92). Les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide du BDI avec une excellente cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,95) également. Les symptômes d'anxiété ont été évalués à l'aide de l'inventaire d'anxiété État-Trait Y ; les coefficients de fiabilité (alpha de Cronbach) étaient respectivement de 0,96 et 0,92 pour l'anxiété d'état et l'anxiété de trait. Dans cette étude, la fiabilité était excellente pour chaque échelle. Les résultats ont été comparés à ceux d'autres recherches et étaient différents des résultats habituels. Cela peut s'expliquer par les différents faits mentionnés ci-dessous.

Cette étude comporte plusieurs limites qu'il est important de relever. Les mesures d'auto-évaluation sont sensibles à un biais de réponse bien que toutes soient validées par des approches plus robustes, contextuelles et basées sur les entretiens. Deuxièmement, comme indiqué ci-dessus, l'étude est également limitée par sa conception transversale qui empêche l'établissement de la direction des relations. Les résultats de cette étude doivent être interprétés avec une certaine prudence car ils n'ont pas été ajustés pour des tests multiples. Par conséquent, la reproduction de ces résultats dans des études ultérieures avec des échantillons plus importants est nécessaire. Cette recherche était une étude quantitative et transversale, tandis que d'autres études ont confirmé l'importance du soutien social dans les résultats subjectifs de l'adaptation en utilisant des plans qualitatifs (principalement des entretiens) et longitudinaux (Unwin et al., 2009 ; Senra et al., 2012).

4.3.2 Pertinence clinique

Sur la base des résultats de cette étude, il est possible de mettre en évidence le rôle des styles d'attachement peu sûrs dans l'utilisation d'une stratégie d'adaptation axée sur les émotions. Selon Desmond et MacLachlan (2006a), bien que cette stratégie vise à réduire les conséquences émotionnelles des événements stressants, elle se caractérise par le déni et la réticence à se concentrer sur les émotions et à les évacuer, ce qui pourrait encourager l'évitement des autres, augmentant ainsi le risque de développer une dépression et de l'anxiété.

Une absence de relation significative entre le soutien social, la dépression et l'anxiété a été mise en avant, ce qui est une constatation surprenante, étant donné qu'une grande majorité des études antérieures ont indiqué un lien étroit entre ces variables. Une explication possible de cette constatation inattendue peut concerner à la fois les caractéristiques spécifiques des participants à l'étude et le plan de recherche utilisé. Pour ce qui est des caractéristiques des participants, dans cette étude, près de la moitié étaient séparés/divorcés, célibataires ou veufs (41,9%). Selon Senra et al. (2012), le fait d'être marié ou d'avoir une relation affective améliore le bien-être et le soutien social perçu des adultes amputés. En revanche, être seul est un facteur de vulnérabilité qui rend plus difficile pour eux de s'adapter à l'expérience d'amputation. Une autre explication possible peut concerner le sexe des participants. Dans cette étude, les participants étaient principalement des sujets masculins (71%), tandis que la plupart des autres études ont exploré le soutien social impliquant un nombre égal de représentants des deux sexes (Desmond & MacLachlan, 2006b ; Senra et al., 2012 ; Unwin et al., 2009) ou seulement des femmes (Stutts et al., 2015). De plus, alors que dans cette étude, les participants étaient au nombre de 62, d'autres études ont exploré l'effet du soutien social sur un plus grand nombre de patients amputés (p. ex. Desmond & MacLachlan, 2006a).

4.3.3 Utilité pour la pratique professionnelle

La théorie de l'attachement est un élément important, qui est à même d'expliquer les stratégies que les individus utilisent lorsqu'ils sont stressés et les obstacles qu'ils rencontrent pour atteindre la meilleure qualité de vie possible. Il est important pour tous les professionnels de santé de connaître cette théorie afin de mieux comprendre les réactions des patients amputés et de pouvoir les aider de manière optimale dans leur processus de guérison.

4.4 Description de l'étude 4

Pedras, S., Meira-Machado, L., Couto de Carvalho, A., Carvalho, R., & Pereira, G. (2020). Anxiety and/or depression : which symptoms contribute to adverse clinical outcomes after amputation ? *Journal of Mental Health*, 1-9. DOI : 10.1080/09638237.2020.1836554

Cette étude de conception multicentrique et longitudinale, effectuée au Portugal, avait pour but d'explorer le rôle de l'anxiété et de la dépression sur la mortalité, la réamputation et la guérison, après une amputation d'un MI due à un ulcère du pied diabétique. Un échantillonnage intentionnel a été effectué : 239 patients proposés pour une chirurgie d'amputation ont été identifiés par une équipe de professionnels de la santé. De ce nombre, 206 ont donné leur consentement éclairé et 33 ont été exclus. Les patients ont été recrutés consécutivement et invités à collaborer à l'étude lorsqu'ils ont été informés qu'ils subiraient une chirurgie d'amputation. Ils ont été évalués en moyenne 48 heures avant la chirurgie et la moitié de l'échantillon a été évaluée 24 heures avant la chirurgie. Après la chirurgie, 149 patients ont participé à l'étude et ont été inclus dans l'analyse. Il s'agissait de patients atteints de DT2 et d'un ulcère du pied diabétique traités par amputation du MI, qui ont été suivis pendant dix mois après la chirurgie (entre 194 et 652 jours). Au départ, 69 patients avaient déjà une amputation du MI antérieure (46,3%). Sur ceux-ci, 14 (20,3%) avaient subi une amputation majeure et 55 (79,7%) des amputations mineures. En ce qui concerne la collecte de données, cette étude avait un plan prospectif avec quatre moments d'évaluation qui ont été déterminés selon des critères cliniques, puisque, un mois après l'opération (T1), on s'attend à ce que, dans le meilleur des cas, la lésion soit déjà guérie ; six mois après l'opération (T2), le patient devrait avoir commencé la rééducation et les traitements de physiothérapie ; et dix mois après l'opération (T3), les patients seraient complètement rééduqués et indépendants avec des orthèses plantaires ou une prothèse de MI. Des entrevues d'évaluation ont été menées en face à face par un psychologue de la santé. Une évaluation psychologique a été réalisée à quatre moments différents (T0 pré-opératoire, T1, T2 et T3). Au départ, les données concernant les informations sociodémographiques et cliniques ont été enregistrées à l'aide d'un questionnaire développé pour la présente étude. Les informations sociodémographiques incluaient l'âge et le sexe. Le questionnaire clinique comprenait des informations spécifiques au diabète concernant la durée du DT2, le type de pied diabétique, le mode de prise en charge, le nombre de complications associées au DT2, le niveau de l'amputation, l'historique des amputations précédentes, la date de la première réamputation. Les résultats cliniques évalués dans cette étude étaient : le temps jusqu'au décès, le délai de réamputation et le délai de cicatrisation des lésions, à un mois (T1), six

(T2) et dix mois (T3) après l'amputation. La mortalité, toutes causes confondues, et le délai jusqu'au décès ont été obtenus à partir des dossiers hospitaliers et par contact téléphonique lorsque les patients n'ont pas pu se présenter aux rendez-vous de suivi prévus. Le taux et le délai avant la première réamputation ont été extraits des dossiers médicaux. Pour mesurer les symptômes de l'anxiété et de la dépression, l'HADS a été utilisée.

Une méthode d'analyse quantitative a été utilisée. Les patients ayant abandonné l'étude ont été comparés à l'échantillon de l'étude à T0, à l'aide du chi-carré* et de tests t indépendants. Une corrélation de Pearson et le chi-carré ont été réalisés pour analyser les associations entre les variables démographiques, cliniques et psychologiques avec les trois résultats, ainsi que la multicolinéarité des symptômes anxieux et dépressifs. Des modèles de risque proportionnel de Cox* à une variable ont été utilisés pour étudier les associations entre les variables démographiques, cliniques et psychologiques à tous les moments d'évaluation, et les trois variables de résultat (1 – temps entre la présentation et le décès, 2 – temps entre la présentation et la réamputation et 3 – temps entre la présentation et la guérison). Des modèles de Cox multivariés ont également été construits, incluant des variables dont la valeur pronostique et la pertinence clinique sont connues (âge et sexe), ainsi que des variables qui sont apparues comme des prédicteurs significatifs dans les analyses univariées. Les variables avec $p < 0,05$ ont été incluses dans les modèles de Cox et les données manquantes n'ont pas été imputées. Par conséquent, la capacité prédictive de toutes les variables explicatives a été mesurée par les rapports de risque ajustés et leurs IC. Les taux de survie globale (calculés à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier*) ont été utilisés. Le début du suivi correspondait à la date de la chirurgie d'amputation.

Les patients présentant moins de symptômes d'anxiété ont 4% plus de chances de guérir. Par conséquent, le fait d'avoir plus d'anxiété est associé à une difficulté dans le processus de guérison. En effet, des études antérieures ont montré que des niveaux élevés de stress sont associés à un retard de cicatrisation.

4.4.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un devis épidémiologique longitudinal a été utilisé pour évaluer le niveau d'anxiété et de dépression avant et après la chirurgie d'amputation. Le principal avantage des études longitudinales est d'apporter des renseignements sur les changements intra-individuels propres à chaque individu au cours du vieillissement. Une évaluation psychologique a été réalisée à quatre moments différents (T0, T1, T2 et T3), ce qui permet d'avoir une évaluation globale de l'état de santé mentale des patients étudiés sur le moyen terme. L'échantillonnage non probabiliste intentionnel utilisé a permis au chercheur de

désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. Cependant, c'est un critère qui affaiblit la validité interne de l'étude comme expliqué dans l'étude n°1. De plus, durant cette étude, quatorze patients sont décédés, soit 9,4%, ce qui est un facteur limitant la validité interne de l'étude. L'alpha de Cronbach pour l'échelle HADS était de 0,86 et 0,88, ce qui montre la fiabilité de l'outil. Dans les analyses univariées, des associations entre variables ont été mises en avant, mais après des ajustements avec la régression de Cox, ces associations ont été perdues. Les patients ont été censurés à droite* au moment de la perte de suivi ou à la fin de l'étude pour toutes les variables de résultats. En plus de la censure à droite, la censure par intervalles* a également été trouvée dans les analyses de la variable de résultat « temps de guérison ». Ce type de censure se produit lorsqu'on ne connaît pas le moment exact auquel un événement se produit, mais seulement l'intervalle dans lequel il s'est produit. La censure par intervalles dans la guérison est un avantage de cette étude, étant donné qu'il est difficile de déterminer le jour exact de la guérison. L'avantage d'un modèle comme celui de Cox est que l'on peut prendre en compte ces données même si elles ne sont pas « complètes ».

Cette étude comporte certaines limites qui doivent être reconnues, telles qu'une courte période de suivi, un petit nombre d'événements majeurs, la non-hétérogénéité de l'échantillon en ce qui concerne l'étendue (taille) de l'amputation, l'homogénéité des caractéristiques sociodémographiques et l'incapacité à contrôler les options de traitement et les interventions chirurgicales. La période de référence dans le questionnaire HADS est d'une semaine, ce qui ne permet pas de comprendre si les symptômes se sont déjà manifestés précédemment ou s'ils étaient une manifestation d'anxiété antérieure à l'état de santé. Malgré ses caractéristiques multicentriques, cette étude n'a été réalisée que dans des centres de diabète du nord du Portugal, ce qui peut limiter la généralisation des résultats. La petite taille de l'échantillon peut être responsable de résultats non significatifs.

4.4.2 Pertinence clinique

Les résultats ont montré que le taux de mortalité sur dix mois était de 9,4%, que le taux de réamputation était de 27,5% et que le taux de guérison était de 61,7%. Les différences dans la conception, les paramètres, la sélection des patients, les caractéristiques des patients, les définitions des événements, les moments de suivi et d'autres facteurs de confusion* (Apelqvist et al., 2011) entravent une comparaison directe des résultats actuels avec la littérature existante. Cette étude ayant un suivi de dix mois, les auteurs ont choisi de comparer le taux de mortalité avec des études faisant état d'un suivi d'un an, ce qui permet de préserver un écart de deux mois. Ainsi, en observant des études avec un suivi similaire

après une amputation, des taux de mortalité plus élevés ont été observés, allant de 17% à 46% (Fortington, Geertzen et al., 2013 ; Icks et al., 2011 ; Ploeg et al., 2005).

Le risque de développer des complications du diabète chez les personnes déprimées est plus élevé que le risque de développer une dépression chez les personnes présentant des complications du diabète. En outre, dans cet échantillon, le niveau de symptômes d'anxiété avant la chirurgie était plus élevé que les symptômes de dépression, ce qui peut avoir influencé les résultats. Les études futures, avec un échantillon plus large et un plus grand nombre d'événements, devraient explorer le rôle des symptômes de dépression après une amputation en tant que prédicteur à court et à long terme de la mortalité. Il est très important d'explorer cette relation, car la moitié des patients atteints de diabète sucré présentent des symptômes de dépression.

Contrairement aux attentes, les niveaux d'anxiété avant la chirurgie ont eu un plus grand impact sur la guérison que les niveaux d'anxiété post-chirurgicaux. Des études antérieures ont montré que des niveaux élevés de stress étaient associés à une guérison retardée (dans les plaies aiguës et chroniques) (Cacha et al., 2019 ; Gouin & Kiecolt-Glaser, 2011 ; Guo & DiPietro, 2010), probablement en raison d'un stress toxique. Ce résultat renforce l'hypothèse d'un effet négatif de l'anxiété sur le processus de cicatrisation des plaies et souligne la nécessité de fournir un soutien et une intervention psychologique à ces patients avant la chirurgie.

4.4.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les options et procédures thérapeutiques sont différentes entre les deux principaux types de pieds diabétiques et ont pu être responsables de certains des résultats et des différences trouvés dans de nombreuses publications. Comme pour la plupart des patients inclus dans les études précédentes, dans la présente étude, l'ulcère du pied diabétique a guéri plus souvent chez le pied neuropathique que chez le pied neuroischémique, principalement parce que, dans ce dernier type, l'ulcère du pied diabétique est plus sujet à la chronicité, à l'infection, à la destruction des tissus et à la douleur incontrôlée, ce qui entraîne un risque accru d'amputation (Katsilambros et al., 2010).

Les résultats suggèrent que les approches de compréhension de la mortalité, de la réamputation et de la guérison, dans cette population, peuvent être améliorées par l'inclusion d'une évaluation et d'une intervention psychologiques pour les symptômes d'anxiété avant une chirurgie d'amputation. Les interventions psychologiques qui traitent de l'anxiété, notamment la TCC brève (p. ex. entraînement à la relaxation, induction d'images

par des instructions comportementales, promotion de stratégies d'adaptation positives), sont l'intervention de référence et ont été largement utilisées chez les patients hospitalisés (Johnston & Vögele, 1993 ; Spaulding, 2003) comme méthode efficace et peu coûteuse pour réduire l'anxiété pour la santé des patients en milieu médical (Tyrer et al., 2014).

4.5 Description de l'étude 5

Sabah, H., & Hend, M. (2019). Motor Capabilities of Lower Limb Amputated Patients and Its Relation to Body Image and Depression. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 64(0), 18-28. DOI : 10.7176/JHMN

Cette étude descriptive et corrélationnelle effectuée en Égypte avait pour but de mesurer la relation entre les capacités motrices des patients amputés d'un MI, l'image corporelle et le niveau de dépression. Un échantillonnage intentionnel a été effectué avec un échantillon de commodité de 64 patients. Des critères d'inclusion ont été utilisés. Plus de la moitié des participants étaient des hommes et 59,3% d'entre eux étaient âgés de 51 à 64 ans, l'âge moyen étant de 58 ans. L'échantillon comportait 28,2% de patients avec un emploi dans le secteur public. En outre, leur niveau d'éducation a révélé que 34% étaient analphabètes, et la majorité d'entre eux, 66%, vivaient dans des zones rurales. Concernant leur état civil, 37% d'entre eux étaient mariés. En ce qui concerne la collecte de données, l'échantillon sélectionné a été admis au département de rhumatologie et de réadaptation de l'hôpital universitaire de Minia et a été informé individuellement par les chercheurs du but et de la nature de l'étude. Les chercheurs ont commencé à collecter des données en utilisant le premier outil (caractéristiques biosociodémographiques). Après cela, les chercheurs ont collecté des informations durant un entretien en face à face à l'aide des trois échelles suivantes : Locomotor Capabilities Index (LCI), Amputee Body Image Scale (ABIS) et BDI.

Une méthode d'analyse quantitative a été utilisée. Les données ont été résumées, tabulées et présentées à l'aide de statistiques descriptives sous forme de distribution de fréquences, de pourcentages, de moyennes et d'écart-types comme mesure de dispersion. Un logiciel statistique pour les sciences sociales (SPSS), version 20, a été utilisé pour l'analyse statistique des données, car il contient le test de signification donné dans les ouvrages statistiques standard. Les données numériques ont été exprimées sous forme de moyenne et d'écart-type. Le test ANOVA a été utilisé pour les groupes multiples. L'analyse de corrélation de Pearson a été utilisée pour évaluer les interrelations entre les variables quantitatives. La signification statistique a été considérée à une valeur $p \leq 0,05$.

En ce qui concerne la perturbation de l'image corporelle due à l'amputation, les résultats ont révélé que 93,7% de l'échantillon de l'étude avait une faible image corporelle après une amputation. En effet, la différence entre un idéal et la réalité corporelle peut créer une image corporelle négative. Dans la présente étude, 31,2% et 21,9% de l'échantillon de l'étude souffraient respectivement de dépression modérée et sévère après une amputation. Une corrélation significative élevée entre l'échelle des capacités locomotrices et l'image corporelle ainsi que le niveau de dépression a été trouvée.

4.5.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un devis descriptif et transversal a été utilisé, ce qui a permis de recueillir les données à un moment précis auprès de la population cible. L'échantillonnage non probabiliste intentionnel utilisé a permis au chercheur de désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. Cependant, c'est un critère qui affaiblit la validité interne de l'étude comme expliqué dans l'étude n°1. Trois outils ont été utilisés dans cette étude : le LCI, l'ABIS et le BDI. La validité de ces trois outils a été testée et jugée pertinente par des experts. En effet, la cohérence interne du LCI a été déterminée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach et les IC à 95% ont été calculés par la méthode bootstrap*. La fiabilité de l'ABIS était de 0,88 avec un alpha de Cronbach de 0,92. La cohérence interne du BDI variait de 0,73 à 0,92 avec une moyenne de 0,86 et un alpha de Cronbach de 0,86 et 0,81 pour les populations psychiatriques et non psychiatriques respectivement. De plus, une étude pilote a été réalisée sur six patients (10%) de l'échantillon total afin de tester la faisabilité, l'objectivité et l'applicabilité des outils. Tous les résultats obtenus ont été comparés avec de précédentes études et la plupart des résultats étaient semblables. L'analyse de corrélation de Pearson a été utilisée pour évaluer les interrelations entre les variables quantitatives. La signification statistique a été considérée à une valeur $p \leq 0,05$. Une réplication de l'étude sur un plus grand échantillon provenant de différentes zones géographiques devrait être faite pour obtenir une généralisation des résultats.

4.5.2 Pertinence clinique

Les résultats ont révélé que 93,7% de l'échantillon de l'étude avait une faible image corporelle après l'amputation. Ces résultats ont été soutenus par les conclusions de Desmond et al. (2012) qui ont rapporté que les personnes qui subissent une amputation ont une perturbation de leur image corporelle qui peut se répercuter durablement sur le sentiment d'identité d'un individu et la nature de ses interactions sociales. Holzer et al. (2014) ont constaté que les personnes amputées des MI avaient un score significativement

plus faible dans le Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), soit $3,09 \pm 0,55$, contre $3,41 \pm 0,34$ dans le groupe témoin, ce qui indique que l'amputation d'un MI diminue significativement la perception de l'image corporelle ($p < 0,001$).

Dans la présente étude, 31,2% et 21,9% de l'échantillon de l'étude souffrent respectivement de dépression modérée et sévère après une amputation. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Wegener et al. (2009) qui rapportent des taux de troubles dépressifs majeurs de 34% à 35% pour les amputés hospitalisés et de 21% à 35% pour les amputés ambulatoires. Bien que ces résultats ne soient pas conformes aux conclusions de l'étude de Ghous et al. (2015) dans laquelle sur un échantillon de 110 amputés, 28 (25,5%) n'avaient pas de dépression, 35 (31,8%) étaient légèrement déprimés, 16 (14,5%) étaient à la limite de la dépression, 14 (12,7%) étaient modérément déprimés, 8 (7,3%) étaient sévèrement déprimés et 9 (8,2%) étaient extrêmement déprimés selon le BDI. L'auteur explique ce niveau de dépression par l'utilisation d'appareils d'assistance, la tendance à visiter des centres de réadaptation équipés des dernières installations et le grand nombre d'amputés qui suivent un programme de réadaptation approprié. Tous ces éléments n'étant pas disponibles pour l'échantillon de cette étude, la dépression est élevée.

Les résultats de cette étude ont également révélé des différences statistiquement significatives entre les capacités locomotrices, l'image corporelle et la dépression. Le score moyen le plus élevé pour la différence entre les sexes était celui des femmes, ce qui peut s'expliquer par le fait que les aspects esthétiques de la prothèse ont une plus grande influence sur l'image corporelle et la dépression chez les femmes. Ceci est cohérent avec l'étude de Murray (2009) qui rapporte que les préoccupations concernant les différents aspects de l'utilisation des prothèses entre les hommes et les femmes montrent que l'image corporelle et l'identité sont une plus grande priorité pour les femmes. Les hommes amputés ont tendance à se concentrer sur la fonctionnalité de leurs prothèses, alors que de nombreuses femmes amputées sont préoccupées par l'attractivité féminine. En outre, cette étude a été confirmée par celle de Williams et al. (2009) selon laquelle le fait d'être une femme est un prédicteur significatif de symptômes de dépression plus importants six mois après l'amputation. Dans la présente étude, il y avait une corrélation significative élevée entre l'échelle des capacités locomotrices et l'image corporelle ainsi que le niveau de dépression, ce qui peut être attribué au fait que l'effet négatif de la prothèse sur l'image corporelle augmente le sentiment de dépression en même temps que le patient est contraint de porter une prothèse la plupart du temps pour pouvoir effectuer ses AVQ. Ceci est cohérent avec l'étude de Rybarczyk et Behel (2008) selon laquelle une mauvaise image corporelle post-amputation expose la personne amputée à des résultats négatifs tels qu'une

dépression accrue et une diminution de la satisfaction de la vie, de la qualité de vie et des niveaux d'activité.

4.5.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Un programme de réadaptation structuré et bien planifié, adapté aux besoins spécifiques des personnes amputées d'un membre, devrait être établi afin de déterminer son impact sur leurs capacités fonctionnelles, leur image corporelle et leur niveau de dépression. Une implication structurée des physiothérapeutes dans l'équipe multidisciplinaire devrait inclure une discussion préopératoire sur le potentiel de réadaptation et le niveau d'amputation, ainsi que la réadaptation postopératoire précoce et la coordination des plans de sortie. Il est important pour la plupart des amputés d'avoir une prothèse optimale, car elle est la partie centrale de l'ajustement de leur image corporelle post-amputation. La prothèse est souvent considérée comme une extension du corps, et l'insatisfaction par rapport à son aspect fonctionnel ou esthétique peut entraîner des difficultés d'adaptation. Il est également important d'identifier les manifestations de la dépression chez les patients amputés, mais plus particulièrement chez les femmes, qui présentent une prévalence plus élevée de dépression.

4.6 Description de l'étude 6

Abouammoh, N., Aldebeya, W., & Abuzaid, R. (2021). Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia : a qualitative study. *EMHJ*, (27), 407-413. DOI : 10.26719/emhj.20.124

Cette étude phénoménologique à visée compréhensive effectuée en Arabie Saoudite avait pour but d'explorer les expériences d'ajustement des amputés et leurs besoins avant et après l'amputation. Un échantillonnage intentionnel a été effectué : les participants au groupe de discussion ont été choisis de manière opportune dans l'unité de réadaptation des patients hospitalisés. Sur les onze participants éligibles, six étaient présents au moment du focus group, dont une amputée qui travaillait au centre. Des critères d'inclusion* ont été utilisés. Le temps écoulé depuis l'amputation était compris entre quatre et quinze ans, et les niveaux d'amputation variaient selon les participants. Le groupe de discussion s'est déroulé dans une salle de réunion calme et a duré une heure. Un échantillon de commodité* de trois patients hospitalisés et un échantillon raisonné* de quatre autres patients ont été invités à participer aux entretiens semi-structurés. Trois entretiens ont eu lieu dans la même salle et les autres ont été menés dans la chambre du patient. Ils ont duré 30 à 45 minutes. La collecte des données a été menée par deux chercheurs travaillant en contact étroit avec

des amputés. Le guide des sujets a été élaboré sur la base de directives précédemment utilisées dans des études similaires et modifié en fonction de l'objectif de ce projet. Des entretiens semi-structurés ont été utilisés et analysés quatre semaines après la discussion.

Une méthode d'analyse qualitative a été utilisée. En effet, tous les entretiens ont été enregistrés, transcrits mot à mot et analysés dans leur langue d'origine, l'arabe. L'analyse thématique a été utilisée pour fournir une structure séquentielle à l'analyse des données. Une approche itérative* a été adoptée afin de couvrir les expériences des patients. Les deux chercheurs se sont familiarisés avec l'étendue, la profondeur et la diversité des données. Ils ont convenu d'un cadre de codage* initial qui a ensuite été appliqué à d'autres transcriptions, avec la souplesse nécessaire pour permettre l'ajout d'autres codes.

Deux thèmes principaux ont émergé de l'analyse des données : les expériences et les besoins avant l'amputation, et les expériences d'ajustement social et psychologique après l'amputation.

4.6.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, l'utilisation d'un devis phénoménologique* a permis aux chercheurs d'approfondir l'expérience des patients qui avaient subi une amputation telle qu'ils la vivaient. L'échantillonnage non probabiliste intentionnel utilisé a permis au chercheur de désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. Cependant, c'est un critère qui affaiblit la validité interne de l'étude comme expliqué dans l'étude n°1. Les deux chercheurs travaillaient en contact étroit avec les patients, ce qui les a rendus plus familiers avec les expressions, les sentiments et les moyens d'établir un rapport avec eux. Des entretiens semi-structurés individuels ont été menés et ont permis aux participants de s'exprimer librement sur des questions sensibles définies par les chercheurs, comme les sentiments et les attitudes spirituelles. La triangulation* des techniques de collecte de données, les questions d'approfondissement, la présence de plus d'un codeur et la transparence dans la présentation des résultats ont été utilisées pour garantir la fiabilité des résultats. Les thèmes ont été étudiés jusqu'à leur saturation, ce qui a permis d'assurer le recueil de l'ensemble des informations. Cependant, la petite taille de l'échantillon ne permet pas la transférabilité* des résultats.

4.6.2 Pertinence clinique

Dans cette étude, il est dit que l'acceptation de l'image corporelle pourrait être une mesure potentielle de l'adaptation psychologique à l'amputation. Les entretiens ont indiqué que les

patients avaient besoin d'un environnement équilibré pour exprimer sainement leurs émotions et que leurs symptômes physiques et émotionnels pouvaient être soulagés par les traditions culturelles et spirituelles. Les participants ont considéré la spiritualité comme un élément clé afin de s'adapter à leur nouvelle situation. D'autres études ont également constaté que les croyances spirituelles des participants stabilisaient leur vie, donnaient un sens à l'expérience du handicap, les aidaient à faire face et renforçaient leur connexion spirituelle (Al-Mutair et al., 2014 ; Treloar, 2002).

Cette étude a montré que, contrairement au soutien communautaire, le soutien familial était efficace pour l'adaptation et l'amélioration de la qualité de vie. Le soutien familial, notamment de la part des parents et des enfants, était la principale source de force psychologique chez les amputés. Les participants ont déclaré avoir besoin d'une réaction équilibrée de la part de leurs proches pour pouvoir exprimer leurs émotions. En revanche, ils pouvaient cacher leurs véritables sentiments si leurs familles négligeaient le soutien qu'elles pouvaient leur apporter.

Selon cette étude, les facteurs culturels et sociaux peuvent amener les personnes amputées à se sentir handicapées. Il a été noté dans une étude qualitative que les individus développent leur identité et l'interprétation de leur apparence à partir de la perspective d'autres personnes (Monteleone & Forrester-Jones, 2017). En concordance, les participants à cette étude n'aimaient pas être pris en pitié ou aidés par les autres lorsque la logistique faisait défaut.

Les recherches futures devraient se pencher sur les expériences des amputés des MI défavorisés qui ont un accès limité aux services de réadaptation. Le rôle des conjoints et des guérisseurs religieux/traditionnels dans l'adaptation physique et psychologique pourrait être davantage exploré.

4.6.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude a mis en avant le fait que la possibilité de passer par le processus de prise de décision peut conduire à un contrôle perçu plus élevé et à une meilleure adaptation (Ogden, 2012). C'est pour cela que le patient doit être acteur de sa prise en charge. De plus, les réactions dépressives peuvent être réduites par l'éducation du patient (Hamill et al., 2010), c'est pourquoi il est essentiel d'informer le patient sur son état de santé et sa prise en charge. Ces résultats et ceux d'autres études indiquent que la rencontre avec d'autres amputés est la source d'information et de soutien la plus utile (Hamill et al., 2010), ce qui suggère que la mise en place de groupes de parole pourrait être bénéfique.

Une série de besoins non satisfaits, impliquant un soutien familial, communautaire et religieux, a été identifiée chez les amputés des MI. Cette étude appelle les politiciens à participer à décharger les personnes amputées de la notion de handicap. Cela consiste à leur fournir toute la logistique nécessaire à l'exercice de leur droit à l'indépendance et à l'inclusion sociale. Les professionnels de la santé pourraient prêter plus d'attention aux besoins des patients en impliquant les familles dans leurs plans de traitement.

4.7 Description de l'étude 7

Armstrong, T., Williamson, M., Elliott, T., Jackson, W., Kearns, N., & Ryan, T. (2019). Psychological distress among persons with upper extremity limb loss. *The British Psychological Society*, 24(4) 746-763. DOI : 10.1111/bjhp.12360

Cette étude transversale et multisite réalisée aux États-Unis avait pour objectif d'examiner les prédicteurs de niveaux cliniquement significatifs de détresse psychologique chez les personnes atteintes d'une perte du MS. Un échantillonnage intentionnel a été effectué. Les participants potentiels avaient été évalués pour une prothèse du MS dans l'un des six centres régionaux Advanced Arm Dynamics. Les participants à l'étude étaient 307 personnes avec une amputation du MS. L'âge moyen était de 42,25, ans. La majorité s'est identifiée comme blanche (70,7%) et était de sexe masculin (69,1%). La plupart des participants avaient une amputation du MS unique (89,3%), la blessure la plus courante étant l'amputation partielle de la main. Les blessures traumatiques étaient la principale cause de blessure (76,9%). Les participants potentiels ont été adressés par des médecins ou des compagnies d'assurance, et quelques-uns se sont auto-référés. En ce qui concerne la collecte de données, les participants ont consenti et ont été interrogés par des ergothérapeutes formés auparavant. Toutes les mesures ont été effectuées verbalement et enregistrées par l'ergothérapeute désigné sur chaque site pour mener l'entrevue.

Une méthode d'analyse quantitative a été utilisée. Toutes les variables prédictives catégorielles ont été codées pour créer des variables dichotomiques pour les analyses. Le sexe, l'origine ethnique et l'âge ont été saisis dans le premier bloc pour obtenir des différences démographiques dans la prédiction des appartenances au groupe. Le deuxième bloc comprenait le temps écoulé depuis la blessure, l'étiologie de la blessure et les prédicteurs d'amputation partielle de la main. Le troisième bloc a été subdivisé avec l'interférence de la douleur et la restriction d'activité saisies séparément. À chaque bloc entré, l'indépendance de l'hypothèse d'alternatives non pertinentes du modèle logistique multinomial a été évaluée à l'aide du test de Hausman-McFadden. Cette hypothèse a été vérifiée pour chaque bloc. Des tests likelihood ratio test (LR) ont été utilisés pour évaluer la

signification statistique en raison de la nécessité de tester plusieurs paramètres en même temps afin de déterminer la contribution du modèle. Les modèles finaux ont été évalués à l'aide de la version généralisée du test d'ajustement de Hosmer-Lemeshow*. Le ROC* multiclasse a évalué la précision de la classification des modèles. Les distributions de probabilités lissées ont été calculées à l'aide de l'estimation de la densité du noyau, et le taux de faux positifs, le taux de vrais positifs et le ROC ont ensuite été calculés.

Les résultats de la présente étude suggèrent qu'un pourcentage élevé (plus de 50%) de l'échantillon avec une amputation du MS a été identifié comme souffrant de symptômes dépressifs et de TSPT. Le TSPT, la dépression et l'anxiété sont associés à une qualité de vie inférieure chez les personnes atteintes d'amputation d'un MS. Une crainte mise en avant est que les personnes souffrant simultanément de TSPT et de dépression présentent une déficience fonctionnelle importante et n'aient pas accès aux ressources psychologiques et sociales qui pourraient résoudre ces problèmes.

4.7.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un devis descriptif et transversal a été utilisé, ce qui a permis de recueillir les données à un moment précis auprès de la population cible. L'échantillonnage non probabiliste intentionnel utilisé a permis aux chercheurs de désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. Cependant, c'est un critère qui affaiblit la validité interne de l'étude comme expliqué dans l'étude n°1. Les participants ont rempli un item de pain interference (PI) portant sur l'interférence de la douleur avec un coefficient d'alpha de Cronbach à 0,85 et ont répondu également à un deuxième item de Orthotics and Prosthetics Users' Survey (OPUS) portant sur la restriction d'activité avec un coefficient d'alpha de Cronbach à 0,87. Ils ont ensuite rempli deux outils de dépistage, le premier concernant le TSPT avec un coefficient d'alpha de Cronbach à 0,79 et le deuxième concernant la dépression avec un coefficient d'alpha de Cronbach à 0,77. Une valeur alpha supérieure à 0,7 était jugée satisfaisante.

Cette étude est limitée par la conception transversale et l'utilisation d'outils de dépistage qui manquent de spécificité diagnostique. Les propriétés psychométriques du dépistage de la dépression utilisé dans la présente étude n'ont pas été étudiées et la sensibilité de l'instrument n'a pas été établie. Des travaux supplémentaires sont nécessaires avec des instruments standardisés pour déterminer le pourcentage d'individus atteints d'amputation du MS qui répondent aux critères de diagnostic de la dépression et du TSPT.

4.7.2 Pertinence clinique

Dans cette étude, le pourcentage de personnes présentant des niveaux de dépression cliniquement significatifs (55,4% dans l'ensemble, 34,5% sans TSPT) est cohérent avec les taux rapportés dans les études précédentes sur la dépression chez les personnes souffrant d'amputation du MS (qui vont de 20 à 47%). Ceux qui répondaient aux critères de dépistage du TSPT (23,4%) correspondaient également aux taux rapportés dans la littérature existante (22-26% ; Phelps et al., 2008). Plus important encore, la présente étude est la première à trouver qu'un nombre critique de personnes atteintes d'amputation du MS ont des problèmes de TSPT et de symptômes dépressifs concomitants (20,8%).

Les résultats révèlent également des associations importantes entre plusieurs variables démographiques et la détresse psychologique qui peuvent avoir été obscurcies dans des études antérieures avec des échantillons de plus petite taille. Les femmes et les participants issus de minorités ethniques avec une amputation d'un MS avaient une plus grande probabilité de signaler des niveaux cliniquement significatifs de TSPT et de dépression par rapport aux participants masculins et blancs. Des études épidémiologiques appuient les résultats concernant la prévalence accrue des diagnostics de dépression et de TSPT chez les femmes dans la population générale (Hasin et al., 2018). La présente étude est la première à documenter une association significative entre le statut de minorité ethnique et la dépression et le TSPT après une amputation du MS.

En raison des recherches limitées concernant les différences de niveau de détresse avant et après l'amputation du MS, il est difficile de déterminer si les personnes souffrant d'une plus grande détresse après l'amputation éprouvaient des niveaux de détresse similaires avant l'amputation ou si celle-ci a entraîné des niveaux de détresse plus élevés. Dans le futur, une évaluation approfondie pourrait prendre en considération les niveaux de détresse actuels et passés et les facteurs contribuant à la détresse post-amputation.

4.7.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Les résultats soulignent la nécessité d'interventions psychologiques qui traitent les problèmes délétères de la dépression, du TSPT et de la douleur chez les personnes atteintes d'amputation du MS. Les recherches disponibles indiquent que les programmes d'autogestion sont supérieurs aux groupes de soutien pour réduire les symptômes de la dépression et favoriser la fonction et les humeurs positives chez les personnes ayant perdu un membre (Williams et al., 2009). Compte tenu de la pénurie de services psychologiques

pour les personnes atteintes d'une amputation du MS, la mise en place de programmes d'autogestion innovants et rentables semble justifiée.

4.8 Description de l'étude 8

Pedras, S., Carvalho, R., Pereira, G., & Vilhena, E. (2018). Psychosocial Adjustment to a Lower Limb Amputation Ten Months After Surgery. *Rehabilitation Psychology*, 63(3), 418-430. DOI : 10.1037/rep0000189

Cette étude longitudinale et multisite réalisée au Portugal avait pour but d'examiner l'influence des caractéristiques démographiques, des réactions psychologiques, de la fonctionnalité, des stratégies d'adaptation et du soutien social sur l'adaptation psychosociale à l'amputation d'un MI dix mois après l'opération. Un échantillonnage intentionnel a été effectué ; 86 participants ont été recrutés dans six grands hôpitaux du nord du Portugal. Des critères d'inclusion ont été utilisés. Les professionnels de santé ont identifié les patients éligibles pour participer à l'étude. En ce qui concerne la collecte de données, sur une référence initiale de 206 patients portugais, un échantillon de 86 patients ayant subi une amputation d'un MI en raison d'un diabète sucré de type II a été évalué au cours de l'hospitalisation qui a précédé la chirurgie (T0) et lors des consultations de suivi des patients hospitalisés, un mois (T1), six mois (T2) et dix mois (T3) après la chirurgie. Les variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, statut marital et professionnel), les données spécifiques au diabète (durée du DT2, antécédents d'ulcères, durée de l'ulcère, type de pied diabétique et nombre de complications liées au diabète) et les informations spécifiques à l'amputation (niveau de l'amputation précédente chez les patients déjà amputés mais indiqués pour une autre amputation et niveau de l'amputation) ont été enregistrées à T0. Les mesures auxquelles les patients ont répondu à chaque moment d'évaluation sont les suivantes : Barthel Index (BI), HADS, Impact of Event Scale Revised (IES-R), Satisfaction with Social Support Scale (SSSS), Ways of Coping Questionnaire (WOC) et Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales Revised (TAPES-R).

Une analyse quantitative a été effectuée. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon. Des tests t et des tests chi-carré ont été effectués pour comparer les mesures démographiques, cliniques et psychologiques entre les participants et les abandons. Afin d'évaluer l'impact du sexe et de l'âge, des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress traumatiques, de la fonctionnalité, du soutien social et des stratégies d'adaptation sur l'adaptation psychosociale, trois modèles d'analyse ont été réalisés. Cela a aussi permis d'explorer les

relations entre les variables pré et post-chirurgicales. L'analyse du cheminement utilise des techniques de régression linéaire multiple* et bivariée pour tester les relations causales entre les variables et déterminer la mesure dans laquelle une variable indépendante affecte directement et indirectement la variable dépendante. Les coefficients ont été calculés par une série d'analyses de régression multiple. Les variables continues ont été analysées pour détecter un écart significatif par rapport à la normalité. Le test de chi-carré de l'échelle de Satorra-Bentler* a été utilisé. Une valeur p non significative ($p < 0,05$) et le rapport $(S-B\chi^2)/df < 3$ représentent un bon ajustement du modèle. Le Comparative Fit Index* (CFI) atteint une valeur maximale de 1,00, les valeurs supérieures à 0,90 suggérant une bonne adéquation. Il a également été utilisé pour l'approximation de l'erreur quadratique moyenne où une valeur inférieure à 0,05 indique un bon ajustement, mais où des valeurs allant jusqu'à 0,08 sont considérées comme acceptables.

Les résultats ont indiqué que les symptômes de stress traumatique un mois après la chirurgie étaient négativement associés à l'adaptation générale, sociale et psychosociale globale à l'amputation dix mois après la chirurgie. Les patients présentant des symptômes de stress traumatique peuvent faire état d'irritabilité, de difficultés interpersonnelles et de sentiments de détachement des autres en évitant les contacts sociaux, ce qui peut à son tour éroder les relations sociales. Selon cette étude, les patients présentant moins de symptômes d'anxiété peuvent être plus stables sur le plan émotionnel et se sentir plus proches de leurs amis et de leur famille.

4.8.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un devis descriptif longitudinal a été utilisé. Les participants ont répondu à des questionnaires à quatre moments différents (T0, T1, T2 et T3). Ces questionnaires avaient tous un coefficient d'alpha de Cronbach supérieur à 0,7, ce qui est considéré comme une valeur acceptable. L'échantillonnage non probabiliste intentionnel utilisé a permis au chercheur de désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. Cependant, c'est un critère qui affaiblit la validité interne de l'étude comme expliqué dans l'étude n°1. Dans cette étude, le taux d'attrition* était de 58% ; c'est-à-dire que seul ce pourcentage de l'échantillon initial a participé à l'évaluation à T3. De plus, en raison de la taille de l'échantillon, les résultats doivent être interprétés avec prudence et les modèles d'analyse de cheminement doivent être testés sur des échantillons plus importants, pour réduire les estimations d'erreurs de type II. Aussi, l'échantillon comprenait un pourcentage élevé de patients ayant subi une amputation mineure (orteils et transmétatarsien) ; ainsi, la généralisation de ces résultats à des échantillons plus traditionnels de perte de membres comprenant des amputations majeures (au-dessus et

au-dessous du genou), avec des résultats fonctionnels nettement différents, doit être soigneusement examinée.

4.8.2 Pertinence clinique

Dans cette étude, les symptômes de stress traumatique (T1) étaient négativement associés à l'adaptation générale, l'adaptation aux limitations et l'adaptation sociale dix mois après l'amputation. Dans tous les modèles, en tenant compte de la contribution des variables pré-chirurgicales, les symptômes de dépression à T0 étaient significativement associés à la dépression et aux symptômes d'anxiété à T1. Les symptômes d'anxiété à T0 contribuent à l'anxiété à T1. Entre autres, les réactions psychologiques avant la chirurgie (symptômes d'anxiété et de dépression) sont des prédicteurs des réactions psychologiques post-chirurgicales, comme cela a été rapporté dans d'autres études (Caumo et al., 2001 ; Karanci & Dirik, 2003 ; Pinto et al., 2013), ce qui renforce le besoin d'évaluation et d'intervention avant la chirurgie d'amputation.

Peu d'études se sont concentrées sur la réaction traumatique à l'amputation dans cette population (Cavanagh et al., 2006 ; de Godoy et al., 2002 ; Martz & Cook, 2001 ; Phelps et al., 2008), en partant du principe que les patients amputés en raison d'une maladie chronique sont mieux préparés à ce résultat clinique, d'autant plus que l'amputation n'est pas le résultat d'une situation imprévisible ou incontrôlable. Cependant, cette étude a révélé que ce n'est pas toujours le cas, et que des mesures doivent être prises pour éviter non seulement la progression des symptômes de stress traumatique, mais aussi leur effet négatif sur l'adaptation psychosociale dix mois après l'amputation. Il est important de souligner que des symptômes de stress traumatique non reconnus et non traités peuvent entraîner de mauvais résultats physiques, mentaux et sociaux.

En matière d'implications pour la pratique clinique, les études futures devraient se concentrer sur l'efficacité des interventions psychosociales avec une base de preuves solide. Le soutien social, six mois après l'opération, était un médiateur dans la relation entre les symptômes de stress traumatique un mois après l'opération et l'adaptation aux limitations dix mois après l'amputation, ce qui souligne la nécessité de promouvoir le soutien social dans cette population. Les interventions psychosociales devraient être préventives, en ciblant les réponses psychologiques et en favorisant le niveau de fonctionnalité avant la chirurgie, afin de prévenir les réactions psychologiques négatives après la chirurgie et les difficultés dans le processus d'adaptation. La promotion du soutien social dans le but d'optimiser l'adaptation psychosociale à la suite de l'amputation, non seulement pendant l'hospitalisation mais aussi dans le temps, devrait également être une

cible d'intervention (Livneh, 2001). De plus, les patients amputés en raison d'un ulcère du pied diabétique qui ne sont pas candidats à une réadaptation prothétique peuvent connaître un processus d'adaptation différent, de même que les amputés qui ont subi une amputation mineure (par exemple, orteils ou transmétatarsien) mais qui risquent de subir une réamputation majeure. Pour ces patients à risque de réamputation majeure, un soutien psychologique plus intensif peut être nécessaire, non seulement pour favoriser l'adaptation psychosociale (générale, sociale et aux limitations) à l'amputation, mais aussi pour promouvoir l'adhésion aux comportements d'auto-soins des pieds, l'adhésion à une orthèse, à des béquilles ou à l'utilisation d'un fauteuil roulant, favorisant la fonctionnalité et la vie indépendante.

4.8.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Dans cette étude, il est mis en avant que l'adaptation psychosociale pourrait être favorisée en fournissant un soutien psychologique pour faire face aux symptômes d'anxiété et de stress avant et immédiatement après la chirurgie afin de prévenir le développement d'un TSPT. Les stratégies cognitives comportementales ont été l'intervention de référence pour réduire les symptômes d'anxiété et de stress traumatique chez les patients atteints d'une amputation du MI (Srivastava & Chaudhury, 2014 ; S. T. Wegener et al., 2008). Comme Horgan et MacLachlan (2004) l'ont indiqué, les deux années suivant l'amputation sont une période de grande susceptibilité au développement et au maintien des symptômes psychologiques affectant l'adaptation, mais selon les résultats de cette étude, la période d'un an après l'amputation est déjà un moment important pour l'intervention. De plus, l'évaluation des patients amputés devrait utiliser des outils de dépistage adaptés à la perte d'un membre, tels que le TAPES-R (Gallagher et al., 2010), ainsi que des mesures spécifiques pour évaluer la présence d'un TSPT, notamment la Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) (Blake et al., 1995). Il s'agit par conséquent de mettre en place une intervention psychothérapeutique spécifique. Ainsi, le soutien social devrait être encouragé par des interventions psychosociales formelles non seulement à l'hôpital pendant un séjour hospitalier, mais aussi au fil du temps, en intégrant les ressources communautaires, telles que les groupes de soutien aux amputés et les associations informelles de patients, étant donné que des contraintes plus importantes seront perçues lors du retour des patients à domicile. De même, les programmes d'intervention faisant appel à des pairs mentors bénévoles (des personnes qui ont déjà vécu cette situation) peuvent être utiles pour aider les patients lors de leur admission à l'hôpital, ainsi que dans la première phase d'adaptation (S. T. Wegener et al., 2008).

4.9 Description de l'étude 9

Brier, M., Williams, R., Turner, A., Henderson, A., Roepke, A., Norvell, D., Henson, H., & Czerniecki, J. (2018). Quality of Relationships With Caregivers, Depression, and Life Satisfaction After Dysvascular Lower Extremity Amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(3), 452-458. DOI : 10.1016/j.apmr.2017.09.110

Cette étude de cohorte* transversale effectuée aux États-Unis avait pour objectif de décrire la relation entre le soutien et les conflits spécifiques au fournisseur de soins, et les résultats psychosociaux chez les personnes subissant leur première amputation dysvasculaire des MI. Un échantillonnage intentionnel a été effectué. Les candidats potentiels à l'étude ont été adressés par les cliniques de soins des plaies, les médecins et les infirmières travaillant avec les patients. Des critères d'inclusion* ont été utilisés. Cet échantillon était composé principalement d'anciens combattants blancs (77%) et d'hommes (95%). En ce qui concerne la collecte de données, les participants ont été évalués verbalement en personne ou par téléphone dans les six semaines suivant la procédure d'amputation définitive pour les données de base et douze mois après l'amputation. Les mesures de base comprenaient des données démographiques (âge, sexe, race, état matrimonial et niveau d'éducation), des informations sur l'amputation et des facteurs de santé (présence de MAP, diabète sucré et diagnostics d'hypertension). Tous les instruments ont été utilisés par un coordinateur d'étude formé désigné pour chaque site. La qualité perçue de la relation entre les participants à l'étude et leurs soignants après l'amputation a été évaluée à l'aide du Quality of Relationship Inventory (QRI). La satisfaction à l'égard de l'espérance de l'autre a été mesurée à l'aide du Satisfaction With Life Scale (SWLS). Les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide du Patient Health Questionnaire-9. Le soutien social global perçu a été évalué à l'aide du Modified Social Support Survey (MSSS). La mobilité a été mesurée à l'aide du LCI. Le Self-rated health (SRH) a été évalué à l'aide d'un seul élément calqué sur la question générale sur la santé de l'Enquête abrégée.

Une méthode d'analyse quantitative a été utilisée. Afin de comparer les personnes qui ont rempli les éléments du QRI (n = 137) avec celles qui ne l'ont pas fait et qui ont donc été exclues ici (n = 20), des analyses unidirectionnelles de variance et des analyses chi-carré ont été effectuées pour les caractéristiques de santé de base et les variables d'intérêt sur douze mois. Pour déterminer s'il y avait des facteurs de confusion contribuant aux symptômes dépressifs ou à la satisfaction globale à l'égard de la vie, des analyses univariées distinctes ont été menées avec les symptômes dépressifs et la satisfaction globale à l'égard de la vie en tant que résultats, la mobilité, la SRH, l'âge et la race en tant que variables indépendantes. Si une variable indépendante était significativement associée

à un résultat (soit la satisfaction globale à l'égard de la vie soit des symptômes dépressifs) à $p < 10$, elle a été incluse dans l'analyse multivariée. Étant donné que les sous-échelles du QRI sont censées fournir des informations uniques au-delà d'une mesure du soutien social global, le MSSS a été inclus dans tous les modèles multivariés, qu'il soit ou non associé de manière significative à la variable de résultat. Après avoir effectué des analyses univariées, deux analyses de régression multi-variables à entrée forcée ont été menées avec la satisfaction globale dans la vie et les symptômes dépressifs comme résultats, et les sous-échelles de soutien et de conflit du QRI comme variables indépendantes, en tenant compte du soutien social global perçu et de tout autre facteur jugé significativement associé aux variables de résultats au niveau univarié.

Les résultats ont indiqué que les conflits avec les soignants sont associés à des symptômes dépressifs, et que le soutien des aidants naturels et les conflits sont associés à la satisfaction à l'égard de la vie.

4.9.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un devis descriptif transversal a été utilisé, ce qui a permis de recueillir les données à un moment précis auprès de la population cible. Cette étude est une analyse secondaire de deux études de cohorte prospective multisites de plus grande envergure menées auprès de personnes subissant leur première amputation majeure des MI en raison de complications de la MAP ou du diabète. Afin d'augmenter la puissance de l'étude et d'élargir la généralisabilité du modèle, les deux ensembles de données ont été combinés, assurant une large gamme géographique et temporelle.

Les limites de cette étude incluent l'utilisation d'une mesure d'auto-évaluation pour évaluer la dépression. En raison de sa conception transversale, il n'est pas possible d'établir la directionnalité des associations lorsque les facteurs de risque et les résultats sont mesurés simultanément. Par conséquent, il n'est pas possible d'être certain que les conflits avec les aidants naturels contribuent à la dépression et à des niveaux plus faibles de satisfaction dans la vie ou inversement. De plus, en raison de considérations relatives à la taille de l'échantillon, il n'a pas été possible d'explorer s'il y avait un effet modérateur du type de relation (par exemple, conjoint vs soignant). En outre, étant donné que l'échantillon était constitué à 95% d'hommes, ces résultats ne sont pas nécessairement généralisables aux femmes ayant perdu un membre. Enfin, les personnes qui ont noté qu'elles n'avaient pas d'aidant naturel n'ont pas été incluses dans cet échantillon ; par conséquent, les résultats ne se généralisent pas à ce sous-ensemble de personnes.

4.9.2 Pertinence clinique

Les résultats ont indiqué que les conflits avec les soignants sont associés à des symptômes dépressifs, et que le soutien des aidants naturels est associé à la satisfaction à l'égard de la vie. Étant donné qu'en moyenne, les participants se sentaient généralement bien soutenus par leur réseau, ces résultats soulignent l'importance d'examiner le soutien et les conflits spécifiques aux aidants naturels. Cette étude approfondit la compréhension de la relation entre les réseaux de soutien des individus et le bien-être de ceux qui se remettent d'une perte d'un membre. Une étude a révélé une association entre le sentiment de confort des individus en discutant de leur amputation avec la personne la plus importante de leur vie et les symptômes dépressifs (Kratz et al., 2010), mais la littérature antérieure s'est concentrée sur les systèmes de soutien généraux et non sur une relation spécifique dans les réseaux individuels. Comme le soutien global perçu a été contrôlé dans toutes les analyses de cette étude, nos résultats démontrent l'importance unique des relations des individus avec les soignants.

Le soutien social a été fréquemment examiné, mais les schémas d'interaction négative ont été explorés de manière moins approfondie chez les personnes ayant perdu un membre. Les résultats étaient conformes à la littérature sur d'autres populations, dans laquelle il est généralement constaté que les conflits relationnels sont associés à un plus faible ajustement psychologique (Giese-Davis et al., 2000 ; Manne & Zautra, 1990). La littérature antérieure a montré que les critiques perçues et les exigences de la part de la famille et des amis sont associées à la dépression chez les personnes souffrant de perte de membres (Kratz et al., 2010).

4.9.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Il est possible, compte tenu du contact étroit requis pour prodiguer des soins aux personnes ayant une perte de membre, que la présence d'un conflit puisse avoir un effet particulièrement toxique. Interroger les individus sur les conflits avec leur soignant peut aider à identifier les patients particulièrement vulnérables. L'utilisation des éléments du QRI peut fournir des orientations sur les types de questions qui seraient utiles.

La relation spécifique entre les personnes ayant une perte de membre et leurs soignants peut être un déterminant important du bien-être. Les conflits avec les soignants, qui ont reçu peu d'attention jusqu'à présent dans la littérature sur la perte de membres, semblent jouer un rôle particulièrement important. Les personnes ayant une perte de membre

peuvent bénéficier d'interventions avec leurs soignants qui améliorent le soutien et réduisent les conflits.

Compte tenu de la littérature limitée sur la relation entre le conflit entre les soignants et le bien-être des patients atteints d'une perte de membre, ces résultats soulignent l'importance d'une étude plus approfondie de ce concept à l'aide d'approches longitudinales, car il peut s'avérer être une cible d'intervention importante. Les interventions visant à réduire les conflits dans les couples, par exemple, ont montré des incidences positives sur les symptômes dépressifs et d'autres résultats (Manne & Zautra, 1990 ; Northouse et al., 2010). Adapter ces interventions au contexte des patients souffrant de perte de membres peut s'avérer bénéfique.

4.10 Description de l'étude 10

Desrochers, J., Frengopoulos, C., Payne, M. W. C., Viana, R., & Hunter, S. W. (2019). Relationship between body image and physical functioning following rehabilitation for lower-limb amputation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 42(1), 85-88. DOI : 10.1097/MRR.0000000000000329

Cette étude de cohorte prospective* réalisée au Canada avait pour objectif d'évaluer le changement de l'image corporelle et l'association entre l'image corporelle à la sortie de l'hôpital et la mobilité quatre mois après la rééducation. Un échantillonnage intentionnel a été effectué. Des critères d'inclusion* ont été utilisés. Finalement, 30 participants ont été inscrits à l'étude, 19 d'entre eux ayant effectué les évaluations à T1 et T2. Les participants étaient principalement des hommes (63,20%). Les comorbidités étaient fréquentes dans cette cohorte, en particulier les morbidités vasculaires telles que l'hypertension (63,20%), le diabète (68,42%) et la dyslipidémie (42,10%). Tous les participants utilisaient une aide à la mobilité à la sortie de la réadaptation. 73,7% d'entre eux utilisaient une aide à la mobilité pour se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur lors du suivi après quatre mois. En ce qui concerne la collecte de données, les informations démographiques recueillies comprenaient le sexe, l'âge, la taille, le poids, les années d'études, les comorbidités, le nombre de médicaments au moment de la sortie de l'hôpital, le niveau d'amputation, le statut professionnel, la situation de vie et l'étiologie de l'amputation. Les évaluations ont eu lieu dans les 48 heures suivant la sortie (T1) de la réadaptation en milieu hospitalier. L'évaluation de suivi à quatre mois (T2) a eu lieu lors d'un rendez-vous médical. Les évaluations (ABIS, Gait velocity et L-test of functional mobility) ont été réalisées par un assistant de recherche.

Une analyse de données quantitative a été utilisée. Les données démographiques des participants ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les participants qui ont terminé et ceux qui n'ont pas terminé l'étude ont été comparés à l'aide du test de Wilcoxon et du test chi-carré. Des tests t appariés ont évalué le changement de l'image corporelle entre T1 et T2. La modélisation de régression* linéaire multivariable a étudié l'association entre les scores ABIS à T1 sur la mobilité et à T2. Les variables de contrôle des facteurs de confusion ont été sélectionnées sur la base de la littérature.

Les résultats de cette étude confirment le besoin de recherches supplémentaires sur l'ajustement psychologique après l'amputation d'un membre et ses implications sur le fonctionnement.

4.10.1 Validité méthodologique

Cette étude de cohorte avec un devis descriptif longitudinal a recueilli les données d'un groupe de personnes à deux moments précis (T1 et T2) pour observer les changements qui se sont opérés sur une période. L'échantillonnage non probabiliste intentionnel utilisé a permis au chercheur de désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. Cependant, c'est un critère qui affaiblit la validité interne de l'étude comme expliqué dans l'étude n°1. Plusieurs évaluations, dont l'ABIS, le Gait velocity et le L-test of functional mobility, ont été réalisées par un assistant de recherche expérimenté dans l'évaluation des personnes atteintes d'amputation du MI. Le niveau de signification de ces évaluations a été fixé à une valeur $p < 0,05$. Le Gait velocity et le L-test of functional mobility ont obtenu un niveau significatif avec une valeur p de $< 0,001$ et de $0,002$ respectivement alors que l'ABIS a obtenu une valeur p de $0,063$, ce qui n'est pas significatif. Des résultats similaires ont été trouvés dans d'autres recherches.

Les résultats ont été limités par plusieurs facteurs. Seuls 19 des participants initialement recrutés disposaient de données complètes lors du suivi. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à tous les adultes atteints d'une amputation du MI. Les personnes disposant de données complètes représentaient une cohorte en meilleure santé, ce qui peut avoir biaisé les résultats. Une autre limite est qu'il n'y avait pas de valeur dans la littérature pour la différence minimale cliniquement importante dans l'ABIS. Les études futures devraient étudier la perception de l'image corporelle en utilisant des échantillons de plus grande taille, en raison du taux d'abandon élevé possible dans cette population. Cependant, les participants initialement recrutés étaient représentatifs de la population rencontrée dans l'établissement.

4.10.2 Pertinence clinique

Cette étude met en avant que la perception de l'image corporelle n'influence pas les changements dans le fonctionnement physique entre la sortie de l'hôpital et quatre mois après la rééducation. Bien que la mobilité se soit améliorée de manière significative, elle n'a pas été influencée par la perception de l'image corporelle. Zidarov et al. (2009) n'ont pas non plus constaté de changements statistiquement significatifs dans les scores ABIS entre la sortie et le suivi. Il faut parfois jusqu'à 18 mois pour que la perception de l'image corporelle après une amputation change (Breakey, 1997 ; Horgan & MacLachlan, 2004 ; Norris et al., 1998). Cette étude a été réalisée au cours de cette période de transition de 18 mois. Dès lors, l'absence de changement dans la perception de l'image corporelle avant le point de stabilisation suggère que des études longitudinales supplémentaires sont nécessaires. De plus, la perception de l'image corporelle a changé entre la sortie de l'hôpital et quatre mois après la réadaptation chez les personnes âgées souffrant d'une amputation unilatérale du MI, mais les changements n'étaient pas statistiquement significatifs. Des améliorations significatives de la mobilité ont été observées, mais elles n'étaient pas liées à la perception de l'image corporelle. Ces résultats confirment le besoin de recherches supplémentaires sur l'ajustement psychologique après l'amputation d'un membre et ses implications sur le fonctionnement.

4.10.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Il a été constaté que l'augmentation de l'activité physique pratiquée régulièrement par les personnes atteintes d'une amputation unilatérale du MI entraîne une amélioration de la perception de l'image corporelle. Cela souligne l'importance de l'activité pour promouvoir une image corporelle positive (Holzer et al., 2014). Lorsque les scores de fonctionnement physique se stabilisent après six mois, les patients se préoccupent de questions psychosociales telles que la dépression, l'anxiété, les problèmes relationnels et l'image corporelle (Fortington et al., 2013). Il est donc important de mettre en place un suivi psychologique tout au long de la prise en charge et de poursuivre ce suivi après le retour à domicile.

4.11 Description de l'étude 11

Ndje Ndje, M., & Nung, N. (2019). Social Resilience and Self-Esteem Among Amputees : A Case Study of Amputees with Positive Self-Esteem. *Journal of Medical – Clinical Research & Reviews*, 3(2), 1-7. DOI : 10.33425/2639-944X.1088

Cette étude de cas réalisée au Cameroun avait pour objectif de comprendre comment certains facteurs de résilience sociale aidaient les amputés à conserver une haute estime d'eux-mêmes malgré le changement de leur l'image corporelle. Un échantillonnage intentionnel a été effectué ; pour sélectionner les participants, une certaine procédure a été utilisée. Tout d'abord, la Rosenberg self-esteem scale (RSE) a été transmise à un nombre total de dix amputés d'un MI au Centre National de Réhabilitation des personnes handicapées. Après avoir utilisé les critères d'exclusion*, des entretiens avec quatre participants ont été effectués. Les quatre participants de l'étude étaient tous des adultes camerounais âgés de 25 ans à 54 ans. Ils avaient différentes causes d'amputation, différentes expériences avant et après leur amputation et également des raisons différentes de bénéficier d'une estime de soi positive. En ce qui concerne la collecte de données, durant les entretiens, il a été demandé aux participants de partager leurs expériences quotidiennes avant et après leur amputation. Le but était de découvrir les défis auxquels ils étaient confrontés. Ensuite, les participants ont été invités à parler des raisons qui, selon eux, leur permettaient de maintenir une haute estime d'eux-mêmes. Certaines thématiques sont ressorties : les expériences quotidiennes, les relations sociales, les facteurs personnels et environnementaux, le soutien psychosocial, la réhabilitation et l'utilisation de prothèse. Une méthode d'analyse qualitative a été utilisée, en effectuant des analyses de contenu par thématiques pour l'interprétation du résultat des collectes de données.

De nombreux auteurs soutiennent que les personnes amputées ont généralement une faible estime d'elles-mêmes en raison de leur image corporelle. L'amputation peut avoir pour effet d'affecter gravement le patient émotionnellement en influençant négativement sa qualité de vie. Le traumatisme émotionnel peut entraîner une faible estime de soi et une dépression. Les amputés pourront reconstruire leur estime d'eux-mêmes à travers diverses prises en charge.

4.11.1 Validité méthodologique

Cette étude est une étude de cas ayant pour but de faire état d'une situation réelle particulière dans un certain contexte afin d'analyser comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels les chercheurs s'intéressent. Un échantillonnage non probabiliste intentionnel a permis aux chercheurs de désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. C'est un critère qui affaiblit la validité interne de l'étude comme expliqué dans l'étude n°1. Durant les entretiens, les participants ont été avertis que leur identité serait masquée à l'aide de l'utilisation de noms fictifs, ce qui a permis aux participants de se livrer plus librement. Les résultats obtenus à partir de cette étude ont donné lieu à une vision globale du phénomène de résilience sociale par rapport

à l'estime de soi chez les amputés. Cependant, un biais d'attrition* est présent dans cette étude car pour sélectionner les individus, les chercheurs leur ont fait remplir le RSE et ils ont gardé uniquement les participants avec une haute estime d'eux-mêmes. Ce biais* peut fausser les résultats et remettre en question la validité interne de l'étude et donc sa transférabilité.

4.11.2 Pertinence clinique

Dans cette étude, les chercheurs ont voulu connaître la vie du participant avant et après son amputation (AVQ, relations familiales et amicales). Le but était de découvrir les défis auxquels il était confronté pour ensuite mettre en avant les raisons qui lui permettaient de maintenir une haute estime de soi.

Stanley Coopersmith (1967), dans sa théorie de l'estime de soi, affirme que cette dernière se construit positivement dès la petite enfance en fonction de la manière dont l'individu a été élevé. Selon Brown et al. (2001) et the affective model of self-esteem, l'estime de soi peut également être une réponse aux différentes relations et interactions que l'enfant entretient avec ses pairs et son environnement. D'après Ahmed (2016), l'estime de soi est un déterminant important du bien-être émotionnel, c'est-à-dire que les personnes ayant une haute estime d'elles-mêmes ont la possibilité d'éprouver des émotions plus stables et de les contrôler en temps de crise. William James (1990), l'un des pères fondateurs du département de psychologie de l'université de Western, dit que l'estime de soi est un facteur important pour la santé mentale. Il ajoute que les personnes ayant une estime de soi positive bénéficient de plus de bonheur, d'optimisme et de motivation.

Après l'amputation, la plupart des patients ont du mal à accepter leur nouvelle image corporelle. Selon Atherton et Robertson (2006), étant donné les nombreux défis et l'expérience de la perte du membre, l'ajustement est parfois difficile pour certaines personnes et cela peut déclencher chez elles des troubles psychologiques de détresse. Généralement, les individus doivent s'adapter à leur nouvelle situation, ce qui leur demande souvent du temps. Certains s'adaptent à leur nouvelle situation et d'autres peuvent devenir dépressifs, développer de l'anxiété et de l'inconfort social. Sahu et al. (2017) soutiennent que la perte du membre peut causer de la détresse en raison non seulement de la disparition d'une partie du corps, mais aussi de la limitation du rôle et de la nécessité d'ajustement du mode de vie.

Les facteurs personnels et environnementaux peuvent jouer un rôle important dans la détermination du résultat après l'amputation et le fonctionnement à long terme des

personnes amputées. Les facteurs personnels dépendront de l'individu, de la façon dont il est prêt à accepter sa situation et de son histoire de vie avant l'amputation. Les facteurs environnementaux dépendront de l'environnement dans lequel se trouve l'amputé, des personnes autour de lui et de leurs interactions mutuelles.

Selon Desmond et Gallagher (2008), le soutien psychosocial est un déterminant important de l'adaptation à l'amputation. Cela aura également un effet sur la qualité de vie. Après l'amputation, le patient doit être préparé psychologiquement à gérer sa nouvelle image corporelle. Cela peut être fait avec l'aide d'un psychologue, qui lui prodiguera des conseils pour faire face à celle-ci. La société a également un grand rôle à jouer dans la qualité de vie des personnes amputées. Elle doit accepter l'amputé avec sa nouvelle situation et être prête à lui apporter un maximum de soutien.

Selon Johnson et al. (1995), la qualité de vie est reconnue comme un élément important du programme de réadaptation. La mobilité est considérée comme un objectif important dans la réadaptation car elle influence positivement la qualité de vie. Durant la réadaptation, le patient réapprendra à marcher, à gérer les nouvelles situations auxquelles il sera confronté, cela dans le but de mieux se réinsérer dans la société. Selon Sinha et al. (2011), dans une étude des facteurs affectant la qualité de vie des amputés des MI, il est soutenu que plus de la moitié des amputés sont au chômage. Le chômage peut être pénible pour les amputés et affecter potentiellement leur fonctionnement mental.

4.11.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude met en avant le fait que les amputés peuvent reconstruire leur estime de soi s'ils interagissent avec d'autres membres de la société, en particulier les personnes importantes à leurs yeux comme leur famille et leurs amis proches. Elle amène à la conclusion que les amputés des MI peuvent conserver une estime de soi positive malgré leur image corporelle avec l'aide de prothèse, de rééducation, de réinsertion socio-professionnelle, de soutien psychologique et de soutien par des pairs. Dans l'équipe multidisciplinaire, il est donc important que tous ces aspects soient pris en compte durant l'entièreté du processus de soin du patient.

4.12 Description de l'étude 12

Gökşenoğlu, G., & Yildirim, M. A. (2019). The Effect of the Level of Amputation on Depression, Body Image Perception and Locomotor Capacity in Patients Using Lower Extremity Prosthesis. *PMR*, 22(2), 53-59. DOI: 10.31609/jpmrs.2019-66556

Cette étude quantitative réalisée en Turquie avait pour but d'évaluer les effets des niveaux d'amputation sur la dépression, la perception de l'image corporelle et la capacité locomotrice chez les patients utilisant une prothèse de MI. Un échantillonnage intentionnel a été utilisé. Au total, 62 patients âgés de 18 à 65 ans qui se sont présentés à la physiothérapie et à la clinique externe de réadaptation et qui utilisaient une prothèse inférieure depuis au moins six mois ont été inclus dans l'étude. Parmi ces 62 patients, 74,2% (n = 46) étaient des hommes, alors que 25,8% étaient des femmes (n = 16). L'amputation la plus fréquente était l'amputation transtibiale (48,4%), suivie de l'amputation transfémorale (32,3%). Le traumatisme était l'étiologie la plus commune (38,7%), suivie des causes vasculaires (32,3%). En ce qui concerne la collecte de données, les patients ont été répartis en quatre groupes selon le niveau d'amputation : transfémorale, transtibiale, amputation du pied et désarticulation du genou. Le LCI-5 a été utilisé pour évaluer la capacité locomotrice des patients, l'ABIS pour mesurer la perception de l'image corporelle et le BDI pour évaluer les symptômes de la dépression.

Une méthode d'analyse quantitative a été utilisée. L'ajustement des données à une distribution normale a été analysé par le test de Kolmogorov-Smirnov, alors que l'ajustement des données à une distribution normale dans les sous-groupes a été analysé avec le test de Shapiro-Wilk*. Les variables continues qui ont montré une distribution normale ont été exprimées sous forme de moyenne arithmétique et d'écart-type, alors que celles qui n'ont pas montré une distribution normale ont été exprimées sous forme de médiane et d'intervalle interquartile. Les variables catégorielles ont été présentées en fréquence et en pourcentage. Les moyennes des groupes ont été comparées au test de Kruskal-Wallis*. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Lorsqu'une différence a été identifiée entre les groupes, le test U de Mann-Whitney* a été utilisé pour les comparaisons par paires. Les comparaisons multiples ont été effectuées en utilisant la correction de Bonferroni*, une valeur p de $< 0,017$ étant considérée comme statistiquement significative. Le test de Spearman a été utilisé pour l'analyse des corrélations. Une corrélation valide a été considérée comme existant dans les cas où le coefficient de corrélation était $r > 0,20$ et $p < 0,05$.

Selon les résultats, l'image corporelle et les capacités locomotrices des patients atteints d'une désarticulation du genou étaient inférieures à celles liées à d'autres amputations. Il n'y avait pas de différence entre les groupes sur le plan des symptômes dépressifs.

4.12.1 Validité méthodologique

Dans cette étude, un devis descriptif transversal a été utilisé, ce qui a permis de recueillir les données à un moment précis auprès de la population cible. Un échantillonnage non probabiliste intentionnel a été utilisé et a permis au chercheur de désigner les personnes capables de fournir des informations relatives au sujet de l'étude. C'est un critère qui affaiblit la validité interne de l'étude comme expliqué dans l'étude n°1.

Les limites de l'étude sont que même si le nombre de patients inclus n'était généralement pas faible, le taux de patients avec une désarticulation du genou et une amputation du pied était relativement bas dans le groupe d'étude. En outre, les paramètres d'évaluation étaient subjectifs et basés sur le rapport des patients.

4.12.2 Pertinence clinique

Dans cette étude, une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les scores moyens de l'ABIS et du BDI qui ont été déterminés en fonction des niveaux d'amputation, alors qu'une différence significative a été observée par rapport aux scores LCI-5. Lorsque les scores moyens LCI-5 des quatre groupes d'amputés ont été comparés, des différences significatives ont été trouvées entre des dizaines de patients avec une désarticulation du genou et ceux qui ont subi une amputation transfémorale ($p = 0,016$) ; entre des dizaines de patients atteints d'une désarticulation du genou et ceux qui ont subi une amputation transtibiale ($p = 0,009$) et entre une dizaine de patients avec une désarticulation du genou et ceux qui ont subi une amputation du pied ($p = 0,002$). Il a été déterminé que les patients présentant une désarticulation du genou avaient des capacités locomotrices significativement plus faibles que ceux avec d'autres niveaux d'amputation.

En regardant la société en général, il est nécessaire d'étudier les problèmes physiques des patients amputés qui représentent une population particulière, ainsi que leurs symptômes dépressifs. Il est pensé que l'amélioration des symptômes dépressifs de ces personnes se traduira par une amélioration de leur qualité de vie. Asano et al. (2008) ont déterminé dans leur étude que l'âge, le niveau de mobilité, le soutien, les comorbidités, l'activité sociale, les problèmes liés aux prothèses et la dépression avaient des effets sur la qualité de vie et que parmi ces facteurs, la dépression était le facteur le plus important qui a eu un effet négatif sur la qualité de vie. Les facteurs psychologiques sont importants dans la réhabilitation des amputés. Cette étude n'a pas trouvé de différence significative entre le score du BDI et le niveau d'amputation. De nombreuses études antérieures ont mesuré le taux d'anxiété et de

dépression dans l'amputation des MI, et bien que ces taux aient tendance à varier, des valeurs allant jusqu'à 64% ont été signalées (Cansever et al., 2003 ; Hawamdeh et al., 2008 ; Mosaku et al., 2009 ; Seidel et al., 2006). Dans une étude menée par Hawamdeh et al. (2008), sur 56 patients qui ont subi une amputation unilatérale d'un MI, de l'anxiété et de la dépression ont été observées avec un taux de 37% et 20%, respectivement. Une étude menée par Rybarczyk et al. (1995) a déterminé que la perception de l'image corporelle et la stigmatisation sociale perçue étaient deux facteurs déterminants importants de la dépression. Une étude portant sur des patients qui utilisent et n'utilisent pas de prothèses a révélé que les scores de la perception de l'image corporelle étaient supérieurs chez les utilisateurs de prothèses. Ce résultat pourrait être associé à une meilleure adaptation à la vie sociale des patients porteurs de prothèses et aussi à une plus grande mobilité.

4.12.3 Utilité pour la pratique professionnelle

Déterminer avec précision le niveau d'amputation est important en ce qui concerne les traitements psychologiques reçus par les patients pendant leur séjour à l'hôpital, pendant la période postopératoire, puis durant leur réadaptation et le retour à la vie normale (Braddom & Buschbacher, 1996). Lors de la rééducation des amputés, le processus de réhabilitation doit tenir compte de l'extrémité amputée et de l'ensemble de l'appareil locomoteur. L'utilisation d'une prothèse peut améliorer la perception de l'image corporelle et diminuer la prévalence de la dépression. De plus, l'amélioration de l'image corporelle des amputés en leur fournissant un soutien psychiatrique, si nécessaire, pourrait positivement influencer leur guérison.

4.13 Synthèse des principaux résultats

De nombreuses études ont mis en avant l'importance de l'identification précoce des troubles psychiatriques avant et après l'amputation ainsi que la nécessité d'interventions psychologiques afin de réduire l'incidence des troubles psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété et le TSPT, durant tout le processus de soins. Il est également nécessaire de poursuivre ce suivi au retour à domicile, car lorsque le patient retrouve ses capacités physiques, les préoccupations psychosociales peuvent devenir plus importantes. De plus, un soutien psychiatrique pour faire face au changement de l'image corporelle pourrait aider le processus de guérison. La TCC (entraînement à la relaxation, induction d'images par des instructions comportementales, stratégies d'adaptation positives) est l'intervention de référence. Ensuite, les réactions dépressives peuvent être réduites par l'éducation du patient, c'est pourquoi il est essentiel de l'informer sur son état de santé et sa prise en charge. Le patient devrait être acteur de sa prise en charge, car le fait d'avoir la

possibilité de passer par le processus de prise de décision peut conduire à un contrôle perçu plus élevé et à une meilleure adaptation.

Un programme de réadaptation structuré et bien planifié, adapté aux besoins spécifiques des personnes amputées, devrait être établi. L'utilisation d'une prothèse peut améliorer la perception de l'image corporelle et diminuer la prévalence de la dépression. Il est important pour la plupart des amputés d'avoir une prothèse optimale, car elle est la partie centrale de l'ajustement de leur image corporelle post-amputation et est considérée comme une extension du corps. Les patients ayant subi une amputation peuvent se reconstruire dans les différents domaines de la vie avec l'aide de prothèse, de rééducation, de réinsertion socio-professionnelle, de soutien psychologique et de soutien de la part des pairs.

Dans l'amputation, l'interaction avec les pairs et les personnes ayant subi une expérience similaire peut aider la personne à se reconstruire. En effet, la rencontre avec d'autres amputés est source d'information et de soutien. Cela suggère que la mise en place de groupes de parole ou de soutien pourrait être bénéfique. De plus, le soutien familial et amical fait partie intégrante de la reconstruction d'une personne amputée. Les professionnels de la santé pourraient donc à l'avenir prêter plus d'attention aux besoins des patients et aux systèmes de soutien en impliquant les familles dans leurs plans de traitement. Enfin, les politiciens auraient notamment un rôle à jouer en enlevant la notion de handicap aux personnes amputées, en leur permettant de faire valoir leur droit à l'indépendance et à l'inclusion sociale et en leur fournissant toute la logistique nécessaire.

5 Discussion

Cette revue de la littérature avait pour principal objectif d'évaluer l'impact psychologique de l'amputation sur un individu et ainsi obtenir des pistes d'amélioration pour une prise en charge infirmière optimale. Grâce à l'analyse des études ci-dessus, quelques indications ont été mises en avant. Elles ont été corroborées par deux études systématiques de la littérature, qui ont amené des pistes d'amélioration supplémentaires.

5.1 Discussion des résultats

Bergo, M., & Prebianchi, H. (2018). Emotional aspects present in the lives of amputees: a literature review. *Revista Psicologia : Teoria e Prática*, 20(1), 47-60.
<http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60>.

Cette revue systématique de la littérature a mis en avant qu'un des aspects émotionnels que pouvaient ressentir les patients durant la phase pré-opératoire était le rejet de la

chirurgie. À la suite de cela, les patients pouvaient présenter des symptômes dépressifs tels que de la tristesse, une inappétence et des pleurs. D'autres manifestations ont également été rencontrées telles que de l'anxiété, du désespoir, du déni, des idées suicidaires et un sentiment de culpabilité. Parmi les douze études analysées dans cette revue de la littérature, certaines ont mis en avant des symptômes pré-opératoires d'anxiété et de dépression, mais elles n'ont pas analysé les autres sentiments que pouvaient éprouver les patients.

Durant la phase post-opératoire, les patients pouvaient ressentir de l'insécurité quant à l'avenir. Ils avaient de la difficulté à accepter l'amputation, en étant dans une phase de déni et de tristesse. Les patients pouvaient ressentir un sentiment d'incomplétude et avoir des problèmes d'estime de soi avec une perturbation de l'image corporelle. Cela entraînait la peur du regard des autres et du rejet. Certains patients ressentaient le besoin de devenir indépendants grâce à l'utilisation d'une prothèse, et d'autres refusaient l'utilisation de celle-ci en raison de la douleur qu'elle pouvait provoquer et la difficulté de s'y adapter. Parmi les douze études analysées dans cette revue de la littérature, certaines ont évoqué les thèmes abordés ci-dessus, excepté les différentes phases de deuil qui n'ont été mentionnées dans aucune des douze études. Les difficultés d'adaptation à la prothèse n'ont également pas été mentionnées.

Après l'hospitalisation, trois aspects sont principalement ressortis : la souffrance causée par la perte d'autonomie, la dépendance vis-à-vis des autres et le sentiment d'isolement social. Les patients ont signalé des situations de préjugés et de stigmatisation sociale. Ceux qui étaient diabétiques craignaient également de devoir subir une nouvelle amputation. Après avoir suivi une psychothérapie de groupe, des patients ont développé des sentiments d'indépendance. Ils ont eu une plus grande acceptation de soi, se sont adaptés et ont développé la pensée positive. Parmi les douze études analysées dans cette revue de la littérature, certaines ont mentionné les sentiments évoqués ci-dessus et les problèmes que cela provoquait. Les psychothérapies de groupe ont été abordées en tant que proposition, mais il n'y a pas eu d'analyse à la suite de cela.

Des lacunes dans la relation médecin-patient ont été mises en évidence. En effet, les patients se sont plaints de négligence et de manque d'information de la part du médecin concernant la chirurgie qu'ils allaient subir / avaient subi. Parmi les douze études analysées dans cette revue de la littérature, aucune n'a mis en avant l'importance de la relation médecin-patient. Cependant, une étude a souligné l'importance de la relation patient-soignant et de la gestion des conflits.

La présence de la famille est fondamentale dans le processus de réadaptation et le retour à la vie normale du patient. Son absence exerce une influence négative sur le rétablissement. Parmi les douze études analysées dans cette revue de la littérature, certaines ont mis en avant l'importance du soutien familial mais également amical.

Piazza, L., Gonçalves, E., Coelho, R., Wosniak, G., & Da Silva, R. (2019). Psychosocial and physical adjustments and prosthesis satisfaction in amputees: a systematic review of observational studies. *Disability and rehabilitation : assistive technology*, 15(5), 582-589. <https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1602853>

Cette revue systématique de la littérature a mis en avant le fait que de nombreuses personnes ayant subi une amputation expriment des réactions et des sentiments tels que la tristesse, le choc, l'anxiété, l'irritabilité, l'insécurité, la surprise, le manque d'acceptation de soi, la colère, les pensées suicidaires, les sentiments d'infériorité, les changements négatifs dans la vie professionnelle, affective et sexuelle. Parmi les douze études analysées dans cette revue de la littérature, les thèmes des pensées suicidaires et de la sexualité n'ont pas été abordés.

Selon certains auteurs, les ajustements psychosociaux sont plus difficiles que les ajustements fonctionnels et peuvent influencer la qualité de vie de l'individu, non seulement physiquement mais aussi psychologiquement. La présence de symptômes tels que la douleur fantôme et la douleur résiduelle aux membres peut également influencer les ajustements psychosociaux. Desmond et al. (2008) ont trouvé un meilleur ajustement psychosocial chez les participants sans douleur fantôme ou douleur dans le membre résiduel. Parmi les douze études analysées dans cette revue de la littérature, la douleur résiduelle et celle du membre fantôme ont été abordées, mais n'ont pas été relevées car elles n'étaient pas significatives pour la question de recherche.

En plus de l'adaptation à l'amputation, qui implique principalement des problèmes psychosociaux, les personnes ayant subi une amputation doivent également s'adapter à l'utilisation de la prothèse. Un bon ajustement de la prothèse est un déterminant important d'une bonne mobilité fonctionnelle, et le niveau d'amputation peut influencer cet ajustement. Une plus grande adaptation à la prothèse a également été observée chez les participants ayant un niveau d'éducation supérieur. En effet, ceux-ci utilisent plus fréquemment les soins de réadaptation. L'utilisation de prothèses est un facteur important associé à la capacité des individus à reprendre la plupart de leurs activités habituelles et à se réintégrer dans leur routine quotidienne. Parmi les douze études analysées dans cette revue de la

littérature, l'importance de l'utilisation de la prothèse a été mise en avant pour améliorer la perception de l'image corporelle et diminuer la prévalence de la dépression. Une insatisfaction liée à la prothèse peut entraîner des difficultés d'adaptation. Cette revue systématique de la littérature a corroboré les faits relevés dans les douze études analysées et a amené des faits supplémentaires, notamment concernant le niveau d'éducation reçu qui peut être un bénéfice pour l'adaptation.

Des études montrent des taux élevés de dépression, d'anxiété et de troubles de l'image corporelle chez les personnes ayant subi des amputations. Ces constats renforcent les résultats des douze études analysées précédemment dans cette revue de la littérature.

La capacité fonctionnelle et la qualité de vie après l'amputation peuvent être améliorées par l'encouragement de meilleurs autosoins, une plus faible dépendance, plus d'interaction sociale, moins d'isolement et aussi par la promotion d'actions préventives. Les douze études analysées dans cette revue de la littérature corroborent ces faits.

Cette revue recommande que les services de réadaptation sanitaire utilisent des stratégies de réadaptation physique, des interventions psychologiques, des stratégies éducatives et de communication pour les patients et les professionnels préopératoires et postopératoires ainsi que des réseaux de soutien social pour les patients. En conséquence, les patients seront en mesure de mieux s'adapter sur le plan psycho-social et physique, de réintégrer la société, de retourner au travail et aux activités de loisirs plus tôt, avec une bonne mobilité et une meilleure qualité de vie. Les douze études analysées dans cette revue de la littérature corroborent également ces faits.

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Dix des études analysées dans cette revue de la littérature se rapportent au paradigme positiviste, post-positiviste, et deux se rapportent au paradigme constructiviste, socio-constructiviste. Ces études sont relativement récentes, les plus anciennes datant de 2018. Toutes ces études comportent les sections nécessaires à un article scientifique telles que : l'introduction, la méthodologie, les résultats et la discussion, excepté l'étude de Ndje Ndje et Nung (2019) qui n'a pas de section discussion.

Le niveau de preuve a été établi en se basant sur la pyramide de preuve de la Haute Autorité de Santé. Les études de Bergo et Prebianchi (2018), de Brier et al. (2018) et de Desrochers et al. (2019) ont un niveau de preuve à 2. Les autres études (Shue et al., 2021 ; Pedras et al., 2018 ; Falgares et al., 2019b ; Meira-Machado et al., 2020 ; Abouammoh et al., 2021 ; Armstrong et al., 2019 ; Gökşenoğlu & Yildirim, 2019 ; Vilhena et al., 2018 ; Ndje Ndje &

Nung, 2019) ont un niveau de preuve à 4. Les résultats de ces études sont donc difficilement généralisables et transférables.

Toutes les études ont utilisé un échantillonnage intentionnel non probabiliste. Cette méthode peut réduire la représentativité des résultats. Deux biais d'attrition ont été mis en avant en raison du décès ou de l'abandon de certains participants dans l'étude de Vilhena et al. (2018) et de Pedras et al. (2018). Dans l'étude de Abouammoh et al. (2021), la triangulation des chercheurs a été utilisée pour garantir la fiabilité des résultats. Une valeur $p < 0,05$ était significative dans les études suivantes : Shue et al. (2021), Falgares et al. (2019b), Meira-Machado et al. (2020), Sabah & Hend (2019), Vilhena et al. (2018), Desrochers et al. (2019) et Gökşenoğlu et Yildirim (2019).

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature comporte plusieurs limites. En effet, les études analysées se sont déroulées sur des périodes trop courtes pour permettre une vision des répercussions psychologiques de l'amputation lors du retour à domicile des patients. De plus, aucune étude n'avait un niveau de preuve scientifique établi et seulement trois d'entre elles pouvaient parler de présomption scientifique. En outre, certaines études se concentraient uniquement sur la perte d'un MS ou d'un MI, ce qui ne permet pas la généralisation des résultats à toutes les amputations possibles. Il n'y a pas eu de critères d'inclusion ou d'exclusion dans cette revue de la littérature, car les données étaient manquantes. De ce fait, les études ne sont pas homogènes entre elles. Finalement, aucune étude n'a été menée en Suisse. Les collectes de données des études se sont déroulées dans différents pays, dont cinq en Europe (Italie, Portugal et Turquie), quatre en Amérique du Nord (États-Unis, Canada), une en Asie (Arabie Saoudite) et deux en Afrique (Cameroun et Égypte). Les systèmes de santé de ces différents pays n'étant pas totalement semblables à celui qui existe en Suisse, la généralisabilité et la transférabilité des résultats semblent compromises.

6 Conclusions

La partie finale de cette revue de la littérature propose des pistes d'améliorations concernant la prise en charge multidisciplinaire des patients amputés, notamment sur les conséquences psychologiques de l'amputation. Ensuite elle avancera quelques pistes de réflexion pour la formation ainsi que la recherche.

6.1 Propositions pour la pratique

Malgré des études avec un bas niveau de preuve, une généralisabilité et une transférabilité compromises, il ressort de ce travail que la santé psychique d'une personne amputée devrait être prise en compte au vu du traumatisme causé par la perte d'un membre. C'est pourquoi il est important de prendre en compte les recommandations proposées dans les articles de recherche de cette revue de la littérature, afin d'offrir une prise en charge globale du patient dans ses quatre dimensions (biologique, psychologique, sociale et spirituelle).

Le vieillissement de la population est un facteur qui contribue à la polymorbidité. Par conséquent, de nombreux patients sont atteints de diabète et de MAP, facteurs favorisant l'amputation. De plus, de nos jours, l'être humain a accès à de plus en plus de pratiques dangereuses qui peuvent amener à la perte d'un membre. Bien que l'amputation ne soit pas courante, elle reste présente dans les milieux de soins. Cette revue de la littérature a permis de cibler et de mettre en avant les interventions nécessaires qui pourraient apporter une aide psychologique aux patients amputés. Tout d'abord, l'identification précoce des maladies psychiques est essentielle pour permettre la mise en place d'un soutien et d'un suivi psychologique. Même en l'absence de maladies psychiques, un soutien et un suivi durant l'hospitalisation, la réadaptation et le retour à domicile sont essentiels pour prévenir les troubles pouvant apparaître sur le long terme. Il est également nécessaire d'évaluer l'anxiété préopératoire à l'aide de l'HADS pour permettre une prise en charge adéquate en cas d'anxiété, dans le but de prévenir les répercussions de celle-ci durant la phase post-opératoire.

Durant la phase préopératoire, il est important que le patient puisse parler avec le physiothérapeute du potentiel de réadaptation, du niveau d'amputation et du déroulement de la réadaptation post-opératoire. De même, il est indispensable que le patient ait une conversation avec le médecin, afin que celui-ci réponde à ses questionnements et lui donne toutes les informations nécessaires sur l'intervention chirurgicale. Le fait que le patient dispose de ces informations peut réduire l'anxiété préopératoire et apporter un sentiment de contrôle. Le patient pourra se sentir ainsi acteur de sa prise en charge.

Durant la phase post-opératoire, il est essentiel que le patient se sente soutenu. L'implication de l'entourage (famille et amis) dans le plan de traitement du patient pourrait être bénéfique. Dans cette revue de la littérature, il a été mis en avant que le soutien des pairs améliorerait le processus de guérison. Il semble donc prioritaire de mettre en place des groupes de soutien et de parole, avec des personnes ayant vécu une expérience

similaire. Des pairs mentors pourraient également accompagner les patients sur le long terme.

La TCC a été considérée selon plusieurs articles comme une thérapie de référence aidant à faire face à l'anxiété. La TCC est une approche thérapeutique centrée principalement sur le présent et qui applique les principes de la méthodologie scientifique dans le traitement des problèmes psychopathologiques. Cette thérapie regroupe un ensemble de principes théoriques et de techniques thérapeutiques découlant des deux approches de base que sont la thérapie comportementale et la thérapie cognitive. Selon elle, les émotions et les comportements sont davantage déterminés par l'interprétation que les individus donnent à un événement que par l'événement lui-même. Grâce à la participation active du patient, une collaboration avec le thérapeute peut permettre l'identification de la réalité quotidienne du patient et la définition d'objectifs thérapeutiques à atteindre.

L'éducation thérapeutique du patient effectuée par les différents professionnels de santé est indispensable au processus de soin. En effet, plus le patient sera autonome, connaîtra sa pathologie et sera acteur de sa prise en charge, plus il gagnera en autonomie et en autodétermination. Dans l'éducation thérapeutique, il est possible d'inclure l'autogestion qui a pour objectifs d'aider les personnes atteintes de maladies chroniques (comme le diabète) à contrôler les difficultés que celles-ci engendrent et de renforcer leurs ressources et leurs compétences.

6.2 Propositions pour la formation

Tout au long de la formation à la Haute école de santé, différents thèmes ont été abordés tels que les maladies et notamment le diabète. Il a été mentionné que le diabète pouvait causer une amputation. Cependant, l'amputation n'a pas été abordée et aucun cours n'a été donné à ce sujet. Durant la pratique professionnelle, il est fréquent d'être amené à soigner des personnes amputées. Ne pas disposer de connaissances de base à ce sujet, aussi bien au niveau de la pratique que de la théorie, amène à des lacunes sur le terrain.

Actuellement en France, il existe deux formations destinées aux professionnels de santé travaillant ou allant travailler avec des personnes amputées. La première s'intitule « Les amputés du membre inférieur. De l'amputation à la réinsertion : prise en charge pluridisciplinaire ». Elle dure trois jours et est donnée par le Service de Formation Continue de l'université de Strasbourg. La deuxième formation s'intitule « Vivre avec une amputation ». Elle s'étend sur trois jours et est proposée par l'Espoir Centre à Lille. Ces cours peuvent compléter les connaissances des infirmières mais également d'autres

membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ils contribuent à améliorer leurs compétences et, par conséquent, leur accompagnement.

Durant les études d'infirmières, quatre dimensions sont mises en avant tout au long du cursus, pour une prise en charge globale du patient. Ces dimensions sont les suivantes : biologique, psychologique, sociale et spirituelle. Il est important de les considérer de manière générale, d'autant plus chez un patient amputé qui subit des remaniements dans tous les aspects de sa vie.

6.3 Propositions pour la recherche

Premièrement, il serait pertinent de mener des études longitudinales de plus longue durée qui commenceraient en préopératoire et dureraient jusqu'au retour à domicile du patient y compris. Cela dans le but d'observer les remaniements psychologiques plusieurs mois après le retour à la vie normale. Deuxièmement, dans de nombreuses études, une population masculine prédominait, contrairement à la population féminine. Cependant, il a été exprimé que les femmes étaient plus à risque de développer des troubles psychiques tels que la dépression. C'est pourquoi il semble nécessaire d'avoir un échantillonnage mixte, comportant le même nombre de femmes que d'hommes, dans le but d'observer les différentes répercussions de l'amputation. Troisièmement, toutes les études analysées ont été menées hors de la Suisse. Il semble judicieux d'effectuer un plus grand nombre d'études en Suisse pour que les résultats correspondent au système de santé helvétique et ainsi donner des pistes d'améliorations concrètes correspondant au contexte local. Quatrièmement, un certain nombre d'études analysées sont quantitatives. Cependant, pour comprendre l'expérience de la perte vécue par les patients amputés, il semble opportun de mener davantage d'études qualitatives.

Finalement, aucune étude correspondant à la prise en charge infirmière d'un patient amputé n'a été trouvée durant cette revue de la littérature. La recherche infirmière est indispensable à la pratique afin que celle-ci soit fondée d'une part sur l'expertise des soignants et d'autre part sur les preuves scientifiques. Il est nécessaire d'effectuer de plus amples recherches sur ce sujet afin de promouvoir la santé des patients amputés.

7 Références bibliographiques

- Abouammoh, N., Aldebeya, W., & Abuzaid, R. (2021). Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia : A qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(4), 407-413.
<https://doi.org/10.26719/emhj.20.124>
- Ahmed, A.-K. (2016). Introduction to the Psychology of self-esteem. In *Self-esteem : Perspectives, influences, and improvement strategies* (1^{re} éd., p. 1-23).
https://www.researchgate.net/publication/311440256_Introduction_to_the_Psychology_of_self-esteem
- Al-Mutair, A. S., Plummer, V., Clerehan, R., & O'Brien, A. (2014). Needs and experiences of intensive care patients' families : A Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 19(3), 135-144. <https://doi.org/10.1111/nicc.12040>
- Amann-Vesti, B. (2017, mars 14). *Rétrécissement des artères : Un danger insidieux*. Fondation Suisse de Cardiologie, 3000. <https://www.swissheart.ch/nc/fr/actualite-evenements/actualites/news-detail-fr/news/retrecissement-des-arteres-un-danger-insidieux.html>
- Apelqvist, J., Elgzyri, T., Larsson, J., Löndahl, M., Nyberg, P., & Thörne, J. (2011). Factors related to outcome of neuroischemic/ischemic foot ulcer in diabetic patients. *Journal of Vascular Surgery*, 53(6), 1582-1588.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2011.02.006>
- Armstrong, T. W., Williamson, M. L. C., Elliott, T. R., Jackson, W. T., Kearns, N. T., & Ryan, T. (2019). Psychological distress among persons with upper extremity limb loss. *British Journal of Health Psychology*, 24(4), 746-763.
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12360>
- Asano, M., Rushton, P., Miller, W. C., & Deathe, B. A. (2008). Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, 32(2), 231-243. <https://doi.org/10.1080/03093640802024955>

- Atherton, R., & Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation*, 28(19), 1201-1209.
<https://doi.org/10.1080/09638280600551674>
- Bathelot, B. (2017). *Echantillon étude / enquête—Définitions Marketing » L'encyclopédie illustrée du marketing*. <https://www.definitions-marketing.com/definition/echantillon-etude/>
- Baudot, J. (2022). *Lambda de Wilks*. <http://www.jybaudot.fr/Inferentielle/lambdawilks.html>
- Baumann, C., Mercier, M., & Thilly, N. (2011). *Recherche clinique et épidémiologique—Biais d'attrition*. FAD Université de Lorraine. https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23863/mod_resource/content/2/co/Biais_Attrition.html
- Bennett, J. (2016). Limb loss : The unspoken psychological aspect. *Journal of Vascular Nursing: Official Publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing*, 34(4), 128-130. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.06.001>
- Ben-Shachar, M., Makowski, D., Lüdtke, D., Patil, I., & Wiernik, B. (1999). *Interpret of indices of CFA / SEM goodness of fit—Interpret_gfi*.
https://easystats.github.io/effectsize/reference/interpret_gfi.html
- Bergo, M. F. da C., & Prebianchi, H. B. (2018). Emotional aspects present in the lives of amputees : A literature review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 20(1), 47-60.
<https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60>
- Berman, A., Erb, G., Kosier, B., & Snyder, S. (2012). *Soins infirmiers Théorie et pratique* (2^e éd.). ERPI.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490080106>
- Bock, O., Näder, M., Näder, H. G., & Baumann, M. (2018a). *Causes de l'amputation*. Ottobock. <https://www.ottobock.fr/protheses/informations-amputation/avant-amputation/causes-amputation.html>

- Bock, O., Näder, M., Näder, H. G., & Baumann, M. (2018b). *Équipe pluridisciplinaire*. Ottobock. <https://www.ottobock.fr/protheses/informations-amputation/avant-amputation/equipe-pluridisciplinaire.html>
- Bock, O., Näder, M., Näder, H. G., & Baumann, M. (2018c). *Niveau d'amputations*. Ottobock. <https://www.ottobock.ch/fr/protheses/mobile-apres-amputation/de-l'amputation-a-la-reeducation/niveau-des-amputations/>
- Bogey-Ruzza, A. (2017, mai 8). *Amputation et image corporelle*. <https://www.ladissertation.com/Sante-et-Culture/Medecine-Alternative/Amputation-et-image-corporelle-292789.html>
- Braddom, R. L., & Buschbacher, R. M. (1996). *Physical medicine & rehabilitation*. Saunders.
- Breakey, J. W. (1997). Body Image : The Lower-Limb Amputee. *JPO: Journal of Prosthetics and Orthotics*, 9(2), 58-66.
- Brier, M. J., Williams, R. M., Turner, A. P., Henderson, A. W., Roepke, A. M., Norvell, D. C., Henson, H., & Czerniecki, J. M. (2018). Quality of Relationships With Caregivers, Depression, and Life Satisfaction After Dysvascular Lower Extremity Amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(3), 452-458. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.09.110>
- Brown, J., Dutton, K., & Cook, K. (2001). From the top down : Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and Emotion*, 15, 615-631. <https://doi.org/10.1080/02699930143000004>
- Cacha, L., Poznanski, R., Tengku, M., & Latif, A. (2019). Psychophysiology of Chronic Stress : An Example of Mind-body Interaction. *NeuroQuantology*, 17, 53-63. <https://doi.org/10.14704/nq.2019.17.7.2562>
- Cansever, A., Uzun, O., Yildiz, C., Ates, A., & Atesalp, A. S. (2003). Depression in men with traumatic lower part amputation : A comparison to men with surgical lower part amputation. *Military Medicine*, 168(2), 106-109.
- Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., Adamatti, L.

- C., Bandeira, D., & Ferreira, M. B. (2001). Risk factors for postoperative anxiety in adults. *Anaesthesia*, 56(8), 720-728. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2001.01842.x>
- Cavanagh, S. R., Shin, L. M., Karamouz, N., & Rauch, S. L. (2006). Psychiatric and emotional sequelae of surgical amputation. *Psychosomatics*, 47(6), 459-464. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.6.459>
- Chapelle, F. (2018). 18. *Modèle de Lazarus*. Dunod. <https://www.cairn.info/risques-psychosociaux-et-qualite-de-vie-au-travail--9782100781447-page-119.htm?contenu=auteurs>
- Chapman, Z., Shuttleworth, C. M. J., & Huber, J. W. (2014). High levels of anxiety and depression in diabetic patients with Charcot foot. *Journal of Foot and Ankle Research*, 7, 22. <https://doi.org/10.1186/1757-1146-7-22>
- Conseil fédéral. (2020a, janvier 1). *Loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière (LCR)*. Confédération Suisse. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1959/679_705_685/fr
- Conseil fédéral. (2020b, mars 3). *Santé et sécurité au travail*. Confédération Suisse. <https://www.kmu.admin.ch/kmu/fr/home/savoir-pratique/personnel/sante-et-securite.html>
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, W. H. Freeman. <http://archive.org/details/antecedentsofself00coop>
- Danaguezian, G. (2020). *Analyse multivariée*. <https://www.soft-concept.com/surveymag/definition-fr/definition-analyse-multivariee.html>
- Danial, K. (2022, janvier 4). Définition de la multicollinéarité. *ThePressFree*. <https://thepressfree.com/definition-de-la-multicollinearite/>
- Data Science. (2020, mai 27). Définition de la valeur P. *DATA SCIENCE*. <https://datascience.eu/fr/mathematiques-et-statistiques/definition-de-la-valeur-p/>
- De Chanaud, N. (2016). *Analyse des résultats*. LEPCAM. <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>

de Godoy, J. M. P., Braile, D. M., Buzatto, S. H. G., Longo, O., & Fontes, O. A. (2002).

Quality of life after amputation. *Psychology, Health & Medicine*, 7(4), 397-400.

<https://doi.org/10.1080/1354850021000015212>

Desmond, D., & Gallagher, P. (2008). Coping and Psychosocial Adjustment to

Amputation. In P. Gallagher, D. Desmond, & M. MacLachlan (Éds.),

Psychoprosthetics (p. 11-21). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-84628-980-](https://doi.org/10.1007/978-1-84628-980-4_2)

[4_2](https://doi.org/10.1007/978-1-84628-980-4_2)

Desmond, D., Gallagher, P., Henderson-Slater, D., & Chatfield, R. (2008). Pain and

psychosocial adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users.

Prosthetics and Orthotics International, 32(2), 244-252.

<https://doi.org/10.1080/03093640802067046>

Desmond, D. M., Coffey, L., Gallagher, P., MacLachlan, M., Wegener, S. T., & O'Keeffe,

F. (2012). Limb amputation. In *The Oxford handbook of rehabilitation psychology*

(p. 351-367). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199733989.013.0020>

Desmond, D. M., & MacLachlan, M. (2006a). Coping strategies as predictors of

psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb

amputations. *Social Science & Medicine* (1982), 62(1), 208-216.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.011>

Desmond, D. M., & MacLachlan, M. (2006b). Affective distress and amputation-related

pain among older men with long-term, traumatic limb amputations. *Journal of Pain*

and Symptom Management, 31(4), 362-368.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.08.014>

Desrochers, J., Frengopoulos, C., Payne, M. W. C., Viana, R., & Hunter, S. W. (2019).

Relationship between body image and physical functioning following rehabilitation

for lower-limb amputation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 42(1),

85-88. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000329>

Doyon, J. M. (2022a). *Image corporelle*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux->

personnes/enfance/developpement-des-enfants/consequences-stereotypes-
developpement/image-corporelle

Doyon, J. M. (2022b). *Troubles de l'humeur : Épisode dépressif* | CIUSSSCN.

<https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/infirmiers/documents-soins-infirmiers/guidepti-sm/constats-guides-cliniques/trouble-humeur-episode-depressif>

Dugué, A., Gal, J., Pulido, M., Belin, L., & Chabaud, S. (2015). Comment analyser les données censurées par intervalle en oncologie ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 63, S73. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.03.081>

Durmus, D., Safaz, I., Adigüzel, E., Uran, A., Sarısoy, G., Goktepe, A. S., & Tan, A. K. (2015). The relationship between prosthesis use, phantom pain and psychiatric symptoms in male traumatic limb amputees. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.10.018>

Egede, L. E., & Ellis, C. (2010). Diabetes and depression : Global perspectives. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87(3), 302-312. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.01.024>

Emarketing. (2022). *Test U de Mann-Whitney—Définition du glossaire*. <https://www.e-marketing.fr/>. https://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Test-Mann-Whitney-243339.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button

Encyclopédie en ligne. (2022). *équation de recherche : Définition de équation de recherche et synonymes de équation de recherche (français)*. <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/%C3%A9quation%20de%20recherche/fr-fr/>

Falgares, G., Lo Gioco, A., Verrocchio, M. C., & Marchetti, D. (2018). Anxiety and depression among adult amputees : The role of attachment insecurity, coping strategies and social support. *Psychology, Health & Medicine*, 24(3), 281-293. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1529324>

- Falgarone, Z. (2021, septembre 2). *Dépression : Causes, symptômes et traitements*. Qare. <https://www.qare.fr/sante/depression/>
- Ferreira, L., Meregui, A. G. M., Mainenti, M. R. M., Vigário, P. S., & Neves, A. N. (2018). Version portugaise brésilienne de l'échelle d'image corporelle des amputés : Adaptation culturelle et analyse psychométrique. *Perceptual and Motor Skills*, 125(3), 507-524. <https://doi.org/10.1177/0031512518767755>
- Figus, M., & Mazouffre, C. (2016). *Statistiques*. Appareillages prothétiques. <http://uf-mi.u-bordeaux.fr/ter-2016/mazouffre-figus/quelques-chiffres/statistiques/>
- Flachaire, E. (2000). Les méthodes du bootstrap dans les modèles de régression. *Économie & prévision*, 142(1), 183-194. <https://doi.org/10.3406/ecop.2000.5996>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Education.
- Fortington, L. V., Dijkstra, P. U., Bosmans, J. C., Post, W. J., & Geertzen, J. H. B. (2013). Change in health-related quality of life in the first 18 months after lower limb amputation : A prospective, longitudinal study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(6), 587-594. <https://doi.org/10.2340/16501977-1146>
- Fortington, L. V., Geertzen, J. H. B., van Netten, J. J., Postema, K., Rommers, G. M., & Dijkstra, P. U. (2013). Short and long term mortality rates after a lower limb amputation. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery: The Official Journal of the European Society for Vascular Surgery*, 46(1), 124-131. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2013.03.024>
- Gallagher, P., Franchignoni, F., Giordano, A., & MacLachlan, M. (2010). Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales : A Psychometric Assessment Using Classical Test Theory and Rasch Analysis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89(6), 487-496. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e3181dd8cf1>
- Gaspard, C. (2020, janvier 15). *Méthodes inductives et déductives : Définition, méthodologie et exemples*. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/methodes->

inductives-deductives/

- Ghous, M., Gul, S., Siddiqi, F., Pervaiz, S., & Bano, S. (2015). Depression : Prevalence among amputees. *Professional Medical Journal*, 22(2), 263-266.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., & Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 14(2), 251-266.
<https://doi.org/10.1037//0893-3200.14.2.251>
- Gökşenoğlu, G., & Yildirim, M. A. (2019). The Effect of the Level of Amputation on Depression, Body Image Perception and Locomotor Capacity in Patients Using Lower Extremity Prosthesis. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 22(2), 53-59. <https://doi.org/10.31609/jpmrs.2019-66556>
- Goldberg, M., & Zins, M. (2012). *Les études de cohorte : Principes et méthode*.
[file:///Users/elodie/Downloads/ad781418%20\(2\).pdf](file:///Users/elodie/Downloads/ad781418%20(2).pdf)
- Gorjux, C. (2021). *Covariable—DataFranca*. <https://datafranca.org/wiki/Covariable>
- Gouin, J.-P., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2011). The impact of psychological stress on wound healing : Methods and mechanisms. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 31(1), 81-93. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2010.09.010>
- Gould, W. (2022). *Satorra–Bentler adjustments | Stata*.
<https://www.stata.com/features/overview/sem-satorra-bentler/>
- Goulet, C. (s. d.). *Validité d'une recherche*. Consulté 9 mai 2022, à l'adresse
https://pagesped.cahuntsic.ca/sc_sociales/psy/methosite/consignes/validite.htm
- Gouvernement du Canada. (2021a, septembre 2). 3.2.3 Échantillonnage non probabiliste.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch13/nonprob/5214898-fra.htm>
- Gouvernement du Canada. (2021b, septembre 2). 4.3 Distribution de fréquences.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/edu/power-pouvoir/ch8/5214814-fra.htm>
- Graf, C. (2022). *Programme de soins*. <https://www.hug.ch/readaptation->

medicale/programme-soins

- Guillemin, Francis, & Mercier, M. (2011). *Recherche clinique et épidémiologique—Notion de données censurées*. FAD Université de Lorraine. https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23863/mod_resource/content/2/co/Notion_Donnees_Censurees.html
- Guo, S., & DiPietro, L. A. (2010). Factors Affecting Wound Healing. *Journal of Dental Research*, 89(3), 219-229. <https://doi.org/10.1177/0022034509359125>
- Hamill, R., Carson, S., & Dorahy, M. (2010). Experiences of psychosocial adjustment within 18 months of amputation : An interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation*, 32(9), 729-740. <https://doi.org/10.3109/09638280903295417>
- Harrison, J., Cardwell, T., Kiely, A., & Bailey, S. (2022). *Amputation and Loss of Limb Claims*. Leigh Day. <https://www.leighday.co.uk/our-services/personal-injury/amputation-claims/>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336-346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>
- Haute Autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Hawamdeh, Z. M., Othman, Y. S., & Ibrahim, A. I. (2008). Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(3), 627-633.
- Hayes, A. (2021). *What Is the Bonferroni Test?* Investopedia. <https://www.investopedia.com/terms/b/bonferroni-test.asp>
- Hedef, V. (2018). *L'accompagnement du deuil, partie intégrante des soins palliatifs*.

- <https://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/article/l-accompagnement-du-deuil-partie-integrante-des-soins-palliatifs>
- Holzer, L. A., Sevelde, F., Fraberger, G., Bluder, O., Kicking, W., & Holzer, G. (2014). Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PloS One*, 9(3), e92943. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092943>
- Hôpital Erasme. (2021). *Etude rétrospective académique*. <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/enseignement-recherche/comite-d-ethique/etudes-cliniques/dossier-de-soumission/projet-academique-6>
- Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004a). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation : A review. *Disability and Rehabilitation*, 26(14-15), 837-850. <https://doi.org/10.1080/09638280410001708869>
- Hunault, G. (2021). *Modélisation (régression linéaire, logistique, simple, multiple, notions essentielles)*. https://gilles-hunault.leria-info.univ-angers.fr/wstat/Perfectionnement_R/perfc3.php
- Icks, A., Scheer, M., Morbach, S., Genz, J., Haastert, B., Giani, G., Glaeske, G., & Hoffmann, F. (2011). Time-dependent impact of diabetes on mortality in patients after major lower extremity amputation : Survival in a population-based 5-year cohort in Germany. *Diabetes Care*, 34(6), 1350-1354. <https://doi.org/10.2337/dc10-2341>
- Iglesias, C. (2018). *Les différentes étapes du deuil et le comportement adapté de l'infirmier*. 37.
- Interstices. (2004). *Test de Fisher*. <https://interstices.info/glossaire/test-de-fisher/>
- James, W. (1990). *The principles of psychology, Vol I*. (p. xii, 697). Henry Holt and Co. <https://doi.org/10.1037/10538-000>
- Jamois, M. (2021). *Ce que nous disent les chiffres du handicap dans le monde*. Orthopus. <https://orthopus.com/les-chiffres-du-handicap/>
- Jarre, J.-M. (2017, novembre 15). *Pubmed*. AFM-Téléthon. <https://www.afm-telethon.fr/glossaire/pubmed-106212>

- Jo, S.-H., Kang, S.-H., Seo, W.-S., Koo, B.-H., Kim, H.-G., & Yun, S.-H. (2021).
Psychiatric understanding and treatment of patients with amputations. *Yeungnam University Journal of Medicine*, 38(3), 194-201.
<https://doi.org/10.12701/yujm.2021.00990>
- Johnson, V. J., Kondziela, S., & Gottschalk, F. (1995). Pre and post-amputation mobility of trans-tibial amputees : Correlation to medical problems, age and mortality.
Prosthetics and Orthotics International, 19(3), 159-164.
<https://doi.org/10.3109/03093649509167999>
- Johnston, M., & Vögele, C. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery : A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 15(4), 245-256.
- Karanci, A. N., & Dirik, G. (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 363-369.
[https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00631-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00631-1)
- Katsilambros, Dounis, & Makrilakis. (s. d.). *Atlas of the Diabetic Foot | Wiley*. Consulté 6 mai 2022, à l'adresse <https://www.wiley.com/en-us/Atlas+of+the+Diabetic+Foot-p-9780470861370>
- Kolsi, B., Abdallah, R. B., Elleuch, M., Salah, D. B., Charfi, N., Rekik, N., & Abid, M. (2018). Évaluation de la dépression chez les diabétiques types 2 ayant une amputation d'un membre étude de 9 cas. *Annales d'Endocrinologie*, 79(4), 472.
<https://doi.org/10.1016/j.ando.2018.06.911>
- Kratz, A. L., Williams, R. M., Turner, A. P., Raichle, K. A., Smith, D. G., & Ehde, D. (2010). To lump or to split? Comparing individuals with traumatic and nontraumatic limb loss in the first year after amputation. *Rehabilitation Psychology*, 55(2), 126-138.
<https://doi.org/10.1037/a0019492>
- Labrecque, C. (2021, janvier 18). *Image corporelle et soins de plaies... quel est le lien?*
http://www.rqsp.ca/documents/repository/journees%20scientifiques/Journees%20scientifiques%20-%20mars%202021/13h_Chantal%20Labrecque_Image%20corporelle.pdf

- Lambert, H. (2022). *Psychologie du Stress*. Ergotonic.
<https://www.ergotonic.net/psychologie-du-stress/>
- Lauzon, S., Breton, M., & Beauchamp, M. (2019, janvier). *Le pied diabétique*. Diabète Québec. <https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/complications/le-pied-diabetique/>
- Leduc, S. (2022). *Amputation—Membres inférieurs et supérieurs*. Consortium national de formation en santé (CNFS). <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>
- Leite, J. O., Costa, L. O., Fonseca, W. M., Souza, D. U., Goncalves, B. C., Gomes, G. B., Cruz, L. A., Nister, N., Navarro, T. P., Bath, J., & Dardik, A. (2018). General outcomes and risk factors for minor and major amputations in Brazil. *Vascular*, 26(3), 291-300. <https://doi.org/10.1177/1708538117736677>
- Leprince, C. (2018). Stress : Une gestion collective pour performer. *HAL Open Science*, 25-43.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability : A Conceptual Framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(3), 151-160.
<https://doi.org/10.1177/003435520104400305>
- Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1990). Couples coping with chronic illness : Women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands. *Journal of Behavioral Medicine*, 13(4), 327-342. <https://doi.org/10.1007/BF00844882>
- Martz, E., & Cook, D. W. (2001). Physical Impairments as Risk Factors for the Development of Posttraumatic Stress Disorder. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(4), 217-221. <https://doi.org/10.1177/003435520104400404>
- Massin, Demange, & Bourgard. (2011). *Études épidémiologiques transversales*. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/269354/etudes-epidemiologiques-transversales>
- Masson, E. (1999). *Biais et facteurs de confusion en épidémiologie des risques professionnels*. EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/12100/biais-et->

facteurs-de-confusion-en-epidemiologie-de

Maxwell, A. (2014). *Revue de littérature*. 2.

Médiathèque HES. (2022). *Médiathèque santé > Home*. <https://biblioheds.hevs.ch/fr-fr/>

Meira-Machado, L., Pedras, S., Couto de Carvalho, A., Carvalho, R., & Pereira, M. G.

(2020). Anxiety and/or depression : Which symptoms contribute to adverse clinical outcomes after amputation? *Journal of Mental Health*, 1-9.

<https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1836554>

Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., & Eccles, M. (2008). From Theory to

Intervention : Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques. *Applied Psychology*, 57(4), 660-680.

<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00341.x>

Minitab, A. M. (2022). *Quelles sont les différences entre intervalles de confiance, de*

prédiction ou de tolérance ? [https://blog.minitab.com/fr/quelles-sont-les-](https://blog.minitab.com/fr/quelles-sont-les-differences-entre-intervalles-de-confiance-de-prediction-ou-de-tolerance)

[differences-entre-intervalles-de-confiance-de-prediction-ou-de-tolerance](https://blog.minitab.com/fr/quelles-sont-les-differences-entre-intervalles-de-confiance-de-prediction-ou-de-tolerance)

Moncada, I. (2019, mai 15). Le mystère des enfants nés sans main ou bras. In *RTS*.

<https://www.rts.ch/audio-podcast/2021/audio/le-mystere-des-enfants-nes-sans-main-ou-bras-25045045.html>

Monteleone, R., & Forrester-Jones, R. (2017). 'Disability Means, um, Dysfunctioning

People' : A Qualitative Analysis of the Meaning and Experience of Disability among Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual*

Disabilities: JARID, 30(2), 301-315. <https://doi.org/10.1111/jar.12240>

Mosaku, K., Akinyoola, A., Fatoye, F., & Adegbehingbe, O. (2009). Psychological

reactions to amputation in a sample of Nigerian amputees. *General hospital*

psychiatry, 31, 20-24. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.08.004>

Murray, C. (2009). Gender, Sexuality and Prosthesis Use : Implications for Rehabilitation.

In *Amputation, Prosthesis Use, and Phantom Limb Pain : An Interdisciplinary*

Perspective (p. 115-127). https://doi.org/10.1007/978-0-387-87462-3_8

Ndje Ndje, M., & Nung, N. (2019). Social Resilience and Self-Esteem Among Amputees :

- A Case Study of Amputees with Positive Self-Esteem. *J Med - Clin Res & Rev*, 3(2), 1-7. <https://doi.org/10.33425/2639-944X.1088>
- Norris, J., Kunes-Connell, M., & Spelic, S. S. (1998). A grounded theory of reimagining. *ANS. Advances in Nursing Science*, 20(3), 1-12. <https://doi.org/10.1097/00012272-199803000-00003>
- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Song, L., Zhang, L., & Mood, D. W. (2010). Interventions with family caregivers of cancer patients : Meta-analysis of randomized trials. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 60(5), 317-339. <https://doi.org/10.3322/caac.20081>
- Ntjam, M.-C., & Amadiko, A. (2019). Risque suicidaire dans les amputations. *Cahiers Ivoiriens de Psychologie*, 11(7), 106-119.
- Obadia, J.-L. (2017, janvier 19). *Conséquences psychologiques*. ADEPA. <https://www.adepa.fr/autour-de-lamputation/consequences-psychologiques/>
- Oberle, L., & Broers, B. (2017). *La dépression*. HUG. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Sstrategies/strategie_depression.pdf
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology : A textbook* (5e édition). Open University Press.
- Pédelaborde, Q., & Cluzeaud, F. (2020). Accompagnement psychologique après une amputation. *L'Aide-Soignante*, 34(220), 16-17. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2020.08.014>
- Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, G. (2018). A predictive model of anxiety and depression symptoms after a lower limb amputation. *Disability and Health Journal*, 11, 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.013>
- Petit manuel de lecture critique. (2009). *La_lecture_critique_des_essais_cliniques.pdf*. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La_lecture_critique_des_essais_cliniques.pdf
- Phelps, L. F., Williams, R. M., Raichle, K. A., Turner, A. P., & Ehde, D. M. (2008a). The importance of cognitive processing to adjustment in the 1st year following

- amputation. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 28-38. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.53.1.28>
- Piazza, C. (2022). *5 étapes du deuil : Du choc à la reconstruction*. Inmemori.
<https://fr.inmemori.com/deuil/etapes-du-deuil>
- Piazza, L., Gonçalves, E., Coelho, R., Wosniak, G., & Da Silva, R. (2019). *Psychosocial and physical adjustments and prosthesis satisfaction in amputees : A systematic review of observational studies*.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17483107.2019.1602853>
- Pinto, P. R., McIntyre, T., Ferrero, R., Almeida, A., & Araújo-Soares, V. (2013). Predictors of acute postsurgical pain and anxiety following primary total hip and knee arthroplasty. *The Journal of Pain*, 14(5), 502-515.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.12.020>
- Ploeg, A. J., Lardenoye, J.-W., Vrancken Peeters, M.-P. F. M., & Breslau, P. J. (2005). Contemporary series of morbidity and mortality after lower limb amputation. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery: The Official Journal of the European Society for Vascular Surgery*, 29(6), 633-637.
<https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2005.02.014>
- Psiuk, T. (2018). *Mobiliser le concept de résilience dans les soins*. 36.
- Pupion, P.-C. (2012). 11. Tests d'hypothèses paramétriques. *Management Sup*, 3, 186-206.
- Rangeon, N. (2022). *Découvrez les 4 types de variables*. OpenClassrooms.
<https://openclassrooms.com/fr/courses/4525266-decrivez-et-nettoyez-votre-jeu-de-donnees/4725615-decouvrez-les-4-types-de-variables>
- Roh, G. (2019). *Clinique Romande de Réadaptation*.
- Roy Chowdhury, M. (2019, septembre 3). *What is Coping Theory?*
PositivePsychology.Com. <https://positivepsychology.com/coping-theory/>
- Rybarczyk, B., & Behel, J. (2008). Limb Loss and Body Image. In P. Gallagher, D. Desmond, & M. MacLachlan (Éds.), *Psychoprosthetics* (p. 23-31). Springer.

https://doi.org/10.1007/978-1-84628-980-4_3

- Rybarczyk, B., Nyenhuis, D. L., Nicholas, J. J., Cash, S. M., & Kaiser, J. (1995). Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. *Rehabilitation Psychology, 40*(2), 95-110.
<https://doi.org/10.1037/0090-5550.40.2.95>
- Sabah, H., & Hend, M. (2019). Motor Capabilities of Lower Limb Amputated Patients and Its Relation to Body Image and Depression. *Journal of Health, Medicine and Nursing, 64*, 18-28.
- Sahu, A., Sagar, R., Sarkar, S., & Sagar, S. (2017). Psychological effects of amputation : A review of studies from India. *Industrial Psychiatry Journal, 25*(1), 4-10.
<https://doi.org/10.4103/0972-6748.196041>
- Sanchez, E., & Paukovics, E. (2020, mars 14). *Analyser une séance de travail menée dans le cadre d'une ROC*. Laboratoire d'innovation pédagogique. <https://www.lip-unige.ch/2020/03/14/analyser-une-seance-de-travail-menees-dans-le-cadre-dune-roc/>
- Schrijvers, G. (2019, août 13). Le coping : 5 mécanismes de gestion des problèmes de santé mentale. *Mensura*. <https://www.mensura.be/fr/blog/le-coping-5-mecanismes-de-gestion-des-problemes-de-sante-mentale>
- Seidel, E., Lange, C., Wetz, H. H., & Heuft, G. (2006). [Anxiety and depression after loss of a lower limb]. *Der Orthopade, 35*(11), 1152, 1154-1156, 1158.
<https://doi.org/10.1007/s00132-006-1017-8>
- Senra, H., Oliveira, R. A., Leal, I., & Vieira, C. (2012). Beyond the body image : A qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation, 26*(2), 180-191. <https://doi.org/10.1177/0269215511410731>
- Sharp, M., & Corp, D. (2022a). *L'acceptation de la mort et mourir—Fondamentaux*. Le Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/fondamentaux/mort-et-mourir/l-acceptation-de-la-mort-et-mourir>
- Sharp, M., & Corp, D. (2022b). *Rééducation après l'amputation d'un membre*. Le Manuel

MSD.

<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/fondamentaux/r%C3%A9%C3%A9ducation/r%C3%A9ducation-apr%C3%A8s-l-amputation-d-un-membre>

Sharp, M., & Corp, D. (2022c). *Revue générale des prothèses de membres—Sujets spéciaux*. Le Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/proth%C3%A8ses-des-membres/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-proth%C3%A8ses-de-membres>

Shue, S., Wu-Fienberg, Y., & Chepla, K. J. (2021). Psychiatric Disease after Isolated Traumatic Upper Extremity Amputation. *Journal of Hand and Microsurgery*, 13(2), 75-80. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701156>

Sinha, R., van den Heuvel, W. J., & Arokiasamy, P. (2011). Factors affecting quality of life in lower limb amputees. *Prosthetics and Orthotics International*, 35(1), 90-96. <https://doi.org/10.1177/0309364610397087>

Siri, A. (2020, juin 26). *Soins de Suite et de Réadaptation*. Entraide ESI IDE. <https://entraide-esi-ide.com/soins-de-suite-et-readaptation-ssr/>

Smith, R., & Smith, S. (2022). *Segmentation démographique : Définition et critères*. Qualtrics. <https://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/produit/segmentation-demographique/>

Spalding, N. J. (2003). Reducing anxiety by pre-operative education : Make the future familiar. *Occupational Therapy International*, 10(4), 278-293. <https://doi.org/10.1002/oti.191>

Srivastava, K., & Chaudhury, S. (2014). Rehabilitation after Amputation : Psychotherapeutic Intervention Module in Indian Scenario. *The Scientific World Journal*, 2014, e469385. <https://doi.org/10.1155/2014/469385>

Statistica. (2016a). *Test de Hosmer-Lemeshow*. <https://www.statsoft.fr/concepts-statistiques/glossaire/t/test-hosmer.html>

Statistica. (2016b). *Test de Kruskal-Wallis*. <https://www.statsoft.fr/concepts-statistiques/glossaire/t/test-kruskal.html>

- Statistica. (2016c). *Test de Shapiro-Wilk (W)*. <https://www.statsoft.fr/concepts-statistiques/glossaire/t/test-shapiro-wilk.html>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders : A systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 476-493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Stutts, L. A., Bills, S. E., Erwin, S. R., & Good, J. J. (2015). Coping and posttraumatic growth in women with limb amputations. *Psychology, Health & Medicine*, *20*(6), 742-752. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1009379>
- Taglang, F. (2021). *Soins infirmiers aux amputés*. http://frankpaillard.perso.infonie.fr/infirmier_cardiologie_SI_amputes.htm
- Thibault, M., Archambault, P., Béliveau, M.-E., Côté, M., Girard, M.-F., Nadeau, L., & Raymond, J. (2017). *Le deuil*. https://www.usherbrooke.ca/etudiants/fileadmin/sites/etudiants/documents/Psychologie/Brochure_deuil_2021_finale_01.pdf
- Tomlinson, M. (2022). *Limb Loss Statistics*. Amputee Coalition. <https://www.amputee-coalition.org/limb-loss-resource-center/resources-filtered/resources-by-topic/limb-loss-statistics/limb-loss-statistics/>
- Treloar, L. L. (2002). Disability, spiritual beliefs and the church : The experiences of adults with disabilities and family members. *Journal of Advanced Nursing*, *40*(5), 594-603. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02417.x>
- Tutak, Y., Şahin, İ., Azboy, İ., Özkul, E., Gem, M., Adıyeke, L., & Demirtaş, A. (2020). Depression, social phobia and quality of life after major lower limb amputation. *Haydarpasa Numune Training and Research Hospital Medical Journal*. <https://doi.org/10.14744/hnhj.2020.27928>
- Tyrer, P., Cooper, S., Salkovskis, P., Tyrer, H., Crawford, M., Byford, S., Dupont, S., Finnis, S., Green, J., McLaren, E., Murphy, D., Reid, S., Smith, G., Wang, D., Warwick, H., Petkova, H., & Barrett, B. (2014). Clinical and cost-effectiveness of

- cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients : A multicentre randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 383(9913), 219-225.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61905-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61905-4)
- Unwin, J., Kacperek, L., & Clarke, C. (2009). A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 23(11), 1044-1050.
<https://doi.org/10.1177/0269215509339001>
- Vermeulen, P. (2018). *Rapport 2018 de l'Observatoire des mines : Un nombre exceptionnel de victimes*. Handicap International CH. <https://handicap-international.ch/fr/actualites/rapport-2018-de-l-observatoire-des-mines-un-nombre-exceptionnel-de-victimes>
- Vilhena, E., Carvalho, R., Pedras, S., & Pereira, M. G. (2018). Psychosocial adjustment to a lower limb amputation ten months after surgery. *Rehabilitation Psychology*, 63(3), 418-430. <https://doi.org/10.1037/rep0000189>
- Vouilloz, A., Muller, N., & Buttet, F. (2018, décembre 7). *Amputation : Avancer avec une jambe en moins*. Canal 9. <https://canal9.ch/fr/amputation-avancer-avec-une-jambe-en-moins/>
- Wegener, S., Mackenzie, E., Ephraim, P., Ehde, D., & Williams, R. (2009, mars). *Self-Management Improves Outcomes in Persons With Limb Loss*.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.08.222>
- Wegener, S. T., Hofkamp, S. E., & Ehde, D. M. (2008). Interventions for Psychological Issues in Amputation : A Team Approach. In P. Gallagher, D. Desmond, & M. MacLachlan (Éds.), *Psychoprosthetics* (p. 91-105). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-84628-980-4_7
- Widawski, S. (2017, janvier 16). *L'amputation acquise ou congénitale*. APF France handicap. <https://www.apf-francehandicap.org/amputation-acquise-congenitale-1547>
- Wikipedia. (2017). PsycINFO. In *Wikipédia*.
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=PsycINFO&oldid=142752759>

Wikipedia. (2021). ScienceDirect. In *Wikipédia*.

<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=ScienceDirect&oldid=178388379>

Wikipedia. (2022a). Régression de Cox. In *Wikipédia*.

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9gression_de_Cox&oldid=189681645

Wikipedia. (2022b). ResearchGate. In *Wikipédia*.

<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=ResearchGate&oldid=191629836>

Wikipedia. (2022c). Taylor & Francis. In *Wikipédia*.

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Taylor_%26_Francis&oldid=192872657

Williams, R., Wegener, S. T., Mackenzie, E. J., Ephraim, P., & Ehde, D. (2009). Self-management improves outcomes in persons with limb loss. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90*(3), 373-380.

<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.08.222>

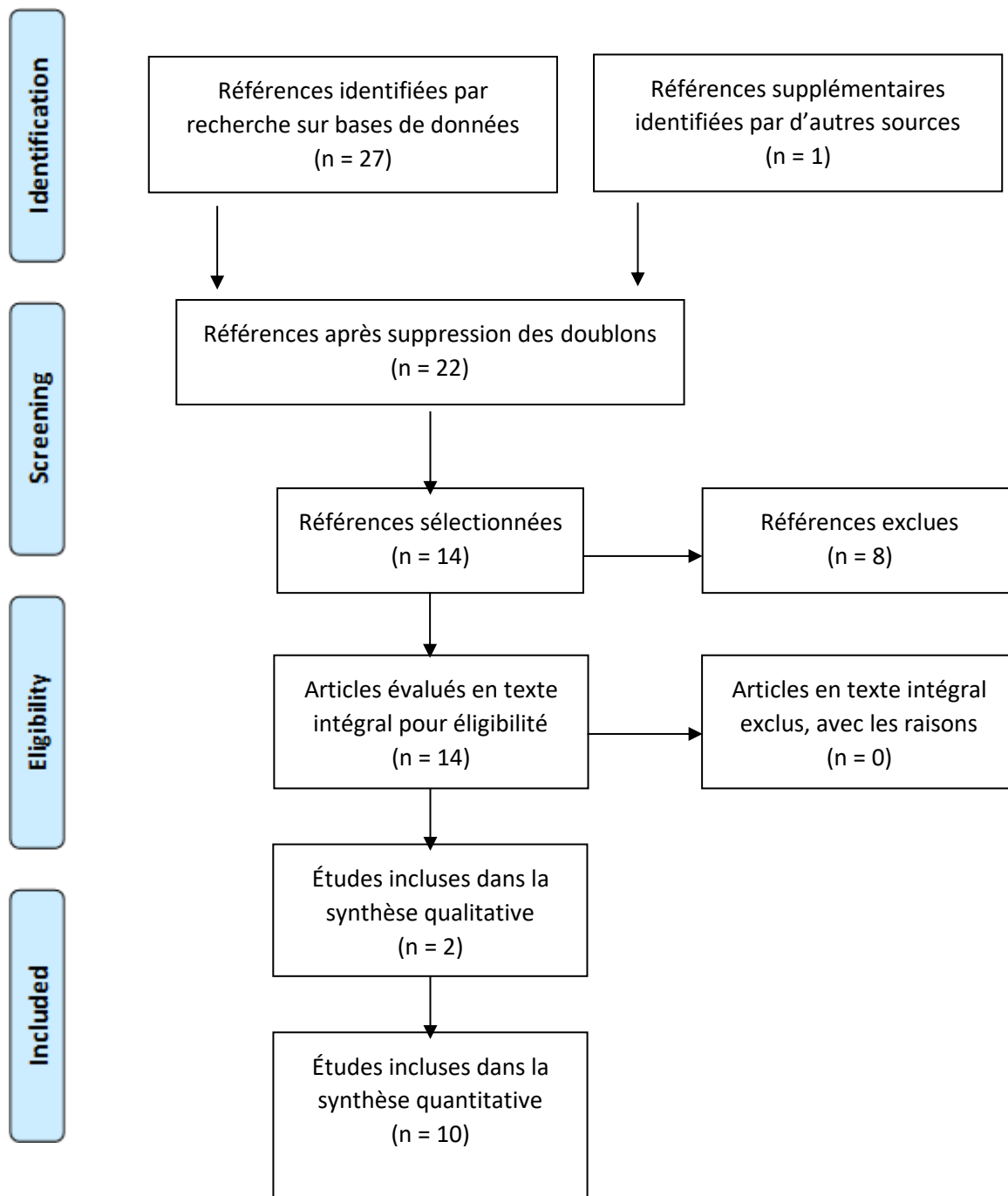
Woods, L., Hevey, D., Ryall, N., & O'Keeffe, F. (2018). Sex after amputation : The relationships between sexual functioning, body image, mood and anxiety in persons with a lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation, 40*(14), 1663-1670. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1306585>

Zidarov, D., Swaine, B., & Gauthier-Gagnon, C. (2009). Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90*(4), 634-645.

<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.11.003>

8 Annexes

Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



Annexe II : Tableaux de recension des études

Shue, S., Wu-Fienberg, Y., & Chepla, K. (2020). Psychiatric Disease after Isolated Traumatic Upper Extremity Amputation. *Journal of Hand and Microsurgery*, 13(2), 75-80. DOI : 0.1055/s-0040-1701156

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Quantitatif</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C - étude rétrospective</p> <p>Paradigme</p> <p>Positiviste, post-positiviste</p>	<p>46 patients</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste. Après l'approbation du comité d'examen institutionnel, tous les patients vus dans la clinique de perte de membre supérieur où travaillaient les chercheurs ont été identifiés via le dossier médical électronique (DME) pour une éventuelle inclusion dans l'étude.</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Âge supérieur à 18 ans, perte isolée traumatique d'un membre supérieur et absence de diagnostic psychiatrique préexistant connu</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>-</p>	<p>Le but de cette étude était d'évaluer la prévalence des maladies psychiatriques chez les civils après une amputation traumatique isolée du membre supérieur et de déterminer si des facteurs de risque sont associés au développement d'une maladie psychiatrique.</p> <p>Question de recherche</p> <p>-</p> <p>Hypothèses</p> <p>La prévalence des maladies psychiatriques dans le groupe de patients est similaire aux taux précédemment rapportés après la perte d'un membre supérieur suite à une blessure associée au combat.</p> <p>Variables</p> <p>-</p>	<p>Amputation, prévalence, psychiatrique, traumatique</p>	<p>Après l'approbation du comité d'examen institutionnel, tous les patients ont été identifiés via le dossier médical électronique (DME) pour une éventuelle inclusion dans l'étude. Les données démographiques des patients ont été recueillies pour tous les patients, y compris l'âge, le sexe et le statut d'emploi actuel. Les facteurs de risque étudiés pour le développement d'une maladie psychiatrique étaient le temps écoulé depuis l'amputation, le mécanisme de la blessure, le niveau d'amputation, la main affectée (dominante vs non dominante), le statut du Bureau of Workers' Compensation (BWC), et l'utilisation actuelle de prothèse. Si un diagnostic psychiatrique codé selon la CIM-10 était documenté dans le DME, le diagnostic spécifique, les médicaments psychiatriques utilisés et la durée du suivi en psychiatrie ou en psychologie étaient enregistrés. Tous les diagnostics psychiatriques ont été posés par un psychiatre indépendant ou un psychologue clinicien en réadaptation selon les critères diagnostiques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition.</p> <p>Éthique</p> <p>Approbation du comité d'examen institutionnel</p>	<p>Les patients ont été divisés en deux groupes pour l'analyse des données : ceux diagnostiqués avec au moins une maladie psychiatrique par rapport à ceux sans diagnostic psychiatrique. Les rapports de cotes pour la présence d'au moins un diagnostic psychiatrique ont été calculés pour chacun des facteurs de risque mentionnés ci-dessus. Le test exact de Fisher a été utilisé pour évaluer la signification des valeurs catégorielles, tandis que le test t de Student a été utilisé pour les variables continues. La signification statistique a été fixée à $p < 0,05$.</p> <p>Logiciels</p>	<p>Sur les 63 patients évalués dans la clinique de perte des membres supérieurs où s'est déroulée l'étude, 46 répondaient aux critères d'inclusion de l'étude. L'âge moyen était de 45,3 ans et il y avait 37 hommes et 9 femmes. La durée moyenne depuis la blessure était de 43 mois. Les mécanismes de blessure les plus courants comprenaient les accidents industriels, les collisions de véhicules à moteur, les blessures à la scie, les accidents agricoles et autres. La main dominante était impliquée chez 23 patients et la main non dominante chez 19 patients. Quatre patients ont eu des amputations bilatérales. Trente patients étaient impliqués dans une blessure au BWC et 26 patients utilisaient une prothèse. Trente et un patients avaient au moins une affection psychiatrique diagnostiquée. La durée moyenne du suivi en psychiatrie et/ou psychologie de ces patients était de 30 mois. Aucune corrélation statistiquement significative n'a été observée entre les facteurs de risque. Un diagnostic psychiatrique était présent chez les quatre patients présentant des lésions bilatérales ; cependant, cela n'était pas statistiquement significatif par rapport à l'amputation unilatérale.</p> <p>Conclusions</p> <p>Les taux de dépression et d'anxiété après la perte traumatique d'un membre supérieur dans la population civile étaient similaires aux taux rapportés après une blessure au combat.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Étude rétrospective. Tous les patients n'ont pas accepté d'être référés pour une évaluation et un traitement. Impossibilité d'examiner le moment du développement des symptômes psychiatriques par rapport au moment de la blessure. Centré sur la dépression, l'anxiété et le TSPT en tant que diagnostics psychiatriques.</p>

Pedras, S., Carvalho, R., & Pereira, G. (2018). A predictive model of anxiety and depression symptoms after a lower limb amputation. *Disability and Health Journal*, 11(1), 79-85. DOI : 10.1016/j.dhjo.2017.03.013.

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Quantitatif</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C - étude épidémiologique longitudinale</p> <p>Paradigme</p> <p>Positivisme, post-positivisme</p>	<p>113 patients</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Diabète DT2, ulcère du pied diabétique, indication pour une amputation des MI, âgé de plus de 18 ans, n'avoir aucun trouble psychiatrique diagnostiqué</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>-</p>	<p>Cette étude s'est concentrée sur la caractérisation des niveaux d'anxiété et de dépression, avant et après la chirurgie, les différences dans les niveaux de dépression et d'anxiété avant et après la chirurgie et les prédicteurs de la dépression un mois après la chirurgie, dans un échantillon de patients atteints de l'ulcère du pied diabétique.</p> <p>Question de recherche</p> <p>-</p> <p>Hypothèses</p> <p>-</p> <p>Variables</p> <p>Socio-démographiques : genre, âge, type de pied, nombre d'hospitalisations et de complications, douleur de présence/absence. Psychologiques : dépression et anxiété de base</p>	<p>Anxiété, dépression, amputation MI, ulcère du pied diabétique, diabète DT2</p>	<p>Un échantillon de 179 patients atteints de diabète sucré DT2 et d'ulcère du pied diabétique indiqué pour une chirurgie d'amputation a été dépisté pour la présence de symptômes d'anxiété et de dépression pendant l'hospitalisation qui a précédé l'amputation, et a été évalué lors d'une consultation de suivi à l'hôpital, environ un mois après la chirurgie (la durée moyenne du séjour à l'hôpital était de 25 jours). Les données sociodémographiques et cliniques ont été extraites des dossiers médicaux des patients par des professionnels de la santé (infirmières et médecins). Cette étude a un plan longitudinal avec deux moments d'évaluation : avant la chirurgie (T0) et la post-chirurgie (T1). Entre T0 et T1, 66 patients se sont retirés, laissant un échantillon de 113 patients pour l'analyse finale. Les entretiens d'évaluation ont été réalisés en face à face et réalisés par un psychologue de la santé. Trois mesures ont été utilisées : un questionnaire socio-démographique, un questionnaire de données cliniques et une échelle d'anxiété et de dépression hospitalière.</p> <p>Éthique</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue par le comité d'éthique de l'hôpital et tous les participants ont déjà été informés de l'étude. La participation était volontaire et impliquait la signature d'un formulaire de consentement éclairé.</p>	<p>Les variables continues sont présentées sous forme de moyenne, d'écart-type et de plage (min/max). Les données dichotomiques sont présentées sous forme numérique et en pourcentage. La prévalence des symptômes cliniquement significatifs de l'anxiété et de la dépression à T0 et T1 a été estimée en utilisant les scores de coupure des auteurs (> 11). Afin d'analyser si les différences d'anxiété et de dépression dépendaient de variables cliniques et socio-démographiques, une analyse répétée de la variance a été effectuée avec le nombre d'amputations, la durée de l'ulcère et la durée du séjour à l'hôpital, sous forme de covariables. Un modèle de régression hiérarchique multiple a été utilisé pour trouver les prédicteurs des symptômes d'anxiété et de dépression, dans T1. Pour contrôler 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>Logiciels</p> <p>SPSS version 22</p>	<p>Les résultats ont montré un effet significatif des symptômes d'anxiété et de dépression avant la chirurgie sur la prédiction des symptômes d'anxiété et de dépression un mois après l'amputation. Les patients ont montré des niveaux d'anxiété plus élevés que les symptômes de dépression avant la chirurgie, bien que l'anxiété ait diminué de manière significative le mois suivant la chirurgie. Les symptômes de l'anxiété et de la dépression ont tous deux contribué à la dépression après l'amputation, bien que l'anxiété avant la chirurgie ait été le seul prédicteur de l'anxiété après la chirurgie.</p> <p>Conclusions</p> <p>Des interventions multidisciplinaires sur mesure doivent être développées pour fournir un soutien avant et après une chirurgie d'amputation, afin de réduire les symptômes d'anxiété et de dépression et de favoriser l'adaptation psychologique à la perte de membres.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Petite taille de l'échantillon et nombre réduit de femmes. De plus, le faible niveau d'éducation de l'échantillon peut affecter la validité externe des résultats, car les patients plus instruits pourraient avoir des informations plus précises sur la chirurgie et donc ressentir moins d'anxiété à T0. De plus, le modèle de la CIF met l'accent sur une interaction dynamique entre les facteurs personnels et environnementaux influant sur le fonctionnement des personnes ayant un problème de santé et/ou un handicap. Cependant, dans cette étude, seules quelques dimensions du modèle théorique ont été utilisées.</p>

Falgares, G., Lo Gioco, A., Verrocchio, M., & Marchetti, D. (2018). Anxiety and depression among adult amputees: the role of attachment insecurity, coping strategies and social support. *Psychology, Health & Medicine, 24*(3), 281-293. DOI : 10.1080/13548506.2018.1529324

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif Niveau de preuve C Paradigme Positivisme, post-positivisme	62 adultes amputés (71% d'hommes, 29% de femmes) Échantillonnage Non probabiliste Critères d'inclusion - Critères d'exclusion -	Le but de cette étude était d'examiner la relation entre l'insécurité de l'attachement, le soutien social, les stratégies d'adaptation et les émotions négatives, telles que l'anxiété et la dépression, chez les adultes amputés. Question de recherche - Hypothèses - Variables Attachement anxieux, attachement évitant, adaptation axée sur le coping, adaptation orientée sur le coping, support de perception sociale émotion orientée sur le coping, statut d'anxiété, trait d'anxiété, dépression, âge	Amputation, émotions négatives, attachement, soutien social, faire face	Soixante-deux adultes amputés ont été recrutés au Centre prothétique de l'Autorité italienne des accidents du travail. Les participants ont été approchés au Centre par un membre du personnel ou un assistant de recherche. Les participants ont rempli le questionnaire sur le style d'attachement, l'inventaire des situations stressantes, l'échelle multidimensionnelle du soutien social perçu, l'inventaire de dépression de Beck II et l'inventaire d'anxiété d'État-Trait. Éthique Après avoir fourni leur consentement éclairé écrit, les participants ont rempli tous les questionnaires dans un espace privé, recevant un soutien pour clarifier toute question si nécessaire. Le protocole de recherche a été approuvé, conformément à la Déclaration d'Helsinki et à ses révisions par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Palerme.	Avant l'analyse principale, les chercheurs ont examiné les données en utilisant des fréquences et des statistiques descriptives. L'analyse des valeurs manquantes a révélé que moins de 5% des données totales pour chaque échelle comprenaient des données manquantes. Des scores ont été imputés pour les valeurs individuelles manquantes sur les échelles afin de donner des scores ajustés en fonction des moyennes. Les données ont été examinées pour détecter tout écart par rapport aux hypothèses paramétriques et répondaient aux exigences sans transformation. Les chercheurs ont évalué les associations entre l'âge, le niveau d'amputation, la raison de l'amputation, le temps écoulé depuis l'amputation et l'utilisation de la prothèse avec les principales variables de l'étude. En particulier, ils ont utilisé les coefficients de corrélation de Pearson pour décrire les relations significatives potentielles entre les variables d'insécurité de l'âge et de l'attachement, les stratégies d'adaptation et les variables d'émotions négatives. Ils ont calculé un test t/ANOVA à sens unique pour examiner si les scores des participants pour les variables clés de l'étude mentionnées ci-dessus différaient en fonction du niveau d'amputation, de la raison de l'amputation et de l'utilisation de la prothèse. De plus, les corrélations de Pearson ont été utilisées pour étudier les associations entre les variables d'insécurité de l'attachement, les stratégies d'adaptation et les variables d'émotions négatives. Le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$. Logiciels SPSS-IBM (Software, v.19.0 SPSS)	Les corrélations de Pearson ont révélé des relations significatives entre l'anxiété d'attachement et l'anxiété d'état, l'anxiété de trait et la dépression ; entre l'anxiété d'attachement, le coping orienté vers les émotions et le coping orienté vers l'évitement ; entre le coping orienté vers la tâche, l'anxiété d'état et l'anxiété de trait ; et entre le coping orienté vers les émotions, l'anxiété d'état, l'anxiété de trait et la dépression. L'évitement de l'attachement était significativement associé à l'anxiété d'état, l'anxiété de trait, la dépression et le coping orienté vers les émotions. Aucune relation significative n'a été trouvée entre le soutien social perçu et toutes les autres variables. Les relations entre l'attachement insécurisant (anxiété et évitement), le coping orienté vers les émotions et les émotions négatives (dépression et anxiété) ont rendu ces variables appropriées pour tester l'effet médiateur du coping orienté vers les émotions sur l'effet de l'attachement insécurisant sur la dépression et l'anxiété chez les adultes amputés. Conclusions Conformément à d'autres études, les auteurs soutiennent l'importance de la théorie de l'attachement, qui est plus à même d'expliquer les stratégies que les individus utilisent lorsqu'ils sont stressés et pour surmonter les obstacles qu'ils rencontrent pour atteindre la meilleure qualité de vie possible. Limites de l'étude Utilisation de mesures d'auto-évaluation, biais de réponse, conception transversale. Les résultats doivent être interprétés avec une certaine prudence car ils n'ont pas été ajustés pour des tests multiples.

Pedras, S., Meira-Machado, L., Couto de Carvalho, A., Carvalho, R., & Pereira, G. (2020). Anxiety and/or depression : which symptoms contribute to adverse clinical outcomes after amputation ? *Journal of Mental Health*, 1-9. DOI : 10.1080/09638237.2020.1836554

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude de conception multicentrique et longitudinale, quantitative</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C – étude longitudinale</p> <p>Paradigme</p> <p>Positivism, post-positivism</p>	<p>Deux cent trente-neuf patients proposés pour une chirurgie d'amputation ont été identifiés par l'équipe de professionnels de la santé qui collabore à cette étude. De ce nombre, 206 ont donné leur consentement éclairé et 33 ont été exclus</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Être un patient adulte atteint du diabète DT2 et d'un ulcère du pied diabétique proposé pour une amputation des MI</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Avoir des antécédents de troubles psychiatriques graves diagnostiqués, ne pas être en mesure de comprendre des informations écrites ou de fournir des réponses verbales et être amputé pour des raisons autres que celles liées aux ulcères du pied diabétique</p>	<p>Cette étude vise à explorer le rôle de l'anxiété et de la dépression sur la mortalité, la réamputation et la guérison, après une amputation du MI due à un ulcère du pied diabétique</p> <p>Question de recherche</p> <p>-</p> <p>Hypothèses</p> <p>Les symptômes de dépression sont des prédictors positifs de la mortalité.</p> <p>Les symptômes d'anxiété sont des prédictors négatifs de la guérison et des prédictors positifs de la réamputation.</p> <p>Variables</p> <p>Sociodémographiques : âge et sexe. Cliniques : durée du diabète DT2, type de pied diabétique, capacité ambulatoire, nombre d'autres complications associées au DT2, niveau d'amputation (majeure ou mineure), antécédents d'amputations, date de l'amputation</p>	<p>Ulcère du pied diabétique, amputation, réamputation, guérison, dépression, anxiété, mortalité</p>	<p>Les patients ont été recrutés consécutivement et invités à collaborer à l'étude lorsqu'ils ont été informés qu'ils subiraient une chirurgie d'amputation. Les patients ont été évalués en moyenne deux jours avant la chirurgie et la moitié de l'échantillon a été évaluée 24 heures avant la chirurgie.</p> <p>Éthique</p> <p>Toutes les procédures effectuées dans les études impliquant des participants humains étaient conformes aux normes éthiques de l'établissement et/ou du comité national de recherche, ainsi qu'à la Déclaration d'Helsinki de 1964 et à ses modifications ultérieures ou à des normes éthiques comparables.</p>	<p>Après la chirurgie, 149 patients ont participé à l'étude et ont été inclus dans l'analyse. Un échantillon de 149 patients a répondu à l'échelle d'anxiété et de dépression hospitalière et à un questionnaire sociodémographique et clinique. Il s'agit d'une étude avec 4 moments d'évaluation qui ont utilisé des modèles de risques proportionnels de Cox ajustés pour tenir compte des variables démographiques et cliniques. Une valeur $p < 0,05$ était significative.</p> <p>Logiciels</p> <p>Logiciel R version 3.2.5</p>	<p>Les taux de mortalité, de réamputation et de guérison, 10 mois après l'amputation du MI, étaient respectivement de 9,4%, 27,5% et 61,7%. L'anxiété, au départ, était négativement associée à la guérison. Cependant, la dépression n'était pas un prédicteur indépendant de la mortalité. Aucun des facteurs psychologiques n'a été associé à la réamputation.</p> <p>Conclusions</p> <p>Les résultats mettent en évidence la contribution significative des symptômes d'anxiété avant la chirurgie à la guérison après l'amputation du MI. Les symptômes de dépression ne se sont pas avérés être des prédictors significatifs. La réamputation et la mortalité n'ont été prédites par aucune des variables incluses dans l'étude. Cependant, cette étude met l'accent sur la nécessité de fournir une intervention psychologique personnalisée afin de réduire l'anxiété pendant la période préopératoire et pendant le processus de réadaptation postopératoire.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Cette étude comporte certaines limites qui doivent être reconnues, telles qu'une courte période de suivi, un petit nombre d'événements majeurs, la non-hétérogénéité de l'échantillon en ce qui concerne l'étendue (taille) de l'amputation, l'homogénéité des caractéristiques sociodémographiques et l'incapacité à contrôler les options de traitement et les interventions chirurgicales. La période de référence dans le questionnaire HADS est d'une semaine, ce qui ne permet pas de comprendre si les symptômes se sont déjà manifestés précédemment ou s'ils étaient une manifestation d'anxiété antérieure à l'anxiété/santé. Malgré ses caractéristiques multicentriques, cette étude n'a été réalisée que dans des centres de diabète du nord du Portugal, ce qui peut limiter la généralisabilité des résultats. La petite taille de l'échantillon peut être responsable de résultats non significatifs. Par conséquent, les résultats doivent être analysés avec prudence.</p>

Sabah & Hend (2019). Motor Capabilities of Lower Limb Amputated Patients and Its Relation to Body Image and Depression. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 64(0) 18-28. DOI : 10.7176/JHMN

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif Niveau de preuve B Paradigme Positiviste, post-positiviste	64 patients Échantillonnage Non probabiliste Critères d'inclusion Patients conscients et orientés, hommes et femmes adultes (20-60 ans) ayant une cicatrisation primaire complète de la plaie (une période d'au moins six mois après l'amputation) Critères d'exclusion Patients qui avaient des plaies ouvertes, qui ne portaient pas de prothèse, qui avaient subi une amputation bilatérale d'un membre inférieur, qui souffraient d'une maladie entravant les schémas de marche, c'est-à-dire des lésions cérébrales traumatiques, lésions de la moelle épinière ou autres problèmes neurologiques	L'objectif de cette étude est de mesurer la relation entre les capacités motrices des patients amputés d'un membre inférieur et l'image corporelle et le niveau de dépression. Question de recherche - Hypothèses Les incapacités motrices des prothèses récentes des membres inférieurs chez les patients amputés ont un effet négatif sur leur image corporelle et leur niveau de dépression. Variables Sexe, âge, métier, habitat, statut civil, niveau d'éducation	Amputation, capacités locomotrices, image corporelle, dépression	Trois échelles et un outil ont été utilisés. Outil 1 : caractéristiques bio sociodémographiques et questionnaire d'entretien structuré. Échelle 1 : indice de capacités locomotrices. Échelle 2 : échelle d'image corporelle des amputés. Échelle 3 : échelle de l'inventaire de dépression de Beck (BDI). Éthique Une autorisation officielle de mener la présente étude a été obtenue auprès du doyen de la faculté des sciences infirmières et du directeur de l'hôpital universitaire de Minia. Des consentements écrits ont été obtenus des sujets qui ont été informés du but, de la procédure, des avantages, de la nature de l'étude, du suivi. Ils avaient le droit de se retirer de l'étude à tout moment sans aucune justification. La confidentialité et l'anonymat de chaque sujet ont été assurés par le codage de toutes les données. La protection des données était garantie.	Les données ont été résumées, tabulées et présentées à l'aide de statistiques descriptives sous forme de distribution de fréquences, de pourcentages, de moyennes et d'écart-types comme mesure de dispersion. Les données numériques ont été exprimées sous forme de moyenne et d'écart-type. Le test ANOVA a été utilisé pour les groupes multiples. L'analyse de corrélation de Pearson a été utilisée pour évaluer les interrelations entre les variables quantitatives. La signification statistique a été considérée à une valeur $p \leq 0,05$. Logiciels Logiciel statistique pour les sciences sociales (SPSS), version 20	Les résultats de l'étude ont révélé des différences statistiquement significatives entre les caractéristiques des données personnelles de l'échantillon étudié en ce qui concerne les capacités locomotrices totales, l'image corporelle totale et la dépression totale. Le score moyen le plus élevé pour la différence entre les sexes était celui des femmes, ce qui peut s'expliquer par le fait que les aspects esthétiques de la satisfaction de la prothèse ont une plus grande influence sur l'image corporelle et la dépression chez les femmes. Alors que les hommes amputés ont tendance à se concentrer sur la fonctionnalité de leurs prothèses, de nombreuses femmes amputées sont préoccupées par l'attractivité féminine. Dans la présente étude, il y avait une corrélation significative élevée entre l'échelle des capacités locomotrices et l'image corporelle ainsi que le niveau de dépression, ce qui peut être attribué au fait que l'effet négatif de la prothèse sur l'image corporelle augmente le sentiment de dépression en même temps que le patient est contraint de porter une prothèse la plupart du temps pour pouvoir effectuer ses activités quotidiennes. Les problèmes psychologiques et la dépression sont courants après une amputation, dans le cadre de l'adaptation émotionnelle à la perte d'un membre. 73,5% des patients amputés ont de faibles capacités locomotrices tandis que 93,7% de l'échantillon de l'étude a une faible image corporelle et 31,2% de l'échantillon de l'étude souffre de dépression modérée après 6 mois d'amputation. Il y a une corrélation significative positive élevée entre les capacités locomotrices et l'image corporelle, et une corrélation significative négative élevée entre les capacités locomotrices et le niveau de dépression parmi les patients amputés. Conclusions Les patients récemment amputés qui ont des prothèses de membres inférieurs souffrent de faibles capacités locomotrices lorsqu'ils effectuent des activités de base et avancées et se comportent de manière à augmenter leur niveau d'indépendance, en particulier dans les 6 premiers mois suivant l'amputation, ce qui a un impact négatif sur leur image corporelle et leur niveau de dépression. Limites de l'étude Une réplication de l'étude sur un plus grand échantillon provenant de différentes zones géographiques devrait être faite pour obtenir une généralisation des résultats.

Abouammoh, N., Aldebeya, W., & Abuzaid, R. (2021). Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia : a qualitative study. *EMHJ*, 27(4) 407-413. DOI : 10.26719/emhj.20.124

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude phénoménologique qualitative à visée compréhensive</p> <p>Niveau de preuve C</p> <p>Paradigme Socio-constructiviste</p>	<p>11 participants</p> <p>Échantillonnage Non probabiliste. Les participants au groupe de discussion ont été choisis de manière opportune dans l'unité de réadaptation des patients hospitalisés.</p> <p>Critères d'inclusion Nationalité saoudienne et âgés de plus de 18 ans</p> <p>Critères d'exclusion Incapacité de fournir un consentement éclairé Souffrir d'une maladie mentale grave</p>	<p>L'objectif de la présente étude était d'explorer les expériences d'ajustement des amputés en Arabie Saoudite et leurs besoins avant et après l'amputation.</p> <p>Question de recherche -</p> <p>Hypothèses -</p> <p>Variables -</p>	<p>Expérience, besoin, ajustement, amputation</p>	<p>Le groupe de discussion s'est déroulé dans une salle de réunion calme et a duré 1 heure. Sept patients ont été invités à participer aux entretiens semi-structurés. Trois entretiens ont eu lieu dans la même salle et les autres ont été menés dans la chambre du patient et ont duré 30-45 minutes. La collecte des données a été menée par 2 auteurs travaillant en contact étroit avec des amputés. Le guide des sujets a été élaboré sur la base de directives précédemment utilisées dans des études similaires et modifié en fonction de l'objectif de ce projet. Des entretiens semi-structurés ont été utilisés pour traiter les questions sensibles (par exemple, les sentiments et les attitudes spirituelles). La triangulation des techniques de collecte de données, les questions d'approfondissement, la présence de plus d'un codeur et la transparence dans la présentation des résultats ont été utilisées pour garantir la fiabilité des résultats.</p> <p>Éthique Il s'agissait d'une étude phénoménologique des expériences vécues par les amputés des membres inférieurs au sein de leur communauté. Les chercheurs ont adopté une perspective éthique ; ils ont examiné les expériences des participants sans préjugés. Deux chercheurs travaillaient en contact étroit avec des amputés, ce qui les a rendus plus familiers avec les expressions, les sentiments et les moyens d'établir un rapport avec les participants.</p>	<p>Tous les entretiens ont été enregistrés, transcrits mot à mot et analysés dans leur langue d'origine, l'arabe. L'analyse thématique a été utilisée pour fournir une structure séquentielle à l'analyse des données. Une approche itérative a été adoptée afin de couvrir les expériences des patients. Les deux chercheurs se sont familiarisés avec l'étendue, la profondeur et la diversité des données. Ils ont convenu d'un cadre de codage initial qui a ensuite été appliqué à d'autres transcriptions, avec la souplesse nécessaire pour permettre l'ajout d'autres codes. Des thèmes clés ont été développés et des citations ont été utilisées pour fournir des preuves à l'appui. Les thèmes ont été étudiés jusqu'à saturation.</p> <p>Logiciels Le logiciel NVivo (version 11.4.2) a été utilisé pour gérer les données.</p>	<p>Six et huit patients ont participé au groupe de discussion et aux entretiens semi-structurés (3 hommes et 5 femmes, dont 1 homme du groupe de discussion). L'âge des participants était compris entre 26 et 71 ans. Le temps écoulé depuis l'amputation était compris entre 4 et 15 ans, et les niveaux d'amputation variaient selon les participants (9 au-dessus du genou, 3 au-dessous du genou et 1 au niveau de la cheville). Six des participants ont subi une amputation bilatérale au-dessus du genou. Deux thèmes principaux ont émergé de l'analyse des données : les expériences et les besoins avant l'amputation, et les expériences d'ajustement social et psychologique après l'amputation.</p> <p>Conclusions Une série de besoins non satisfaits, impliquant un soutien familial, communautaire et religieux, a été identifiée chez les amputés des membres inférieurs. Cette étude appelle les décideurs politiques à participer à la réduction des implications sociales et psychologiques de l'amputation en tant que handicap, et à permettre aux amputés de bénéficier de leur droit à l'indépendance et à l'inclusion sociale en leur fournissant toute la logistique nécessaire. Les professionnels de la santé devraient prêter plus d'attention aux besoins des patients et aux systèmes de soutien en impliquant les familles et les guérisseurs religieux dans les plans de traitement des amputés, en plus de présenter des histoires de réussite et des exemples de vie pour alléger la souffrance des amputés.</p> <p>Limites de l'étude -</p>

Armstrong, T., Williamson, M., Elliott, T., Jackson, W., Kearns, N., & Ryan, T. (2019). Psychological distress among persons with upper extremity limb loss. *The British Psychological Society*, 24(4) 746-763. DOI : 10.1111/bjhp.12360

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude quantitative transversale et multisite</p> <p>Niveau de preuve C</p> <p>Paradigme Positivism, post-positivism</p>	<p>Sur les 307 participants à l'étude (âge, M = 42,25, SD = 15,31), la majorité était blanche de peau (70,7%) et de sexe masculin (69,1%). La plupart des participants avaient une amputation unilatérale du membre inférieur.</p> <p>Échantillonnage Non probabiliste</p> <p>Critères d'inclusion -</p> <p>Critères d'exclusion -</p>	<p>Examiner les prédicteurs de niveaux cliniquement significatifs de détresse psychologique chez les personnes atteintes d'une perte du membre supérieur</p> <p>Question de recherche -</p> <p>Hypothèses -</p> <p>Variabes Démographiques : sexe, origine ethnique, âge, temps écoulé depuis la blessure, étiologie de l'amputation et son étendue. D'autres variables ont été utilisées comme : l'interférence de la douleur, la restriction d'activité, les symptômes de stress post-traumatique, la dépression</p>	<p>Détresse psychologique, amputation membre supérieur, dépression, syndrome de stress post-traumatique, réhabilitation</p>	<p>Les participants potentiels ont été adressés par des médecins, des compagnies d'assurance et un petit nombre se sont auto-désignés. Les participants ont consenti et ont été interrogés par des ergothérapeutes qui avaient reçu au moins 2 heures de formation. Toutes les mesures ont été effectuées verbalement et enregistrées par l'ergothérapeute désigné sur chaque site pour mener l'entrevue. Au cours du processus de consentement, les personnes ont été informées que le dépistage ne constituait pas une évaluation psychologique formelle.</p> <p>Éthique L'approbation éthique de la présente étude a été accordée par le comité d'examen institutionnel de la Texas A&M University.</p>	<p>Toutes les variables prédictives catégorielles ont été codées pour créer des variables dichotomiques pour les analyses. Le sexe, l'origine ethnique et l'âge ont été saisis dans le premier bloc pour obtenir des différences démographiques dans la prédiction des appartenances au groupe. Le deuxième bloc comprenait le temps écoulé depuis la blessure, l'étiologie de la blessure et les prédicteurs d'amputation partielle de la main. Le troisième bloc a été subdivisé avec l'interférence de la douleur et la restriction d'activité saisies séparément. À chaque bloc entré, l'indépendance de l'hypothèse d'alternatives non pertinentes du modèle logistique multinomial a été évaluée à l'aide du test de Hausman-McFadden. Cette hypothèse a été vérifiée pour chaque bloc. Des tests LR ont été utilisés pour évaluer la signification statistique en raison de la nécessité de tester plusieurs paramètres en même temps pour déterminer la contribution du modèle. Les modèles finaux ont été évalués à l'aide de la version généralisée du test d'ajustement de Hosmer-Lemeshow. Le ROC multiclasse a été utilisé pour évaluer la précision de la classification des modèles. Les distributions de probabilités lissées ont été calculées à l'aide de l'estimation de la densité du noyau, et le taux de faux positifs, le taux de vrais positifs et l'AUC ont ensuite été calculés.</p> <p>Logiciels IBM SPSS Statistics version 22. Stata 14.1</p>	<p>Les résultats de l'étude suggèrent qu'un pourcentage élevé (plus de 50%) de l'échantillon avec une amputation d'un MS a été identifié comme souffrant de symptômes dépressifs et de TSPT. Le pourcentage de personnes présentant des niveaux de dépression cliniquement significatifs (55,4% dans l'ensemble, 34,5% sans TSPT) est cohérent avec les taux rapportés dans les études précédentes sur la dépression chez les personnes souffrant de blessures aux membres (qui vont de 20 à 47%). À première vue, ceux qui répondaient aux critères de dépistage du TSPT (23,4%) correspondaient également aux taux rapportés dans la littérature existante (22-26% ; Phelps et al., 2008), mais plus important encore, la présente étude est la première à trouver qu'un nombre critique de personnes atteintes de perte du membre supérieur ont des problèmes de TSPT et de symptômes dépressifs concomitants (20,8%). Les résultats révèlent également des associations importantes entre plusieurs variables démographiques et la détresse qui peuvent avoir été obscurcies dans des études antérieures avec des échantillons de plus petite taille. Les personnes plus jeunes sont plus susceptibles de subir une perte de membre traumatique, et les personnes plus âgées sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé chroniques qui peuvent compliquer leur adaptation post-amputation.</p> <p>Conclusions Ces résultats indiquent qu'un nombre important de personnes atteintes d'amputation d'un MS éprouvent des niveaux cliniquement significatifs de détresse psychologique, et une évaluation clinique de routine de la dépression et du TSPT est justifiée. Les femmes et les personnes issues de minorités ethniques peuvent être particulièrement à risque, quelles que soient la gravité et la cause de l'amputation d'un MS. Les restrictions dans les activités préférées et dirigées vers un objectif et la douleur persistante sont également des facteurs contributifs. Les interventions psychologiques qui traitent de ces questions sont indiquées.</p> <p>Limites de l'étude L'étude est limitée par la conception transversale et l'utilisation d'outils de dépistage qui manquent de spécificité diagnostique. Les propriétés psychométriques du dépistage de la dépression utilisé dans la présente étude, par exemple, n'ont pas été étudiées et la sensibilité de l'instrument n'a pas été établie.</p>

Pedras, S., Carvalho, R., Pereira, G., & Vilhena, E. (2018). Psychosocial Adjustment to a Lower Limb Amputation Ten Months After Surgery. *Rehabilitation Psychology*, 63(3), 418-430. DOI : 10.1037/rep0000189

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude longitudinale multisite, quantitative</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C</p> <p>Paradigme</p> <p>Positivisme, post-positivisme</p>	<p>86 patients</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Être atteint de diabète DT2 et d'ulcère du pied diabétique, être indiqué pour une chirurgie d'amputation des MI, et être âgé de plus de 18 ans</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Diagnostic de démence ou un trouble psychiatrique enregistré dans le dossier médical du patient</p>	<p>Cette étude longitudinale multisite a examiné l'influence des caractéristiques démographiques, des réactions psychologiques, de la fonctionnalité, des stratégies d'adaptation et du soutien social sur l'adaptation psychosociale à l'amputation d'un membre inférieur 10 mois après l'opération.</p> <p>Question de recherche</p> <p>-</p> <p>Hypothèses</p> <p>-</p> <p>Variables</p> <p>Sociodémographiques : âge, sexe, niveau d'éducation, statut marital et professionnel</p>	<p>Réactions psychologiques, fonctionnalité, soutien social, ajustement psychosocial, amputation</p>	<p>Sur une référence initiale de 206 patients portugais, un échantillon de 86 patients ayant subi une amputation d'un membre inférieur en raison d'un diabète sucré de type II a été évalué au cours de l'hospitalisation qui a précédé la chirurgie (T0) et lors des consultations de suivi des patients hospitalisés, 1 (T1), 6 (T2) et 10 mois (T3) après la chirurgie. Les mesures auxquelles les patients ont répondu sont : indice de Barthel, échelle d'anxiété et de dépression de l'hôpital, échelle d'impact de l'événement révisée, échelle de satisfaction du soutien social, Ways of Coping Questionnaire.</p> <p>Éthique</p> <p>Les comités d'éthique de tous les hôpitaux ont donné leur accord et tous les participants ont été informés de l'objectif de l'étude avant de participer. Un formulaire de consentement éclairé a été signé.</p>	<p>Des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon. Des tests t et des tests chi-carré ont été effectués pour comparer les mesures démographiques, cliniques et psychologiques entre les participants et les abandons. Trois modèles d'analyse de chemin ont été réalisés afin d'explorer les relations entre les variables pré et post-chirurgicales. L'analyse du cheminement utilise des techniques de régression linéaire multiple et bivariée pour tester les relations causales entre les variables et déterminer dans quelle mesure une variable indépendante affecte directement et indirectement la variable dépendante. Les coefficients ont été calculés par une série d'analyses de régression multiple. Les variables continues ont été analysées pour détecter un écart significatif par rapport à la normalité. Le test de chi-carré de l'échelle de Satorra-Bentler a été utilisé. Une valeur p non significative ($p < 0,05$) et le rapport (S-B2) représentent un bon ajustement du modèle. Le CFI atteint une valeur maximale de 1,00, les valeurs supérieures à 0,90 suggérant une bonne adéquation. On a également utilisé l'approximation de l'erreur quadratique moyenne.</p> <p>Logiciels</p> <p>Logiciel SPSS v.22.0</p>	<p>Des niveaux plus élevés de symptômes d'anxiété et de fonctionnalité avant l'opération étaient associés à une adaptation sociale plus faible à l'amputation et à une adaptation plus élevée aux limitations (T3) respectivement. Les symptômes de stress traumatique (T1) étaient négativement associés à l'adaptation générale et sociale, et à l'adaptation aux limitations (T3). Le soutien social perçu (T2) a médié la relation entre les symptômes de stress traumatique (T1) et l'adaptation aux limitations (T3). Le sexe masculin était associé à des symptômes d'anxiété et de dépression plus élevés (T0) et à un niveau de fonctionnalité plus élevé (T1). Le sexe masculin était associé à la fonctionnalité avant et après la chirurgie, ainsi qu'aux symptômes d'anxiété et de dépression avant la chirurgie.</p> <p>Conclusions</p> <p>Les résultats soutiennent la nécessité d'améliorer le dépistage psychologique et le traitement précoce des symptômes d'anxiété avant la chirurgie, ainsi que des symptômes de dépression et de stress traumatique après l'amputation d'un membre inférieur. Ils soutiennent également la promotion du soutien social dans le temps, afin de favoriser l'adaptation psychosociale à l'amputation.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Seul un pourcentage de l'échantillon initial a participé à l'évaluation T3. En raison de la taille de l'échantillon, les résultats doivent être interprétés avec prudence et les modèles d'analyse de cheminement doivent être testés sur des échantillons plus importants, ce qui réduit les estimations d'erreurs de type II.</p>

Brier, M., Williams, R., Turner, A., Henderson, A., Roepke, A., Norvell, D., Henson, H., & Czerniecki, J. (2018). Quality of Relationships With Caregivers, Depression, and Life Satisfaction After Dysvascular Lower Extremity Amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(3), 452-458. DOI : 10.1016/j.apmr.2017.09.110

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude de cohorte transversale quantitative</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>B</p> <p>Paradigme</p> <p>Positivisme, post-positivisme</p>	<p>137 participants</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Âgés de ≥ 18 ans, attendant (ou ayant subi au cours des 6 dernières années) une première amputation majeure des membres inférieurs liée à des complications d'un diabète sucré ou à une maladie artérielle périphérique</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Fonction cognitive ou linguistique inadéquate pour consentir ou participer, définie par > 4 erreurs sur le questionnaire court portant sur l'état mental, pas en ambulatoire avant l'amputation pour des raisons non liées à la maladie artérielle périphérique ou au diabète</p>	<p>Décrire la relation entre le soutien et les conflits spécifiques au fournisseur de soins et les résultats psychosociaux chez les personnes subissant leur première amputation dysvasculaire des membres inférieurs</p> <p>Question de recherche</p> <p>-</p> <p>Hypothèses</p> <p>-</p> <p>Variables</p> <p>-</p>	<p>Amputation, aidants naturels, dépression, réadaptation, soutien social</p>	<p>Les candidats potentiels à l'étude ont été adressés par les cliniques de soins des plaies, par les médecins et infirmières travaillant avec les patients. Les participants ont été évalués verbalement en personne ou par téléphone dans les 6 semaines suivant la procédure d'amputation définitive pour les données de base et 12 mois après l'amputation. Tous les instruments ont été utilisés par un coordinateur d'étude formé désigné pour chaque site. La qualité perçue de la relation entre les participants à l'étude et leurs soignants après l'amputation a été évaluée à l'aide de l'inventaire de la qualité des relations. La satisfaction à l'égard de l'espérance de l'autre a été évaluée à l'aide de l'échelle de satisfaction à l'égard de la vie. Les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide du questionnaire sur la santé des patients. Le soutien social global perçu a été évalué à l'aide de la version brève de l'Enquête sur le soutien social modifié. La mobilité a été évaluée à l'aide de l'indice de capacité locomotrice-5.</p> <p>Éthique</p> <p>Ces études ont été menées conformément aux procédures approuvées par les comités d'examen des sujets humains de chaque établissement participant. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé.</p>	<p>Des analyses unidirectionnelles de variance et des analyses chi-carré ont été effectuées pour les caractéristiques de santé de base et les variables d'intérêt sur 12 mois. Pour déterminer s'il y avait des facteurs de confusion contribuant aux symptômes dépressifs ou à la satisfaction globale à l'égard de la vie, des analyses univariées distinctes ont été menées avec les symptômes dépressifs et la satisfaction globale à l'égard de la vie en tant que résultats, et la mobilité, la SRH, l'âge et la race en tant que variables indépendantes. Toutes ces variables, à l'exception de la race, se sont précédemment avérées associées à un ajustement psychologique chez les personnes souffrant de perte de membres. Si une variable indépendante était significativement associée à un résultat à $p < 10$, elle a été incluse dans l'analyse multivariable. Après avoir effectué des analyses univariées, deux analyses de régression multi-variables à entrée forcée ont été menées avec la satisfaction globale dans la vie et les symptômes dépressifs comme résultats, et les sous-échelles de soutien et de conflit du QRI comme variables indépendantes, en tenant compte du soutien social global perçu et de tout autre facteur jugé significativement associé aux variables de résultats au niveau univarié.</p> <p>Logiciels</p> <p>IBM SPSS Statistics for Windows version 19.0.a</p>	<p>En tenant compte des niveaux globaux de soutien perçu, de l'auto-évaluation de la santé, de l'âge et de la mobilité, on a constaté que le soutien spécifique aux aidants était associé à des niveaux plus élevés de satisfaction de vie et que le conflit spécifique aux aidants était associé à des niveaux plus faibles de satisfaction de vie et à des niveaux plus élevés de symptômes de dépression.</p> <p>Conclusions</p> <p>La relation spécifique entre les personnes ayant une perte de membre et leurs soignants peut être un déterminant important du bien-être. Les conflits avec les soignants, qui ont reçu peu d'attention jusqu'à présent dans la littérature sur la perte de membres, semblent jouer un rôle particulièrement important.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Mesure d'auto-évaluation pour évaluer la dépression. Conception transversale qui ne permet pas de déterminer avec certitude si les conflits avec les aidants naturels contribuent à la dépression et à des niveaux plus faibles de satisfaction dans la vie ou vice versa. La taille de l'échantillon ne permet pas d'explorer s'il y a un effet modérateur du type de relation. L'échantillon est composé principalement d'hommes (95%).</p>

Desrochers, J., Frengopoulos, C., Payne, M. W. C., Viana, R., & Hunter, S. W. (2018). Relationship between body image and physical functioning following rehabilitation for lower-limb amputation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 42(1), 85-88. DOI : 10.1097/MRR.0000000000000329

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Cohorte prospective quantitative</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>B</p> <p>Paradigme</p> <p>Positivisme, post-positivisme</p>	<p>19 personnes âgées participant au programme de réadaptation des amputés de l'Institut Parkwood à London, Ontario, Canada entre avril 2016 et août 2017</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Âge supérieur ou égal à 50 ans, utilisation fonctionnelle de l'anglais, réadaptation pour une première amputation majeure, capacité de marcher 10 m avec prothèse sans l'aide d'une autre personne</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Problèmes neurologiques avec des déficits moteurs ou des conditions médicales graves qui compromettraient la capacité de la personne à effectuer les évaluations de la marche en toute sécurité</p>	<p>L'objectif de cette étude était d'évaluer le changement de l'image corporelle et l'association entre l'image corporelle à la sortie de l'hôpital et la mobilité 4 mois après la rééducation.</p> <p>Question de recherche</p> <p>-</p> <p>Hypothèses</p> <p>-</p> <p>Variables</p> <p>-</p>	<p>Image corporelle, fonctionnement physique, réadaptation, amputation membre inférieur</p>	<p>Les évaluations ont eu lieu dans les 48 heures suivant la sortie (T1) de la réadaptation en milieu hospitalier. L'évaluation de suivi à quatre mois (T2) a eu lieu lors d'un rendez-vous médical régulier. Les évaluations (échelle d'image corporelle des amputés, vitesse de la marche, test L de mobilité fonctionnelle) ont été réalisées par un assistant de recherche expérimenté dans l'évaluation des personnes atteintes d'amputation du MI.</p> <p>Éthique</p> <p>Le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé de l'Université de Western Ontario et par le comité d'impact des ressources cliniques du Lawson Health Research Institute. Tous les participants ont signé un consentement éclairé écrit.</p>	<p>Les données démographiques des participants ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les participants qui ont terminé et n'ont pas terminé l'étude ont été comparés à l'aide du test des signes classés de Wilcoxon et du test chi-carré. Des tests t appariés ont évalué le changement de l'image corporelle entre T1 et T2. La modélisation de régression linéaire multivariante a étudié l'association entre les scores ABIS à T1 sur la mobilité et à T2. Les variables de contrôle des facteurs de confusion ont été sélectionnées sur la base de la littérature. Le niveau de signification a été fixé à des valeurs p inférieures à 0,05.</p> <p>Logiciels</p> <p>SPSS (V24.0 ; SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA)</p>	<p>Cette étude est la première à montrer que la perception de l'image corporelle n'influence pas les changements dans le fonctionnement physique entre la sortie de l'hôpital et 4 mois après la rééducation. Il faut parfois jusqu'à 18 mois pour que la perception de l'image corporelle après une amputation change. Cette étude a été réalisée au cours de cette période de transition de 18 mois. Par conséquent, l'absence de changement dans la perception de l'image corporelle avant le point de stabilisation suggère que des études longitudinales supplémentaires sont nécessaires. L'augmentation de l'activité physique pratiquée régulièrement par les personnes atteintes d'une amputation d'un membre inférieur unilatérale entraîne une amélioration de la perception de l'image corporelle, ce qui souligne l'importance de l'activité pour promouvoir une image corporelle positive. Lorsque les scores de fonctionnement physique se stabilisent après 6 mois, les patients se préoccupent de questions psychosociales telles que la dépression, l'anxiété, les problèmes relationnels et l'image corporelle. Cela suggère que lorsque les capacités physiques reviennent à la norme, les préoccupations psychosociales deviennent plus importantes.</p> <p>Conclusions</p> <p>La perception de l'image corporelle a changé entre la sortie de l'hôpital et 4 mois après la réadaptation chez les personnes âgées souffrant d'une amputation d'un membre inférieur unilatérale, mais les changements n'étaient pas statistiquement significatifs. Des améliorations significatives de la mobilité ont été observées, mais elles n'étaient pas liées à la perception de l'image corporelle. Ces résultats confirment le besoin de recherches supplémentaires sur l'ajustement psychologique après l'amputation d'un membre et ses implications sur le fonctionnement.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Seuls 19 des participants initialement recrutés disposaient de données complètes lors du suivi. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à tous les adultes atteints d'une amputation d'un membre inférieur. Les personnes disposant de données complètes représentaient une cohorte en meilleure santé, ce qui peut avoir biaisé les résultats vers la valeur nulle.</p>

Ndje Ndje, M., & Nung, N. (2019). Social Resilience and Self-Esteem Among Amputees: A Case Study of Amputees with Positive Self-Esteem. *Journal of Medical – Clinical Research & Reviews*, 3(2), 1-7. DOI : 10.33425/2639-944X.1088

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude de cas</p> <p>Recherche qualitative</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C</p> <p>Paradigme</p> <p>Interprétatif, socio-constructiviste</p>	<p>4 participants adultes de 25 à 54 ans, camerounais</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Haute estime de soi</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Faible estime de soi</p>	<p>Comprendre comment certains des facteurs de résilience sociale aident les amputés du Centre National de Réhabilitation des personnes handicapées à conserver une haute estime d'eux-mêmes malgré leur l'image corporelle</p> <p>Question de recherche</p> <p>-</p> <p>Hypothèses</p> <p>-</p> <p>Variables</p> <p>-</p>	<p>Résilience sociale, amputation, estime de soi, image corporelle</p>	<p>L'intégralité de l'entretien s'est déroulée en chambre au service de rééducation fonctionnelle du Centre National de Réhabilitation des personnes handicapées. L'estime de soi des participants a été évaluée en premier à l'aide de l'échelle de Rosenberg pour garder uniquement des participants avec une estime de soi positive. Les participants ayant une estime de soi positive participaient ensuite à un entretien.</p> <p>Éthique</p> <p>Des prénoms fictifs ont été utilisés pour assurer la confidentialité.</p>	<p>Utilisation des analyses de contenu et thématiques pour l'interprétation du résultat des collectes de données.</p> <p>Logiciels</p> <p>-</p>	<p>En interprétant les résultats de l'étude, les chercheurs sont arrivés à la conclusion que les amputés des membres inférieurs peuvent maintenir une estime de soi positive malgré leur image corporelle à l'aide de certains facteurs de résilience sociale qui incluent la prothèse, l'emploi, la réhabilitation, la réintégration, le soutien psychologique, l'amour et le soutien de la famille et des amis. Il est très important pour toute personne d'essayer d'avoir une estime de soi positive, car l'estime de soi est un facteur important pour la santé mentale. Les personnes avec une estime de soi positive font l'expérience de plus de bonheur, d'optimisme et de motivation.</p> <p>Conclusions</p> <p>De nombreux auteurs soutiennent que les personnes amputées ont généralement une faible estime d'elles-mêmes en raison de leur image corporelle. L'amputation peut avoir pour effet d'affecter gravement le patient émotionnellement, ce qui se traduit par une mauvaise qualité de vie. Le traumatisme émotionnel peut entraîner une faible estime de soi et une dépression qui affecte le style de vie de la personne en négatif. Cet article est centré sur les facteurs de motivation qui aident les amputés à maintenir une estime de soi positive malgré leur image corporelle. Certaines raisons pour lesquelles les amputés peuvent maintenir une estime de soi positive peuvent être dues à la théorie de l'estime de soi de William James. Selon cette théorie, l'estime de soi est égale aux succès et aux prétentions.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Faible échantillon</p>

Gökşenoğlu, G., & Yildirim, M. A. (2019). The Effect of the Level of Amputation on Depression, Body Image Perception and Locomotor Capacity in Patients Using Lower Extremity Prosthesis. *PMR*, 22(2), 539. DOI: 10.31609/jpmrs.2019-66556

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude quantitative</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>C</p> <p>Paradigme</p> <p>Positivisme, post-positivisme</p>	<p>62 patients</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Être porteur de prothèse de membre inférieur, se présenter à la physiothérapie dans la clinique externe de réadaptation et être suffisamment communicatif</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Les amputés bilatéraux et les patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde, de maladies inflammatoires systémiques, telles que la spondylarthropathie, et de maladies neurologiques systémiques, telles que la sclérose en plaques et la maladie d'Alzheimer, ont été exclus de l'étude.</p>	<p>Le but de l'étude était d'évaluer les effets des niveaux d'amputation sur la dépression, la perception de l'image corporelle et la capacité locomotrice chez les patients utilisant une prothèse de membre inférieur.</p> <p>Question de recherche</p> <p>-</p> <p>Hypothèses</p> <p>-</p> <p>Variables</p> <p>-</p>	<p>Amputation, désarticulation, dépression, image corporelle, locomotion</p>	<p>Au total, 62 patients âgés de 18 à 65 ans, qui utilisaient une prothèse de membre inférieur pour diverses raisons et qui se sont présentés à la physiothérapie et clinique externe de réadaptation où travaillaient les chercheurs ont été inclus dans l'étude. Les patients ont été répartis en quatre groupes selon le niveau d'amputation : transfémorale, transtibiale, amputation du pied et du genou, désarticulation. L'indice des capacités locomotrices 5 (LCI-5) a été utilisé pour évaluer la capacité locomotrice des patients, l'Amputee Body Image Scale (ABIS) a été utilisé pour mesurer la perception de l'image corporelle et l'inventaire de dépression de Beck (BDI) a été utilisé pour évaluer les symptômes de la dépression.</p> <p>Éthique</p> <p>L'approbation de l'étude a été obtenue auprès du comité d'éthique de l'hôpital de formation et de recherche Bakırköy Sadi Konuk, et le groupe d'étude a été informé de l'objectif et du contenu de l'étude. L'étude a été menée en accord avec les principes de la Déclaration d'Helsinki.</p>	<p>L'ajustement des données à une distribution normale a été analysé par le test de Kolmogorov-Smirnov, et l'ajustement des données à une distribution normale dans les sous-groupes a été analysé avec le test de Shapiro-Wilk. Les variables continues qui ont montré une distribution normale ont été exprimées sous forme de moyenne arithmétique et d'écart-type, alors que celles qui n'ont pas montré une distribution normale ont été exprimées sous forme de médiane et d'intervalle interquartile. Les variables catégorielles ont été présentées en fréquence et en pourcentage. Les moyennes des groupes ont été comparées au test de Kruskal-Wallis. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Lorsqu'une différence était identifiée entre les groupes, le Mann-Whitney a été utilisé. Le test U a été utilisé pour les comparaisons par paires. Plusieurs comparaisons ont été faites à l'aide de la correction de Bonferroni, une valeur de $p < 0,017$ étant considérée comme statistiquement significative. Le test de Spearman a été utilisé pour l'analyse de corrélation. Une corrélation valide a été considérée comme existant dans les cas où le coefficient de corrélation était $r > 0,20$ et $p < 0,05$.</p> <p>Logiciels</p> <p>PASW 18.0 logiciel</p>	<p>Aucune différence significative n'a été trouvée entre les scores moyens de l'échelle d'image corporelle des amputés et les scores de l'inventaire de la dépression de Beck qui ont été déterminés en fonction des niveaux d'amputation, alors qu'une différence significative a été observée en ce qui concerne les scores de capacités locomotrices. Lorsque les scores moyens des capacités locomotrices des quatre groupes d'amputés ont été comparés, des différences significatives ont été trouvées entre plusieurs patients avec désarticulation du genou et amputation transfémorale, amputation transtibiale, amputation du pied. Il a été déterminé que les patients présentant une désarticulation du genou avaient des capacités locomotrices significativement inférieures à celles des autres niveaux d'amputation.</p> <p>Conclusions</p> <p>L'image corporelle et les capacités locomotrices ont été plus faibles chez les patients avec désarticulation du genou. Lors de la rééducation des amputés, le processus de réhabilitation doit tenir compte de l'extrémité amputée et de l'ensemble de l'appareil locomoteur. De plus, les chercheurs estiment que l'amélioration de l'image corporelle des amputés, en leur fournissant un soutien psychiatrique si nécessaire, pourrait positivement influencer la guérison de ces personnes.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Bien que le nombre de patients inclus ne soit pas faible, les taux de patients présentant une désarticulation du genou et une amputation du pied sont bas dans le groupe d'étude.</p>

Annexe III : Tableau des mots-clés et des descripteurs

Concept	Mots-clés eng	Mesh	CINAHL headings	Entree
Amputation	"amputation" OR "limb loss" OR "amputee" OR "amputees"	"Amputation"[Mesh] "Amputation, Traumatic"[Mesh] "Amputation Stumps"[Mesh]	MH "Amputation+" MH "Amputation Stumps" MH "Amputation, Traumatic" MH "Amputation Care (Iowa NIC)"	'amputation'/exp 'amputation stump'/de 'limb amputation'/de 'traumatic amputation'/de
Conséquences psychologiques	"psychological consequence" OR "psychological impact" OR "psychological effect"	"Stress, Psychological"[Mesh]	MH "Stress, Psychological" MH "Psychological Trauma" MH "Posttraumatic Growth, Psychological"	'Psychological impact'/de
Interventions infirmières	"nursing intervention" OR "nurse intervention"	"Nursing Care"[Mesh]	MH "Nursing Interventions"	'nursing intervention'/de

Annexe IV : Glossaire

Analyse de la variance (ANOVA) : Test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupe (Fortin & Gagnon, 2016).

Analyse multivariée : L'analyse multivariée regroupe les méthodes statistiques qui s'attachent à l'observation et au traitement simultané de plusieurs variables statistiques en vue d'en dégager une information synthétique pertinente (Danagezian, 2020).

Approche itérative : Processus qui consiste en une répétition d'étapes (problématiser, collecter, analyser, rédiger puis recommencer) (De Chanaud, 2016).

Base de données : Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques (Fortin & Gagnon, 2016).

Biais : Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude (Fortin & Gagnon, 2016).

Biais d'attrition : Biais qui apparaît à la faveur du retrait de certains patients durant l'analyse, les patients ont été perdus de vue ou des données manquantes sont présentes (Baumann et al., 2011).

Censure à droite : C'est lorsqu'à la fin de la période de suivi, l'événement d'intérêt ne s'est pas encore produit. On ne connaît donc pas la durée de vie T , mais seulement que $T > t$ (Guillemin & Mercier, 2011).

Censure par intervalles : Ce phénomène est caractéristique des enquêtes où le suivi est réalisé avec des rendez-vous réguliers. La seule information disponible sur la durée de survie est caractérisée par les dates des rendez-vous entre lesquelles l'événement d'intérêt s'est produit (Dugué et al., 2015).

CINAHL : Base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé (Fortin & Gagnon, 2016).

Codage : Procédé qui consiste à convertir en nombre ou en symboles l'information incluse dans un instrument de collecte des données afin d'en faciliter le traitement (Fortin & Gagnon, 2016).

Coefficient alpha de Cronbach : Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés (Fortin & Gagnon, 2016).

Comité d'éthique : Groupe de professionnels mandatés pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques (Fortin & Gagnon, 2016).

Comparative Fit Index (CFI) : Compare l'ajustement d'un modèle cible à l'ajustement d'un modèle indépendant ou nul. Il devrait être $> 0,90$ (Ben-Shachar et al., 1999).

Confidentialité : Maintien du secret des renseignements personnels fournis par le participant à la recherche (Fortin & Gagnon, 2016).

Consentement : Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu (Fortin & Gagnon, 2016).

Construit : Abstraction élaborée (construite) par le chercheur dans un but précis, pour répondre à une réalité empirique (Fortin & Gagnon, 2016).

Correction de Bonferroni : Cette méthode Bonferroni est un type de test de comparaison multiple utilisé dans l'analyse statistique (Hayes, 2021).

Corrélation : C'est un indice numérique qui fournit une mesure de la force et de la direction d'une relation entre deux variables. Cela est présenté dans un diagramme de dispersion appelé nuage de points (Fortin & Gagnon, 2016).

Corrélation de Pearson : Indice numérique qui exprime le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle d'intervalle (Fortin & Gagnon, 2016).

Covariable : Une covariable désigne toute variable continue n'étant généralement pas contrôlée pendant la collecte de données (Gorjux, 2021).

Cox : C'est une classe de modèles de survie en statistique. Les modèles de survie étudient le temps écoulé avant qu'un événement ne survienne. Historiquement, dans le modèle de Cox, cet événement est le décès de l'individu, c'est pourquoi on parle généralement de survie et de décès (Wikipedia, 2022a).

Critères d'exclusion : Critères qui servent à déterminer les sujets qui ne feront pas partie de la population cible en raison de leurs caractéristiques différentes (Fortin & Gagnon, 2016).

Critères d'inclusion : Les critères d'inclusion décrivent les caractéristiques que doit posséder un sujet pour faire partie de la population (cible et accessible) (Fortin & Gagnon, 2016).

Devis épidémiologique longitudinal : Méthode de recherche où les données sont recueillies auprès d'un groupe de personnes afin d'observer les changements qui surviennent sur une période (Fortin & Gagnon, 2016).

Devis phénoménologique : Méthode de recherche qui vise la compréhension et la description de l'expérience humaine telles que la vivent les participants (Fortin & Gagnon, 2016).

Données sociodémographiques : Données factuelles et descriptives sur les individus et leur mode de vie (Smith & Smith, 2022).

Écart-type (EC) : Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne de groupes (Fortin & Gagnon, 2016).

Échantillon : Dans le cadre d'une étude quantitative, l'échantillon est un sous-ensemble de la population de base qui est interrogé après sélection lors d'une enquête (Bathelot, 2017).

Échantillon de commodité : Technique d'échantillonnage non probabiliste où les sujets sont choisis en raison de leur accessibilité et de la proximité du chercheur (Gouvernement du Canada, 2021a).

Échantillon raisonné : Méthode de sélection d'un échantillon par laquelle la représentativité de l'échantillon est assurée par une démarche raisonnée (Gouvernement du Canada, 2021a).

Échantillonnage intentionnel : Méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population de l'étude (Fortin & Gagnon, 2016).

Échantillonnage non probabiliste : Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (Fortin & Gagnon, 2016).

Échelle de Satorra Bentler : Outil mesurant la qualité de l'ajustement d'un modèle de recherche par rapport au modèle saturé (Gould, 2022).

Embase : Base de données biomédicales et pharmacologiques. Avec de nombreux titres non proposés par PubMed (Medline), Embase offre une bonne couverture des périodiques européens et des résultats de la recherche sur les médicaments. Plus de 7 500 titres de périodiques sont référencés dans Embase (Médiathèque HES, 2022).

Équations de recherches : Organisation de termes et d'opérateurs de recherche, selon une syntaxe préétablie et spécifique au langage d'interrogation utilisé, pour répondre à une demande d'information (Encyclopédie en ligne, 2022).

Étendue (E) : Mesure de dispersion qui consiste à évaluer l'écart entre la plus grande et la plus petite valeur d'un ensemble de données ou d'observations (Fortin & Gagnon, 2016).

Étude de cohorte : Les études de cohorte suivent un groupe important de personnes et évaluent les effets sur leur santé des facteurs de risque auxquels elles sont exposées. La fiabilité de ces études repose sur une méthodologie rigoureuse afin d'éviter tout biais, toute erreur de collecte des données ou d'interprétation des résultats (Goldberg & Zins, 2012).

Étude de cohorte prospective : Étude qui implique un groupe de personnes exposées à des facteurs de risque d'un phénomène et suivies pendant une période déterminée (Fortin & Gagnon, 2016).

Étude épidémiologique descriptive transversale : Les études transversales descriptives étudient la fréquence et la distribution des maladies et des indicateurs de santé ; elles permettent d'obtenir des statistiques sur l'état de santé des populations, de les décrire et éventuellement de les comparer (Massin et al., 2011).

Étude longitudinale : Données recueillies auprès d'un groupe de personnes afin d'observer les changements qui surviennent sur une période (Fortin & Gagnon, 2016).

Étude mixte : Méthodologie combinant ou associant des méthodes qualitatives et quantitatives dans une même étude afin de répondre de façon optimale à une question de recherche (Fortin & Gagnon, 2016).

Étude rétrospective : Étude qui se base sur l'acquisition de données présentes dans les dossiers médicaux des personnes ciblées ou dans un registre de données au moment de la soumission. Il n'y a pas d'interaction directe entre l'investigateur et les personnes dont les dossiers sont ciblés par l'étude (Hôpital Erasme, 2021).

Facteur de confusion : Facteur qui perturbe l'association entre l'exposition étudiée et la maladie (Masson, 1999).

Fréquences : La fréquence (f) d'une valeur particulière est le nombre de fois que celle-ci se dégage des données (Gouvernement du Canada, 2021b).

Généralisation : Degré selon lequel les conclusions d'une étude quantitative dont les éléments ont été sélectionnés aléatoirement dans une population de référence peuvent être généralisées à l'ensemble de cette population (Fortin & Gagnon, 2016).

Hypothèse : Hypothèse qui prédit une relation associative ou causale entre deux variables (Fortin & Gagnon, 2016).

Hypothèse paramétrique : Réaliser un test d'hypothèse paramétrique consiste à émettre une hypothèse concernant la distribution de la mesure d'un caractère sur une population et à décider d'accepter ou de refuser cette hypothèse à partir d'un ou de plusieurs échantillons (Pupion, 2012).

Intervalle de confiance (IC) : Les intervalles de confiance représentent la plage d'incertitude associée à l'estimation d'une statistique (moyenne, proportion ou écart-type, etc.) (Minitab, 2022).

Medline : Base de données internationale en science de la santé (Fortin & Gagnon, 2016).

Mesure : Opération qui consiste à assigner des nombres à des objets, à des événements ou à des situations selon certaines règles (Fortin & Gagnon, 2016).

Méthodes de bootstrap : Les méthodes du bootstrap permettent d'obtenir une approximation de la vraie loi de la statistique, en général plus précise que la loi asymptotique. Elles peuvent également servir à approximer la loi d'une statistique qu'on ne peut pas calculer analytiquement (Flachaire, 2000).

Modélisation de régression : Modélisation des valeurs d'une variable, notée classiquement Y, en fonction d'une ou plusieurs autres variables notées Xi. Le modèle est défini par des équations, peut servir à décrire les phénomènes (Hunault, 2021).

Moyenne : Mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisée par le nombre total de valeurs (Fortin & Gagnon, 2016).

Multicolinéarité : La multicolinéarité est l'occurrence d'intercorrélations élevées entre deux ou plusieurs variables indépendantes dans un modèle de régression multiple (Danial, 2022).

Paradigme : Conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (Fortin & Gagnon, 2016).

Pertinence clinique : L'évaluation de la pertinence clinique (« clinical relevance ») permet de s'assurer que le bénéfice apporté par le traitement est suffisamment important et concerne un critère cliniquement pertinent, que la balance bénéfice / effets indésirables est acceptable et que ce résultat est informatif pour les situations de la pratique médicale courante (résultat extrapolable) (Petit manuel de lecture critique, 2009).

Phénomène : Événement, situation particulière ou processus quelconque susceptibles de faire l'objet d'une recherche (Fortin & Gagnon, 2016).

PsychNet : C'est une base de données bibliographiques dans le champ de la littérature scientifique en psychologie (Wikipedia, 2017).

PubMed : PubMed est une base de données bibliographiques en ligne qui recense plus de 27 millions d'articles scientifiques (Jarre, 2017).

Recherche déductive : La méthode déductive est une explication issue d'une cause. Le chercheur part dans ce cas-là d'une ou plusieurs hypothèses de travail à valider ou invalider (Gaspard, 2020).

Recherche inductive : La méthode inductive est une explication issue d'un fait. Pour cela, le chercheur part de données brutes, matérielles, observables, qu'il doit comprendre (Gaspard, 2020).

Recherche qualitative : Recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants (Fortin & Gagnon, 2016).

Recherche quantitative : Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle et qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques (Fortin & Gagnon, 2016).

Régression multiple : Analyse statistique multivariée servant à établir la relation prédictive entre une variable dépendante (Y) et un ensemble de variables indépendantes (X_1 , X_2) (Fortin & Gagnon, 2016).

Répartition aléatoire : Mode de distribution des participants dans les groupes au moyen de méthodes probabilistes, donnant à chaque sujet une chance égale de faire partie de l'un ou l'autre groupe (Fortin & Gagnon, 2016).

ResearchGate : ResearchGate est un site proposant un service de réseautage social pour chercheurs et scientifiques de toutes disciplines (Wikipedia, 2022b).

Revue de la littérature : Une revue de littérature est le survol et l'évaluation critique d'un ensemble d'ouvrages liés à une question de recherche (Maxwell, 2014).

ROC : Démarche méthodologique qui consiste, pour le chercheur, à mettre à l'épreuve des théories et des modèles scientifiques en s'appuyant et en participant activement au processus de conception de ressources pédagogiques (Sanchez & Paukovics, 2020).

SciencesDirect : ScienceDirect est un site web géré par l'éditeur Elsevier. Lancée en mars 1997, la plateforme permet d'accéder à plus de 3800 revues académiques qui exposent plus de 14 millions de publications scientifiques revues par des pairs (Wikipedia, 2021).

Signification statistique : Expression qui indique que les résultats d'une analyse ne découlent vraisemblablement pas de la chance à un seuil de signification déterminé (Fortin & Gagnon, 2016).

Taylor & Francis : Taylor & Francis Group est une maison d'édition internationale originaire du Royaume-Uni et éditant des publications et livres académiques et scientifiques (Wikipedia, 2022c).

Test chi-carré : Test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives (Fortin & Gagnon, 2016).

Test de Fisher : Test statistique servant à comparer la dispersion de deux échantillons ou de deux ensembles de mesures (au niveau mathématique : leur variance). On calcule le rapport de ces deux dispersions, puis on vérifie s'il dépasse une certaine valeur théorique, que l'on cherche dans la table de Fisher. Le test de Fisher est utilisé par exemple pour comparer deux modèles, et voir si un modèle est moins précis qu'un autre (Interstices, 2004).

Test de Kruskal-Wallis : Le test de Kruskal-Wallis est une alternative non paramétrique à l'ANOVA d'ordre Un (inter-groupes). Il est utilisé pour comparer au moins trois échantillons,

et tester l'hypothèse nulle suivant laquelle les différents échantillons à comparer sont issus de la même distribution ou de distributions de même médiane. Ainsi, l'interprétation du test de Kruskal-Wallis est très similaire à une ANOVA paramétrique d'ordre Un, sauf qu'il est basé sur les rangs au lieu des moyennes (Statistica, 2016b).

Test de Mann-Withney : Test statistique utilisé dans les cas où l'une des deux variables considérées est nominale, et permettant d'étudier la distribution des rangs entre deux sous-échantillons (Emarketing, 2022).

Test de Shapiro-Wilk : Le test de Shapiro-Wilk (W) est utilisé pour tester la normalité. Si la statistique W est significative, il faut alors rejeter l'hypothèse selon laquelle la distribution correspondante est normale. Le test W de Shapiro-Wilk est le test de normalité le plus utilisé parce que c'est un test puissant par rapport à de nombreux tests alternatifs (Statistica, 2016c).

Test Hosmer-Lemeshow : Le test de Hosmer-Lemeshow est une statistique de qualité d'ajustement calculée à partir des tableaux 2 x g des effectifs observés et théoriques, où g représente le nombre de groupes (Statistica, 2016a).

Test t : Test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (Fortin & Gagnon, 2016).

Triangulation : Stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène (Fortin & Gagnon, 2016).

Valeur p : En statistique, la valeur p est la probabilité d'obtenir les résultats observés d'un test, en supposant que l'hypothèse nulle est correcte. C'est le niveau de signification marginale dans un test d'hypothèse statistique représentant la probabilité de l'occurrence d'un événement donné. La valeur p est utilisée comme alternative aux points de rejet pour fournir le plus petit niveau de signification auquel l'hypothèse nulle serait rejetée. Une valeur p plus petite signifie qu'il existe des preuves plus solides en faveur de l'hypothèse alternative (Data Science, 2020).

Validité externe : Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés (Fortin & Gagnon, 2016).

Validité interne : Caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante (Fortin & Gagnon, 2016).

Validité méthodologique : La validité est l'indice de la valeur ou de la qualité scientifique d'une recherche (Goulet).

Variable : Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs (Fortin & Gagnon, 2016).

Variabes dichotomiques : Ce sont des variables qualitatives qui ne prennent que deux modalités (0/1, oui/non, vrai/faux). On les appelle souvent variables binaires, ou booléennes (Rangeon, 2022).

Wilk's Lambda : Le lambda de Wilks est une statistique qui compare simultanément plusieurs moyennes en mesurant la part d'inertie intraclasse dans l'inertie totale (Baudot, 2022).