

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**DONNÉES AUTORAPPORTÉES SUR LA SANTÉ ET L'EXPÉRIENCE DE SOINS DES
PERSONNES VIVANT AVEC UN ULCÈRE DES PIEDS DIABÉTIQUES AU SEIN
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE LA MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA

MAÎTRISE EN SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

PAR

JANY-ÈVE ALLARD

MAI 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L’auteure de ce mémoire a autorisé l’Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n’entraîne pas une renonciation de la part de l’auteure à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d’auteur, sur ce mémoire. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d’une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAÎTRISE EN SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (M. Sc.)

Direction de recherche :

Virginie Blanchette, Ph. D.

Prénom et nom	Directrice de recherche
---------------	-------------------------

Magali Brousseau-Foley, M. Sc., Ph. D.(c)

Prénom et nom	Codirectrice de recherche
---------------	---------------------------

Jury d'évaluation

Magali Brousseau-Foley, M. Sc., Ph. D.(c)	Codirectrice de recherche, UQTR
---	---------------------------------

Prénom et nom	Fonction du membre de jury
---------------	----------------------------

Olivier Hue, Ph. D.	Évaluateur interne, UQTR
---------------------	--------------------------

Prénom et nom	Fonction du membre de jury
---------------	----------------------------

Julie Gagnon, Ph. D.	Évaluatrice externe, UQAR
----------------------	---------------------------

Prénom et nom	Fonction du membre de jury
---------------	----------------------------

RÉSUMÉ

Contexte : Les données autorapportées par la personne sont reconnues comme des indicateurs essentiels pour soutenir une approche de soins centrée sur la personne. Toutefois, les outils permettant de recueillir ces données, soit les mesures de perception rapportées par la personne sur les résultats des soins (*Patient-Reported Outcome Measures* (PROM)) et l'expérience des soins rapportée par la personne (*Patient-Reported Experience Measures* (PREM)) demeurent encore peu utilisés dans les installations de santé du Québec (Canada), notamment au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). Cette réalité s'observe également dans plusieurs domaines des soins de santé, dont celui du diabète. Pourtant, le diabète est une maladie chronique très répandue, nécessitant des soins continus de qualité adaptés aux besoins des personnes atteintes, particulièrement en contexte de complications diabétiques. À titre d'exemple, malgré les répercussions importantes de l'ulcère des pieds diabétiques (UPD) sur la qualité de vie, les connaissances relatives aux PROM et aux PREM dans ce contexte spécifique demeurent limitées.

Objectifs : Ce projet de maîtrise a pour objectif de documenter deux types de données autorapportées, soit celles sur les résultats de santé perçus en matière de qualité de vie (PRO) ainsi que celles sur l'expérience de soins vécue (PRE) par les personnes recevant des soins pour un UPD au CIUSSS MCQ. Ce projet vise également à identifier les similitudes et les différences entre les PRE d'un milieu clinique du Centre intégré de santé

et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS CA) disposant d'une équipe interdisciplinaire dédiée à la prévention de l'amputation aux membres inférieurs et celles du CIUSSS MCQ, un milieu n'en disposant pas. Il vise ultimement à démontrer la pertinence clinique de l'utilisation de ces outils dans un contexte de soins pour l'UPD au sein du CIUSSS MCQ.

Méthode : Une étude pilote exploratoire a été menée auprès d'un échantillon de 20 personnes traitées ou ayant été traitées pour un UPD au CIUSSS MCQ. Le projet s'inscrit dans une approche de recherche axée sur la personne traitée, incluant la participation d'une patiente partenaire à l'élaboration de la question et de l'objectif de recherche, à la sélection et au développement du questionnaire et pour la mise en œuvre de la collecte de données. Les données autorapportées ont été recueillies à l'aide des versions courtes francophones du PROM *Diabetic Foot Ulcer Scale* (DFS), évaluant la qualité de vie liée à la santé pour six domaines (loisirs, santé physique, dépendance/activités quotidiennes, émotions négatives, inquiétudes à propos des UPD/pieds, et désagrément des soins relatifs à l'UPD) évalués sur une échelle de Likert à cinq points, et du PREM *Quality from the Patient's Perspective* (QPP), mesurant l'expérience de soins vécue pour quatre dimensions (compétence médico-technique, approche identitaire, atmosphère socioculturelle et condition physico-technique). Ce PREM évalue la réalité perçue et l'importance subjective d'un soin donné par une échelle de Likert à quatre points. Ces données ont ensuite été comparées entre elles à l'aide de test-t, puis ont été mis en parallèle avec celles obtenues au CISSS CA. Les analyses comprenaient des statistiques

descriptives et comparatives avec un seuil de significativité statistique fixé à $p < 0,05$. Compte tenu de la taille de l'échantillon, les résultats ont été interprétés sous forme de tendances.

Résultats : Au sein de l'échantillon, les domaines de la qualité de vie liée à la santé les plus affectés par l'UPD sont l'inquiétude concernant l'UPD (57,5 %) et les désagréments liés aux soins de l'UPD (70,75 %). Ces données sont cohérentes avec la littérature scientifique pour ce PROM. Par rapport aux PREM, les personnes au sein de l'échantillon au CIUSSS MCQ sont satisfaites des soins reçus, avec des scores allant de 3,21 à 3,75 sur 4 points. Cependant, lorsqu'on met ces résultats en perspective avec ceux d'un milieu disposant d'une équipe interdisciplinaire dédiée (CISSS CA), notre échantillon présente des scores moyens inférieurs pour les quatre dimensions, allant de 3,85 à 4 sur 4 points. Cette tendance appuie la valeur ajoutée d'une prise en charge interdisciplinaire des UPD pour une meilleure expérience de soins.

Conclusion : Les personnes traitées pour un UPD ont généralement rapporté une bonne qualité de vie liée à la santé, ainsi qu'une perception favorable des soins reçus malgré l'absence de trajectoires de soins structurées et intégrées par une équipe interdisciplinaire pour les soins de l'UPD. Néanmoins, les résultats suggèrent qu'un modèle interdisciplinaire dédié aux soins de l'UPD pourrait améliorer l'expérience de soins vécue au CIUSSS MCQ. Dans l'ensemble, les résultats soulignent la pertinence des questionnaires et l'importance d'évaluer la qualité de vie et la qualité perçue des soins afin d'orienter une prise en charge de l'UPD sur la personne pour l'optimiser.

Mots clés : pied diabétique, ulcère diabétique; participation des patients; qualité de vie; qualité des soins de santé; Québec

ABSTRACT

Background: Patient-reported data are recognized as essential indicators for supporting a person-centred approach to care. However, the tools used to collect these data, namely Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) and Patient-Reported Experience Measures (PREMs), remain underused in healthcare settings in Québec (Canada), particularly within the Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). This situation is also observed across several areas of healthcare, including diabetes care. Yet diabetes is a highly prevalent chronic disease that requires high-quality, continuous care tailored to patients' needs, especially in the context of diabetic complications. For example, despite the significant impact of the diabetic foot ulcer (DFU) on quality of life, knowledge regarding the use of PROMs and PREMs in this context remains limited.

Objective: The primary objective of this master's project is to present two types of patient-reported data: those related to perceived health outcomes in terms of quality of life (PROs) and those related to the care experience (PREs) of individuals receiving care for DFUs within the CIUSSS MCQ. The project also aims to identify similarities and differences between PREs from a clinical setting within the Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS CA), which has a dedicated interdisciplinary team for lower limb amputation prevention, and those from the CIUSSS MCQ, which does not. Ultimately, it seeks to demonstrate the clinical relevance of using these tools in the context of DFU care within the CIUSSS MCQ.

Method: An exploratory pilot study was conducted with a sample of 20 individuals who were receiving or had previously received treatment for a DFU at CIUSSS MCQ. The project adopted a patient-oriented research approach, including the involvement of a patient partner in the development of the research question and objectives, in the selection and development of the questionnaire, and in the implementation of data collection. Self-reported data were collected using the validated short French version of the Diabetic Foot Ulcer Scale PROMs, which assesses health-related quality of life across six domains (leisure activities, physical health, dependence/daily activities, negative emotions, worried about DFUs/feet, and bothered by ulcer care), rated on a five-point Likert scale, and the Quality from the Patient's Perspective PREMs, which measures quality-of-care experience across four dimensions (medico-technical competence, identity-oriented approach, socio-cultural atmosphere, and physico-technical condition). These PREMs assesses perceived care (PR) and the subjective importance (SI) of a given aspect of care using a four-point Likert scale. These data were then compared using t-tests and subsequently set in parallel with those obtained at CISSS CA. The analyses included descriptive and comparative statistics, with a statistical significance threshold set at $p < 0.05$. Given the sample size, the results were interpreted as trends.

Results: Within the sample, the health-related quality of life domains most affected by DFU were concerns about DFUs (57.5%) and the burden associated with DFU care (70.75%). These findings are consistent with those reported in the scientific literature for this PROM. Regarding the PREMs, participants in the CIUSSS MCQ sample reported

satisfaction with the quality of care received, with scores ranging from 3.21 to 3.75 out of 4. However, when these results are placed in perspective with those from a setting with a dedicated interdisciplinary team, our sample shows lower mean scores across all four dimensions (ranging from 3.85 to 4 out of 4). This trend supports the added value of interdisciplinary care in enhancing the patient care experience.

Conclusion: Individuals treated for DFUs generally reported good health-related quality of life and a favourable quality-of-care received, even in the absence of structured and integrated care pathways involving an interdisciplinary team for DFU management. Nevertheless, the results suggest that an interdisciplinary model could improve the care experience at CIUSSS MCQ. Overall, the findings highlight the relevance of the questionnaires and the importance of assessing health-related quality of life and perceived experience of quality-of-care to guide improvements toward optimized, person-centred DFU management.

Keywords: diabetic foot; foot ulcer; patient participation; quality of life; quality of health care; Quebec

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
ABSTRACT	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES FIGURES	xiii
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS.....	xiv
REMERCIEMENTS	xvi
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	1
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS.....	5
<i>2.1 Ulcère des pieds diabétiques.....</i>	<i>6</i>
2.1.1 Données épidémiologiques de l'ulcère des pieds diabétiques	7
2.1.2 Facteurs de risque de l'ulcère des pieds diabétiques.....	10
2.1.3 Cycle de gestion et de prévention des plaies.....	16
<i>2.2 Données autorapportées par la personne traitée.....</i>	<i>18</i>
2.2.1 Données autorapportées sur les résultats de santé	20
2.2.1.1 Définition de la qualité de vie liée à la santé	21
2.2.1.2 Facteurs influençant la qualité de vie liée à la santé	22
2.2.1.3 Qualité de vie liée à la santé des personnes vivant avec un UPD	23
2.2.1.4 Évaluation de la qualité de vie liée à la santé	26
2.2.1.5 Échelle du pied diabétique – Version courte	30
2.2.2 Données autorapportées sur l'expérience de soins	33
2.2.2.1 Définition de la qualité des soins de santé.....	35
2.2.2.2 Perception de la qualité des soins	37
2.2.2.3 Facteurs influençant la perception de la qualité des soins	39

2.2.2.4 Perception de la qualité des soins des personnes vivant avec un UPD	42
2.2.2.5 Évaluation de la qualité des soins	46
2.2.2.6 Perception du patient sur la qualité des soins - Version courte	49
CHAPITRE 3 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	51
CHAPITRE 4 : OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	54
<i>Question de recherche</i>	55
<i>Objectifs de recherche</i>	55
<i>Hypothèses de recherche</i>	56
CHAPITRE 5 : ARTICLE SCIENTIFIQUE	58
CHAPITRE 6 : DISCUSSION	105
<i>Qualité de vie liée à la santé selon la perspective de la personne traitée</i>	106
<i>Perception de la qualité des soins</i>	109
<i>Forces et limites du projet de recherche</i>	113
<i>Retombées cliniques et perspectives du projet</i>	115
CHAPITRE 7 : CONCLUSION	117
RÉFÉRENCES	119
ANNEXES	142
<i>Annexe A – Autorisation d’utilisation du DFS-SF</i>	cxlii
<i>Annexe B – Questionnaire de recherche utilisé pour notre projet</i>	cxliii
<i>Annexe C - Certificat éthique UQTR</i>	clxix
<i>Annexe D- Certificat éthique CIUSSS MCQ</i>	clxx

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Exemples de PROM utilisés dans la littérature	29
Tableau 2 : Exemples d'items tirés du Diabetic Foot Ulcer Scale – Short Form	33
Tableau 3 : Modèle de la qualité de soins du point de vue de la personne traitée.	37
Tableau 4 : Exemples de PREM utilisés dans la littérature	48
Tableau 5 : Exemple de questions du Mini-QPP	50
Table 6. Sociodemographic and health-related characteristics	72
Table 7. Health-related quality of life among people living with DFU	74
Table 8. Patients' Index of Measures of QoC from the patient's perspective.....	76

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Taux de mortalité à 5 ans des complications de l'UPD et du cancer	9
Figure 2 : Cascade de complications menant à l'UPD et à sa récurrence.....	12
Figure 3 : Cycle de gestion et de préventions des plaies de Wounds Canada	17
Figure 4. Index of Measures of QoC from the patient's perspective in CIUSSS MCQ and CISSS CA.....	79

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CISSS CA : Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

CIUSSS MCQ : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la
Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

cm² : Centimètre carré

DFS : *Diabetic Foot Ulcer Scale questionnaire*

DFS-SF : *Diabetic Foot Ulcer scale questionnaire – Short Form*

GRIPP2 : *Guidance for Reporting Involvement of Patients and the Public*

HRQOL : Health related quality of life

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Mini-QPP : *Quality of care from the Patient perspective questionnaire – Short Form*

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PPI : *Patient and Public Involvement*

PRE : *Patient-Reported Experiences*

PREM : *Patient-Reported Experience Measures*

PRO : *Patient-Reported Outcomes*

PROM: *Patient-Reported Outcome Measures*

Qoc : Quality-of-care

QPP: *Quality of care from the Patient perspective*

UPD: Ulcère des pieds diabétiques

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier les personnes qui ont participé à l'étude ainsi que notre patiente partenaire qui ont accepté d'offrir de leur temps et de partager leurs réflexions. Leur contribution a été indispensable à la réalisation de cette recherche. Je souhaite également remercier mes directrices de recherche, Virginie Blanchette et Magali Brousseau-Foley, pour leurs conseils avisés, et leur soutien tout au long de ce parcours. Leurs critiques constructives ont été déterminantes dans l'élaboration de mes idées. Je suis également reconnaissante envers mes collègues, notamment Alice Wagenaar-Tison, Solène Libier et Annabel Bourgault pour leurs judicieux conseils et pour les échanges enrichissants. Leur présence et leur camaraderie ont rendu cette expérience beaucoup plus agréable.

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers ma famille et mes amis, particulièrement ma sœur Noémie Allard, ma marraine, Sylvie Héroux, mes amis Katherine Martel et Raphaël Béland, pour leur écoute lors de nombreux appels téléphoniques où je leur exprimais à voix haute mes interrogations, mes idées et mes brouillons. Leurs encouragements m'ont donné la force de mener à terme ce projet.

Enfin, je remercie mon mari, Pier-Olivier Chagnon, qui a été un pilier essentiel à la réussite de ce projet. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir donné les bouchées doubles avec nos amours, Henri et Roseline. Ton soutien m'a permis de surmonter les défis et d'atteindre mes objectifs. Merci à tous pour votre précieuse aide.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Le diabète est une maladie chronique qui affecte la population mondiale. Au Québec, 8,1 % des habitants en sont atteints (Robert et al., 2022). Parmi les nombreuses complications associées à cette pathologie, l'ulcère des pieds diabétiques (UPD) est l'une des plus graves et des plus fréquentes (Armstrong et al., 2017). Environ 34 % des personnes vivant avec le diabète développeront un UPD au cours de leur vie, et près de 40 % d'entre elles feront face à une récurrence dans l'année suivant la guérison (Armstrong et al., 2017). En plus d'accroître les risques d'infection et d'amputation, l'UPD augmente aussi le taux de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le diabète (Armstrong et al., 2020). D'ailleurs, il a été démontré qu'une personne par minute décède du diabète ou de ses complications au Canada (International Diabetes Federation, 2025).

Au-delà de ses répercussions physiques, l'UPD entraîne des conséquences sérieuses sur la qualité de vie des personnes atteintes (Erjaee et al., 2025). La diminution de la mobilité, les hospitalisations répétées et la peur constante de l'amputation affectent non seulement le bien-être physique, mais aussi l'état psychologique et émotionnel. Les contraintes financières liées aux soins et aux dispositifs médicaux peuvent aussi accentuer l'anxiété (Crocker et al., 2021; Schaper et al., 2023). Or, maintenir une qualité de vie est essentiel pour renforcer l'observance aux soins, favoriser le bien-être global et obtenir les résultats cliniques optimaux (Alessandra et al., 2020; Erjaee et al., 2025; McMillan et al., 2013).

La perception des soins de santé par ces personnes est également un aspect essentiel à tenir en compte dans l'amélioration des résultats cliniques et du bien-être global (Kingsley & Patel, 2017; Wilde et al., 1993). Il a récemment été démontré que la manière dont les personnes vivant avec un UPD évaluent la qualité et l'accessibilité des soins qu'elles reçoivent influence directement leur adhérence aux traitements, leur engagement dans les pratiques d'autogestion, et ultimement, leur rétablissement (Black, 2013; Coffey et al., 2019; Erjaee et al., 2025). Une perception positive des soins de santé et des services peut encourager une meilleure gestion de l'UPD, prévenir les récives et limiter les complications graves (Calmus et al., 2021).

Dans cette optique, il est primordial d'adopter une approche holistique qui tient compte des données autorapportées par la personne traitée pour l'UPD afin d'offrir des soins plus adaptés aux besoins (Alessandra et al., 2020; McMillan et al., 2013). Bien que la littérature soit grandissante dans ce secteur, peu d'études s'intéressent à la réalité des personnes vivant avec un UPD dans le système de santé du Québec et du Canada (Rudra Pandya et al., 2025).

Ce mémoire a donc pour objectif de mettre en évidence la contribution des données autorapportées à l'amélioration de la qualité des soins et de l'expérience des personnes atteintes d'UPD. Il se divise en cinq sections principales. La première consistera en une revue de la littérature, où une définition sommaire de l'UPD et les éléments essentiels s'y rapportant seront explorés pour bien contextualiser le projet de recherche. Une attention particulière sera également mise sur les données autorapportées par la personne traitée,

sur la pertinence clinique de les intégrer dans l'évaluation globale de la personne, ainsi que sur les outils permettant de les collecter. La deuxième section décrira la problématique et précisera les objectifs de ce projet de recherche. Enfin, les dernières sections seront consacrées à la présentation de l'article scientifique, à l'interprétation des résultats obtenus. Ce mémoire se conclura par une description des retombées cliniques et des perspectives de recherche.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension des écrits portera d'abord sur l'UPD. De brèves définitions ainsi que certaines données épidémiologiques relatives au diabète et à l'UPD seront présentées. Les facteurs de risque associés aux UPD, de même que le cycle de gestion et de prévention des plaies, seront également abordés. Ensuite, les données autorapportées par les personnes traitées seront examinées en deux volets : les données autorapportées sur les résultats de santé et celles portant sur l'expérience de soins. Chacun de ces volets comprendra une définition, les facteurs influençant ces données, un aperçu des connaissances actuelles dans la littérature concernant la qualité de vie et l'expérience de soins des personnes vivant avec un UPD, ainsi que les méthodes utilisées pour les évaluer. L'outil choisi pour collecter les données autorapportées des résultats de santé et de l'expérience de soins terminera chaque volet.

2.1 Ulcère des pieds diabétiques

L'UPD est une conséquence du diabète, une maladie chronique qui affecte la manière dont le corps régule le glucose sanguin. Le diabète provoque un désordre métabolique qui se caractérise par une hyperglycémie chronique causée par une résistance de certains tissus (par exemple, le foie, les muscles, les tissus adipeux) à l'action de l'insuline (diabète type 2), ou par une diminution ou une absence de production d'insuline (diabète type 1) (Alberti & Zimmet, 1998; Punthakee et al., 2018).

Peu importe le type de diabète, les personnes atteintes sont à risque de développer un certain nombre de complications graves et potentiellement mortelles, dont le syndrome du pied diabétique (Ha Van, 2019). Ce syndrome se définit par une atteinte progressive

neurologique et vasculaire au niveau des membres inférieurs pouvant entraîner un UPD (Ha Van, 2019). Tandis que l'UPD se définit comme une plaie active impliquant minimalement l'épiderme et une partie du derme du pied d'une personne vivant avec le diabète (van Netten et al., 2020). Il existe plusieurs guides cliniques permettant d'évaluer et classer la sévérité de l'UPD en pratique (Monteiro-Soares et al., 2020).

2.1.1 Données épidémiologiques de l'ulcère des pieds diabétiques

L'UPD peut mener à l'infection, à l'amputation et même à la mort (Armstrong et al., 2017; Armstrong, 2020). En effet, des études de cohorte ont montré que, lorsque l'UPD est présent, plus de 50 % des personnes développeront une infection et 20 % devront être hospitalisées (Petersen et al., 2022). De plus, jusqu'à 24 % de ces personnes devront subir une amputation mineure ou majeure. L'amputation mineure est distale à la cheville alors que l'amputation majeure est proximale à la cheville (van Netten et al., 2020). Au Canada, 65 % des amputations non traumatiques sont dues au diabète (Imam et al., 2017). Annuellement, 7720 amputations par année sont en lien avec le diabète, ce qui représente environ 21 amputations par jour au Canada, selon l'Institut canadien d'information sur la santé (Canadian Institute for Health Information, 2024). Le temps d'hospitalisation moyen est de neuf jours au Canada pour un épisode d'UPD (Park et al., 2024). Par ailleurs, le taux de mortalité à 30 jours d'hospitalisation est de 8 % pour les personnes canadiennes hospitalisées pour un UPD, une infection ou une gangrène, alors qu'il est de 3 % pour celles ayant subi une amputation majeure (Canadian Institute for Health Information, 2024; Imam et al., 2017; Kayssi et al., 2016). Cependant, les taux de

mortalité générale à cinq ans pour les personnes avec un UPD ou qui subissent une amputation mineure ou majeure grimpent respectivement à plus de 30 %, 45 % et 55 % (Armstrong et al., 2020; Netten et al., 2020).

La cicatrisation de la plaie ou de l'UPD est un processus qui peut être très long, et ce, même en l'absence de complications, comme l'infection et/ou la maladie artérielle périphérique (Prompers et al., 2008). En général, le taux de guérison des UPD est de 70 à 77 % en un an (Blanchette et al., 2019; Patry et al., 2020; Prompers et al., 2008). La prise en charge est optimisée grâce à une approche multidisciplinaire dédiée à l'UPD (Blanchette et al., 2020; Buggy & Moore, 2017). Dans le même ordre d'idées, des études réalisées dans des établissements de santé du Québec ont montré qu'il était possible d'augmenter le taux de guérison et de réduire le temps de guérison de l'UPD avec des équipes inter-/multidisciplinaires (Blanchette et al., 2019; Brousseau-Foley & Blanchette, 2020; Fournier et al., 2021; Patry et al., 2024). Dans l'éventualité où l'UPD cicatrise, les taux de récurrence sont grands avec 40 % dans l'année suivant la fermeture de la plaie, 60 % après trois ans et 65 % après cinq ans (Armstrong et al., 2017; Fournier et al., 2021). Lorsque l'UPD est infecté, 46 % des plaies ne seront pas cicatrisées après un an, 10 % des personnes présenteront une récurrence d'UPD, 17 % subiront une amputation au membre inférieur et 15 % n'y survivront pas (Blanchette & Brousseau-Foley, 2021; Ndosi et al., 2018). Comme pour la guérison de certains cancers et en tenant compte de son haut taux de récurrence, l'UPD devrait être considéré en rémission plutôt que guéri lorsque la plaie est cicatrisée (Armstrong et al., 2017). À cet effet, la Figure 1 illustre la gravité de l'UPD

en comparant le taux de mortalité et les complications qui y sont associés, à ceux observés pour certains cancers (Armstrong et al., 2020).

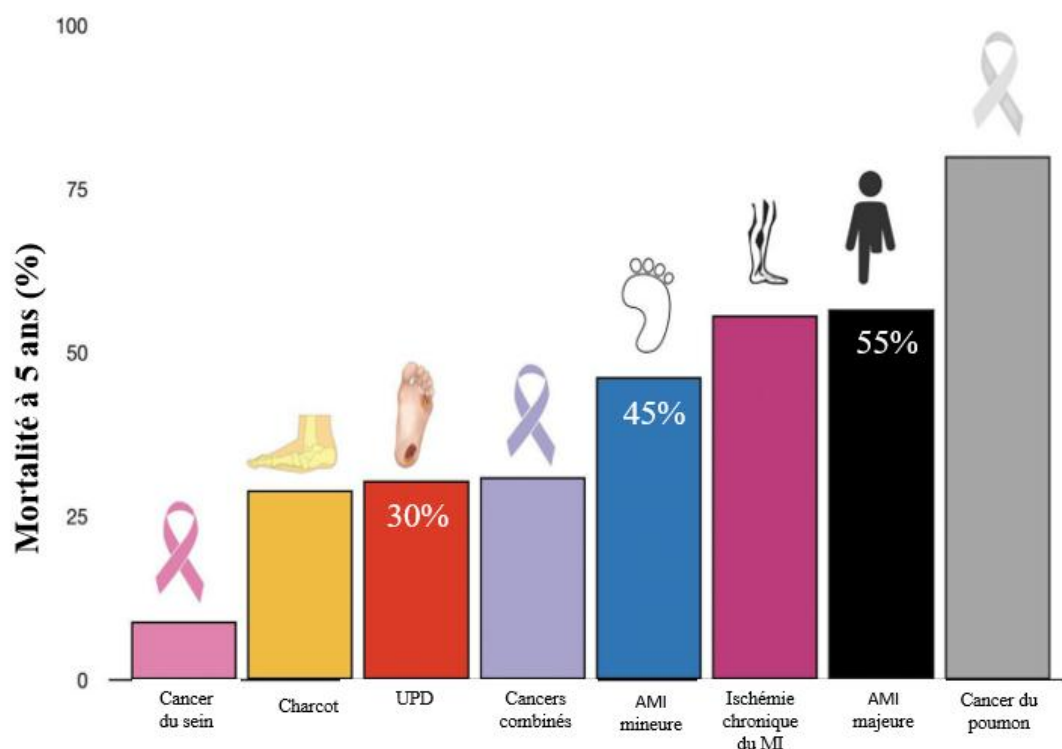


Figure 1 : Taux de mortalité à 5 ans des complications de l'UPD et du cancer

Note. Reproduit, modifié et traduit librement avec la permission de Armstrong et al., 2020; Charcot : arthropathie de Charcot; UPD : ulcère des pieds diabétiques; AMI : amputation du membre inférieur; MI : membre inférieur

Dans le même ordre d'idées, les coûts directs de l'UPD seraient comparables à ceux engendrés pour les traitements du cancer du sein et du cancer colorectal (Armstrong et al., 2020; Barshes et al., 2013). Le diabète représente un fardeau économique annuel estimé à environ 3 milliards de dollars en coûts directs et indirects au Québec, notamment

en raison des nombreuses complications associées, y compris l'UPD (Diabète Québec, 2021). L'augmentation fulgurante du nombre de personnes atteintes de diabète étant estimée à des coûts de 18 milliards pour cette condition de santé, il est projeté que les frais reliés à l'UPD augmenteront également considérablement pour le système de santé canadien dans les prochaines années (Armstrong et al., 2017; Diabetes Canada, 2022).

Selon Diabète Canada, les coûts reliés au diabète peuvent représenter plus de 17 % d'un revenu familial annuel de 30 000 \$. De plus, au Canada, les coûts moyens des patients hospitalisés pour un épisode de soins pour un UPD, tout groupe d'âge confondu, sont supérieurs à 10 000 \$ (Park et al., 2024). Lorsqu'il y a amputation mineure ou majeure à la suite de l'UPD, l'impact financier est encore plus imposant, représentant des frais s'élevant respectivement à 23 000 \$ et 47 000 \$ en moyenne.

2.1.2 Facteurs de risque de l'ulcère des pieds diabétiques

L'UPD survient chez environ le tiers des personnes vivant avec le diabète et certains facteurs de risque les prédisposent à son développement (Armstrong et al., 2017). Ici, il est important de bien comprendre la position de vulnérabilité des personnes vivant avec le diabète face à l'UPD afin de contextualiser la pertinence du présent projet de recherche.

Tout d'abord, un contrôle glycémique non optimal est à l'origine du développement d'une cascade de complications microvasculaires, comme les neuropathies périphériques (sensitive, motrice et autonome) et la maladie vasculaire périphérique. Ces atteintes sont les principales responsables de la pathophysiologie de

l'UPD (Armstrong et al., 2023; Boulton, 2013). Comme seule la moitié des Canadiens atteints de diabète semblent atteindre leur cible glycémique (Statistique Canada, 2023), tous les autres sont potentiellement à risque de développer les conséquences d'une hyperglycémie prolongée et de se placer dans une position de vulnérabilité pour le développement d'un UPD (Punthakee et al., 2018).

Sommairement, certaines difformités du pied, telles que les orteils en marteau, les proéminences osseuses ou l'arthropathie de Charcot, augmentent le risque de développer un UPD (Boulton, 2013). Ces difformités sont souvent une conséquence de la neuropathie motrice liée à l'hyperglycémie chronique (Armstrong et al., 2017). Ces difformités entraînent une répartition anormale des pressions sous et sur le pied, phénomène accentué par le port de chaussures inadaptées. Cette surcharge mécanique fragilise les tissus, d'autant plus que la présence d'une neuropathie périphérique sensitive réduit la perception de la douleur et des traumatismes (Boulton, 2013). Privées de cette sensibilité protectrice, les personnes ne perçoivent plus les agressions répétées par la chaussure inadaptée, par un ongle incarné ou par une callosité non traitée, par exemple, ce qui favorise l'apparition de lésions pouvant évoluer vers un UPD. Enfin, la neuropathie autonome contribue à une sécheresse cutanée, rendant la peau plus fragile et sujette aux blessures. L'hypoxie des tissus comprimés, fréquemment associée à une maladie vasculaire périphérique, est présente chez plus de 50 % des personnes atteintes d'un UPD et aggrave davantage cette vulnérabilité (Hicks & Selvin, 2019; Prompers et al., 2007). La cascade de complications menant à l'UPD est schématisée dans la Figure 2.



Figure 2 : Cascade de complications menant à l'UPD et à sa récurrence

Note. Reproduit avec la permission de Armstrong et al., 2017, Copyright Massachusetts Medical Society.

Un antécédent d'UPD est un facteur de risque prédictif fort du développement d'un nouvel épisode d'UPD (Armstrong et al., 2017; Crawford et al., 2015; Lazzarini et al., 2018). En effet, un UPD récurrent se développe au même site anatomique dans environ 20 % des cas et au même endroit sur le pied controlatéral chez environ 50 % des personnes (Petersen et al., 2020). De plus, les conditions nécessaires à l'apparition d'un UPD au pied d'une personne vivant avec le diabète sont bien souvent déjà présentes et se maintiennent fréquemment dans le temps en raison d'une perte de sensibilité causée par la neuropathie périphérique sensitive (Armstrong et al., 2023).

Parmi les autres facteurs de risque de l'UPD figurent l'âge avancé, le sexe et l'ethnicité (Isa & Pace, 2021). Plus précisément, les personnes de plus de 65 ans, les hommes et les personnes hispaniques, afro-américaines ou faisant partie des Premières Nations seraient plus à risque que les personnes caucasiennes (Blanchette et al., 2023; Boulton, 2020; Highton et al., 2024; Tan et al., 2020; Zhang et al., 2017). Le type de diabète (type 1 ou 2) ne serait pas un facteur de risque direct majeur, car c'est le mauvais contrôle glycémique qui augmente le risque d'UPD en raison du risque d'atteintes nerveuses et vasculaires associées (Boulton, 2020).

La présence de conditions de santé associées au diabète accroît la vulnérabilité des personnes vivant avec un UPD et augmente le risque de complications (Cicek et al., 2021). Ces comorbidités sont liées à une diminution de la qualité de vie, à des limitations fonctionnelles et à un fardeau accru, tant pour les personnes concernées que pour le système de santé. Elles sont d'ailleurs très fréquentes : jusqu'à 75 % des personnes

atteintes de diabète de type 2 présentent au moins une comorbidité, et 44 % en cumulent deux (Nowakowska et al., 2019). On parle de multimorbidité lorsqu'une personne vit avec plus de deux maladies chroniques, comme le diabète et la dyslipidémie (Cicek et al., 2021). Parmi les comorbidités les plus courantes, l'obésité touche environ 90 % des personnes vivant avec le diabète de type 2 (Grant et al., 2021), tandis que la dyslipidémie, notamment l'hypercholestérolémie, est observée chez près de 32 % d'entre elles (Al Ghadeer et al., 2021). La combinaison de ces facteurs augmente significativement le risque de complications cardiovasculaires. D'ailleurs, les maladies cardiaques et vasculaires sont de deux à quatre fois plus fréquentes chez ces personnes, et plus de 67 % présentent une hypertension artérielle liée à l'hyperglycémie chronique (American Diabetes Association, 2024). Pour contrôler le diabète et les différentes maladies, près du trois quarts des personnes vivant avec le diabète au Canada ont recours à des médicaments et sont polymédicamentées (jusqu'à plus de cinq médicaments différentes par jour) avec 81 % de ces personnes âgées entre 60 et 79 ans (Statistique Canada, 2023). Une étude affirme que la prévalence de la polypharmacie chez les personnes atteintes d'UPD est significativement plus élevée que celle chez les personnes sans UPD (Imre & Imre, 2022). La polypharmacie place donc les personnes dans des situations à risque d'évènements indésirables évitables. Parmi ces évènements figurent la prise de comprimés au mauvais moment ou à un mauvais dosage, les chutes causées par une hypoglycémie et les effets secondaires de certains médicaments. Ces évènements peuvent nuire à la santé des pieds et contribuer au développement de l'UPD, notamment en reléguant l'examen quotidien des pieds au bas des priorités de la personne (Coronado-Vázquez et al., 2019; Imre &

Imre, 2022). Aussi, selon une récente méta-analyse, près de la moitié des personnes vivant avec un UPD souffrent de dépression (Jiang et al., 2022). Elle serait associée à une gestion non optimale de la glycémie, de moins bonnes habitudes alimentaires et une moins grande observance médicamenteuse, le tout, influençant négativement les résultats pour la santé (Jiang et al., 2022). La polypharmacie et la présence de comorbidités sont donc des facteurs de risque indirects significatifs à l'UPD et doivent être considérées dans une approche préventive et intégrée (Imre & Imre, 2022).

Certaines habitudes de vie, comme la consommation de tabac ou d'alcool, sont aussi des facteurs de risque non négligeables en raison de leurs possibles conséquences au niveau nerveux et vasculaire (Blanchette al., 2023; Boulton, 2013; Tan et al., 2019; Zhang et al., 2017). Les personnes ayant un statut socioéconomique défavorisé et celles qui vivent dans des milieux ruraux ou éloignés sont encore plus à risque de développer un UPD (Akinlotan et al., 2021; Brundisini et al., 2013). Une étude rétrospective menée en 2021, basée sur des données d'hospitalisations liées au diabète aux États-Unis entre 2009 et 2017, a montré que les adultes vivant en milieux ruraux ou éloignés présentent un taux plus élevé d'amputation mineure du membre inférieur que ceux vivant en milieu urbain ou métropolitain (Akinlotan et al., 2021). De plus, les personnes vivant dans un milieu rural qui s'identifient comme étant non hispaniques, non caucasiennes ou faisant partie des Premières Nations ont un taux de mortalité et d'amputation mineure et majeure du membre inférieur encore plus élevé (Akinlotan et al., 2021; Blanchette al., 2023; Brennan et al., 2022).

Ainsi, la présence de ces nombreux facteurs de risque augmente la vulnérabilité de cette population aux complications des pieds diabétiques non seulement au développement de l'UPD, mais aussi à sa récurrence (Armstrong et al., 2017). De ce fait, pour des soins de qualité optimale, la personne vivant avec un diabète doit être traitée par une approche holistique afin de limiter le développement de l'UPD (Coffey et al., 2019).

2.1.3 Cycle de gestion et de prévention des plaies

La présentation détaillée des différentes modalités de traitements de l'UPD ne constitue pas l'objet de ce mémoire. Par ailleurs, bien qu'il existe un guide québécois encadrant la prise en charge de l'UPD, celui-ci ne sera pas abordé en détail dans le cadre de ce travail (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2023). Toutefois, la présentation sommaire du cycle de gestion et de prévention des plaies de Wounds Canada (Kuhnke et al., 2025) y est pertinente. La Figure 3 montre que ce cadre de pratique vise à guider les personnes traitantes à travers une méthode logique et systématique pour élaborer un plan de traitement personnalisé pour la prévention et la prise en charge des plaies, dont l'UPD. Ce cadre peut être considérablement enrichi par l'intégration des données autorapportées par la personne traitée à chaque étape. Ces concepts seront d'ailleurs abordés dans la prochaine section.

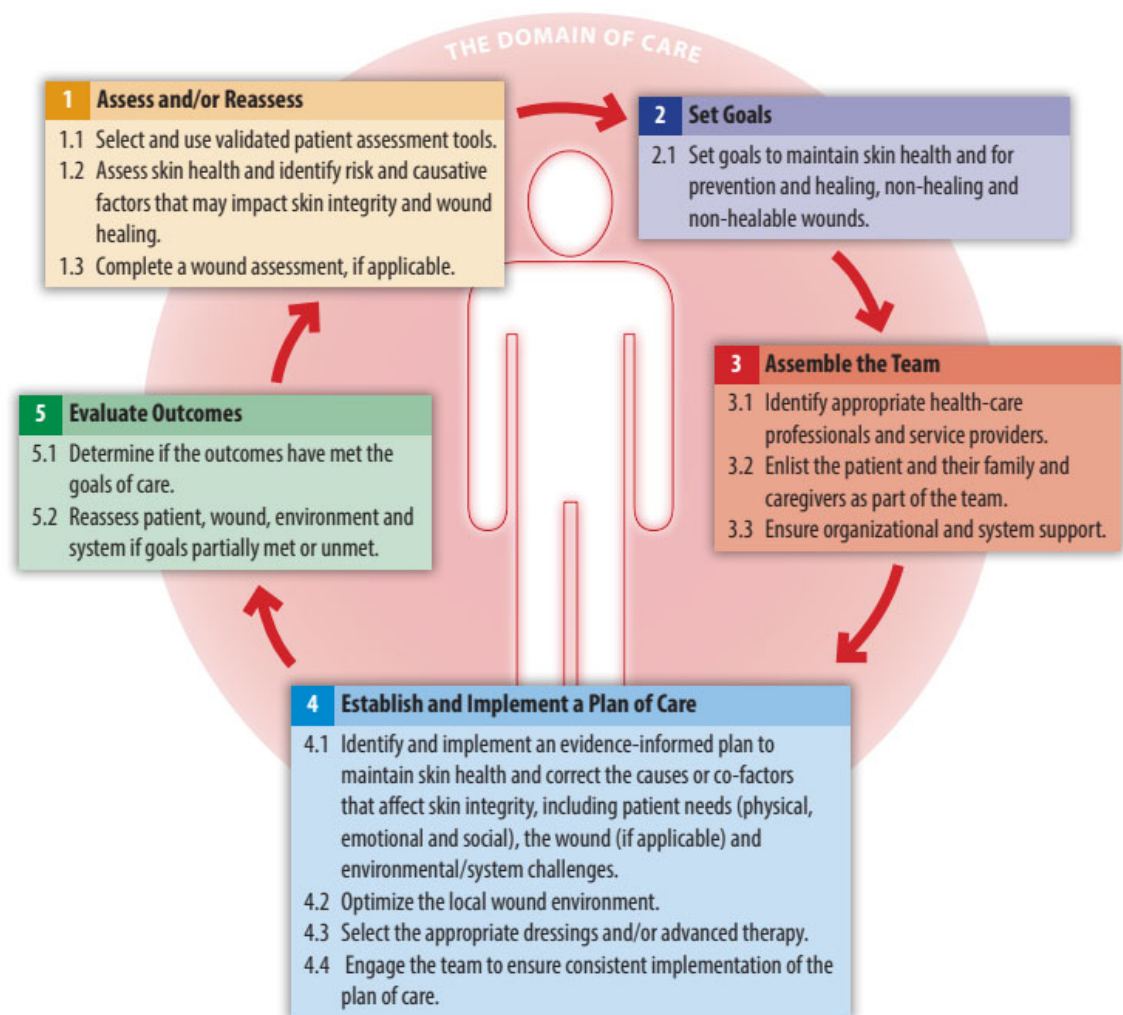


Figure 3 : Cycle de gestion et de préventions des plaies de Wounds Canada

Note. Reproduit avec la permission de Kuhnke et al., 2025

2.2 Données autorapportées par la personne traitée

Les données autorapportées par la personne traitée occupent une place essentielle dans l'évaluation et la prise en charge des conditions de santé, comme l'UPD. Complémentaires aux données cliniques objectives, comme la taille de la plaie, le taux de guérison ou la présence d'infection, elles permettent de mieux comprendre la perception de la personne à l'égard de ses besoins, ses attentes et ses priorités en matière de soins (Martin-Delgado et al., 2021).

Dans cette perspective, l'intégration de ces données s'inscrit directement dans l'approche de recherche centrée sur le patient promue par les Instituts de recherche en santé du Canada, qui vise à reconnaître la personne traitée comme un partenaire actif dans la production des connaissances et l'amélioration des soins (Canadian Institutes of Health Research, 2023). Selon certains auteurs, leur intégration contribuerait non seulement à améliorer les résultats cliniques et la qualité des soins, mais aussi à accroître la satisfaction des personnes traitées et des personnes traitantes, tout en réduisant les coûts et les inégalités en santé (Nundy et al., 2022). Leurs bienfaits sont multiples : elles favorisent une meilleure compréhension des symptômes, améliorent la communication entre les acteurs du système de soins, soutiennent une offre de services plus cohérente et efficiente, optimisent la trajectoire de soins ainsi que l'utilisation des ressources, et contribuent ultimement à une meilleure qualité de vie (Poitras et al., 2023).

Les données autorapportées par les personnes traitées comprennent les données sur les résultats de santé (*patient-reported outcomes* – PRO) et les données rapportées sur l’expérience de soins (*patient-reported experiences* – PRE). Sommairement, les PRO correspondent à la perception que la personne traitée a de sa santé, notamment de l’impact réel d’une maladie ou d’un traitement sur sa vie quotidienne (Benson, 2020; Black, 2013). Les PRO sont des indicateurs importants de la qualité de vie liée à la santé (Hogg et al., 2012). Les PRE, quant à elles, reflètent la perception que la personne traitée a de son parcours de soins au regard de l’accessibilité aux services, de la qualité de la communication avec les personnes traitantes ou de l’écoute et du respect, par exemple (Benson, 2020; Black, 2013). Les PRO et les PRE sont à la fois complémentaires et synergiques en permettant de combler l’écart entre les attentes du système de santé et les préférences des personnes traitées (Martin-Delgado et al., 2021). Une personne jugeant sa qualité de vie bonne et ayant une perception positive des soins reçus est plus à même d’avoir des résultats de santé positifs (Martin-Delgado et al., 2021; Pyatak et al., 2018; Svedbo Engström et al., 2019).

Les paragraphes suivants porteront sur les PRO et les PRE dans le contexte de l’UPD. Pour chacun de ces concepts, une brève définition sera présentée, suivie d’une explication de leur importance, puis d’un aperçu de l’état actuel des connaissances dans la littérature scientifique. Enfin, les outils utilisés pour leur collecte seront décrits.

2.2.1 Données autorapportées sur les résultats de santé

Les données autorapportées sur les résultats de santé (PRO) documentent l'état de santé, les symptômes ressentis et la qualité de vie perçue par la personne traitée (Benson, 2020; Black, 2013; Poitras et al., 2023). Ce sont des informations fournies directement par la personne traitée, sans interprétation d'une personne traitante (U.S. Department of health and human services FDA center for drug evaluation and research et al. 2006). Les données autorapportées permettent de comprendre l'expérience vécue et aident les personnes traitantes à adapter les traitements selon les besoins réels (Martin-Delgado et al., 2021). Elles favorisent une prise en charge plus personnalisée en identifiant davantage les symptômes d'une condition de santé et permettent de mettre en place un suivi plus efficace (Hermanns et al., 2024). Les PRO ont donc un effet direct sur la pratique clinique (Hermanns et al., 2024). Par exemple, certains effets secondaires liés au port d'une modalité de décharge pour la guérison d'un UPD comme la perte d'équilibre, la stigmatisation perçue ou les douleurs corporelles peuvent passer inaperçus aux yeux de la personne traitante, mais être significatifs pour la personne traitée (Beattie et al., 2014; Johnson et al., 2006; Paton et al., 2014; Zhu et al., 2023). En conséquence, si ces effets ne sont pas identifiés, la prise en charge pourrait être inadéquatement ajustée par la personne traitante. La personne traitée peut alors être amenée à interrompre l'utilisation de la modalité, ce qui diminue ses chances de guérison et d'amélioration de son état de santé (Bus et al., 2016). Étudier la qualité de vie du point de vue de la personne traitée facilite la communication en offrant un vocabulaire commun aux deux parties (Poitras et al., 2023; Veillard et al., 2015). Avant de continuer, il est important de définir les concepts de

qualité de vie et de qualité de vie liée à la santé, ainsi que de discuter de la réalité des personnes vivant avec un UPD.

2.2.1.1 Définition de la qualité de vie liée à la santé

Parmi les nombreuses définitions et modèles conceptuels de la qualité de vie proposés dans la littérature, celle de l'OMS, publiée en 1993, est l'une des plus couramment utilisées. Elle définit « la qualité de vie comme la façon dont les personnes perçoivent leur position dans la vie, dans leur contexte culturel et dans le système de valeurs dans lesquels elles vivent [et cela] en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations ». Il s'agit ainsi d'un concept large, multidimensionnel, subjectif et dynamique qui relie tous les aspects de la vie humaine (Guyatt et al., 2007; Wilson & Cleary, 1995).

La qualité de vie relative à la santé est un concept qui définit plus précisément les effets de la santé physique, mentale et sociale sur le bien-être et la satisfaction de la personne dans la vie. Elle permet d'évaluer comment une maladie, un traitement médical ou un handicap influencent la vie quotidienne et le fonctionnement global d'une personne selon sa perception (Guyatt et al., 2007; Wilson & Cleary, 1995). Son évaluation permet aux personnes traitantes de comprendre l'impact d'une condition de santé ou de son traitement au-delà des données cliniques usuelles (Wilson & Cleary, 1995). Par exemple, dans le contexte de l'UPD, cela implique de poursuivre l'évaluation de la personne traitée au-delà du taux de guérison de la plaie et du taux de glycémie. Cette approche holistique permet plutôt d'évaluer la personne dans son ensemble. Ultimement, elle aide les

personnes traitantes à personnaliser les soins selon les besoins et les priorités des personnes traitées dans le but d'améliorer les résultats de santé (Martin-Delgado et al., 2021). Toutefois, la qualité de vie demeure essentiellement une notion subjective qui peut varier en fonction de nombreux facteurs propres à chaque personne (Martin-Delgado et al., 2021).

2.2.1.2 Facteurs influençant la qualité de vie liée à la santé

Comme cité dans le paragraphe précédent, chaque personne est seule à pouvoir définir sa propre qualité de vie, puisqu'il s'agit d'une perception. Cette perception varie d'une personne à l'autre et n'est pas proportionnelle aux symptômes et aux limitations fonctionnelles engendrées par une condition médicale (Aschalew et al., 2020; Ormel et al., 1997). Parmi les facteurs qui influencent la perception qu'une personne a de sa qualité de vie liée à la santé, il y a les caractéristiques personnelles, telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le niveau de littératie, l'ethnie et le soutien familial (Isa & Pace, 2021). Il y a aussi la nature et la durée de la maladie, notamment sa gravité et les symptômes associés (Hogg et al., 2012). Le contexte socioéconomique de la personne qui vit avec une condition de santé, comme l'accès aux soins ou la présence d'une pandémie, influence aussi la perception de la qualité de vie (Daniel et al., 2022).

Au Québec et au Canada, les personnes vivant avec le diabète ont subi les perturbations de l'accès aux services, les délais de prise en charge et l'isolement associés à la pandémie (Cheng et al., 2023). Cela a pu compliquer le suivi et le traitement des complications, comme l'UPD. Cette situation a probablement contribué à altérer leur

perception de la qualité de vie, en accentuant les limitations fonctionnelles, l'anxiété et le fardeau lié à la gestion de leur condition. (Cheng et al., 2023; Daniel et al., 2022). La perception de la qualité de vie liée à la santé des personnes vivant avec un UPD serait aussi influencée par l'âge, le sexe et l'indice de masse corporelle. En effet, la perception serait plus négative chez les personnes âgées de plus de 50 ans, chez les femmes ainsi que chez les personnes pesant plus de 25 kg/m². Les problématiques de pieds plus importantes, le statut économique précaire et le faible niveau d'éducation seraient aussi des facteurs qui influencent négativement la perception de la qualité de vie liée à la santé (Al Ayed et al., 2020; Hogg et al., 2012; Khunkaew et al., 2019).

2.2.1.3 Qualité de vie liée à la santé des personnes vivant avec un UPD

Plusieurs études démontrent que l'UPD altère la qualité de vie des personnes atteintes, notamment sur les plans physique, psychologique, social et financier (Coffey et al., 2019; Siersma et al., 2013; Wukich & Raspovic, 2018). Cette réalité est encore plus marquée chez les personnes vivant avec UPD dont la cicatrisation est lente ou retardée (Byrnes et al., 2024; Löndahl et al., 2011; Olsson et al., 2019).

Tout d'abord, les manifestations physiques de l'UPD, c'est-à-dire la présence de douleur, la sensation de brûlure de la peau, la mauvaise odeur, l'exsudation de la plaie, les déformations au niveau des pieds et la capacité physique réduite, sont des facteurs qui influencent négativement la qualité de vie d'une personne (Ghadeer et al., 2025; Siersma et al., 2013). Le nombre de lésions, la localisation et la taille de l'UPD (plus de 5 cm²) sont des facteurs qui influencent à la fois la guérison physique et la qualité de vie de ces

personnes (Khunkaew et al., 2019; Valensi et al., 2005). Aussi, plus les UPD sont sévères, plus la qualité de vie diminue, particulièrement lorsqu'il y a une perte ou une réduction de mobilité engendrée par l'utilisation des différentes modalités de décharge (Brynes et al., 2024; Coffey et al., 2019; Lazzarini et al., 2020; Siersma et al., 2013; Valensi et al., 2005). Cela est encore plus marqué avec des modalités de décharge inamovibles, comme le plâtre de contact total (Lazzarini et al., 2020). Un membre inférieur amputé limitant l'ambulation serait associé à une qualité de vie diminuée en raison de l'ambulation limitée, des douleurs de moignon et des douleurs fantômes (Crocker et al., 2021; Grzebień et al., 2017; Ratliff et al., 2021). Le traitement local de l'UPD, notamment les changements fréquents de pansements lors des soins de plaies, ainsi que la condition globale de santé de la personne vivant avec un UPD peuvent entraîner de nombreux rendez-vous médicaux qui risquent rapidement de devenir un fardeau pour la plupart des personnes et leur entourage (Kristaningrum et al., 2021). À cela s'ajoutent tous les efforts qu'une personne doit déployer pour maintenir de saines habitudes alimentaires et un mode de vie actif, tout en conciliant ses responsabilités familiales, professionnelles et personnelles (Coffey et al., 2019; Schaper et al., 2023).

Ensuite, la vie sociale des personnes vivant avec un UPD est affectée. Cela se traduit par une perte d'activités culturelles, sportives ou de divertissements, par de l'isolement ou par l'altération des relations personnelles (Crocker et al., 2021). La plupart des personnes souffrant de plaies chroniques sont limitées et parfois même incapables de faire leurs activités de la vie quotidienne, telles que cuisiner, se laver, conduire une

voiture, entretenir son logis ou occuper un emploi rémunéré (Khunkaew et al., 2019). Les activités de loisirs et les activités physiques sont souvent abandonnées ou restreintes. Les soins médicaux fréquents dictent ou limitent les endroits où les personnes peuvent passer leurs vacances (Coffey et al., 2019). Les plaies considérées chroniques, comme l'UPD, entraînent souvent une perte d'autonomie, provoquant une détresse psychologique qui se traduit par un taux élevé de dépression, de tristesse, de peur, d'incapacité, d'anxiété, de résignation, une faible estime de soi, de l'isolement social et des frustrations (Crocker et al., 2021). Parmi les facteurs qui affectent aussi la santé psychosociale, deux sentiments sont fréquemment rapportés par les personnes atteintes de plaies aux membres inférieurs, soit le sentiment d'être stigmatisé ou ignoré et le sentiment d'impuissance (Coffey et al., 2019; Salomé et al., 2011; Zhu et al., 2023).

Finalement, les impacts financiers relatifs au diabète et à l'UPD sont importants, tant pour la personne atteinte que pour la société, incluant le système de santé (Augustin et al., 2013; Diabète Québec, 2021). L'absentéisme au travail causé par les rendez-vous médicaux et les hospitalisations engendre des pertes de revenus (Zhang et al., 2017; Zhang et al., 2016). Ceci est d'autant plus vrai pour les personnes amputées secondairement à un épisode d'UPD, qui doivent généralement rester hospitalisées, engendrant ainsi des coûts et une perte de revenu (Kayssi et al., 2016). De plus, tous les frais reliés à la santé ne sont pas couverts par une assurance privée ou par le système public de santé (Costa et al., 2020; Diabetes Canada, 2022). C'est le cas pour certaines médications hypoglycémiantes nécessaires au traitement du diabète et de l'UPD, certaines fournitures médicales, telles

que les modalités de décharge ou les pansements spécialisés, ainsi que les soins additionnels recommandés, comme les soins préventifs des pieds (Costa et al., 2020; Institut canadien d'information sur la santé, 2025).

Au-delà des coûts monétaires, chaque personne a sa perception de l'impact de sa condition de santé sur sa qualité de vie. Afin d'offrir des soins de qualité, qui tiennent compte de la réalité de chaque personne, il importe d'être en mesure de l'évaluer concrètement en clinique.

2.2.1.4 Évaluation de la qualité de vie liée à la santé

Dans la littérature, la qualité de vie liée à la santé s'évalue principalement à l'aide d'outils constituant généralement des questionnaires complétés par la personne traitée (*Patient-Reported Outcomes Measures* – PROM). Ils permettent de recueillir directement les données autorapportées sur les résultats de santé (PRO) (Amato et al., 2025; Langendoen-Gort et al., 2022).

Les PROM documentent les aspects de l'état de santé qui influencent la qualité de vie d'une personne traitée et reflètent sa perception de l'impact de sa condition de santé et de ses traitements (Amato et al., 2025). Les principales informations recueillies portent sur la mesure des composantes de la maladie ou des traitements (Guyatt et al., 1993; Pérez-Panero et al., 2021). Chaque questionnaire PROM définit ses propres composantes communément appelées « domaines ». Ceux-ci peuvent varier d'un questionnaire à l'autre selon ce qu'ils évaluent (Fisher et al., 2017). Sans s'y limiter, les principaux domaines fréquemment rapportés portent sur la santé physique (fatigue, douleur

ressentie), les capacités fonctionnelles (se mouvoir, se laver, s'habiller seul), les loisirs (voyages, activités sportives), la santé mentale et émotionnelle (anxiété, colère, dépression, inquiétudes, sentiment de bien-être, capacité à faire face aux défis de la vie, maladie) ainsi que les relations sociales (isolement, stigmatisation, participation à des activités sociales, qualité des interactions avec les membres de la famille, les amis et la communauté) (Abetz et al., 2002; Ware et al., 1993; Wilson & Cleary, 1995).

Il existe des PROM génériques et spécifiques (Benson, 2023; Churrua et al., 2021). Ces deux types de questionnaires ne s'excluent pas mutuellement, puisqu'ils sont souvent complémentaires (Fisher et al., 2017). Plus précisément, les PROM génériques explorent la perception de l'état de santé ou les résultats de santé pour l'ensemble des personnes traitées, quelle que soit la population étudiée. Ils sont surtout utiles aux organismes de réglementation et aux décideurs politiques en matière de santé, car des comparaisons entre les conditions sont possibles (Hermanns et al., 2024). Il peut s'agir de comparer les résultats d'une personne ou de différentes populations de personnes malades ou non (Wukich & Raspovic, 2018). Ils comportent toutefois des questions générales et peuvent donc être inutiles pour certains groupes. De plus, ils sont moins sensibles pour détecter les problèmes spécifiques d'une maladie, comme le diabète (Fisher et al., 2017). Quant aux PROM spécifiques, ils sont plus adaptés pour mesurer directement les résultats d'une maladie (comme le diabète, le cancer ou l'asthme), d'un groupe de personnes (comme les personnes issues des Premières Nations ou les enfants), d'une partie du corps (comme les yeux ou les pieds) ou d'un domaine précis (comme la douleur ou la mobilité)

(Calmus, 2021; Pérez-Panero et al., 2021). Ils servent à comparer les résultats d'une même maladie vécue par différentes personnes et non de personnes ayant des maladies différentes. Ces questionnaires sont plus sensibles, car les questions sont plus spécifiques à chaque maladie. Leur intérêt clinique est donc plus important (Hermanns et al., 2024).

Autant pour les PROM génériques que spécifiques, il faut faire attention au biais de rappel qu'engendre ce genre d'outils lors de l'interprétation des résultats, car ils font souvent référence à des événements antérieurs et donc, la perception des personnes peut avoir changé entre temps et ne pas refléter la réalité (Hermanns et al., 2024). Des exemples de PROM génériques et spécifiques sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Exemples de PROM utilisés dans la littérature

Types de PROM	Noms des questionnaires	Concepts évalués	Domaines évalués
Génériques	36 items Short Form Survey (SF-36) (Ware, 2000)	Qualité de vie	• Santé physique • Santé mentale
	WHO Well-being Index (WHO-5) (Topp et al., 2015)	Bien-être mental	• Humeur • Détente • Énergie • Vie quotidienne • Sommeil
Spécifiques	Diabetic Foot Ulcer Scale – Short Form (DFS-SF) (Abetz et al., 2002)	Impact de l’UPD sur la qualité de vie	• Loisir • Santé physique • Dépendances/AVQ • Émotions négatives • Inquiétudes à propos des ulcères/pieds • Désagrément des soins relatifs à l’ulcère
	Wound Quality of Life (Wound-QoL) (Blome et al., 2014)	Impact des plaie chroniques sur la qualité de vie	• Santé physique • Santé psychologique • AVQ • Statut économique
	Neuropathy and Foot Ulcer Specific Quality of Life (Neuro-QoL) (Vileikyte et al., 2003)	Impact de la neuropathie et de l’UPD sur la qualité de vie des personnes atteintes de diabète	• Douleur et paresthésie • Neuropathie sensitive • Neuropathie motrice • AVQ • Problème interpersonnel • Fardeau émotionnel

Abréviations : WHO : World Health Organization; UPD : ulcère des pieds diabétiques;

AVQ : activités de la vie quotidienne

Parmi les questionnaires spécifiques qui concernent le syndrome du pied diabétique, il y a l’Échelle du pied diabétique (*Diabetic Foot Ulcer Scale*; DFS) (Abetz et al., 2002; Bann et al., 2003). Le DFS est un questionnaire PROM conçu spécifiquement

pour évaluer l'impact de l'UPD et de ses traitements sur la qualité de vie des personnes atteintes de diabète (Abetz et al., 2002). Cet outil est capable de différencier les personnes atteintes de diabète vivant avec un UPD guéri de celles dont l'UPD ne l'est pas. Cette version longue est composée de 58 items regroupés en 15 domaines de la qualité de vie. Toutefois, cinq de ces domaines sont insensibles aux changements de l'état de la plaie dans le contexte d'études cliniques (Abetz et al., 2002). C'est pourquoi la version courte de ce questionnaire soit l'Échelle du pied diabétique - Version courte (*Diabetic Foot Ulcer Scale - Short Form*; DFS-SF) a été retenue pour le projet de recherche actuel.

2.2.1.5 Échelle du pied diabétique – Version courte

Contrairement à sa version longue, le DFS-SF comporte 29 items pour 6 domaines, ce qui allège la tâche des personnes répondantes (Bann et al., 2023, Hogg et al., 2012; Oliveira Kaizer et al., 2020). De plus, la version courte du DFS est plus sensible aux changements dans la condition clinique de l'UPD, telle que la cicatrisation. Sur le plan statistique, la version courte du DFS fait preuve d'une bonne cohérence interne (*alpha de Cronbach* (α) = 0,74-0,94) (Bann et al., 2003; Pérez-Panero et al., 2021). La cohérence interne permet de vérifier si les questions d'un questionnaire évaluent bien la même chose. Par exemple, elle vérifie que les items portant sur la douleur vont tous dans le même sens, c'est-à-dire qu'une personne ressentant de la douleur répondra probablement la même réponse pour chaque item du domaine. Elle se mesure par un indice statistique nommé *alpha de Cronbach* (α) allant de 0 à 1, et dont une valeur supérieure à 0,70 est considérée comme étant acceptable et de bonne cohérence interne (Rosner, 2006). La version courte

du DFS possède une fiabilité dite bonne à modérée (*coefficient de corrélation intraclasse* (ICC) = 0,54-0,77) (Bann et al., 2003; Pérez-Panero et al., 2021). Ce concept statistique désigne la capacité d'un outil de mesure à générer des résultats reproductibles et constants. Par exemple, si l'outil est utilisé plus d'une fois dans la même journée par la même personne et que ses douleurs n'ont pas changé, les résultats devraient être semblables. La fiabilité se mesure avec un *coefficient de corrélation intraclasse*. Plus sa valeur est élevée, plus la fiabilité est bonne (Rosner, 2006). Enfin, le DFS-SF possède une bonne validité de construit, c'est-à-dire qu'il mesure vraiment les construits pour lesquels il a été conçu (*coefficient de corrélation interclasse de Pearson* (r) = 0,35-0,63) (Bann et al., 2003; Pérez-Panero et al., 2021). Les domaines de la qualité de vie choisis dans le DFS-SF s'intéressent seulement à ceux pouvant être affectés par l'UPD. Les domaines plus larges et moins pertinents, comme l'alimentation, n'y figurent pas (Bann et al., 2003; Pérez-Panero et al., 2021). Dans le DFS-SF, les 29 items sont divisés selon les 6 domaines suivants: loisirs (pratiquer, planifier ou changer d'activités), santé physique (douleur, fatigue ou difficulté à dormir), dépendance/activités de la vie quotidienne (se laver, cuisiner ou s'habiller), émotions négatives (colère ou épuisement), inquiétudes à propos des ulcères/pieds (peur de la récurrence, de l'amputation ou de ne jamais guérir) et désagrément des soins relatifs à l'ulcère (mobilité réduite ou odeur associée).

Chacun des items est évalué selon une échelle de Likert à cinq points. Les réponses vont de « pas du tout (1) » à « extrêmement (5) », de « jamais (1) » à « tout le temps (5) » et de « pas du tout (1) » à « beaucoup (5) ». Le score total repose sur la somme de tous les

items de chaque domaine et les réponses sont converties en score normalisé allant de 0 à 100 pour chaque domaine. Selon une échelle continue, les scores les plus élevés indiquent une meilleure qualité de vie (Oliveira Kaizer et al., 2020), mais il n’y a pas de seuil officiel qui caractérise une bonne ou une mauvaise qualité de vie (Martin-Delgado et al., 2021).

Bien qu’aucun questionnaire PROM n'ait été identifié comme une référence absolue pour évaluer la qualité de vie liée à la santé dans les maladies du pied liées au diabète, le DFS-SF fait partie des plus utilisés pour évaluer les données relatives aux résultats de santé des personnes atteintes d’UPD (Hogg et al., 2012; Pérez-Panero et al., 2021). La version originale du DFS-SF est en anglais, et les versions chinoise, grecque, polonaise, coréenne et portugaise brésilienne ont fait l’objet d’un processus complet de validation linguistique (Bann et al., 2003; Hui et al., 2008; Kontodimopoulos et al., 2016; Lee, 2019; Macioch et al., 2017; Oliveira Kaizer et al., 2020). Bien qu’elle ne soit pas encore validée en français, une version francophone canadienne est disponible. Les informations de contact ainsi que l’autorisation d’utilisation du DFS-SF sont disponibles auprès de Mapi Research Trust, Lyon, France (<https://eprovide.mapi-trust.org>). Le certificat d’utilisation est joint en annexe (voir Annexe A). Un exemple d’items demandés dans la version francophone est présenté dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Exemples d'items tirés du Diabetic Foot Ulcer Scale – Short Form

Au cours des 3 derniers mois, vos problèmes de pied vous ont-ils ... ?					
Domaine : Loisirs	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
a) empêché de pratiquer les loisirs et les passe-temps que vous appréciez?	1	2	3	4	5
b) amené à changer le type de loisirs et de passe-temps que vous aimez?	1	2	3	4	5
c) empêché de partir en vacances ou en week-end au Québec/Canada?	1	2	3	4	5
d) empêché de partir en vacances ou en week-end hors Québec/Canada? (assurance, moyen de transport)	1	2	3	4	5
e) obligé à choisir des vacances différentes de ce que vous auriez souhaité (que ces vacances soient longues ou courtes)?	1	2	3	4	5

Note. Tableau représentant le domaine du loisir du questionnaire de Ban et al., (2003) avec la traduction et l'autorisation d'utilisation par Mapi Research Trust

2.2.2 Données autorapportées sur l'expérience de soins

Contrairement aux PRO qui reflètent les résultats de santé perçus par la personne traitée, les données autorapportées sur l'expérience de soins (PRE) reflètent la perception de la personne traitée sur son parcours de soins (Benson, 2020; Black, 2013). Elles permettent d'obtenir une vision plus complète des soins offerts dans un milieu, à travers le regard de la personne traitée (Nundy et al., 2022; Poitras et al., 2023). Elles correspondent, entre autres, à la qualité perçue des interactions de la personne traitée avec le système de soins duquel elle fait partie, notamment sur l'accès aux soins, la qualité des informations reçues, l'attention qui a été portée à sa douleur, les délais d'attente, les relations avec les personnes traitantes, la propreté des locaux ou la procédure de prise de rendez-vous (Berwick et al., 2017; Calmus, 2021; Hermanns et al., 2024). Tout comme les PRO, les PRE correspondent aux informations fournies directement par la personne

qui reçoit les soins, sans l'interprétation d'une personne traitante (U.S. Department of health and human services FDA center for drug evaluation and research et al. 2006). Les points de vue des deux parties prenantes, c'est-à-dire la personne traitée et la personne traitante, sont complémentaires. En effet, certains aspects de l'expérience de soins peuvent passer inaperçus aux yeux de la personne traitante, mais avoir un impact important sur la perception et l'engagement de la personne traitée. Par exemple, l'impression d'être jugé en raison de l'état de son pied pourrait développer une méfiance de la personne traitée envers l'équipe soignante, diminuer son adhérence au plan de soins, compromettre alors sa relation avec la personne traitante et, par conséquent, affecter les résultats de santé (Erjaee et al., 2025).

L'utilisation des PRE par tous les acteurs du système de santé, c'est-à-dire les personnes traitées, les personnes traitantes et les instances organisationnelles, leur est bénéfique (Desomer et al., 2018; Hermanns et al., 2024). En donnant leur avis, les personnes traitées participent activement à leurs soins, s'informent, se sentent motivées, ce qui améliore leurs résultats de santé et leur expérience de soins (Berwick et al., 2017; Blanchette et al., 2023; Bodenheimer & Sinsky, 2014). Disposant des informations recueillies auprès des personnes traitées, les personnes traitantes peuvent ajuster leur prise en charge (Øvretveit et al., 2017). Ultimement, leur satisfaction professionnelle en est améliorée. Par ailleurs, des objectifs et attentes clairement établis entre la personne traitée et la personne traitante procurent plus de satisfaction à l'égard de la prestation de soins et moins de déception chez les deux partis (Nundy et al., 2022). Finalement, les informations

recueillies favorisent l'ajustement des pratiques organisationnelles (Nundy et al., 2022). Par exemple, elles permettent d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et financières, d'orienter les politiques de santé et d'assurer la surveillance épidémiologique (Calmus, 2021; Thuong et al., 2021).

Les PRE sont donc importants à considérer afin d'augmenter la qualité des soins perçue par les personnes traitées.

2.2.2.1 Définition de la qualité des soins de santé

Selon l'OMS, la qualité des soins correspond au degré auquel les soins de santé offerts aux individus et aux populations améliorent les chances d'atteindre les résultats de santé attendus, tout en étant alignés sur les connaissances professionnelles appuyées par des données probantes (Institute of Medicine, 2001; Organisation mondiale de la santé, 2026). La qualité des soins fait référence à l'ensemble des caractéristiques des services de santé qui permettent d'assurer une prise en charge correspondant aux besoins et aux attentes (Organisation mondiale de la santé, 2026). Elle vise à garantir que les soins prodigués améliorent ou maintiennent l'état de santé des personnes traitées tout en évitant des risques inutiles. D'ailleurs, l'OMS soutient que les soins de santé prodigués doivent impérativement être efficaces, sécuritaires, centrés sur la personne, équitables, intégrés, efficaces et intervenus en temps opportun pour être jugés de qualité (Organisation mondiale de la santé, 2026).

Ces sept caractéristiques sont à l'origine du cadre conceptuel d'amélioration des soins de santé nommé le Quintuple Objectif (Nundy et al., 2022), résultant d'une version

initiale (Triple Objectif; Berwick et al., 2008), puis améliorée (Quadruple Objectif; Bodenheimer & Sinsky, 2014). Le Quintuple Objectif vise à améliorer les résultats de santé de la population, améliorer l'expérience de soins des personnes traitées, améliorer l'expérience des personnes traitantes, réduire les coûts et favoriser l'équité en santé.

Dans ce projet de recherche, la partie majoritairement concernée du Quintuple Objectif est l'amélioration de l'expérience des personnes vivant avec un UPD. Cet objectif encourage les organisations de soins de santé à évaluer les besoins des personnes traitées et à utiliser ces informations afin de leur offrir des soins qui correspondent à leurs besoins et leurs attentes (Berwick et al., 2008). En effet, une expérience de soins favorable est associée à une meilleure adhérence de la personne au traitement recommandé, améliorant ainsi ses résultats de santé et son bien-être. De plus, elle renforce le sentiment de sécurité en diminuant les complications et les effets secondaires. De la même manière, lorsque l'information retenue par la personne est bonne, elle comprend mieux la nécessité d'un traitement ou d'un examen diagnostique. Elle aura donc plus tendance à offrir un consentement éclairé et à être à l'aise avec sa décision. L'adhérence est alors améliorée, ce qui favorise de bons résultats de santé (Calmus, 2021; Thuong et al., 2021).

Dans l'optique d'améliorer l'expérience de soins des personnes vivant avec un UPD en favorisant des soins de qualité, il faut d'abord tenir compte de la perspective des soins de santé de ceux qui en bénéficient, et ce, à l'aide des PRE (Black, 2013).

2.2.2.2 Perception de la qualité des soins

Wilde et al. (1993) ont proposé un modèle théorique soutenant que la perception de la qualité des soins reçus est conçue à partir des ressources de l'organisation de soins et des préférences de la personne traitée. Le Tableau 3 illustre ce modèle, qui se distingue par sa prise en compte des relations interpersonnelles (c'est-à-dire les relations entre la personne traitée et les personnes traitantes) et du cadre organisationnel (c'est-à-dire les infrastructures et les ressources disponibles). Ce modèle comprend quatre dimensions, à savoir la compétence médico-technique, l'approche identitaire, l'atmosphère socioculturelle et la condition physico-technique.

Tableau 3 : *Modèle de la qualité de soins du point de vue de la personne traitée.*

		Structure des ressources de l'organisation de soins	
		Qualités liées aux personnes	Qualités liées à l'environnement de soins physiques et administratifs
Préférences de la personne traitée	Rationnelles	Compétence médico-technique (par exemple, capacité du personnel à poser les bons diagnostics et à prodiguer les soins nécessaires)	Condition physico-technique (par exemple, aspects concernant le confort de l'environnement et disponibilité des équipements médicaux)
	Humaines	Approche identitaire (par exemple, empathie, compétences du personnel et capacité à manifester de l'intérêt et de l'engagement envers les besoins et souhaits des personnes traitées)	Atmosphère socioculturelle (par exemple, façon dont les besoins et les souhaits des personnes traitées sont priorités)

Note. Modèle adapté et traduit librement de Wilde et al. (1993)

La compétence médico-technique fait référence à la compétence professionnelle, à la précision du diagnostic et à l'efficacité du traitement. Les personnes traitées évaluent cet aspect selon leur perception de leurs résultats de santé. Une amélioration visible de l'état de santé favorise une perception positive à l'égard de la qualité des soins reçus. À l'opposé, un échec thérapeutique ou une complication médicale altère la satisfaction des personnes traitées même si les soins étaient conformes aux normes (Coffey et al., 2019).

L'approche identitaire concerne la manière dont les personnes traitantes interagissent avec les personnes traitées. Elle comprend l'écoute active, l'empathie, le respect, la bienveillance et l'approche communicationnelle. Cet aspect de la perception des soins de santé du point de vue de la personne traitée est essentiel afin d'instaurer un climat de confiance et de réduire l'anxiété (Wilde et al., 1993). Les attitudes respectueuses et bienveillantes sont particulièrement valorisées. Dans leur étude sur la perception de la qualité des soins chez les personnes atteintes de maladies chroniques, Couillerot-Peyrondet et al. (2011) mettent en évidence l'importance de la continuité de la relation thérapeutique, celle-ci étant associée à une meilleure perception des soins lorsqu'elle s'inscrit dans la durée, contrairement à une relation plus récente souvent jugée insuffisante. Les relations interpersonnelles avec la personne traitante apparaissent donc déterminantes dans la perception des soins.

La condition physico-technique touche davantage aux aspects logistiques et administratifs des soins, comme l'accessibilité aux soins, la disponibilité des ressources ou la coordination des soins entre les différents services. Ainsi, les facteurs tels que le

temps d'attente, la capacité à prendre des rendez-vous, la disponibilité du dossier médical ou la présence d'erreurs médicales influencent la perception de la qualité des soins. La disponibilité des équipements médicaux, tels que certaines modalités d'imagerie médicale, comme la tomodensitométrie ou l'imagerie par résonance magnétique, est perçue comme un indicateur de qualité des soins. Toutefois, cette dimension aurait moins d'impact dans la perception de la qualité des soins que l'approche identitaire (Bleich et al., 2009; Couillerot-Peyrondet et al., 2011; Hanefeld et al., 2017). La satisfaction des personnes à l'égard des soins reçus serait davantage influencée par des facteurs personnels, comme leurs caractéristiques individuelles que par leur expérience réelle des soins (Bleich et al., 2009).

L'atmosphère socioculturelle inclut surtout les caractéristiques physiques du milieu de soins, telles que l'hygiène, la propreté ou le confort (Wilde et al., 1993). Les environnements qui sont calmes et apaisants seraient particulièrement valorisés.

Bien que ce modèle théorique définisse la qualité des soins du point de vue de la personne en se basant sur des éléments objectivables, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une perception et que celle-ci est influencée par plusieurs facteurs.

2.2.2.3 Facteurs influençant la perception de la qualité des soins

Le modèle de Wilde et collaborateurs (Wilde et al., 1993) supporte le fait que les quatre aspects de la qualité d'un soin forment un ensemble qui s'évalue difficilement de manière isolée en raison du fait qu'il découle de la perception de la personne traitée. Par exemple, un système de soins efficace dans un environnement agréable pourrait atténuer

la perception d'une compétence médico-technique plus faible ou encore, une excellente qualité médicale peut être perçue comme étant insuffisante si la qualité de la relation entre la personne traitée et la personne traitante est faible (Wilde et al., 1993). Plus concrètement, une personne vivant avec un UPD pourrait percevoir positivement son expérience de soins si elle est accueillie dans une clinique propre, bien organisée, avec un personnel attentionné qui l'écoute et la soutient, même si elle doute légèrement de l'efficacité d'un pansement ou d'une modalité de décharge proposée. À l'inverse, même si la prise en charge médicale est optimale, comprend des traitements complets et des suivis rigoureux qui respectent les lignes de directrices de pratique, la personne pourrait être insatisfaite si elle sent que la personne traitante est pressée, distant ou peu empathique.

Dans une même situation, la perception de la qualité des soins peut différer selon la personne (Lee, 2007). Ainsi, deux personnes peuvent recevoir les mêmes soins et avoir une satisfaction différente des soins reçus. Plus précisément, la perception qu'a une personne de ses soins est fortement influencée par les caractéristiques qui lui sont propres (Couillerot-Peyrondet et al., 2011; Liu et al., 2008). Sans s'y limiter, les caractéristiques individuelles de la personne, comme l'âge, le genre, l'état de santé, le nombre de maladies chroniques, le niveau d'éducation, le statut économique et la propension à porter un jugement positif ou négatif sur sa santé ou sur le système de santé influencent la perception des soins reçus (Couillerot-Peyrondet et al., 2011). À titre d'exemple, la probabilité que les soins reçus soient jugés excellents est quatre fois plus élevée chez les

personnes de plus de 50 ans. Dans le cas où c'est une femme de plus de 50 ans, la probabilité que les soins reçus soient jugés excellents est deux fois plus élevée que si c'est un homme (Couillerot-Peyrondet et al., 2011). De plus, les croyances, les valeurs, le contexte culturel et faire partie d'une minorité visible influencent la perception de la qualité des soins (Brundisini et al., 2013). Par exemple, une personne qui croit fortement aux médecines naturelles pourrait percevoir négativement un soin très médicalisé, même s'il est efficace.

Les expériences passées avec le système de santé influencent nécessairement les perceptions que les personnes traitées ont envers la qualité de soins en modulant ses attentes. Une expérience antérieure sans incident, soit sans erreur ou sans retard, est souvent associée à une qualité perçue élevée (Couillerot-Peyrondet et al., 2011). À l'inverse, une expérience passée marquée par des erreurs, des retards ou un manque d'écoute peut entraîner une baisse des attentes et une méfiance envers le système de santé. Cette méfiance peut persister dans le temps, et peut se transmettre de génération en génération, comme c'est le cas pour les personnes autochtones au Québec et au Canada (Blanchette et al., 2023; Isa & Pace, 2021; Rice et al., 2016; Tan et al., 2020). En effet, les personnes issues de minorités visibles peuvent avoir vécu du racisme ou un manque de sensibilité culturelle de la part d'une personne traitante et ressentir un manque de respect à leur égard. Ainsi, elles sont plus susceptibles de perdre confiance envers leur personne traitante, ce qui se traduit alors par une perception plus négative des soins de santé (Blanchette et al., 2023; Isa & Pace, 2021; Rice et al., 2016; Tan et al., 2020). Les

populations marginalisées ont d'ailleurs de moins bons résultats de santé que celles qui ne le sont pas (Crowshoe et al., 2018).

Outre les facteurs propres à la personne, des facteurs institutionnels et politiques teinteraient aussi la perception des personnes traitées (Kennedy et al., 2014). La taille, la réputation et la notoriété d'un établissement de santé, ainsi que les campagnes de sensibilisation et les initiatives pour améliorer la qualité des soins pourraient influencer la perception d'une personne quant aux soins reçus avant même la prise en charge médicale (Kennedy et al., 2014; Lu & Al-Hakim, 2020). Par exemple, les grands centres hospitaliers avec des taux de mortalité bas montrent une plus grande satisfaction des personnes traitées, ce qui influence l'expérience de soins reçue (Kennedy et al., 2014). Toutefois, bien que les personnes traitantes et l'ensemble du système de santé tentent d'offrir des soins de qualité à la population, la perception de l'expérience de soins ne peut pas être uniforme en raison des multiples facteurs individuels spécifiques (Ormel et al., 1997). Ceci est également vrai dans le cas des personnes vivant avec un UPD.

2.2.2.4 Perception de la qualité des soins des personnes vivant avec un UPD

Quelques méta-analyses qualitatives portant sur l'expérience des personnes vivant avec un UPD soulèvent des éléments d'insatisfaction face aux soins reçus (Coffey et al., 2019; Erjaee et al., 2025; Ma et al., 2023). Toutefois, peu d'études s'intéressent à la perception de la qualité des soins des personnes vivant avec un UPD au Québec et au Canada (Blanchette et al., 2023; Patry et al., 2024).

Parmi les éléments soulevés par les études, le fardeau financier lié aux soins est fréquemment relevé comme étant un facteur qui affecte la qualité de vie, mais aussi l'expérience de soins (Coffey et al., 2019; Erjaee et al., 2025). En effet, les enjeux financiers liés à une dépense (l'achat de modalités de décharge, de pansements spécialisés ou pour des frais de transport vers les lieux de rendez-vous médicaux) ou à une perte de revenu (absentéisme) ne favorisent pas une expérience de soins positive (Coffey et al., 2019; Diabète Québec, 2021; Erjaee et al., 2025).

L'accès plus difficile aux soins de santé, particulièrement en raison de la situation géographique, représente un défi majeur pour les personnes vivant avec un UPD (Blanchette et al., 2023; Coffey et al., 2019; Drudi et al., 2024; Isa & Pace, 2021). Plusieurs expriment leur désir de bénéficier de suivis médicaux plus fréquents, ce qui leur permettraient d'augmenter leur sentiment de sécurité (Coffey et al., 2019). Cependant, cet accès reste souvent limité, causant une perception plus négative des soins de santé. Cette situation met en évidence la nécessité de développer des solutions adaptées pour améliorer la disponibilité et la proximité des services de santé dans les régions les plus isolées ou dans les milieux ruraux (Brundisini et al., 2013; Drudi et al., 2024). Pour notre étude, cet élément est important à considérer, puisque 34 % des personnes de la Mauricie et du Centre-du-Québec, habitent en milieu rural (Mercier-Gauthier et al., 2025). L'accès difficile aux soins de santé s'inscrit dans l'aspect physico-technique du modèle de qualité de soins, influençant négativement la perception des personnes vivant avec un UPD (Larsson & Larsson, 2002; Wilde et al., 1993).

Certaines personnes rapportent aussi une insatisfaction liée à leur hospitalisation pour un UPD, principalement en raison du manque de continuité entre les personnes traitantes. Le changement fréquent de personnel entraîne une coordination déficiente et une confusion quant aux responsabilités de chacun, pouvant mener à des plans de traitement inadéquats et à des retards d'orientation vers les services appropriés (Coffey et al., 2019; Couillerot-Peyrondet et al., 2011; Erjaee et al., 2025). Sur le plan médico-technique, cette discontinuité peut entraîner une perte de confiance quant aux compétences de l'équipe soignante (Coffey et al., 2019; Costa et al., 2021; Wilde et al., 1993). À l'inverse, le respect des protocoles influence positivement la perception des soins (Coffey et al., 2019). La présence d'une équipe interdisciplinaire permet aussi d'offrir des soins jugés comme étant de qualité par les personnes traitées pour un UPD (Patry et al., 2024). Les équipes de soins regroupant les médecins, les chirurgiens vasculaires, les podiatres, les endocrinologues, les infectiologues, le personnel infirmier en soins de plaies ainsi que la personne traitée et son entourage améliorent les résultats de santé des personnes vivant avec un UPD ou ayant subi une amputation et, par le fait même, leur perception des soins de santé et leur qualité de vie (Blanchette & Armstrong, 2022; Blanchette et al., 2020).

Une communication efficace, l'empathie, la capacité d'écoute et la qualité de la relation entre les personnes traitées et les personnes traitantes sont régulièrement identifiées comme des éléments facilitateurs par les personnes vivant avec un UPD (Ma et al., 2023; Tan et al., 2022; Zhu et al., 2023). Plusieurs soulignent l'importance de ces

qualités, qui correspondent à l'approche identitaire de ce modèle (Erjaee et al., 2025; Wilde et al., 1993). Elles contribuent à instaurer un climat de confiance et à favoriser l'adhésion aux recommandations médicales. À l'inverse, un manque de sensibilité, des rencontres trop brèves, l'absence de disponibilité pour répondre aux questions ou encore des prescriptions données sans explications sont perçus comme des aspects qui devraient être améliorés (Coffey et al., 2019; Hansen et al., 2024). Ces interactions peuvent générer de la frustration ou de l'incompréhension et même le sentiment d'être exclu des décisions liées à l'autogestion de l'état de santé (Gershater & Wessman, 2023; Tan et al., 2022).

La communication autour du plan de traitement et des options thérapeutiques constitue également un enjeu majeur (Hansen et al., 2024; Ma et al., 2023). Pour certaines personnes, l'amputation représente une menace ou un échec thérapeutique, alors que, pour d'autres, elle est perçue comme un soulagement susceptible de mettre fin à la douleur ou aux odeurs associées à l'UPD (Foster & Lauver, 2014; Ma et al., 2023). Les perceptions antérieures influencent fortement la manière dont l'information est reçue ainsi que la satisfaction envers les soins. Lorsqu'une personne traitante présente cette option avec une attitude négative, le sentiment d'échec peut être amplifié chez celles qui craignent l'amputation. De façon cohérente, les personnes traitées pour un UPD rapportent une expérience de soins positive lorsque les personnes traitantes ont fourni un effort pour développer une bonne relation et qu'ils se sont intéressés au bien-être émotionnel et physique des personnes traitées (Ma et al., 2023; Zhu et al., 2023; Zhu et al., 2025). Somme toute, malgré la complexité des situations auxquelles elles font face, les personnes

traitées pour un UPD ont généralement confiance et apprécient les soins reçus, bien que certaines espèrent avoir une meilleure communication avec les personnes traitantes (Coffey et al., 2019; Ma et al., 2023).

Bref, les données autorapportées sur l'expérience de soins (PRE) sont essentielles pour la prise en charge optimale des personnes traitées dans un système de santé. Différents outils permettent de les collecter (Beattie et al., 2015).

2.2.2.5 Évaluation de la qualité des soins

Parmi les méthodes employées pour collecter les PRE, il y a les entrevues individuelles, les groupes de discussion, l'analyse des plaintes et des commentaires écrits et les questionnaires autorapportés (Desomer et al., 2018). L'utilisation d'outils de mesures autorapportées sur l'expérience de soins (*Patient-Reported Experience Measures* – PREM) est la méthode la plus souvent utilisée pour mesurer les PRE (Beattie et al., 2015; Benson, 2020; Black, 2013 Kingsley & Patel, 2017). Les PREM servent à mesurer les PRE.

Les PREM s'intéressent à la fois à la réalité perçue par la personne traitée et à l'importance accordée par cette dernière à cette réalité (Wilde et al., 1994). Par exemple, en demandant à une personne si elle a attendu dans la salle d'attente, la mesure s'intéresse à la réalité perçue (exemple de réponse : oui, non, je ne sais pas). Il en est de même lorsqu'il est demandé si les rendez-vous sont généralement à l'heure prévue (exemple de réponse : tout à fait d'accord, en accord, en désaccord). Cette approche est facilement interprétable et permet d'engendrer des actions concrètes (Calmus, 2021). En revanche,

s'il est demandé quelle importance la personne accorde à ce que son rendez-vous soit à l'heure prévue (exemple de réponse : très grande importance, peu d'importance ou pas d'importance du tout), la question mesure l'importance subjective accordée à la réalité perçue. Cette approche permet de mettre l'accent sur les éléments qui importent les personnes traitées lors d'une prise en charge. De cette façon, elle permet de les prendre en considération (Kingsley & Patel, 2017). Cependant, il faut être prudent lors de l'interprétation de ces résultats, car ils peuvent être teintés par l'effet Hawthorne (Adair, 1984; Chung & Monroe, 2003) (référence). Cet effet est un biais d'acceptabilité sociale selon lequel une personne modifie son comportement ou ses réponses, se sachant observée ou évaluée dans le cadre d'une étude. Ces outils sont aussi susceptibles d'entraîner un biais de rappel.

Les PREM peuvent être génériques ou spécifiques, et les deux types de questionnaires ne s'excluent pas mutuellement, puisqu'ils sont souvent complémentaires (Fisher et al., 2017; Hermanns et al., 2024). Les PREM génériques servent à évaluer toutes les personnes, quelle que soit leur maladie. Ils évaluent les dimensions générales de l'expérience de soins, tels que le respect, l'accessibilité ou le temps d'attente. Les PREM génériques permettent de faire la comparaison entre différents services ou populations de façon globale. Quant aux PREM spécifiques, ils s'appliquent plus particulièrement à l'expérience des personnes traitées dans un contexte particulier. Ils permettent d'obtenir des informations sur une condition de santé spécifique, comme le diabète, la maladie rénale ou le cancer, ou sur une population ciblée, comme les enfants, les personnes âgées

ou les personnes autochtones (Thuong et al., 2021). Le Tableau 4 présente des exemples de PREM génériques et spécifiques.

Tableau 4 : Exemples de PREM utilisés dans la littérature

Types de PREM	Noms des questionnaires	Concepts évalués	Domaines évalués
Génériques	Patient Perception of Quality (PPQ) (Rao et al., 2006)	Expérience de soins	• Disponibilité des médicaments • Informations médicales • Comportement du personnel • Comportement des médecins • Infrastructure hospitalière
	Quality from the Patient's Perspective (QPP) (Wilde et al., 1994)	Expérience de soins ambulatoires	• Compétence médico-technique • Approche identitaire • Atmosphère socioculturelle • Condition physico-technique
	Quality from the Patient's Perspective Short - form (Mini-QPP) (Larsson & Larsson, 2002)	Expérience de soins ambulatoires	• Compétence médico-technique • Approche identitaire • Atmosphère socioculturelle • Condition physico-technique
Spécifiques	Quality from the Patient's Perspective – Palliative care (QPP-PC) (Beattie et al., 2015; Evensen et al., 2019)	Expérience de soins en contexte de soins palliatifs	• Compétence médico-technique • Approche identitaire • Atmosphère socioculturelle • Condition physico-technique
	CAHPS Cancer care Survey (Evensen et al., 2019)	Expérience de soins en contexte de soins oncologiques	• Communication • Coordination des soins • Obtention des soins en temps opportun • Soutien l'autogestion des personnes traitées • Courtoisie du personnel • Disponibilité pour fournir des soins et des informations

Parmi ces questionnaires, le PREM « Perception du patient sur la qualité des soins » (Quality from the Patient's Perspective; QPP) est fréquemment utilisé. Il est inspiré du modèle théorique de Wilde et collaborateurs (1993) (voir Tableau 5). Ce PREM tient compte des composantes dynamiques de la subjectivité et l'objectivité de l'expérience de soins (Larsson & Larsson, 2002; Larsson et al., 1998). Par contre, à ce jour, aucun PREM en français n'a été conçu spécifiquement pour la population vivant avec un UPD, ce qui justifie le recours à un outil générique. C'est donc la version courte du QPP, le *Quality from the Patient's perspective – Short Form questionnaire* (Mini-QPP) de Larsson & Larsson (2002) qui a été sélectionnée dans la présente étude pour mesurer la qualité des soins reçus pour un UPD.

2.2.2.6 Perception du patient sur la qualité des soins - Version courte

Le Mini-QPP comprend 42 questions fermées et trois questions ouvertes. Pour chacune des questions fermées, la personne donne deux réponses distinctes sur une échelle de Likert à quatre points. D'abord, elle se prononce sur la réalité du soin telle qu'elle l'a perçue (*perceived reality/réalité perçue*; PR) sur une échelle allant de « tout à fait d'accord » à « en désaccord ». Ensuite, elle indique l'importance qu'elle accorde à la composante du soin évaluée (*subjective importance/importance subjective*; SI) sur une échelle allant de « très grande importance » à « pas d'importance ». Dans ce questionnaire, les options « ne s'applique pas », « je préfère ne pas répondre » ou « je ne sais pas » sont possibles.

Considérant que cette version est utilisée pour évaluer la perception des soins chez des personnes atteintes de maladies, comme le cancer ou l'insuffisance cardiaque, ainsi que dans le contexte des soins hospitaliers, son utilisation apparaît pertinente dans le cas des personnes atteintes d'UPD (Ängerud et al., 2017; FröJd et al., 2011; Singer et al., 2019). De plus, le Mini-QPP était disponible en français (Patry et al., 2023; Wilde et al., 2005). Un exemple des questions demandées dans le questionnaire est présenté à la Tableau 5.

Tableau 5 : Exemple de questions du Mini-QPP

Instructions : Pour chaque item, cochez une réponse A et une réponse B										
	A. Les choses se sont passées ainsi dans mon cas (PR)					B. Importance de ces aspects à mes yeux (IS)				
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Non pertinent	Très grande importance	Grande importance	Assez grande importance	Peu ou pas d'importance	Non pertinent
J'ai bien été informé sur ...										
10. ... la manière dont les consultations et les traitements allaient se dérouler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. ... le résultat des consultations et des traitements	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Note. Tiré et adapté de Larsson & Larsson (2002); PR : réalité perçue; IS : importance subjective

CHAPITRE 3 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Étant une complication fréquente du diabète, l'UPD se caractérise par sa fréquence, sa gravité et ses conséquences importantes sur la santé (Armstrong et al., 2023). Il entraîne une détérioration significative de la qualité de vie des personnes atteintes en raison des risques élevés d'infection, d'amputation, de morbidité et de mortalité y étant associés (Armstrong et al., 2017; Coffey et al., 2019; Khunkaew et al., 2019; Siersma et al., 2013; Wukich & Raspovic, 2018). Malgré les nombreux guides cliniques clairs pour le traitement et la prise en charge de l'UPD, les personnes vivant avec cette condition continuent de faire face à des défis significatifs (Coffey et al., 2019; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2023; Kuhnke et al., 2025; Monteiro-Soares et al., 2012; Schaper et al., 2023).

Les PROM et les PREM sont reconnues comme des outils essentiels pour mieux comprendre l'impact global de la maladie, favoriser une approche centrée sur la personne et améliorer la qualité des soins (Benson, 2020; Black, 2013). De plus, une expérience de soins positive est associée à une meilleure adhésion aux traitements et à de meilleurs résultats de santé (Martin-Delgado et al., 2021; Pyatak et al., 2018; Svedbo Engström et al., 2019).

Malgré ces constats, une lacune importante persiste quant à l'intégration des PROM et des PREM dans la prise en charge des personnes vivant avec un UPD, particulièrement au Québec et au Canada. En effet, peu de données sont disponibles concernant les PRO et les PRE pour cette population, ce qui limite la compréhension de leurs besoins réels et freine l'adaptation des interventions cliniques.

Dans ce contexte, la collecte des données autorapportées à l'aide des PROM et des PREM constitue une démarche pertinente et nécessaire pour mieux comprendre et améliorer les soins offerts aux personnes vivant avec un UPD, notamment au sein d'un réseau de santé comme celui du CIUSSS MCQ (Romero-Collado et al., 2022). Une telle démarche permet d'émettre des hypothèses et de proposer des solutions en matière de soins de santé qui tiennent compte des préférences, des valeurs et des attentes de personnes traitées pour l'UPD (Schaper et al., 2023). En orientant les personnes traitantes vers les perceptions et les rétroactions des personnes traitées, les données préliminaires de ce projet exploratoire ont le potentiel d'améliorer les services de soins (Poitras et al., 2023).

CHAPITRE 4 : OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Question de recherche

Ce mémoire de maîtrise porte sur l'optimisation des soins de santé dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins des UPD. La question de recherche était donc la suivante :

Dans un échantillon de personnes qui sont ou qui ont été traitées au CIUSSS MCQ pour un UPD, quels étaient les principaux facteurs affectant leur qualité de vie et comment les soins de santé reçus ont-ils été perçus?

Objectifs de recherche

L'objectif de ce projet était de documenter les données autorapportées relatives aux soins de l'UPD au sein du CIUSSS MCQ.

Les objectifs spécifiques étaient de :

Objectif #1 : Déterminer la qualité de vie relative à la santé en ce qui concerne l'UPD avec l'utilisation d'un PROM;

Objectif #2 : Déterminer la perception de la qualité des soins reçus pour l'UPD avec l'utilisation d'un PREM;

Objectif #3 : Identifier les similitudes et les différences entre les PRE d'un milieu clinique du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS CA), milieu disposant d'une équipe interdisciplinaire

dédiée à la prévention de l'amputation aux membres inférieurs, et celles du CIUSSS MCQ, milieu n'en disposant pas.

Hypothèses de recherche

Les hypothèses suivantes ont été formulées :

Hypothèse #1 : La qualité de vie liée à la santé des personnes traitées ou ayant été traitées au CIUSSS MCQ sera affectée par l'UPD. Cette hypothèse est cohérente avec les résultats rapportés dans la revue de la littérature de Khunkaew et al. (2019), qui soutient qu'un des éléments défavorables à la qualité de vie, notamment sur le plan physique, est la réduction de mobilité engendrée par les modalités de décharge pour le traitement de l'UPD (Olsson et al., 2019). Une récente étude comparant des personnes vivant avec différents stades de complications reliées à l'UPD suggère que, quel que soit leur état de santé, elles présentent une qualité de vie considérablement réduite (Byrnes et al., 2024).

Hypothèse #2 : La perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes d'UPD au CIUSSS MCQ sera assez bonne (Patry et al., 2024). La collecte des données va permettre d'identifier la nécessité de favoriser les soins axés sur la personne et de favoriser une relation de confiance avec la personne traitante. Cette hypothèse s'aligne avec la seule étude à notre connaissance qui s'est intéressée à la qualité des soins selon la perspective des personnes traitées au Québec (Patry et al., 2024).

Hypothèses #3 : La présence d'une équipe interdisciplinaire dédiée à la prévention de l'amputation du membre inférieur pour la prise en charge de l'UPD favorisera une perception de la qualité des soins positive. Cette hypothèse rejoint les tendances observées dans la littérature concernant la prise en charge de l'UPD (Blanchette et al., 2020; Patry et al., 2024).

CHAPITRE 5 : ARTICLE SCIENTIFIQUE

Informations à propos du manuscrit inséré :

Ce manuscrit, rédigé en anglais, fait état des principaux résultats de ce mémoire. Il n'est actuellement pas publié et il sera soumis à un journal révisé par les pairs sous peu.

Ce projet de recherche a été réalisé majoritairement par Jany-Ève Allard (JEA). JEA a participé à la conception de l'étude, en élaborant le protocole de recherche, en obtenant l'approbation éthique (voir Annexe C et D), en recrutant les personnes participantes et en collectant les données. Elle a également contribué aux analyses, à la rédaction de l'article et à la diffusion finale du projet. Virginie Blanchette (VB) est responsable de la supervision de JEA et du projet, et le financement de ce projet est issu de sa programmation de recherche. Les coauteurs ont contribué à différentes étapes du projet, notamment à la relecture et à la révision de l'article. L'analyse statistique a été effectuée avec l'aide de Souleymane Gadio (SG). JEA a fait la rédaction initiale du manuscrit. Les coauteurs ont participé à la révision et ont donné leur approbation finale pour envisager une soumission (Magali Brousseau-Foley (MBF), SG et VB).

Title

Measuring what matters to patients with diabetic foot ulcers: a pilot exploratory cross-sectional study on patient-reported outcomes and experiences of quality of life and care

Author names and affiliations

Jany-Eve Allard¹, DPM, MSc (c)

(jany-eve.allard@uqtr.ca)

Magali Brousseau-Foley^{1,2}, MD, PhD (c)

(magali.brousseau-foley@uqtr.ca)

Souleymane Gadio³, MSc

(souleymane.gadio.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca)

Virginie Blanchette^{1,3,4}, PhD, DPM*

(virginie.blanchette@uqtr.ca)

¹Department of Human Kinetics and Podiatric Medicine, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, Canada G9A 5H7

²Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) affiliated to Université de Montréal, Family Medicine University Clinic, 731, rue Ste-Julie, 2nd Floor, Trois- Rivières, QC, Canada G9A 1X9

³VITAM – Sustainable Health Research Centre, 2480, Rue de la Canardière, Québec, QC, Canada G1J 2G1

⁴Centre de recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS CA), 143 rue Wolfe, Lévis, QC, Canada G6V 3Z1

***Corresponding author**

Virginie Blanchette

(Virginie.Blanchette@uqtr.ca)

3351 Boul. Des Forges, Department of Human Kinetics and Podiatric Medicine,
Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada G8Z 4M3

Tel : 1-819-376-5011; Ext. 3756

Abstract

Aim: To measure health-related quality of life (HRQOL) and quality-of-care (QoC) of people living with diabetic foot ulcers (DFUs) from patients' perspective in rural and suburban Quebec.

Method: We conducted a pilot exploratory cross-sectional study using a questionnaire combining the *Diabetic Foot Ulcer Scale - Short Form* (DFS-SF) and *Quality from the Patient's Perspective* (Mini-QPP) questionnaires. Patients with current or recently healed DFU (<3 months) were recruited from hospital-affiliated clinics in the Mauricie Centre-du-Québec (MCQ) region.

Results: Twenty patients participated. The most impaired HRQOL domains were “*Worried about ulcers* (57.5%) and “*Bothered by ulcer care*” (70.8%). Overall, patients rated QoC positively (3.21–3.75/4), although perceived reality (PR) was lower than subjective importance (SI) for three out of four dimensions. In comparison, patients treated by an interdisciplinary dedicated team in a different setting reported higher concordance between PR and SI care quality.

Conclusion: This study highlights that people treated for DFU generally reported good HRQOL and favorable perception of QoC, despite the absence of an interdisciplinary team. Comparisons with a dedicated team suggest it could further enhance patients' experience and care. The findings emphasize the importance of assessing HRQOL and perceived QoC to guide improvements toward person-centred DFU management.

Keywords: diabetic foot; foot ulcer; patient participation; QoL; quality of health care; Quebec

Introduction

Diabetic foot ulcers (DFUs) are a common diabetes-related complication, affecting more than 34% of people with diabetes at some point in their life (Armstrong et al., 2017). DFUs are associated with many financial, physical, social, psychological, organizational and societal burdens (Crocker et al., 2021; McDermott et al., 2023). DFUs can lead to infection, hospitalization, amputation and even premature death (Armstrong et al., 2023; Prompers et al., 2007). DFU recurrence is also high, with up to 65% of people developing a new DFU within 5 years after healing (Armstrong et al., 2017; Armstrong & Mills, 2013). Therefore, DFU is a serious health condition that need comprehensive holistic interdisciplinary health management (Botros et al., 2025). This must include supporting and promoting of positive care experience from the patient's perspective, as well as ensuring quality-of-care (QoC) that integrates a positive team experience, while also addressing sustainability, equity and favorable outcomes (Nundy et al., 2022). Patients' perceptions on their QoC are shaped by their encounters with an existing care structure and by their own norms, expectations, and experiences (Larsson & Larsson, 2002). Given that improving the patient's experience is one of the Quintuple Aim of QoC (Nundy et al., 2022), it must be measured to improve healthcare and the performance of the healthcare system. Qualitative evidence also demonstrated that people living with DFU place strong emphasis on maintaining quality of life (QoL) and on perceiving care

experiences positively, as these factors are central to their overall well-being and QoC (Coffey et al., 2019).

In this context, Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) and Patient-Reported Experience Measures (PREMs) provide structured data collection guidance to capture these perspectives, primarily through self-reported questionnaires (Desomer et al., 2018; Poitras et al., 2023). PROM measure health status, illness or treatment received according to the patient's perception (Cuesta-Vargas & González-Sánchez, 2014), and they provide information on aspects of health status that concern the patient's QoL, such as symptoms experienced (e.g., fatigue, anger), functional abilities (e.g., bathing, dressing), leisure activities (e.g., travel, sports), as well as mental health (e.g., depression), and social health (e.g., isolation, stigma) (Pérez-Panero et al., 2021). PREM focus more on the care process than on health outcomes (Desomer et al., 2018). PREM provide information on the patient's interactions with the care system, including the quality of information received, attention paid to pain, waiting times, relations with caregivers, cleanliness of premises, making appointments, being able to speak to a professional in case of emergency, etc. (Anhang Price et al., 2014; Desomer et al., 2018).

Studies focusing on PROMs and PREMs in people with DFUs increased in recent decades (Hermanns et al., 2024; Pérez-Panero et al., 2021). A recent scoping review highlights the predominant use of generic PROMs in studies related to diabetes-related foot disease, which limits their sensitivity to condition-specific aspects such as stress, body image, emotional burden of local care, and foot-related pain (Amato et al., 2025).

They also highlight the lack of standardized PREM, which prevents a structured assessment of patients' experiences of care (Amato et al., 2025). Furthermore, in the Core Outcome Set (COS) developed for clinical trials and research studies on interventions for DFU to standardize efficacy and safety assessments, the only PROM included is linked to health-related QoL (HRQOL), and no PREM has been suggested (Staniszewska et al., 2024). However, safety and efficacy are closely related to PROM and PREM as traditional clinical outcomes cannot fully capture treatment safety and efficacy, which are also reflected in patients' perceived QoL and care (Churruca et al., 2021). Despite the crucial role of PROMs and PREMs in supporting QoC and evidence-based practice, there is a lack of evidence to support their definition and impact of DFU management (Monteiro-Soares et al., 2021; Netten et al., 2020). In fact, data are needed to strengthen this body of knowledge (Amato et al., 2025) and there is very limited data in Quebec (Canada), as recent systematic reviews did not retrieve primary Canadian studies (Amato et al., 2025; Pérez-Panero et al., 2021; Romero-Collado et al., 2022; Wee et al., 2021). Strengthening PROMs and PREMs in the context of DFUs management with different populations, care settings, clinical interventions and cultural contexts can advance person-centred care, enhance shared decision-making, and improve health system performance (Black, 2013). Consequently, the aim of this study was to explore the health-related QoL with a PROM and quality-of-care from the patient's perspective with a PREM of people living with DFU.

Materials and Methods

Study Design

We conducted a pilot exploratory cross-sectional study from May 2021 to February 2024, using a patient-oriented approach (Canadian Institutes of Health Research, 2023). Patient involvement in research was reported following the short form of the *Guidance for Reporting Involvement of Patients and the Public checklist* (GRIPP2) (Appendix A) (Staniszewska et al., 2017) and the *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology checklist for cross-sectional studies* (STROBE) (Appendix B) (Von Elm et al., 2007). The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and ethics approval was obtained from the Université du Québec à Trois-Rivières research ethics board (CER-22-288-10.01) as well from the regional health authority, the Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ethics board (CIUSSS MCQ) (CER-2022-596). Writing consent was obtained from all participants to be contacted.

Population, Setting, Sample size and Recruitment

The CIUSSS MCQ region encompasses approximately 550,000 inhabitants, of whom about 47% reside in the two medium-sized cities of Trois-Rivières and Drummondville, while the remaining 53% are dispersed across predominantly suburban and rural municipalities, underscoring the largely suburban–rural character of the territory (Institut de la statistique du Québec, 2025). The prevalence of diabetes is estimated to be

9% (Pepin, 2018), consistent with provincial prevalence of about 11.9% (Ministre de la Santé et des Services sociaux, 2025), corresponding to nearly 48,000 people living with diabetes. According to the latest data available in Canada, the point prevalence of DFUs is relatively low with an estimated rate of about 75 cases per 100,000 inhabitants (Hopkins et al., 2015). These cases are further scattered across a geographically wide territory, often managed in different care settings (primary care, specialized clinics, hospital-based services, private clinics). We recruited from various hospital-affiliated clinics as there is no specialized wounds clinic. This combination of low prevalence, geographical dispersion and rurality, as well as heterogeneous care pathways without wounds care clinics makes the systematic recruitment of potential participants particularly challenging. As a result, we chose a pilot exploratory study using a convenience sample of 20 participants as this was the most feasible methodological approach to gather person-reported outcomes and experiences within this regional health authority at post-Covid era.

Potential participants were first referred to the study by nursing staff, as they are the professionals that treat most DFUs at CIUSSS MCQ, and screened by phone to verify inclusion criteria, which were: 1) currently receiving or having received two or more DFU treatments within the last three months; 2) being 18 years of age or older; and 3) being able to understand French. All hospitalized patients were excluded. Recruitment took place from May 2021 to February 2024. Consent was then obtained again, orally this time, before starting the questionnaire

Data Collection and Questionnaire

With the support of a patient partner, we developed our data collection tool by combining two validated self-reported questionnaires to evaluate HRQOL and QoC. The *Diabetic Foot Ulcer Scale - Short Form* (DFS-SF) is a DFU-specific PROM to assess HRQOL. The short form is more consistent in detecting changes in clinical condition than its longer counterpart and offers superior reliability by reducing respondent fatigue and improving completion rates, despite comprising fewer items (Abetz et al., 2002; Bann et al., 2003; Hogg et al., 2012; Langendoen-Gort et al., 2022; Pérez-Panero et al., 2021). More specifically, the DFS-SF included 29 items that assess six conceptual domains: leisure (5 items), physical health (5 items), dependence/daily life (5 items), negative emotions (6 items), worried about DFU or feet (4 items), and bothered by DFU care (4 items) (Bann et al., 2003). Each item is rated on a five-point Likert scale ranging from 1 (not at all or never) to 5 (a great deal, all the time or extremely). Individual items on the DFS-SF are reverse coded, meaning that lower scores indicate poorer HRQOL, while higher scores reflect better HRQOL. The DFS-SF is originally available in British English, but it has been translated and validated in several languages but French (Bann et al., 2003; Hui et al., 2008; Kiliç et al., 2023; Martinez-Gonzalez et al., 2020; Sobol et al., 2015). A French version of the survey was not used in research yet, but is available from eProvide by *Mapi Research Trust*, Canada. The standard process for forward and back translation was undertaken using a panel of bilingual nutritionists, nurses, and clinicians (Polit & Beck, 2008; Van Nes et al., 2010).

The *Quality from Patient's Perspective* (QPP) questionnaire and the shorter form-QPP (Mini-QPP) (Larsson & Larsson, 2002; Larsson et al., 1998), is a generic PREM to collect person's perspective on QoC. The mini-QPP was selected because it is a validated instrument (Larsson & Larsson, 2002), has already been used in previous research with French-speaking patients (Wilde et al., 2005), and also has been used in a study assessing quality-of-care for DFU in a similar context (Patry et al., 2024), allowing for comparison of our findings given that our study had no control group. Patients' perspectives of QoC are considered in four dimensions: medical–technical competence of the caregivers (2 items), physical–technical conditions of the care organization (1 item), degree of identity-orientation in the attitudes and actions of the caregivers (10 items) and socio-cultural atmosphere of the care organization (5 items) (Larsson et al., 1998). Additionally, for each dimension, patients must provide two different answers, relating to their perceived reality (PR) and their subjective importance (SI). PR refers to how a patient experiences different aspect of care and could be phrased as “This is what I, as a patient, experienced” (for instance, I received effective pain relief). A four-point Likert scale ranging from 1 (do not agree at all) to 4 (completely agree) is used. SI refers to how important patients attributes different aspects of care and could be phrased as “This is how important it is for me, as a patient”. A four-point response scale ranging from 1 (of little or no importance) to 4 (of the very highest importance) is used for all items. The “not applicable” option is also possible for each PR and SI items. The Mini-QPP also includes questions about patient satisfaction (e.g., waiting time before a consultation with a physician, waiting time in the waiting room, and the ability to reach and talk by phone with a member of the healthcare

team), and two open-ended questions (e.g., related to aspects of overall satisfaction and suggestions for improvement) (Larsson & Larsson, 2002).

Finally, we also collected sociodemographic data (e.g., age, gender, city, marital status, ethnicity, education level, employment status, incomes) and health-related data (e.g., types and duration of diabetes, history of DFU and/or amputation, comorbidities, medication) for a total of 16 items. The final questionnaire had 96 questions, was administered by phone at a convenient time for participants and took approximately 30 to 50 minutes to complete.

Data analysis

The quantitative analyses were conducted with support from a biostatistician (SG). Continuous variables, including sociodemographic and health-related characteristics, were summarized using means, medians, and standard deviations, while categorical variables were presented as proportions. DFS-SF scores were reported as means and standard deviations and calculated according to the author's scoring guidelines (Bann et al., 2003), including reverse coding when required. Dimension scores were then transformed to a 0–100 scale, with higher values indicating better HRQOL.

MiniQPP data were analysed in accordance with the procedures outlined in the QPP manual (Wilde et al., 1994). For each of the four dimensions, an index score was computed by summing the items and dividing by the number of items. Higher PR and SI scores generally reflect better perceived quality. Consistent with previous studies, scores

between 3.3 and 4 were interpreted as high quality, 3 to 3.3 as modest quality, and scores <3 as low quality (Grøndahl et al., 2018; Wilde Larsson, 1999). To provide an overall assessment of perceived care, the difference between PR and SI was categorized into: (1) balance (PR = SI), (2) excess quality (PR > SI), and (3) lacking quality (PR < SI). These data were compared using t-tests with a statistical significance threshold set at $p < 0.05$. Results were summarised in tables. Qualitative data from open-ended questions were preliminarily examined using summary descriptive content analysis (Elo & Kyngäs, 2008; Vaismoradi et al., 2013), guided by the Quintuple Aim for QoC (Nundy et al., 2022), and reported in a narrative synthesis. Given the recruitment challenges—largely linked to the absence of a management team or a clinic dedicated to diabetic foot ulcers (DFU) within the CIUSSS MCQ—the lack of standardized care pathways (Brousseau-Foley & Blanchette, 2020), and the disruptions associated with the COVID-19 pandemic, a post hoc description was conducted based on an independent dataset (Patry et al., 2024) to contextualize the results and identify emerging trends regarding the quality of care highlighted by the Mini-QPPP within the CIUSSS MCQ. The CIUSSS MCQ data remained the primary focus of the study. This subsequently set in parallel with the Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS CA) (Patry et al., 2024), based on independent samples, were conducted using one-sample t-tests, given the analytical structure and data availability. It served as a contextual benchmark, as the two regions share similar demographic and epidemiological profiles, including population aging, rurality, and comparable diabetes prevalence (Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2025; Institut de la statistique du Québec, 2025).

Results

Participants' Characteristics

A total of 20 consecutive participants were recruited during the study period. Patients' characteristics are reported in Table 6. Patients were mainly male ($n = 13$, 65%), with a mean age of 61 years, and the majority had type 2 diabetes ($n = 14$, 70%). The average duration of diabetes was 21 years (range: 4-49 years). Among the participants, 45% ($n = 9$) were experiencing their first DFU episode, 15% ($n = 3$) had a recurrence of a previous DFU, and 40% ($n = 8$) had a new DFU located at a different anatomical location.

Table 6. Sociodemographic and health-related characteristics

Variables (N total = 20)		n (%)
Age (years)		$61.3 \pm 13.0^{\dagger}$
Gender	Woman	7 (35)
	Man	13 (65)
Marital status	Single (including divorced, widowed)	12 (60)
	Married/common-law partner	8 (40)
Ethnicity	Caucasian	19 (95)
	Other (not specified)	1 (5)
Employment	Employed	4 (20)
	Unemployed	3 (15)
	Invalid	6 (30)
	Retired	7 (35)

Incomes	< 24 999 \$	10 (50)
	25 000-49 999 \$	6 (30)
	50 000-69 999 \$	3 (15)
	70 000 - 99 999 \$	0 (0)
	> 100 000 \$	1 (5)
Type of diabetes	1	6 (30)
	2	14 (70)
Duration of diabetes (years)		21.3 ± 15.8 [†]
History of DFU	First DFU episode	9 (45)
	First DFU recurrence (same location)	3 (15)
	New DFU episode (new location)	8 (40)
History of amputation		6 (30)

Note. DFU: diabetic foot ulcer; [†] Continuous data: mean ± standard deviation.

HRQOL among people living with DFU

HRQOL scores for the six domains of the DFS-SF are presented in Table 7. All results for each item are in Appendix C. The lowest scores were observed in the “*Worried about ulcers*” domain (mean score [MS]: 57.50; range: 20–100), particularly for the items *l*) “*Worried that the ulcer will never heal*” (MS: 52) and *m*) “*Worried about having an amputation*” (MS: 47). Lower scores were also observed in the “*Bothered by ulcer care*” domain (MS: 70.75; range: 20–100), especially for the item *p*) “*Having to keep the weight off your foot ulcer*” (MS: 60). In contrast, the highest scores were found in the “*Physical health*” domain (MS: 78; range: 45–100), particularly for the item *v*) “*Pain while walking*”

or standing” (MS: 88), and in the “*Dependence/Daily life*” domain (MS: 77.70; range: 30–100), especially for the item *x*) “*Having to depend on others to help you look after yourself (such as washing and dressing yourself)*” (MS: 91). Overall, patients reported a good perceived HRQOL (n = 20; average total score: 72.40; range: 57.50-78).

Table 7. Health-related quality of life among people living with DFU

DFS-SF Subscales	Mean (%)	Range (%)	Median	SD
Physical health	78	45-100	80	16.70
Dependence/daily life	77.70	30-100	71.70	17.60
Leisure	77.50	20-100	88.30	27.30
Bothered by DFU care	70.75	20-100	75	26.50
Negatives emotions	74.40	20-100	84	24.60
Worried about DFU/feet	57.50	20-100	55	29.00

Notes. DFS-SF: Diabetic Foot Ulcer Scale – Short Form; DFU: Diabetic foot ulcer; SD: Standard deviation

QoC from the patient’s perspective

Most participants (65%) rated their perceived physical health as either very good or quite good. Seven participants (25%) considered it neither good nor bad, while 10% rated it as quite bad. The majority rated their psychological health as very good (40%), or quite good (30%), or considered their psychological health to be neither good nor bad (15%) or quite bad (15%). For both physical and psychological health, none of the participants rated their condition as very bad.

Patients’ Index of Measures of QoC from the patient’s perspective are presented in Table 8. Three out of four dimensions have shown scores between 3.3 and 4.0,

indicating a relatively favourable perception of QoC. However, the socio-cultural atmosphere domain scored between 3 and 3.3, suggesting a somewhat lower perception of QoC. Patients' PR scores were lower than their corresponding SI scores across all dimensions, except for the socio-cultural atmosphere dimension, where PR (3.54) slightly exceeded SI (3.51). However, this difference was not statistically significant ($p = 0.81$). The identified-oriented approach ($p = 0.26$) and the physical-technical dimension condition ($p = 0.06$) have not shown significant differences as well, although the latter was at the limit of significance. A statistically significant difference was observed in the medical-technical competence domain (PR = 3.35 vs. SI = 3.75, $p = 0.02$), suggesting that patients perceived a shortfall in the technical QoC relative to its importance. These results suggest that, overall, participants perceive received care as relatively consistent with their perceived importance, except for the medical-technical aspect, which deserves particular attention in quality improvement efforts.

Table 8. Patients' Index of Measures of QoC from the patient's perspective

Domains	Perceived Reality (PR)		Subjective Importance (SI)		P-Value [†]
	Mean (min :0 max :4)	SD	Mean (min :0 max :4)	SD	
Identity-Oriented Approach	3.61	0.40	3.72	0.30	0.26
Medical-Technical Competence	3.35	0.54	3.75	0.41	0.02*
Socio-cultural Atmosphere	3.54	0.46	3.51	0.51	0.81
Physical-Technical Condition	3.21	0.79	3.55	0.76	0.06

Note. SD: standard deviation; [†] P-value of perceived reality *versus* subjective importance; *Statistically significant.

Appendix D shows all individual scores. The highest PR score across all items was of 4.00 for item #31 (*“My relatives and friends were treated well”*), which had a lower associated SI score of 3.60. The lowest PR scores were 3.17 for item #9 (*“I received effective pain relief”*) and 3.18 for item #17 (*“I talked to the doctors in private when I wanted to”*), both of which had higher associated SI scores of 3.67. In contrast, the highest SI scores were 3.95 for item #6 (*“I received useful information on self-care; how I should take care of myself”*) and item #14 (*“The doctors were respectful towards me”*), with corresponding PR scores of 3.78 and 3.58, respectively, both lower than their associated SI scores. The lowest SI score across all items was 2.90 for item #34 (*“There was a pleasant atmosphere on the ward”*), which had a higher associated PR score of 3.35.

Finally, participants' satisfaction regarding the care they received was generally high. The waiting time between referral by a primary care physician and the first consultation for DFU treatment was less than seven days for 16 (80%) of participants, and

between one week and one month for one (5%). They reported that this delay was easy or very easy to manage. However, three (15%) of participants were unable to answer this question. Moreover, most participants (n = 14, 70%) reported being admitted to the clinic on time. Two (10%) reported waiting less than 15 minutes, one (5%) waited less than 30 minutes, and only one (5%) reported waiting more than an hour. When it came to getting in touch the clinic to reschedule or cancel an appointment, 14 (70%) of participants found it very easy or easy, while five (25%) considered it hard, very hard, or impossible. All participants who received advice from nurses or physicians indicated that they intended to follow it either fully (n = 15, 75%) or partially (n = 5, 25%). Among those who intended to follow the advice only partially, the most frequently disregarded recommendations were to avoid wetting the DFU and to avoid stepping on the affected foot. Finally, 18 (90%) participants stated they would not hesitate to consult again if necessary.

Qualitative data

Almost all participants responded to the open-ended questions (n = 19, 95%) regarding their satisfaction for the care they received. They highlighted the team's friendliness, professionalism, and positive interpersonal approach. Additionally, some participants appreciated practical aspects such as free parking and the convenient scheduling of appointments (e.g., aligning appointments with other hospital visits or transportation availability). Approximately half (n = 11, 55%) suggested areas of improvement and potential solutions such as improving continuity of care by having follow up visits with the same nurse, increasing the number of nurses, having wound

dressings and orthotics covered by the public health care insurance, and improving public transportation services in the region.

Descriptive comparison of QoC between the two regional health authorities

QoC Patient's index of measure of participants treated in the region without a dedicated interdisciplinary DFU team (CIUSSS MCQ) and those treated in a region with such a team (CISSS CA); (Patry et al., 2024) as presented in Graphic 1. Both PR and SI scores were high in both regions, except for the Physical-technical condition at CIUSSS MCQ (PR = 3.21). However, participants treated in the region with an interdisciplinary DFU team reported overall higher scores across all dimensions (CISSS CA; PR and SI > 3.85) compared with those treated in the region without a dedicated team (CIUSSS MCQ; PR > 3.21 and SI > 3.51). Because of the small number of participants in both studies, subgroup analyses could not be performed. Only one statistically significant difference was observed in each CISSS and CIUSSS, but for different dimensions: Medical-technical competence in CISSS CA and Socio-cultural atmosphere in CIUSSS MCQ. In CISSS CA, PR > SI in three of the four domains, suggesting a generally higher perceived QoC. The socio-cultural atmosphere domain was the only one rated as lower quality (PR < SI). In contrast, in the CIUSSS MCQ, the socio-cultural atmosphere was the only domain showing balanced or excess quality (PR ≥ SI), while the other domains were rated as lower quality (PR < SI).

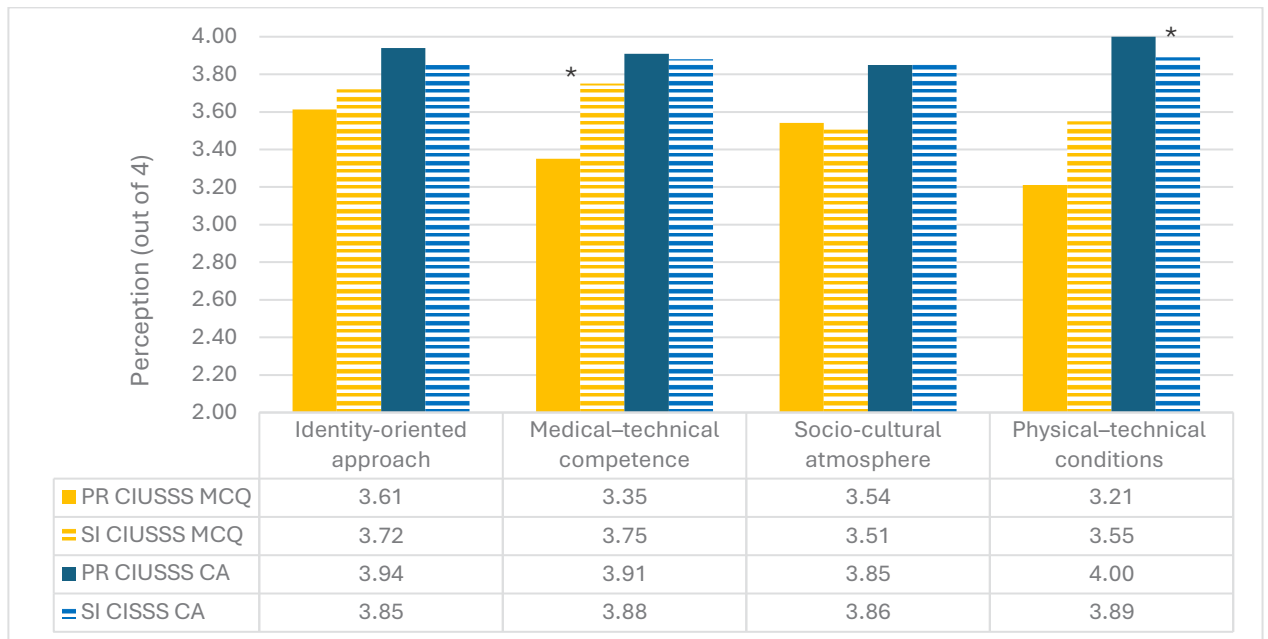


Figure 4. Index of Measures of QoC from the patient's perspective in CIUSSS MCQ and CISSS CA

Note. PR: perceived reality; SI: subjective importance; CIUSSS MCQ: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec; CISSS CA: Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches;

*Statistically significant

Discussion

This pilot cross-sectional study aimed to explore HRQOL with a PROM and QoC with a PREM from the patient's perspective among people living with DFU in a region without a dedicated interdisciplinary team or defined care pathway. Our results demonstrated a trend indicating that patients treated for DFU generally had a positive perception of both their HRQOL and QoC within the CIUSSS MCQ. Despite the methodological limitations inherent to a pilot study and the need for cautious comparison, our findings did not support the initial hypothesis that the QoC would be significantly

lower in a setting without a dedicated interdisciplinary DFU team. Participants' level of satisfaction with the care provided and their suggestions were consistent with was reported in the literature to support DFUs' QoC (Mehica et al., 2013; Törnvall & Wilhelmsson, 2010). Our results were interpreted from both a HRQOL and QoC perspective.

Health-related quality of life

Even if DFS-SF does not provide standardized cutoff values to define low, moderate, or high HRQOL, our scores were aligned with the findings from previous studies in outpatient populations, where average scores typically range between 65 and 80%, suggesting a moderately high level of perceived HRQOL (Bann et al., 2003). The average of the six domains is 72.4%. This score is influenced by the wide range of values (57.50 to 78.56). Indeed, the domain related to patients' fear of non-healing or potential amputation lowers the average. The questionnaire used does not provide an explanation as to why patients' concerns are so high. This trend is aligned with previous studies with patients with DFU who demonstrated that patients' fear of non-healing is what most affected HRQOL. These trends may be explained by the fact that patients with DFU are often primarily concerned with the duration of wound healing and the risk of recurrence (Armstrong et al., 2023). A previous study has shown that patients living with DFUs often express greater fear of lower-limb amputation than of death itself (Wukich et al., 2018). Qualitative studies have also highlighted the profound psychological burden associated with living with or recovering from DFU and their impact on HRQOL. Beattie

et al. (2012) found that many people with healed DFU nonetheless lived with a constant sense of vulnerability and hopelessness, expressing fears that “whatever I do, it’s a lost cause” and that DFU would inevitably recur (Beattie et al., 2014). Similarly, Zhu et al. (2025) reported that even after wound healing, patients continued to experience anxiety and uncertainty regarding recurrence, describing their condition as “a constant battle.” Together, these findings underscore the enduring fear among patients that their DFU may never fully heal or may return, emphasizing the need for ongoing psychosocial support and follow-up in DFU care (Beattie et al., 2014; Zhu et al., 2025). Given the significant impact of DFU on HRQOL, healthcare professionals should pay particular attention to these concerns during treatment and follow-up. Developing systematic approaches to assess and address these psychosocial dimensions would help ensure more comprehensive and person-centred care.

Six of the twenty participants (30%) reported having previously undergone an amputation resulting from DFU-related complications. However, the small sample size limited our ability to perform subgroup analyses. This lack of statistical power constrained the exploration of potential differences in HRQOL between participants with and without prior amputation. Nevertheless, a previous study emphasized that a history of amputation is significantly associated with lower scores in the “worried about ulcers/feet” domain (Álvaro-Afonso et al., 2024). Similarly, Valensi et al. (2005) reported that previous amputation provoked substantial impairments in HRQOL, particularly in the areas of daily and leisure activities, emotional well-being, and family and social relationships

(Valensi et al., 2005). Therefore, the continuation of our ongoing work should also focus on gathering more comprehensive data regarding amputation level, timing, and subsequent follow-up and rehabilitation care, to more accurately assess their effects on perceived HRQOL and QoC.

To our knowledge, this was the first study to assess HRQOL in patients with DFU in Quebec using the DFS-SF. Traditionally, it has been the most used tool to evaluate HRQOL in this population (Amato et al., 2025; Khunkaew et al., 2019). Our pilot project supported that the DFS-SF, as a DFU-specific instrument, may help capture and quantify these patient-reported outcomes and could be integrated into specialized DFU units to assess patients' HRQOL as part of routine clinical care or for audit.

Quality-of-care from patients' perspective

First, our study demonstrated a trend indicating that the perceived QoC was generally good, as both PR and SI scores were high across nearly all dimensions.

The Physical-medical conditions dimension had the lowest PR score, particularly for the item related to access to necessary medical equipment. This finding likely reflects the financial burden associated with essential DFU supplies. In Quebec, patients are often required to pay out-of-pocket for offloading devices and specialized wound dressings despite a universal health care system (de Mestral et al., 2019; Gouvernement du Québec, 2020; Institut canadien d'information sur la santé, 2025). Such unexpected costs may act as barriers to self-management and QoC, as similarly observed in Ontario (Costa et al., 2020; Institut canadien d'information sur la santé, 2025). Beyond individual cost, these

results point to broader structural inequities. Inadequate insurance coverage for ancillary supplies, combined with persistent challenges related to transportation and access to publicly funded resources, continues to limit equitable access to optimal DFU care, particularly in rural and suburban settings (Akinlotan et al., 2021; Brennan et al., 2022; Brundisini et al., 2013; Ojo et al., 2025; Tan et al., 2022). These constraints may also exacerbate financial strain and contribute to more complex care experiences, including difficulties in patient–provider interactions (Erjaee et al., 2025; Tan et al., 2019). Although the SI difference was not statistically significant ($p = 0.06$), the consistency of these findings with the literature suggests that financial and structural barriers remain important, yet potentially underrecognized, determinants of DFU QoC. Future research should therefore prioritize a more in-depth examination of cost burden and its intersection with equity-related factors such as income, insurance coverage, geographic access, and social support (Waibel et al., 2023).

Second, the only significant difference between SI and PR was for the Medical-technical competence dimension ($p = 0.017$). When looking specifically at each question of this dimension (Appendix D), the item “*I received effective pain relief*” had the biggest gap between PR (3.17) and SI (3.67) score. This difference may be explained by the fact that caregivers consider that people living with a DFU do not feel any pain due to diabetes-related sensory neuropathy. However, our results indicate that people may still experience pain, whether directly related to the DFU or not, and that this should not be overlooked when aiming to provide high-quality care (Erjaee et al., 2025; Ju et al., 2024). This trend

is consistent with a previous study that highlighted the fact that pain can be experienced at rest, during daily activities, at dressing changes, or can be caused by an underlying pathology such as ischemia (Obilor & Adejumo, 2015). Pain could affect HRQOL and QoC (Coffey et al., 2019). To improve this dimension in HRQOL, DFU-related pain must be assessed and treated as advocated in best practice recommendations (Botros et al., 2025).

Overall, although the PR was relatively high (lowest PR score: 3.21/4), SI scores exceeded PR scores in three of the four dimensions, suggesting a gap between what patients consider important and what they feel they received. According to the measurement index developed by Larsson and Wilde-Larsson (2003), this indicates that QoC may be lacking at CIUSSS MCQ across most dimensions, with the exception of the Socio-cultural atmosphere. These findings contrast with those of Patry et al. (2024), who reported higher PR than SI scores in nearly all dimensions when assessing interdisciplinary care in a specialized wound clinic. The lecture of these results should be interpreted with caution, since variations in study design, sample characteristics, and data collection methods, especially the differences in questionnaire administration, conducted in a private room after wound healing in one study versus by phone during active DFU treatment in ours, may have influenced participants' perceived satisfaction with QoC (Browne et al., 2010; Greenhalgh et Meadows, 1999), and may partly explain differences that were detected. While methodological and sociodemographic differences may partly explain these discrepancies, such as both studies nonetheless point toward overall

favorable QoC and reinforce existing evidence that interdisciplinary, team-based approaches improve DFU outcomes and care quality (Blanchette et al., 2019; Monteiro-Soares et al., 2021).

Importantly, these results can be meaningfully interpreted through the lens of the Quintuple Aim, which emphasizes patient experience, population health, cost efficiency, provider well-being, and health equity (Nundy et al., 2022). Participants' appreciation of the quality of human interactions and facilitators to care access reflects strengths in patient experience, while their suggestions, such as ensuring continuity with the same nurse and increasing staffing levels, underscore the need for stronger organizational support. These elements are not only central to improving patient satisfaction but are also closely tied to provider well-being and system performance (Erjaee et al., 2025). Moreover, consistent with Bleich et al. (2009), these findings suggest that perceptions of care are shaped not only by direct care experiences but also by broader contextual and individual factors. Altogether, patients' perspectives provide a concrete illustration of how multiple dimensions of the Quintuple Aim are experienced in practice, while also highlighting areas where structural and organizational improvements remain necessary.

Strengths and Limitations

This study has several notable strengths. First, it simultaneously explored patient-reported outcomes and experiences within the same cohort of people living with DFU, providing a comprehensive, person-centred perspective that was rarely reported simultaneously in this population. Second, to our knowledge, our study was the first to

use the DFS-SF to evaluate HRQOL among people with DFU in Quebec, thereby addressing an important knowledge gap in this geographical location. Third, we used two validated, disease-specific data collection instruments, which enhance the internal validity of our findings and contributes to the international body of evidence on PROMs and PREMs related to DFU as advocated by the International Working Group on the Diabetic Foot (Schaper et al., 2023). Fourth, unlike our comparator study that recruited only healed DFU patients (Patry et al., 2024), this study captured the perceptions of people currently receiving care, providing a more immediate insight into their lived experience.

This study has also some limitations. First, the sample size was limited to 20 participants, which may limit the analysis and interpretation of our results. Second, the self-reported nature of the collected data exposes the results to a risk of social desirability bias, as well as recall errors. This may have positively influenced participants' responses. Third, the data collection method conducted mainly by phone due to preventative measures related to the COVID-19 pandemic, may have introduced a bias, particularly in the evaluation of Likert-type scales, which are generally easier to understand with visual support (Safikhani et al., 2018). Participants completed the equivalent of two questionnaires in a single session, the DFS-SF and the Mini-QPP, making the entire questionnaire longer than those used in similar studies. This may have led our participants to fatigue which might have affected the quality of their answers (Jeong et al., 2023).

This project contributed to the refinement of our questionnaire for future research as some participants found some questions in the Mini-QPP redundant, which may have

affected participants' concentration and motivation. Several sections of the questionnaire, particularly the DFS-SF, did not include response options such as "I don't know" or "does not apply to my situation." The absence of these options may have forced participants to provide answers that do not accurately reflect their experience or opinion, thus compromising the validity and reliability of the data collected. Providing these options, particularly for more sensitive or emotionally charged questions, could improve the accuracy and relevance of responses in the future. All these limitations should be carefully considered in future research and when interpreting the findings and scope of the conclusions drawn from this study.

Conclusion

This study explores patient-reported experience and outcomes in people with DFU in Quebec. We observed trends indicating that people living with a DFU and treated at the CIUSSS MCQ where no dedicated interdisciplinary team or care pathway supports QoC generally report good HRQOL and a favourable perception of the care received. However, when compared with a group treated for DFU within an interdisciplinary team in a dedicated wounds clinic, the perception of care was more positive. Our results suggested that there is room for improvement within the current care system to support team approach and DFU care pathways. This study provided valuable insights regarding the use of questionnaires to measure these PREMs and PROMs, and their impact on the Quintuple aim of care quality, informing the design for larger-scale future studies. It also highlights the relevance of adequately assessing HRQOL—particularly pain—and

patients perceived QoC as part of continuous quality improvement efforts. Though modest in scope, our findings align with and advance the pursuit of truly high-quality, person-centred care for DFUs in rural and suburban areas.

Declaration of conflicting interests

The authors declare no conflicts of interest.

Funding

Financial support was provided by the Fondation Santé Trois-Rivières, and partial support by Diabète Québec, and Ordre des podiatres du Québec

Acknowledgements

The research team would like to thank all participants involved in this project, as well as the nursing staff who supported participant recruitment. We are also grateful to Jérôme Patry and Annabel Bourgault for sharing data that enabled comparative analyses. Finally, we sincerely thank Yvette Plourde for her valuable feedback as a patient partner, and Alice Wagenaar-Tison and Solène Libier for providing insightful advice throughout the various stages of this project.

References

- Abetz, L., Sutton, M., Brady, L., McNulty, P. & Gagnon, D. D. (2002). The Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS): a quality of life instrument for use in clinical trials. *Practical Diabetes International*, 19(6), 167-175. <https://doi.org/10.1002/pdi.356>
- Akinlotan, M. A., Primm, K., Bolin, J. N., Ferdinand Cheres, A. L., Lee, J., Callaghan, T. & Ferdinand, A. O. (2021). Racial, rural, and regional disparities in diabetes-related lower-extremity amputation rates, 2009–2017. *Diabetes Care*, 44(9), 2053-2060. <https://doi.org/10.2337/dc20-3135>
- Álvaro-Afonso, F. J., García-Madrid, M., García-Morales, E., López-Moral, M., Molines-Barroso, R. J. & Lázaro-Martínez, J. L. (2024). Health-related quality of life among Spanish patients with diabetic foot ulcer according to Diabetic Foot Ulcer Scale–Short Form. *Journal of Tissue Viability*, 33(1), 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.11.011>
- Amato, E., Giangreco, F., Iacopi, E. & Piaggese, A. (2025) Patient-Reported Experience (PREM) and Outcome (PROM) Measures in diabetic foot disease management—a scoping review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(17) <https://doi.org/10.3390/jcm14176116>
- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Edgman-Levitan, S. & Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522-554. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>
- Armstrong, D. G., Boulton, A. J. & Bus, S. A. (2017). Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New England Journal of Medicine*, 376(24), 2367-2375. <https://doi.org/10.1056/nejmra1615439>
- Armstrong, D. G. & Mills, J. L. (2013). Toward a change in syntax in diabetic foot care: prevention equals remission. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 103(2), 161-162. <https://doi.org/10.7547/1030161>
- Armstrong, D. G., Tan, T.-W., Boulton, A. J. & Bus, S. A. (2023). Diabetic foot ulcers: a review. *Journal of the American Medical Association*, 330(1), 62-75. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.10578>
- Bann, C. M., Fehnel, S. E. & Gagnon, D. D. (2003). Development and validation of the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF). *Pharmacoeconomics*, 21(17), 1277-1290. <https://doi.org/10.2165/00019053-200321170-00004>
- Beattie, A. M., Campbell, R. & Vedhara, K. (2014). 'What ever I do it's a lost cause.' The emotional and behavioural experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study. *Health Expect*, 17(3), 429-439. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00768.x>
- Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>

- Bleich, S. N., Özaltın, E. & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271-278. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.050401>
- Botros, M., Kuhnke, J.L., Evans, R., Embil, J., Morin, C., Parsons, Blanchette, V., Mayo, A., Stevens, K., Somayaji, R. Hensen, K. & Despatis, M. (2025). Best practice recommendations for the prevention and management of diabetic foot ulcers. (Prevention and Management of Diabetic Foot Ucler Chapitre 11). *Wound Canada*. <https://doi.org/10.56885/BVWR8835>
- Boulanger, M-P., Niyigena, C., Romero, L., Parent, N., Bearegard, M-E., Vermette, S., Duchaine, C., Paquet-Gagnon, P-A., Veilleux, S., Mathieu, S. & St-Louis, S. (2025) Portrait des maladies chroniques en Chaudière-Appalaches (Surveillance de la santé de la population). *Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches*. https://www.ciassca.com/clients/CISSSCA/Professionnels_M%C3%A9decins_et_partenaires/Sant%C3%A9_Publique/Portrait_maladies_chroniques_Chaudi%C3%A8res-Appalaches_2025.pdf
- Brennan, M. B., Powell, W. R., Kaiksow, F., Kramer, J., Liu, Y., Kind, A. J. H. & Bartels, C. M. (2022). Association of race, ethnicity, and rurality with major leg amputation or death among medicare beneficiaries hospitalized with diabetic foot ulcers. *Journal of the American Medical Association Network Open*, 5(4), Article e228399. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.8399>
- Brousseau-Foley, M. & Blanchette, V. (2020). Multidisciplinary management of diabetic foot ulcers in primary cares in Quebec: can we do better? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 381-385. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S251236>
- Browne, K., Roseman, D., Shaller, D. & Edgman-Levitan, S. (2010). Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health affairs*, 29(5), 921-925. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0238>
- Brundisini, F., Giacomini, M., DeJean, D., Vanstone, M., Winsor, S., & Smith, A. (2013). Chronic disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(15), <http://www.hqontario.ca/en/documents/eds/2013/full-report-OCDM-rural-health-care.pdf>.
- Canadian Institutes of Health Research. (2023). *Strategy for Patient-Oriented Research*. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/41204.html>
- Churrua, K., Pomare, C., Ellis, L. A., Long, J. C., Henderson, S. B., Murphy, L. E. D., Leahy, C. J. & Braithwaite, J. (2021). Patient-reported outcome measures (PROM): A review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expectations*, 24(4), 1015-1024. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.13254>
- Coffey, L., Mahon, C. & Gallagher, P. (2019). Perceptions and experiences of diabetic foot ulceration and foot care in people with diabetes: a qualitative meta-synthesis.

- International Wound Journal*, 16(1), 183-210.
<https://doi.org/10.1111%2Fiwj.13010>
- Costa, I. G., Tregunno, D. & Camargo-Plazas, P. (2020). I cannot afford off-loading boots: perceptions of socioeconomic factors influencing engagement in self-management of diabetic foot ulcer. *Advances in Nursing Science*, 43(4).
<https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000328>
- Crocker, R. M., Palmer, K. N., Marrero, D. G. & Tan, T.-W. (2021). Patient perspectives on the physical, psycho-social, and financial impacts of diabetic foot ulceration and amputation. *Journal of Diabetes and its Complications*, 35(8) Article 107960.
<https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2021.107960>
- Cuesta-Vargas, A. I. & González-Sánchez, M. (2014). Ability to discriminate between healthy and low back pain sufferers using ultrasound during maximum lumbar extension. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(6), 1093-1099.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.01.023>
- Daniel, M., Buchholz, S. W., Schoeny, M., Halloway, S., Kitsiou, S., Johnson, T., Vispute, S., Kapp, M. & Wilbur, J. (2022). Effects of the COVID-19 pandemic on recruitment for the working women walking program. *Research in Nursing and Health*, 45(5), 559-568. <https://doi.org/10.1002/nur.22258>
- de Mestral, C., Banasiak, K., Evans, R., Albalawi, Z., McLaren, A.-M. & Weisz D.Ch., T. (2019). Results of the Diabetes Canada Foot Care Special Interest Group Survey: Insights on Improving Care from Providers in the Trenches. *The Diabetes Communicator*. 9 https://crm1.diabetes.ca/bbis_crmlive/file/diabetes-communicator/The-Diabetes-Communicator-Summer-2019.pdf
- Desomer, A., Van den Heede, K., Triemstra, M., Paget, J., De Boer, D., Kohn, L. & Cleemput, I. *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*. (Rapport 303). Health Services Research.
<https://lirias.kuleuven.be/retrieve/133f7fe2-c2e2-4295-a70d-f2dccba6adfc>
- Edwards, K. J., Walker, K. & Duff, J. (2015). Instruments to measure the inpatient hospital experience: a literature review. *Patient Experience Journal*, 2(2), 77-85.
<https://doi.org/10.35680/2372-0247.1088>
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Erjaee, A., Bahrami, M., Sedighifar, Z., Jandaghian-Bidgoli, M., Ghoozlu, K. J. & Talebi, M. (2025). The lived reality of diabetic foot ulcers: a systematic review and meta-synthesis on patients' experiences and coping for a high-quality life. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 24(2), 236. <https://doi.org/10.1007/s40200-025-01726-1>
- Gouvernement du Québec, Régie de l'assurance maladie. (2020). *Appareils suppléant à une déficience physique*. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/appareils-suppleant-a-deficience-physique>
- Greenhalgh, J. & Meadows, K. (1999). The effectiveness of the use of patient-based measures of health in routine practice in improving the process and outcomes of

- patient care: a literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5(4), 401-416. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.1999.00209.x>
- Grøndahl, V. A., Kirchhoff, J. W., Andersen, K. L., Sørby, L. A., Andreassen, H. M., Skaug, E. A., Roos, A. K., Tvette, L. S. & Helgesen, A. K. (2018). Health care quality from the patients' perspective: a comparative study between an old and a new, high-tech hospital. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 591-600. <https://doi.org/10.2147/jmdh.S176630>
- Hermanns, N., Kulzer, B. & Ehrmann, D. (2024). Person-reported outcomes in diabetes care: what are they and why are they so important? *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 26(S1), 30-45. <https://doi.org/10.1111/dom.15471>
- Hogg, F. R. A., Peach, G., Price, P., Thompson, M. M. & Hinchliffe, R. J. (2012). Measures of health-related quality of life in diabetes-related foot disease: a systematic review. *Diabetologia*, 55(3), 552-565. <https://doi.org/10.1007/s00125-011-2372-5>
- Hopkins, R. B., Burke, N., Harlock, J., Jegathisawaran, J. & Goeree, R. (2015). Economic burden of illness associated with diabetic foot ulcers in Canada. *BMC Health Services Research*, 15(1), <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0687-5>
- Hui, L. F., Fong, D. Y.-T., Yam, M. & Ip, W. Y. (2008). Translation and validation of the Chinese Diabetic Foot Ulcer Scale-Short Form. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 1(2), 137-145. <https://doi.org/10.2165/01312067-200801020-00009>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2025). *Améliorer l'équité dans la prévention et les soins du diabète*. <https://www.cih.ca/fr/equite-des-soins-du-diabete-regard-sur-lamputation-du-membre-inferieur/ameliorer-lequite-dans-la-prevention-et-les-soins-du-diabete>
- Institut de la statistique du Québec. (2025). *Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions*. <https://statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region/17/mrc/49>
- Jeong, D., Aggarwal, S., Robinson, J., Kumar, N., Spearot, A. & Park, D. S. (2023). Exhaustive or exhausting? Evidence on respondent fatigue in long surveys. *Journal of Development Economics*, 161, Article 102992. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4216225>
- Ju, H. H., Ottosen, M., Alford, J., Jularbal, J. & Johnson, C. (2024). Enhancing foot care education and support strategies in adults with type 2 diabetes. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 36(6), 334-341. <https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000998>
- Khunkaew, S., Fernandez, R. & Sim, J. (2019). Health-related quality of life among adults living with diabetic foot ulcers: a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28(6), 1413-1427. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2082-2>
- Kiliç, M., Karadağ, A. & Koçakgöl, N. (2023). The validity and reliability of the Diabetic Foot Scale-Short Form (DFS-SF) in the Turkish population: a methodological study. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 53(5), 1438-1447. <https://doi.org/10.55730/1300-0144.5711>

- Kongkar, R., Ruksakulpiwat, S., Phianhasin, L., Benjasirisan, C., Niyomyart, A., Ahmed, B. H., Puwarawuttipanit, W., Chuenkongkaew, W. L. & Adams, J. (2025). The impact of interdisciplinary team-based care on the care and outcomes of chronically ill patients: a systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 445-457. <https://doi.org/10.2147/jmdh.S497846>
- Langendoen-Gort, M., Groeneveld, L., Prinsen, C. A., Beulens, J. W., Elders, P. J., Halperin, I., Mukerji, G., Terwee, C. B. & Rutters, F. (2022). Patient-reported outcome measures for assessing health-related quality of life in people with type 2 diabetes: a systematic review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 23(5), 931-977. <https://doi.org/10.1007/s11154-022-09734-9>
- Larsson, B. W. & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of clinical nursing*, 11(5), 681-687. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00640.x>
- Larsson, G., Larsson, B. W. & Munck, I. M. E. (1998). Refinement of the questionnaire 'Quality of care from the Patient's Perspective' using structural equation modelling. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12(2), 111-118. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1998.tb00484.x>
- Macioch, T., Sobol, E., Krakowiecki, A., Mrozikiewicz-Rakowska, B., Kasprowicz, M., & Hermanowski, T. (2017). Health related quality of life in patients with diabetic foot ulceration—translation and Polish adaptation of Diabetic Foot Ulcer Scale short form. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(15). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0587-y>
- Martinez-Gonzalez, D., Dòria, M., Martínez-Alonso, M., Alcubierre, N., Valls, J., Verdú-Soriano, J., Granado-Casas, M. & Mauricio, D. (2020). Adaptation and validation of the Diabetic Foot Ulcer Scale-Short Form in spanish subjects. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), <https://doi.org/10.3390/jcm9082497>
- McDermott, K., Fang, M., Boulton, A. J., Selvin, E. & Hicks, C. W. (2023). Etiology, epidemiology, and disparities in the burden of diabetic foot ulcers. *Diabetes Care*, 46(1), 209-221. <https://doi.org/10.2337/dci22-0043>
- Mehica, L., Gershater, M. A. & Roijer, C. A. (2013). Diabetes and infected foot ulcer: a survey of patients' perceptions of care during the preoperative and postoperative periods. *International Diabetes Nursing*, 10(3), 91-95. <https://doi.org/10.1002/edn.235>
- Ministre de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/taux-de-prevalence-du-diabete/>
- Monteiro-Soares, M., Vale-Lima, J., Martiniano, J., Pinheiro-Torres, S., Dias, V. & Boyko, E. J. (2021). A systematic review with meta-analysis of the impact of access and quality of diabetic foot care delivery in preventing lower extremity amputation. *Journal of Diabetes and its Complications*, 35(4). <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2020.107837>

- Netten, J. J., Raspovic, A., Lavery, L. A., Monteiro-Soares, M., Rasmussen, A., Sacco, I. C. N., Bus, S. A., van Netten, J. J. & Monteiro-Soares, M. (2020). Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 36,. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3270>
- Nundy, S., Cooper, L. A. & Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. *Journal of American Medical Association*, 327(6), 521-522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
- Obilor, H. N. & Adejumo, P. O. (2015). Assessment of diabetic foot ulcer-related pain and its relationship to quality of life. *Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association*, 23(3), 124-131. https://journals.cambridgemedica.com.au/application/files/3716/0497/8587/2303_05.pdf
- Ojo, O., Boateng, J., Pacella, R., Hanrahan, A., Essex, R. & Dibley, L. (2025). Factors influencing the care and management of diabetic foot ulcers: a scoping review. *Endocrine Practice*, 31(3), 380-389. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2024.11.010>
- Patry, J., Bourgault, A. & Blanchette, V. (2024). Treatment of diabetic foot ulcers based on an interdisciplinary team approach: exploratory cross-sectional study of patients' views on quality of care. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 51(3), 236-241. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000001086>
- Pépin, Y. (2018). *Le diabète en Mauricie et Centre-du-québec*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-Centre-du-Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3575975>
- Pérez-Panero, A. J., Ruiz-Muñoz, M., Fernández-Torres, R., Formosa, C., Gatt, A. & González-Sánchez, M. (2021). Diabetic foot disease: a systematic literature review of patient-reported outcome measures. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 30(12), 3395-3405. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02892-4>
- Poitras, M.-E., Vaillancourt, V., Beaupré, P., Emond, M. J., Perron, M. E. & Fournier, A. (2023). *Boîte à outils PREMs et PROMs: les indicateurs de l'état de santé et de l'expérience rapportés par les patientes et patients*. Contenu réalisé pour l'Unité SSA Québec. https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2023/04/Boite-Outils-Paris_premsproms_ssaquebec.pdf
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1926498>
- Prompers, L., Huijberts, M., Apelqvist, J., Jude, E., Piaggese, A., Bakker, K., Edmonds, M., Holstein, P., Jirkovska, A. & Mauricio, D. (2007). High prevalence of ischaemia, infection and serious comorbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the Eurodiale study. *Diabetologia*, 50(1), 18-25. <https://doi.org/10.1007/s00125-006-0491-1>
- Romero-Collado, Á., Hernández-Martínez-Esparza, E., Zabaleta-del-Olmo, E., Urpí-Fernández, A.-M. & Santesmases-Masana, R. (2022). Patient-reported outcome

- measures of quality of life in people affected by diabetic foot: a psychometric systematic review. *Value in Health*, 25(9), 1602-1618. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.04.1737>
- Safikhani, S., Gries, K. S., Trudeau, J. J., Reasner, D., Rüdell, K., Coons, S. J., Bush, E. N., Hanlon, J., Abraham, L. & Vernon, M. (2018). Response scale selection in adult pain measures: results from a literature review. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 2(40). <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0053-6>
- Schaper, N. C., van Netten, J. J., Apelqvist, J., Bus, S. A., Fitridge, R., Game, F., Monteiro-Soares, M. et Senneville, E. (2023). Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease. *International Working group on Diabetic Foot Guidelines*. <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf>
- Sobol, E., Macioch, T., Krakowiecki, A., Mrozikiewicz-Rakowska, B., Kasprowicz, M. & Hermanowski, T. R. (2015). Translation and Validation of The Polish Diabetic Foot Ulcer Scale - Short Form (DFS-SF). *Value in Health*, 18(7), <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.2143>
- Soe, P., Sadarangani, M., Naus, M., Muller, M. P., Vanderkooi, O. G., Kellner, J. D., Top, K. A., Wong, H., Isenor, J. E., Marty, K., De Serres, G., Valiquette, L., McGeer, A. & Bettinger, J. A. (2024). Impact of recruitment strategies on individual participation practices in the Canadian National Vaccine Safety Network: prospective cohort study. *Front Public Health*, 12, Article 1385426. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1385426>
- Staniszewska, A., Game, F., Nixon, J., Russell, D., Armstrong, D. G., Ashmore, C., Bus, S. A., Chung, J., Chuter, V. & Dhatariya, K. (2024). Development of a core outcome set for studies assessing interventions for diabetes-related foot ulceration. *Diabetes Care*, 47(11), 1958-1968. <https://doi.org/10.2337/dc24-1112>
- Staniszewska, S., Brett, J., Simera, I., Seers, K., Mockford, C., Goodlad, S., Altman, D. G., Moher, D., Barber, R., Denegri, S., Entwistle, A., Littlejohns, P., Morris, C., Suleman, R., Thomas, V. & Tysall, C. (2017). GRIPP2 reporting checklists: tools to improve reporting of patient and public involvement in research. *BMJ* 358, Article j3453. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3453>
- Tan, T. W., Crocker, R. M., Palmer, K. N. B., Gomez, C., Armstrong, D. G. & Marrero, D. G. (2022). A qualitative study of barriers to care-seeking for diabetic foot ulceration across multiple levels of the healthcare system. *Journal of Foot and Ankle Research*, 15(56). <https://doi.org/10.1186/s13047-022-00561-4>
- Tan, T. W., Shih, C. D., Concha-Moore, K. C., Diri, M. M., Hu, B., Marrero, D., Zhou, W. & Armstrong, D. G. (2019). Disparities in outcomes of patients admitted with diabetic foot infections. *PLoS One*, 14(2), Article e0211481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211481>
- Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. (2010). Quality of nursing care from the perspective of patients with leg ulcers. *Journal of Wound Care*, 19(9), 388-395. <https://doi.org/10.12968/jowc.2010.19.9.78222>

- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 15(3), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Valensi, P., Girod, I., Baron, F., Moreau-Defarges, T. & Guillon, P. (2005). Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcers. *Diabetes and Metabolism*, 31(3), 263-271. [https://doi.org/10.1016/S1262-3636\(07\)70193-3](https://doi.org/10.1016/S1262-3636(07)70193-3)
- van Nes, F., Abma, T., Jonsson, H. & Deeg, D. (2010). Language differences in qualitative research: is meaning lost in translation? *European Journal of Ageing*, 7(4), 313-316. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0168-y>
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C. & Vandenbroucke, J. P. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344-349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
- Waibel, F. W. A., Uçkay, I., Soldevila-Boixader, L., Sydler, C. & Gariani, K. (2023). Current knowledge of morbidities and direct costs related to diabetic foot disorders: a literature review. *Frontiers in Endocrinology*, 14, Article 1323315. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1323315>
- Wee, P. J. L., Kwan, Y. H., Loh, D. H. F., Phang, J. K., Puar, T. H., Østbye, T., Thumboo, J., Yoon, S. & Low, L. L. (2021). Measurement properties of patient-reported outcome measures for diabetes: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(8), Article e25002. <https://doi.org/10.2196/25002>
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M. & Starrin, B. (1994). Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8(1), 39-48. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1994.tb00223.x>
- Wilde Larsson, B. (1999). Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6), 693-700. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1999.00311.x>
- Wilde Larsson, B., Larsson, G., Wickman Chantreau, M. & Staël von Holstein, K. (2005). International comparisons of patients' views on quality of care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(1), 62-73. <https://doi.org/10.1108/09526860510576974>
- Wukich, D. K., Raspovic, K. M. & Suder, N. C. (2018). Patients with diabetic foot disease fear major lower-extremity amputation more than death. *Foot and Ankle Specialist*, 11(1), 17-21. <https://doi.org/10.1177/1938640017694722>
- Zhu, X., Lee, E. S., Lim, P. X. H., Chan, F. H. F., Chen, Y. C. & Griva, K. (2025). "It is a constant battle": A qualitative study of the lived experience of individuals with diabetic foot ulcer and post-healing challenges in primary care. *Diabetic Medicine*, 42(9). <https://doi.org/10.1111/dme.70096>

Appendix A

GRIPP2-Short form

Section and topic	Item	Explanations
1: Aim	Report the aim of PPI in the study	The patient partner is at the very origin of this research project since she was the one who raised the importance of evaluating the QoL and the QoC from a patient's perspective.
2: Methods	Provide a clear description of the methods used for PPI in the study	The patient partner helped to clearly define the research question and provided her feedback on chosen research questionnaires.
3: Study results	Outcomes—Report the results of PPI in the study, including both positive and negative outcomes	The participation of the patient partner helped ensure that the research project was necessary for the management of DFUs in CIUSSS MCQ. When studying the results, the patient partner was able to understand the participants' comments well and corroborated them. Apart from the time required to meet with the patient partner, there were no negative outcomes.
4: Discussion and conclusions	Outcomes—Comment on the extent to which PPI influenced the study overall. Describe positive and negative effects	It helped define the research question to ensure its relevance to patients' real-world experiences, improved the clarity and accessibility of the research questionnaire, and strengthened the overall person-centred focus of the project.
5: Reflections/ critical perspective	Comment critically on the study, reflecting on the things that went well and those that did not, so others can learn from this experience	The benefits of involving the patient partner significantly enriched the quality and applicability of the study. *PPI: patient and public involvement

Source: Staniszevska, S., Brett, J., Simera, I., Seers, K., Mockford, C., Goodlad, S., Altman, D. G., Moher, D., Barber, R., Denegri, S., Entwistle, A., Littlejohns, P., Morris, C., Suleman, R., Thomas, V. & Tysall, C. (2017). GRIPP2 reporting checklists: tools to improve reporting of patient and public involvement in research. *BMJ* 358, Article j3453. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3453>

Appendix B

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	62-64
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	64
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	65-67
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	67
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	68
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	68-74
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	68-69
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	70-74
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	88

Study size	10	Explain how the study size was arrived at	68-69
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	72-74
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	72-74
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	
		(c) Explain how missing data were addressed	
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	
		(e) Describe any sensitivity analyses	
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—e.g. numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	74
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	-
		(c) Consider use of a flow diagram	-
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (e.g. demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	74-75
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	-
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	74-75
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	-
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	75-81

		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	-
Other analyses	17	Report other analyses done—e.g. analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	80-81
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	81-82
Limitations	19	Discuss limitations of the study, considering sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	88
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	82-87
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	89
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	90

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

Source: Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C. & Vandenbroucke, J. P. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344-349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>

Appendix C

Result of Health-Related quality of life among people living with diabetic foot ulcer in CIUSSS MCQ

Domains and items of quality of life according to the DFS-SF	Score (%)
Leisure (n = 20)	
<i>How much have your foot ulcer problems ...</i>	
a) stopped you from doing the hobbies and recreational activities that you enjoy	71
b) changed the kinds of hobbies and recreational activities that you enjoy doing	73
c) stopped you from getting away for a holiday of weekend break	82
d) stopped you from getting away for a holiday of weekend break (insurance, means of transport)	85
e) made you choose a different kind of holiday or short break than you would have preferred	78
f) meant that you had to spend more time planning and organising for leisure activities	76
Total:	77.50
Negative emotions (n = 20)	
<i>Because of your foot ulcer problems, have you felt ...</i>	
g) angry because you were not able to do what you wanted to do	75
h) frustrated by others doing things for you when you would rather do things yourself	88
i) felt depressed because you were not able to do what you wanted to do	75
j) felt angry that this has happened to you	74
k) felt frustrated because you have difficulty getting about	60
Total:	74.40
Worried about ulcers/feet (n = 20)	
<i>Because of your foot ulcer problems, have you felt worried ...</i>	
l) that your ulcer(s) will never heal	52
m) that you may have to have an amputation	47
n) about injury to your feet	67
o) about getting ulcers in the future	64
Total:	57.50
Bothered by ulcer care (n = 20)	
<i>Because of your foot ulcer problems, how often were you bothered by ...</i>	
p) having to keep the weight off your foot ulcer	60
q) the amount of time involved in caring for your foot ulcer (including dressing changes, waiting for the district nurse, and keeping the ulcer clean)	65

r) the appearance, odour or leaking of your ulcer	82
s) having to depend on others to help you care for your foot ulcer	76
Total:	70.75
Physical health (n = 20)	
<i>Because of your foot ulcer problems, how often have you felt...</i>	
t) fatigue or tired	68
u) that you had difficulty sleeping	79
v) pain while walking or standing	88
w) pain during the night	82
Total:	78
Dependence/Daily life (n = 20)	
<i>Because of your foot ulcer problems, how often have you ...</i>	
x) had to depend on others to help you look after yourself (such as washing and dressing yourself)	91
y) had to depend on others to do household chores such as cooking, cleaning or laundry	78
z) had to depend on other to get out of the house	87
aa) had to spend more time planning or organising your daily life	78
bb) felt that doing anything took longer than you would have liked	59
cc) been less productive at work	73.20
Total:	77.70
Work (n = 4)	
<i>Because of your foot ulcer problems, how often have you</i>	
a) had trouble concentrating on doing your work	100
b) lost hours of work because you weren't feeling well or because you had to take care of your foot	65
c) missed out on job opportunities or suffered a loss of income?	70
Total:	78.30
Total average of the six dimensions:	
	72.64

Appendix D

Quality-of-care from patients' perspective among people living with DFU in CIUSSS

MCQ

<i>Results by question</i>	<i>Perceived reality (PR)</i>	<i>Subjective importance (SI)</i>	<i>Difference</i>
Identity-oriented approach			
1-2) I received useful information on how examinations and treatments would take place	3.70	3.40	0.30
3-4) I received useful information on the results on examination and treatments	3.42	3.80	-0.38
5-6) I received useful information on self-care, 'how I should take care of myself'	3.78	3.95	-0.17
11-12) The doctors seemed to understand how I experienced my situation	3.47	3.79	-0.32
13-14) The doctors were respectful towards me	3.58	3.95	-0.37
15-16) The doctors showed commitment; 'cared about me'	3.59	3.74	-0.15
19-20) The nurses and assistant nurses seemed to understand how I experienced my situation	3.50	3.80	-0.30
21-22) The nurses and assistant nurses were respectful towards me	3.90	3.90	0.00
23-24) The nurses and assistant nurses showed commitment; 'cared about me'	3.74	3.80	-0.06
27-28) I had a good opportunity to participate in the decisions that applied to my care	3.45	3.35	0.10

Medical-technical competence			
7-8) I received the best possible medical care (as far as I can tell)	3.45	3.80	-0.35
9-10) I received effective pain relief	3.17	3.67	-0.50
Socio-cultural atmosphere			
17-18) I talked to the doctors in private when I wanted to	3.18	3.67	-0.49
25-26) I talked to the nurses in private when I wanted to	3.90	3.70	0.20
29-30) My care was determined by my own requests and needs rather than the staff's procedures	3.50	3.55	-0.05
31-32) My relatives and friends were treated well	4.00	3.60	0.40
33-34) There was a pleasant atmosphere on the ward	3.35	2.90	0.45
Physical-technical conditions			
35-36) I had access to the apparatus and equipment that was necessary for my medical care (as far as I can tell)	3.21	3.55	-0.34

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

L'objectif de ce projet était d'évaluer la qualité de vie liée à la santé (PRO) et l'expérience de soins (PRE) d'un échantillon de personnes vivant avec un UPD au CIUSSS MCQ à l'aide de données autorapportées (voir Annexe B). Cette étude avait aussi pour objectif de mettre en parallèle les résultats des PRE des personnes traitées au CIUSSS MCQ à ceux des personnes traitées au Centre de plaies complexes de l'Hôtel-Dieu de Lévis du CISSS CA, car ce dernier dispose d'une équipe interdisciplinaire dédiée aux soins des plaies et à la prévention des amputations diabétiques, ce qui n'est pas le cas au CIUSSS MCQ. Globalement, nos résultats valident les hypothèses préalablement émises. Ils permettent de mettre en évidence la complexité de la prise en charge holistique et soulignent la nécessité d'offrir des soins qui se rattachent à la réalité de chacune des personnes traitées. À la lumière de ces constats, la section suivante sera consacrée à une discussion approfondie des résultats obtenus afin d'en dégager les principales implications quant à la qualité de vie et à l'expérience de soins.

Qualité de vie liée à la santé selon la perspective de la personne traitée

Tout d'abord, selon les données autorapportées à l'aide du DFS-SF les personnes vivant avec un UPD traitées au CIUSSS MCQ ont rapporté que leur qualité de vie liée à la santé était principalement affectée par les inquiétudes en lien avec leur condition de santé des pieds et par les désagréments relatifs aux soins de plaies. Plus précisément, la première hypothèse affirmant que la peur de ne jamais guérir ou de devoir subir une amputation est cohérente avec les résultats d'autres études pour lesquelles ces aspects constituaient une source majeure d'inquiétudes (Álvaro-Afonso et al., 2024; Costa et al.,

2021; Kanan et al., 2023; Khunkaew et al., 2019). D'autres sentiments, comme de l'anxiété, la frustration ou l'impuissance face à l'incertitude de l'évolution de la plaie, peuvent aussi être ressentis (Crocker et al., 2021; Goldney et al., 2004; Lin et al., 2004). Cette inquiétude chronique peut mener à des symptômes dépressifs ou à une perte de motivation à adhérer aux traitements, particulièrement lorsque ceux-ci sont longs ou contraignants, comme c'est le cas pour l'UPD (Ma et al., 2023). D'ailleurs, le fait de devoir décharger les pressions du pied atteint d'UPD fait partie des éléments restrictifs qui affectent négativement la qualité de vie liée à la santé. Olsson et al. (2019) ont montré des résultats similaires, relevant que la réduction de la mobilité par l'utilisation d'une modalité de décharge du pied est un des principaux problèmes relevés par les patients ayant un UPD. Dans la revue systématique de Coffey et al. (2019), certaines personnes vivant avec un UPD ont fait état que l'utilisation de chaussures orthopédiques ou d'orthèses prescrites jugées coûteuses, volumineuses, inconfortables et peu attrayantes visuellement restreignait sévèrement leur mode de vie et générait de la frustration. Certaines femmes mentionnaient avoir ignoré les recommandations des professionnels en matière de modalités de redistribution des pressions plantaires en raison d'une impression de manque de féminité et d'une réduction de leur confiance en elles lors du port de ces chaussures et appareils (Beattie et al., 2014; Johnson et al., 2006; Paton et al., 2014). Cela souligne l'importance d'apporter des améliorations dans ces domaines afin d'atténuer les effets négatifs liés au fait de devoir réduire les pressions plantaires du pied avec l'UPD.

En ce qui concerne le domaine de la santé physique, les éléments liés à la gestion de la douleur à la marche et en position debout sont ceux qui ont présenté le moins d'impacts sur la qualité de vie liée à la santé, puisqu'ils ont obtenu les scores les plus élevés. Cette tendance peut s'expliquer par le fait qu'environ 50% des personnes vivant avec le diabète présentent une neuropathie périphérique sensitive, ce qui réduit leur perception de la douleur (Hicks & Selvin, 2019). Lorsque la douleur est peu ressentie, il est logique qu'elle soit perçue comme ayant un faible impact sur la qualité de vie. Cependant, il est essentiel de ne pas généraliser cette observation. Pour une proportion de patients, la douleur demeure présente, parfois constante, et son impact sur la qualité de vie est considérable (Ghadeer et al., 2025). Or, le risque est que les professionnels de la santé, conscients de la fréquence de la perte de sensibilité, tendent à sous-estimer la douleur ou à négliger son évaluation lors de la prise en charge (Ghadeer et al., 2025). Pourtant, plusieurs auteurs soulignent que la douleur liée à l'UPD, qu'elle soit nociceptive, neuropathique ou associée à une complication sous-jacente, est fréquente et impacte significativement la qualité de vie de ces personnes (Dickinson et al., 2016; Ghadeer et al., 2025). Dans notre étude, deux personnes participantes ont rapporté ressentir de la douleur en permanence. Elles ont également mentionné que la gestion de la douleur pourrait être améliorée dans leur prise en charge. Ainsi, même si la douleur n'est pas universellement ressentie chez les personnes atteintes d'UPD, elle doit demeurer une priorité clinique pour celles et ceux qui la vivent, car elle constitue un facteur majeur de détérioration de la qualité de vie. Les recommandations cliniques devraient donc

inclure une évaluation systématique de la douleur afin d'améliorer le bien-être global des patients (Dickinson et al., 2016; Ghadeer et al., 2025).

Finalement, au meilleur de nos connaissances, il s'agit de la première étude s'intéressant à la qualité de vie liée à la santé des personnes vivant avec un UPD au Québec à l'aide d'un questionnaire validé en français. Ainsi, nos résultats indiquent que ce dernier, en tant qu'instrument spécifique à la qualité de vie des personnes vivant avec un UPD, aurait avantage à être intégré dans les milieux de soins cliniques. Cela permettrait de mieux cerner l'expérience vécue par la personne traitée, d'adapter les interventions en fonction de ses besoins réels et, ultimement, de favoriser une approche davantage centrée sur la personne dans la prise en charge des UPD (Poitras et al., 2023).

Perception de la qualité des soins

Les personnes traitées dans notre étude sont globalement satisfaites des soins reçus au CIUSSS MCQ, ce qui est cohérent avec la deuxième hypothèse. L'accès aux appareils médicaux au moment nécessaire est ressorti comme un point faible, majoritairement en raison de la difficulté d'obtenir les modalités de décharge recommandées gratuitement. En effet, la majorité de ces modalités ne sont pas couvertes par le régime d'assurance maladie provincial du Québec (Costa et al., 2020; Institut canadien d'information sur la santé, 2025). Cela constitue un frein aux soins de qualité ainsi qu'une barrière à l'engagement dans les soins (Costa et al., 2020; Erjaee et al., 2025). Pourtant, la décharge des pressions aux pieds est un élément clé de la prise en charge et donc, une pierre angulaire de la qualité des soins (Schaper et al., 2023).

Les dimensions jugées les plus importantes par les personnes qui ont participé à notre étude concernaient l'approche relationnelle et la compétence médico-technique, ce qui rejoint les résultats de l'étude canadienne de Costa et Camargo-Plazas (2023). Ces observations confirment que les personnes vivant avec un UPD accordent une valeur particulière à la qualité des interactions humaines et à la compétence des professionnels, davantage qu'aux aspects matériels de l'environnement de soins (Bleich et al., 2009; Couillerot-Peyrondet et al., 2011; Hanefeld et al., 2017). Comme le soulignent Ma et al. (2023), ces personnes souhaitent être traitées avec respect et recevoir des explications claires afin de participer à leur prise en charge. Cette attente s'aligne avec le cycle de gestion et de prévention des plaies de Wounds Canada, qui met de l'avant une approche centrée sur la personne où l'implication du patient est essentielle à chaque étape du processus de soins (Kuhnke et al., 2025).

Lors de la collecte des données de notre étude, des mesures de prévention des infections étaient mises en place lors des rendez-vous médicaux en raison de la pandémie de COVID-19. Ce contexte, qui comprenait des mesures préventives telles que l'obligation d'arriver à l'heure prévue, de quitter rapidement après la consultation, de ne pas être accompagné et de porter un masque, peut avoir influencé la perception de la qualité des soins (Daniel et al., 2022; Erjaee et al., 2025). Ces éléments ont pu avoir un impact lors de la complétion de notre questionnaire. Il est en effet difficile de savoir si la perception exprimée est reliée aux soins de l'UPD directement ou aux mesures

préventives imposées par le contexte pandémique. Cela doit être pris en considération lors de l'interprétation des résultats.

Autant dans notre étude, effectuée au CIUSSS MCQ, que dans celle de Patry et al. (2024), réalisée au CISSS CA, des écarts entre la réalité perçue et l'importance accordée aux différentes dimensions ont été observés, traduisant des marges d'amélioration possible dans les deux milieux quant à la qualité des soins du point de vue des personnes traitées. Toutefois, ces écarts se manifestent de manière inverse selon le milieu : au CIUSSS MCQ, la réalité perçue est majoritairement inférieure à l'importance subjective accordée, alors qu'au CISSS CA, elle lui est supérieure, tel que rapporté par Patry et al. (2024). Par ailleurs, les scores de qualité perçue et d'importance subjective rapportés dans l'étude de Patry et al. (2024) sont supérieurs à ceux obtenus dans notre étude. Cela peut se traduire par une appréciation augmentée des soins reçus dans un milieu où il y a présence d'une équipe interdisciplinaire dédiée aux soins des plaies et à la prévention de l'amputation du membre inférieur. Il est à noter que les caractéristiques des personnes participantes des deux milieux sont assez similaires (âge, sexe, type de diabète). Toutefois, d'un point de vue méthodologique, l'étude menée par Patry et al. (2024) et la nôtre présentent des différences importantes. D'abord, il y a le mode de passation du questionnaire, qui peut influencer les réponses de différentes manières (Safikhani et al., 2018). Le questionnaire administré aux personnes participant à l'étude de Patry et al. (2024) a été rempli sur le lieu de traitement dans une pièce séparée. Bien que la collecte de données fût réalisée de manière confidentielle, il est possible qu'un biais de désirabilité

se soit introduit et que les personnes participantes aient répondu de manière plus favorable afin de ne pas offenser les professionnels de santé sur place. De notre côté, les personnes participant à l'étude ont répondu par téléphone plutôt qu'en personne et la personne effectuant la collecte de données n'avait pas de lien avec l'équipe de soins. Certaines personnes peuvent être moins à l'aise de discuter de sujets sensibles au téléphone ou peuvent avoir plus de difficultés à se concentrer en l'absence de repères visuels (Safikhani et al., 2018). Ensuite, le moment de passation du questionnaire diffère également entre les deux études. Les personnes participant à l'étude de Patry et al. (2024) ont rempli le questionnaire une fois la plaie cicatrisée. Pour cette raison, ils ont peut-être exprimé une plus grande satisfaction concernant la qualité perçue des soins comparativement à ceux dont l'UPD n'était pas encore guéri au moment de la complétion du questionnaire (Byrnes et al., 2024). Dans notre étude, les patients ont répondu pendant le traitement de la plaie, alors que celle-ci n'était pas complètement cicatrisée pour la plupart. Ce contexte peut influencer la perception de l'expérience de soins, puisque la guérison de la plaie peut renforcer un sentiment de retour à la « normalité », réduire l'anxiété, augmenter la satisfaction globale et augmenter la reconnaissance envers l'équipe traitante. Cela suggère qu'une plaie guérie peut être un facteur favorable à une évaluation plus positive des soins reçus (Elliott, 2017; Erjaee et al., 2025). À l'inverse, répondre pendant le processus de traitement, surtout si la plaie évolue lentement ou si des complications surviennent, peut engendrer davantage de frustrations ou d'incertitudes, affectant ainsi négativement l'évaluation de la qualité des soins perçue. Ainsi, le stade de guérison au moment de la collecte de données constitue un facteur important à considérer dans l'interprétation des

résultats (Coffey et al., 2019; Lazzarini et al., 2020; Siersma et al., 2013; Valensi et al., 2005), car elles peuvent influencer les scores obtenus indépendamment de la qualité réelle des soins reçus.

Forces et limites du projet de recherche

Ce projet de recherche combine l'analyse des données autorapportées sur les résultats de santé et sur l'expérience de soins des patients d'une même cohorte du CIUSSS MCQ. Il utilise des instruments validés et comble un manque de données au Québec. L'étude se distingue aussi en évaluant des personnes en traitement, offrant ainsi une perspective plus juste de leur expérience.

L'inclusion d'une patiente partenaire, c'est-à-dire d'une personne ayant vécu la maladie et les traitements, a contribué à enrichir le processus de recherche et à favoriser une approche plus centrée sur les besoins réels des patients en apportant une perspective expérientielle (Canadian Institutes of Health Research, 2014; Armstrong et al., 2018). Sa participation aux différentes étapes du processus de recherche a permis d'affiner la formulation des questions et de bonifier l'outil de collecte des données (Armstrong et al., 2018). La présence d'une patiente partenaire est une valeur ajoutée au projet et est en cohérence avec la vision portée par le Commissaire à la santé et au bien-être du Gouvernement du Québec. Ce dernier souligne l'importance d'impliquer les citoyens et les personnes traitées dans l'évaluation et l'amélioration des services de santé afin d'assurer une meilleure adéquation entre les interventions et les besoins réels de la population (Commissaire à la santé et au bien-être, 2024).

Parmi les limites, il y a un petit échantillon, des données autorapportées exposées à des biais et une collecte principalement téléphonique. De plus, la longueur du questionnaire a pu entraîner de la fatigue chez les personnes participantes. Aussi, le petit nombre de personnes ayant participé à l'étude a limité les analyses de sous-groupes. Il aurait été intéressant de comparer les résultats en fonction des types de diabète, de l'historique d'UPD (premier épisode d'UPD ou récurrence) ou encore en fonction de la présence de complications. Selon l'étude de Álvaro-Afonso et al. (2024), la présence d'une amputation relative à un épisode antérieur d'UPD représentait le deuxième pire facteur pour réduire la qualité de vie. Une sévérité plus importante de l'UPD, classée selon les échelles de SINBAD, de Wagner et de la Texas University, influencerait aussi négativement la perception de la qualité de vie (Brynes et al., 2024). Avec un échantillon plus grand de la population, incluant un nombre accru de personnes actives sur le marché du travail, il aurait été intéressant de voir si l'UPD a davantage d'impacts sur la qualité de vie, notamment en raison de l'absentéisme au travail et de la perte de revenus engendrée. De plus, les données relatives à la santé des personnes participantes, comme l'année du diagnostic de diabète, la présence de morbidités et la gravité de l'UPD n'ont pas été validées par l'équipe de recherche. Ce sont des informations qui ont été autorapportées. Ainsi, elles pourraient être erronées.

Finalement, seules les personnes capables de comprendre et de parler en français ont été incluses dans le projet de recherche. Cela limite la représentativité de l'échantillon et les résultats de l'étude pourraient ne pas refléter fidèlement l'expérience ou la réalité

des groupes allophones, issus de l'immigration ou des Premières Nations. En outre, cela réduit la portée des conclusions et affecte leur transférabilité à l'ensemble de la population concernée, ce qui constitue une limite importante sur le plan de l'équité en recherche.

Retombées cliniques et perspectives du projet

Les résultats de ce projet mettent en évidence plusieurs leviers pour améliorer la prise en charge des personnes vivant avec un UPD. Sur le plan clinique, l'intégration systématique des données autorapportées, qu'il s'agisse des PRO ou des PRE, permettrait de mieux capter la diversité des expériences, d'identifier précocement les besoins non comblés, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux, et de personnaliser les interventions. Sur le plan de l'amélioration continue et de la recherche, l'utilisation conjointe des deux questionnaires est faisable et pertinente, bien que le mode d'administration serait à revoir, considérant la longueur du questionnaire.

Dans une perspective de soins équitables et centrés sur la personne, l'intégration des PRO et des PRE comme indicateurs de qualité constituerait une stratégie prometteuse pour orienter les décisions cliniques et institutionnelles. Sur le plan organisationnel, la littérature souligne l'importance de l'équipe interdisciplinaire pour renforcer la coordination des soins et atteindre les attentes des personnes traitées (Coffey et al., 2019; Lazzarini et al., 2020). Ainsi, cette étude exploratoire supporte la pertinence d'une approche intégrée et centrée sur la personne dans laquelle les données autorapportées sont des outils structurants, tant pour la pratique clinique que pour l'organisation des soins. Cette étude souligne également la nécessité d'une collaboration interdisciplinaire ainsi

que la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Ces constats ouvrent la voie à des travaux futurs visant à optimiser l'utilisation des PRO et des PRE dans les trajectoires de soins des personnes vivant avec un UPD dans une perspective d'amélioration durable de la qualité, de l'équité et de l'expérience de soins.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION

Ayant pour objectif d'explorer les résultats de santé perçus et l'expérience de soins chez des personnes vivant avec un UPD traitées au CIUSSS MCQ, ce projet exploratoire a permis d'enrichir les connaissances scientifiques entourant la prise en charge de l'UPD. Il en ressort que la qualité de vie est généralement bonne, mais que les personnes traitées au CIUSSS MCQ présentent des inquiétudes notables. Chez cette même population, on constate que la qualité perçue des soins est moindre que l'importance que leur accordent les personnes les traitées, soulevant la nécessité d'adapter davantage les soins aux besoins exprimés par ces dernières. Les données issues des parallèles effectués avec les résultats d'une autre étude réalisée dans un milieu similaire, soit le CISSS CA, soulignent la valeur ajoutée d'une prise en charge interdisciplinaire, qui semble associée à une meilleure expérience de soins selon les données disponibles.

En somme, l'intégration des données autorapportées par les personnes traitées apparaît comme une avenue prometteuse pour améliorer la qualité des soins offerts, tout comme la mobilisation d'une équipe interdisciplinaire dédiée à la prise en charge de l'UPD.

RÉFÉRENCES

- Abetz, L., Sutton, M., Brady, L., McNulty, P. & Gagnon, D. D. (2002). The Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS): a quality of life instrument for use in clinical trials. *Practical Diabetes International*, 19(6), 167-175. <https://doi.org/10.1002/pdi.356>
- Adair, J. G. (1984). The Hawthorne effect: a reconsideration of the methodological artifact. *Journal of Applied Psychology*, 69(2), 334-345. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.69.2.334>
- Akinlotan, M. A., Primm, K., Bolin, J. N., Ferdinand Cheres, A. L., Lee, J., Callaghan, T. & Ferdinand, A. O. (2021). Racial, rural, and regional disparities in diabetes-related lower-extremity amputation rates, 2009–2017. *Diabetes Care*, 44(9), 2053-2060. <https://doi.org/10.2337/dc20-3135>
- Al Ayed, M., Ababneh, M., Robert, A. A., Al Misfer, N., Cruz, M., Austria, H. C. & Al Dawish, M. (2020). Factors associated with health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcer: a cross-sectional study from Saudi Arabia. *Cureus*, 12(6). <https://doi.org/10.7759/cureus.8658>
- Al Ghadeer, H. A., Al Barqi, M., Almaqhawi, A., Alsultan, A. S., Alghafli, J. A., AlOmaish, M. A., AlGhanem, Z. A., Alsaqar, A. H., Alatiyyah, A. T., Alburayh, Y. A., AlOmair, A., Almuahysin, A. I. & Alsaeed, A. A. (2021). Prevalence of dyslipidemia in patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Cureus*, 13(12), Article e20222. <https://doi.org/10.7759/cureus.20222>
- Alberti, K.G. & Zimmet, P. Z. (1998). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabetic Medicine*, 15(7), 539-553. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9136\(199807\)15:7<539::AID-DIA668>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9136(199807)15:7<539::AID-DIA668>3.0.CO;2-S)
- Alessandra, G., Kennedy, N., Ruwayda, P., Inge, P., Liz, G., Lindsay, F., Sridhar, V. & Richard, H. (2020). The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness: a systematic review. *BMJ Global Health*, 5(12), Article e003330. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003330>
- Álvaro-Afonso, F. J., García-Madrid, M., García-Morales, E., López-Moral, M., Molines-Barroso, R. J. & Lázaro-Martínez, J. L. (2024). Health-related quality of life among Spanish patients with diabetic foot ulcer according to Diabetic Foot Ulcer Scale–Short Form. *Journal of Tissue Viability*, 33(1), 5-10. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.11.011>
- Amato, E., Giangreco, F., Iacopi, E. & Piaggese, A. (2025) Patient-Reported Experience (PREM) and Outcome (PROM) Measures in diabetic foot disease management—a scoping review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(17) <https://doi.org/10.3390/jcm14176116>
- American Diabetes Association. (2024). *Diabetes complications : cardiovascular disease*. <https://diabetes.org/about-diabetes/complications/cardiovascular-disease>
- Ängerud, K. H., Boman, K., Ekman, I. & Brännström, M. (2017). Areas for quality improvements in heart failure care: quality of care from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 830-838. <https://doi.org/10.1111/scs.12404>

- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Edgman-Levitan, S. & Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522-554. <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>
- Armstrong, D. G., Boulton, A. J. & Bus, S. A. (2017). Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New England Journal of Medicine*, 376(24), 2367-2375. <https://doi.org/10.1056/nejmra1615439>
- Armstrong, D. G. & Mills, J. L. (2013). Toward a change in syntax in diabetic foot care: prevention equals remission. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 103(2), 161-162. <https://doi.org/10.7547/1030161>
- Armstrong, D. G., Swerdlow, M. A., Armstrong, A. A., Conte, M. S., Padula, W. V. & Bus, S. A. (2020). Five year mortality and direct costs of care for people with diabetic foot complications are comparable to cancer. *Journal of Foot Ankle Research*, 13(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s13047-020-00383-2>
- Armstrong, D. G., Tan, T.-W., Boulton, A. J. & Bus, S. A. (2023). Diabetic foot ulcers: a review. *Journal of the American Medical Association*, 330(1), 62-75. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.10578>
- Armstrong, M. J., Mullins, C. D., Gronseth, G. S. & Gagliardi, A. R. (2018). Impact of patient involvement on clinical practice guideline development: a parallel group study. *Implementation Science*, 13(55). <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0745-6>
- Aschalew, A. Y., Yitayal, M. & Minyihun, A. (2020). Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus at the University of Gondar referral hospital. *Health and quality of life outcomes*, 18(62). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01311-5>
- Augustin, M., Mayer, A., Goepel, L. M., Baade, K., Heyer, K. & Herberger, K. (2013). Cumulative Life Course Impairment (CLCI): a new concept to characterize persistent patient burden in chronic wounds. *Wound Medicine*, 1, 2-6. <https://doi.org/10.1016/j.wndm.2013.06.001>
- Bann, C. M., Fehnel, S. E. & Gagnon, D. D. (2003). Development and validation of the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF). *Pharmacoeconomics*, 21(17), 1277-1290. <https://doi.org/10.2165/00019053-200321170-00004>
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Barshes, N. R., Sigireddi, M., Wrobel, J. S., Mahankali, A., Robbins, J. M., Koungias, P. & Armstrong, D. G. (2013). The system of care for the diabetic foot: objectives, outcomes, and opportunities. *Diabetic Foot and Ankle*, 4(1), Article 21847. <https://doi.org/10.3402/dfa.v4i0.21847>
- Beattie, A. M., Campbell, R. & Vedhara, K. (2014). 'What ever I do it's a lost cause.' The emotional and behavioural experiences of individuals who are ulcer free living

- with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study. *Health Expect*, 17(3), 429-439. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00768.x>
- Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I. & Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Systematic Reviews*, 4(97). <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0089-0>
- Benson, T. (2020). Measure what we want: a taxonomy of short generic person-reported outcome and experience measures (PROM and PREM). *BMJ Open Quality*, 9(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000789>
- Benson, T. (2023). Why it is hard to use PROM and PREM in routine health and care. *BMJ Open Quality*, 12(4), Article e002516. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002516>
- Berwick, D., Black, N., Cullen, D., Deerberg-Wittram, J., Degos, L., Diverty, B., Epstein, A., Kieny, M., Larsen, B. & Schneider, E. (2017). Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics: (Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators). *Statistics*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/01/recommendations-to-oecd-ministers-of-health-from-the-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics_43a6ab1a/24bc04e2-en.pdf
- Berwick, D. M., Nolan, T. W. & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health affairs*, 27(3), 759-769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>
- Blanchette, V. & Armstrong, D. G. (2022). *An approach that needs patients and their families as partners*. Wound Care Canada, 20(1), 67-74.
- Blanchette, V. & Brousseau-Foley, M. (2021). Prise en charge multidisciplinaire de l'infection de l'ulcération plantaire diabétique. *La Revue de Médecine Interne*, 42(3), 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2020.09.004>
- Blanchette, V., Brousseau-Foley, M. & Cloutier, L. (2020). Effect of contact with podiatry in a team approach context on diabetic foot ulcer and lower extremity amputation: systematic review and meta-analysis. *Journal of Foot and Ankle Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13047-020-0380-8>
- Blanchette, V., Hains, S. & Cloutier, L. (2019). Establishing a multidisciplinary partnership integrating podiatric care into the Quebec public health-care system to improve diabetic foot outcomes: a retrospective cohort. *The Foot*, 38, 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.foot.2018.10.001>
- Blanchette, V., Patry, J., Brousseau-Foley, M., Todkar, S., Libier, S., Leclerc, A.-M., Armstrong, D. G. & Tremblay, M.-C. (2023). Diabetic foot complications among Indigenous peoples in Canada: a scoping review through the PROGRESS-PLUS equity lens. *Frontiers in Endocrinology*, 14, Article 1177020. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1177020>

- Blanchette, V., Todkar, S., Brousseau-Foley, M., Rheault, N., Weisz, T., Poitras, M.-E., Paquette, J.-S., Tremblay, M.-C., Costa, I. G. & Dogba, M. J. (2023). Collaboration and partnership in a five-level engagement framework for diabetic foot ulcer management: a patient-oriented scoping review. *Canadian Journal of Diabetes*. 47(8), 682-694. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2023.07.002>
- Bleich, S. N., Özaltın, E. & Murray, C. J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271-278. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.050401>
- Blome, C., Baade, K., Sebastian Debus, E., Price, P. & Augustin, M. (2014). The “Wound-QoL”: A short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound Repair and Regeneration*, 22(4), 504-514. <https://doi.org/10.1111/wrr.12193>
- Bodenheimer, T. & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Botros, M., Kuhnke, J.L., Evans, R., Embil, J., Morin, C., Parsons, Blanchette, V., Mayo, A., Stevens, K., Somayaji, R. Hensen, K. & Despatis, M. (2025). Best practice recommendations for the prevention and management of diabetic foot ulcers. (Prevention and Management of Diabetic Foot Ucler Chapitre 11). *Wound Canada*. <https://doi.org/10.56885/BVWR8835>
- Boulanger, M-P., Niyigena, C., Romero, L., Parent, N., Beauregard, M-E., Vermette, S., Duchaine, C., Paquet-Gagnon, P-A., Veilleux, S., Mathieu, S. & St-Louis, S. (2025) Portrait des maladies chroniques en Chaudière-Appalaches (Surveillance de la sanrté de la population). *Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches*. https://www.ciassca.com/clients/CISSSCA/Professionnels_M%C3%A9decins_et_partenaires/Sant%C3%A9_Publique/Portrait_maladies_chroniques_Chaudi%C3%A8res-Appalaches_2025.pdf
- Boulton, A. J. (2013). The pathway to foot ulceration in diabetes. *Medical Clinics of North America*, 97(5), 775-790. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2013.03.007>
- Boulton, A. J. (2020). The Pathway to Ulceration. Dans J.M. Boulton (5^e éd.), *The Foot in Diabetes* (pp. 105-123).
- Brennan, M. B., Powell, W. R., Kaiksow, F., Kramer, J., Liu, Y., Kind, A. J. H. & Bartels, C. M. (2022). Association of race, ethnicity, and rurality with major leg amputation or death among medicare beneficiaries hospitalized with diabetic foot ulcers. *Journal of the American Medical Association Network Open*, 5(4), Article e228399. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.8399>
- Brousseau-Foley, M. & Blanchette, V. (2020). Multidisciplinary management of diabetic foot ulcers in primary cares in Quebec: can we do better? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 381-385. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S251236>

- Browne, K., Roseman, D., Shaller, D. & Edgman-Levitan, S. (2010). Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health affairs*, 29(5), 921-925. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0238>
- Brundisini, F., Giacomini, M., DeJean, D., Vanstone, M., Winsor, S., & Smith, A. (2013). Chronic disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(15), <http://www.hqontario.ca/en/documents/eds/2013/full-report-OCDM-rural-health-care.pdf>.
- Buggy, A. & Moore, Z. (2017). The impact of the multidisciplinary team in the management of individuals with diabetic foot ulcers: a systematic review. *Journal of Wound Care*, 26(6), 324-339. <https://doi.org/10.12968/jowc.2017.26.6.324>
- Bus, S. A., Armstrong, D. G., van Deursen, R. W., Lewis, J. E., Caravaggi, C. F., Cavanagh, P. R., & International Working Group on the Diabetic Foot (2016). IWGDF guidance on footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 32 (Suppl 1), 25–36. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2697>
- Byrnes, J., Ward, L., Jensen, S., Sagoo, M., Charles, D., Mann, R., Nghiem, S., Finch, J., Gavaghan, B., McBride, L.-J. & Lazzarini, P. A. (2024). Health-related quality of life in people with different diabetes-related foot ulcer health states: A cross-sectional study of healed, non-infected, infected, hospitalised and amputated ulcer states. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 207. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2023.111061>
- Calmus, S., Thuong, C-T., Morin, S., & May-Michelangeli, L. (2021). Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs - Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements. *Haute autorité de Santé*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf
- Canadian Institutes of Health Research. (2014). Strategy for Patient-oriented research: Patient Engagement Framework. https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/spor_framework-en.pdf
- Canadian Institute for Health Information. (2023). *Data Quality Documentation: Discharge Abstract Database*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/dad-data-quality-current-year-information-2023-2024-report-en.pdf>
- Canadian Institutes of Health Research. (2023). *Strategy for Patient-Oriented Research*. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/41204.html>
- Canadian Institute for Health Information. (2024). *Amputations signal opportunities to improve diabetes care and reduce system costs*. <https://www.cihi.ca/en/equity-in-diabetes-care-a-focus-on-lower-limb-amputation/amputations-signal-opportunities-to-improve-diabetes-care-and-reduce-system-costs#ref19>
- Cheng, A. Y. Y., Harris, S., Krawchenko, I., Tytus, R., Hahn, J., Liu, A., Millson, B., Golden, S. & Goldenberg, R. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on adults

- with type 2 diabetes care and clinical parameters in a primary care setting in ontario, canada: a cross-sectional study. *Canadian Journal of Diabetes*, 47(4), 345-351. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2023.01.003>
- Chung, J. & Monroe, G. S. (2003). Exploring social desirability bias. *Journal of Business Ethics*, 44, 291-302. <https://doi.org/10.1023/A:1023648703356>
- Churruca, K., Pomare, C., Ellis, L. A., Long, J. C., Henderson, S. B., Murphy, L. E. D., Leahy, C. J. & Braithwaite, J. (2021). Patient-reported outcome measures (PROM): A review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expectations*, 24(4), 1015-1024. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.13254>
- Cicek, M., Buckley, J., Pearson-Stuttard, J. & Gregg, E. W. (2021). Characterizing multimorbidity from type 2 diabetes: insights from clustering approaches. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 50(3), 531-558. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2021.05.012>
- Coffey, L., Mahon, C. & Gallagher, P. (2019). Perceptions and experiences of diabetic foot ulceration and foot care in people with diabetes: a qualitative meta-synthesis. *International Wound Journal*, 16(1), 183-210. <https://doi.org/10.1111%2Fiwj.13010>
- Cole-King, A. & Harding, K. G. (2001). Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosomatic medicine*, 63(2), 216-220. https://journals.lww.com/bsam/abstract/2001/03000/psychological_factors_and_delayed_healing_in.4.aspx
- Commissaire à la santé et au bien être. (2024). *Le CSBE en bref*. <https://www.csbe.gouv.qc.ca/a-propos/csbe-en-bref.html>
- Coronado-Vázquez, V., Gómez-Salgado, J., Cerezo-Espinosa de Los Monteros, J., Ayuso-Murillo, D. & Ruiz-Frutos, C. (2019). Shared decision-making in chronic patients with polypharmacy: an interventional study for assessing medication appropriateness. *Journal of Clinical Medecine*, 8(6). <https://doi.org/10.3390/jcm8060904>
- Costa, I. G. & Camargo-Plazas, P. (2023). The processes of engagement in information-seeking behavior for individuals with diabetes who developed diabetic foot ulcer: a constructivist grounded theory study. *Digital Health*, 9, <https://doi.org/10.1177/20552076231177155>
- Costa, I. G., Tregunno, D. & Camargo-Plazas, P. (2020). I cannot afford off-loading boots: perceptions of socioeconomic factors influencing engagement in self-management of diabetic foot ulcer. *Advances in Nursing Science*, 43(4). <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000328>
- Costa, I. G., Tregunno, D. & Camargo-Plazas, P. (2021). Patients' journey toward engagement in self-management of diabetic foot ulcer in adults with types 1 and 2 diabetes: a constructivist grounded theory study. *Canadian Journal of Diabetes*, 45(2), 108-113. Article e102. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2020.05.017>
- Couillerot-Peyrondet, A. L., Midy, F. & Bruneau, C. (2011). Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes de maladie chronique. *Revue*

- d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59(1), 23-31.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2010.09.002>
- Crawford, F., Cezard, G., Chappell, F. M., Murray, G. D., Price, J. F., Sheikh, A., Simpson, C. R., Stansby, G. P. & Young, M. J. (2015). A systematic review and individual patient data meta-analysis of prognostic factors for foot ulceration in people with diabetes: the international research collaboration for the prediction of diabetic foot ulcerations (PODUS). *Health Technology Assessment*, 19(57), 1-210.
<https://doi.org/10.3310/hta19570>
- Crocker, R. M., Palmer, K. N., Marrero, D. G. & Tan, T.-W. (2021). Patient perspectives on the physical, psycho-social, and financial impacts of diabetic foot ulceration and amputation. *Journal of Diabetes and its Complications*, 35(8) Article 107960.
<https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2021.107960>
- Crowshoe, L., Dannenbaum, D., Green, M., Henderson, R., Hayward, M. N. & Toth, E. (2018). Type 2 Diabetes and Indigenous Peoples. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, 296-306. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.022>
- Cuesta-Vargas, A. I. & González-Sánchez, M. (2014). Ability to discriminate between healthy and low back pain sufferers using ultrasound during maximum lumbar extension. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(6), 1093-1099.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.01.023>
- Daniel, M., Buchholz, S. W., Schoeny, M., Halloway, S., Kitsiou, S., Johnson, T., Vispute, S., Kapp, M. & Wilbur, J. (2022). Effects of the COVID-19 pandemic on recruitment for the working women walking program. *Research in Nursing and Health*, 45(5), 559-568. <https://doi.org/10.1002/nur.22258>
- de Mestral, C., Banasiak, K., Evans, R., Albalawi, Z., McLaren, A.-M. & Weisz D.Ch., T. (2019). Results of the Diabetes Canada Foot Care Special Interest Group Survey: Insights on Improving Care from Providers in the Trenches. *The Diabetes Communicator*. 9 https://crml1.diabetes.ca/bbis_crmlive/file/diabetes-communicator/The-Diabetes-Communicator-Summer-2019.pdf
- Desomer, A., Van den Heede, K., Triemstra, M., Paget, J., De Boer, D., Kohn, L. & Cleemput, I. *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*. (Rapport 303). Health Services Research.
<https://lirias.kuleuven.be/retrieve/133f7fe2-c2e2-4295-a70d-f2dccba6adfc>
- Diabète Québec. (2021). Le diabète en chiffre. <https://www.diabete.qc.ca/le-diabete-en-chiffres-2/>
- Diabetes Canada. (2022). *Diabetes and Diabetes-Related Out-of-Pocket Costs*. <https://www.diabetes.ca/advocacy---policies/advocacy-reports/diabetes-and-diabetes-related-out-of-pocket-costs>
- Dickinson, A. M., Frescos, N., Firth, J. C. & Hamblin, P. S. (2016). The characteristics of wound pain associated with diabetes-related foot ulcers: a pilot study. *Wound Practice and Research*. 24(3), 138-148.
<https://journals.cambridgemedica.com.au/wpr/volume-24-no-3/characteristics-wound-pain-associated-diabetes-related-foot-ulcers-pilot-study>

- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Drudi, L. M., Blanchette, V., Sylvain-Morneau, J., Poirier, P., Blais, C. & O'Connor, S. (2024). Geographic variation in first lower extremity amputations related to diabetes and/or peripheral arterial disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 40(12), 2606-2615. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2024.09.006>
- Edwards, K. J., Walker, K. & Duff, J. (2015). Instruments to measure the inpatient hospital experience: a literature review. *Patient Experience Journal*, 2(2), 77-85. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1088>
- Elliott, D. (2017). Developing outcome measures assessing wound management and patient experience: a mixed methods study. *BMJ Open*, 7(11), Article e016155. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016155>
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Erjaee, A., Bahrami, M., Sedighifar, Z., Jandaghian-Bidgoli, M., Ghoozlu, K. J. & Talebi, M. (2025). The lived reality of diabetic foot ulcers: a systematic review and meta-synthesis on patients' experiences and coping for a high-quality life. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 24(2), 236. <https://doi.org/10.1007/s40200-025-01726-1>
- Evensen, C. T., Yost, K. J., Keller, S., Arora, N. K., Frentzel, E., Cowans, T. & Garfinkel, S. A. (2019). Development and testing of the CAHPS cancer care survey. *Journal of Oncology Practice*, 15(11), 969-978. <https://doi.org/10.1200/jop.19.00039>
- Fisher, L., Tang, T. & Polonsky, W. (2017). Assessing quality of life in diabetes: I. A practical guide to selecting the best instruments and using them wisely. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 126, 278-285. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.10.018>
- Foster, D. & Lauver, L. S. (2014). When a diabetic foot ulcer results in amputation: a qualitative study of the lived experience of 15 patients. *Ostomy Wound Manage*, 60(11), 16-22. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25380097/>
- Fournier, C., Singbo, N., Morissette, N. & Thibeault, M.-M. (2021). Outcomes of diabetic foot ulcers in a tertiary referral interdisciplinary clinic: a retrospective canadian study. *Canadian Journal of Diabetes*, 45(3), 255-260. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2020.09.004>
- Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningberg, L. & Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19(2), 226-236. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01197.x>
- Gershater, M. & Wessman, Y. (2023). Keeping feet in remission after healing of diabetic foot ulcers: a qualitative study of patients' experiences. *Journal of Wound Management*, 24(1). <https://doi.org/10.35279/jowm2023.24.01.04>
- Ghadeer, A., Yan, T., Claire, M., Ellen, K., Caroline, M. & McIlwaine, A. (2025). Diabetic foot ulcer related pain and its impact on health-related quality of life.

- Journal of Tissue Viability*, 34(2), Article 100856.
<https://doi.org/10.1016/j.jtv.2025.100856>
- Goldney, R. D., Phillips, P. J., Fisher, L. J. & Wilson, D. H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes care*, 27(5), 1066-1070.
<https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1066>
- González-Consuegra, R. V. & Verdú, J. (2011). Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review Quality of life in people with venous leg ulcers. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 926-944. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05568.x>
- Gouvernement du Québec, Régie de l'assurance maladie. (2020). *Appareils suppléant à une déficience physique*. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/appareils-suppleant-a-deficience-physique>
- Grant, B., Sandelson, M., Agyemang-Prempeh, B. & Zalin, A. (2021). Managing obesity in people with type 2 diabetes. *Clinical Medicine*, 21(4), Article e327.
<https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0370>
- Greenhalgh, J. & Meadows, K. (1999). The effectiveness of the use of patient-based measures of health in routine practice in improving the process and outcomes of patient care: a literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5(4), 401-416. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.1999.00209.x>
- Grøndahl, V. A., Kirchhoff, J. W., Andersen, K. L., Sørby, L. A., Andreassen, H. M., Skaug, E. A., Roos, A. K., Tvette, L. S. & Helgesen, A. K. (2018). Health care quality from the patients' perspective: a comparative study between an old and a new, high-tech hospital. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 591-600.
<https://doi.org/10.2147/jmdh.S176630>
- Grzebień, A., Chabowski, M., Malinowski, M., Uchmanowicz, I., Milan, M. & Janczak, D. (2017). Analysis of selected factors determining quality of life in patients after lower limb amputation-a review article. *Polish Journal of Surgery*, 89(2), 57-61.
<https://doi.org/10.5604/01.3001.0009.8980>
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H. & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009>
- Ha Van, G. (2019). *Le syndrome du pied diabétique: Prise en charge multidisciplinaire*. Elsevier Health Sciences.
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T. & Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality-of-care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(5), 368-374. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179309>
- Hansen, C. A., Hjelmggaard, C. M. H., Kristensen, M. Ø. & Berthelsen, C. (2024). Patient involvement in diabetes-related foot ulcers: What do patients need and prefer when undergoing treatment at multidisciplinary outpatient foot centres? A phenomenological hermeneutic study. *International Wound Journal*, 21(12), Article e70128. <https://doi.org/10.1111/iwj.70128>
- Haverfield, M. C., Tierney, A., Schwartz, R., Bass, M. B., Brown-Johnson, C., Zions, D. L., Safaeinili, N., Fischer, M., Shaw, J. G., Thadaney, S., Piccininni, G., Lorenz,

- K. A., Asch, S. M., Verghese, A. & Zulman, D. M. (2020). Can patient–provider interpersonal interventions achieve the quadruple aim of healthcare? A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 35(7), 2107-2117. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05525-2>
- Hermanns, N., Kulzer, B. & Ehrmann, D. (2024). Person-reported outcomes in diabetes care: what are they and why are they so important? *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 26(S1), 30-45. <https://doi.org/10.1111/dom.15471>
- Hicks, C. W. & Selvin, E. (2019). Epidemiology of peripheral neuropathy and lower extremity disease in diabetes. *Current Diabetes Reports*, 19(10), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11892-019-1212-8>
- Highton, P., Jeffers, S., Butt, A., O'Mahoney, L., Jenkins, S., Abdala, R., Haddon, L., Gillies, C., Curtis, F., Hadjiconstantinou, M. & Khunti, K. (2024). Patient-reported outcomes in diabetes-related foot conditions: is patient experience influenced by ethnicity? A mixed-methods systematic review. *Diabetic Medicine*, 41(10), Article e15420. <https://doi.org/10.1111/dme.15420>
- Hingorani, A., LaMuraglia, G. M., Henke, P., Meissner, M. H., Loretz, L., Zinszer, K. M., Driver, V. R., Frykberg, R., Carman, T. L. & Marston, W. (2016). The management of diabetic foot: a clinical practice guideline by the Society for Vascular Surgery in collaboration with the American Podiatric Medical Association and the Society for Vascular Medicine. *Journal of Vascular Surgery*, 63(2), 3S-21S. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2015.10.003>
- Hogg, F. R. A., Peach, G., Price, P., Thompson, M. M. & Hinchliffe, R. J. (2012). Measures of health-related quality of life in diabetes-related foot disease: a systematic review. *Diabetologia*, 55(3), 552-565. <https://doi.org/10.1007/s00125-011-2372-5>
- Hopkins, R. B., Burke, N., Harlock, J., Jegathisawaran, J. & Goeree, R. (2015). Economic burden of illness associated with diabetic foot ulcers in Canada. *BMC Health Services Research*, 15(1), <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0687-5>
- Hui, L. F., Fong, D. Y.-T., Yam, M. & Ip, W. Y. (2008). Translation and validation of the Chinese Diabetic Foot Ulcer Scale-Short Form. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 1(2), 137-145. <https://doi.org/10.2165/01312067-200801020-00009>
- Imam, B., Miller, W. C., Finlayson, H. C., Eng, J. J. & Jarus, T. (2017). Incidence of lower limb amputation in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 108(4), 374-380. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.6093>
- Imre, E. & Imre, E. (2022). Polypharmacy is associated with diabetic foot ulcers in type 2 diabetes mellitus. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 24(2), 320-328. <https://doi.org/10.1177/15347346221090756>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2023). Outils d'aide à la décision clinique - Soins de plaies : ulcère du pied diabétique. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/Soins_de_plaies_Ulcere_pied_diabetique_VF.pdf

- Institut canadien d'information sur la santé. (2025). *Améliorer l'équité dans la prévention et les soins du diabète*. <https://www.cihi.ca/fr/equite-des-soins-du-diabete-regard-sur-lamputation-du-membre-inferieur/ameliorer-lequite-dans-la-prevention-et-les-soins-du-diabete>
- Institut de la statistique du Québec. (2025). *Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions*. <https://statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region/17/mrc/49>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- International Diabetes Federation. (2025). *Diabetes Atlas : 11th edition*. https://international-diabetes-federation.s3.eu-west-1.amazonaws.com/media/uploads/sites/3/2025/10/IDF_Diabetes_Atlas_11th_Edition_2025_WEB.pdf
- Isa, D. & Pace, D. (2021). Is ethnicity an appropriate measure of health care marginalization? A systematic review and meta-analysis of the outcomes of diabetic foot ulceration in Aboriginal populations. *Canadian Journal of Surgery*, 64(5), E476-E483. <https://doi.org/10.1503/cjs.004619>
- Jeong, D., Aggarwal, S., Robinson, J., Kumar, N., Spearot, A. & Park, D. S. (2023). Exhaustive or exhausting? Evidence on respondent fatigue in long surveys. *Journal of Development Economics*, 161, Article 102992. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4216225>
- Jiang, F.-H., Liu, X.-M., Yu, H.-R., Qian, Y. & Chen, H.-L. (2022). The incidence of depression in patients with diabetic foot ulcers: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 21(2), 161-173. <https://doi.org/10.1177/1534734620929892>
- Johnson, M., Newton, P. & Goyder, E. (2006). Patient and professional perspectives on prescribed therapeutic footwear for people with diabetes: a vignette study. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 167-172. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.12.013>
- Ju, H. H., Ottosen, M., Alford, J., Jularbal, J. & Johnson, C. (2024). Enhancing foot care education and support strategies in adults with type 2 diabetes. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 36(6), 334-341. <https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000998>
- Kanan, P., Siribumrungwong, B., Tharavanij, T., Orrapin, S. & Napunnaphat, P. (2023). The needs of patients with diabetes for the prevention and treatment of foot complications in Thailand: a qualitative descriptive study. *Belitung Nursing Journal*, 9(6), 586-594. <https://doi.org/10.33546/bnj.2835>
- Kayssi, A., de Mestral, C., Forbes, T. L. & Roche-Nagle, G. (2016). A Canadian population-based description of the indications for lower-extremity amputations and outcomes. *Canadian Journal of Surgery*, 59(2), 99-106. <https://doi.org/10.1503/cjs.013115>
- Kennedy, G. D., Tevis, S. E. & Kent, K. C. (2014). Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes? *Annals of Surgery*, 260(4), 592-600. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000000932>

- Khunkaew, S., Fernandez, R. & Sim, J. (2019). Health-related quality of life among adults living with diabetic foot ulcers: a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28(6), 1413-1427. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2082-2>
- Kiliç, M., Karadağ, A. & Koçakgöl, N. (2023). The validity and reliability of the Diabetic Foot Scale-Short Form (DFS-SF) in the Turkish population: a methodological study. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 53(5), 1438-1447. <https://doi.org/10.55730/1300-0144.5711>
- Kingsley, C. & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Education*, 17(4), 137-144. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw060>
- Kongkar, R., Ruksakulpiwat, S., Phianhasin, L., Benjasirisan, C., Niyomyart, A., Ahmed, B. H., Puwarawuttipanit, W., Chuenkongkaew, W. L. & Adams, J. (2025). The impact of interdisciplinary team-based care on the care and outcomes of chronically ill patients: a systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 445-457. <https://doi.org/10.2147/jmdh.S497846>
- Kontodimopoulos, N., Veniou, A., Tentolouris, N. & Niakas, D. (2016). Validity and reliability of the Greek version of the Diabetic Foot Ulcer Scale - Short Form (DFS-SF). *Hormones*, 15(3), 394-403. <https://doi.org/10.14310/horm.2002.1682>
- Kristaningrum, N. D., Ramadhani, D. A., Hayati, Y. S. & Setyoadi. (2021). Correlation between the burden of family caregivers and health status of people with diabetes mellitus. *Journal of Public Health Research*, 10(2), Article 2227. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2227>
- Kuhnke, J. L., Burrows, C., Evans, R., Orsted, H. L. & Rosenthal, S. (2025). Best Practice Recommendations For Skin Health And Wound Management 2025. *Wounds Canada*. <https://doi.org/10.56885/HXLA9381>
- Langendoen-Gort, M., Groeneveld, L., Prinsen, C. A., Beulens, J. W., Elders, P. J., Halperin, I., Mukerji, G., Terwee, C. B. & Rutters, F. (2022). Patient-reported outcome measures for assessing health-related quality of life in people with type 2 diabetes: a systematic review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 23(5), 931-977. <https://doi.org/10.1007/s11154-022-09734-9>
- Larsson, B. W. & Larsson, G. (2002). Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *Journal of clinical nursing*, 11(5), 681-687. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00640.x>
- Larsson, G., Larsson, B. W. & Munck, I. M. E. (1998). Refinement of the questionnaire 'Quality of care from the Patient's Perspective' using structural equation modelling. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12(2), 111-118. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1998.tb00484.x>
- Lavery, L. A., Armstrong, D. G., Wunderlich, R. P., Tredwell, J. & Boulton, A. J. (2003). Diabetic foot syndrome: evaluating the prevalence and incidence of foot pathology in Mexican Americans and non-Hispanic whites from a diabetes disease management cohort. *Diabetes Care*, 26(5), 1435-1438. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.5.1435>

- Lazzarini, P. A., Jarl, G., Gooday, C., Viswanathan, V., Caravaggi, C. F., Armstrong, D. G. & Bus, S. A. (2020). Effectiveness of offloading interventions to heal foot ulcers in persons with diabetes: a systematic review. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 36, 1-28. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3275>
- Lazzarini, P. A., Pacella, R. E., Armstrong, D. G. & Van Netten, J. J. (2018). Diabetes-related lower-extremity complications are a leading cause of the global burden of disability. *Diabetic Medicine*, 35(9), 1297-1299. <https://doi.org/10.1111/dme.13680>
- Lee, M. A. (2007). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 545-555. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.006>
- Lee Y-N. (2019). Translation and validation of Korean version of the diabetic foot ulcer scale-short form. *International Wound Journal*. 16(supp 1), 3-12. <https://doi.org/10.1111/iwj.13025>
- Legido-Quigley, H., Camacho Lopez, P. A., Balabanova, D., Perel, P., Lopez-Jaramillo, P., Nieuwlaat, R., Schwalm, J. D., McCready, T., Yusuf, S. & McKee, M. (2015). Patients' knowledge, attitudes, behaviour and health care experiences on the prevention, detection, management and control of hypertension in Colombia: a qualitative study. *PLoS One*, 10(4), Article e0122112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122112>
- Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G. E., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Bush, T. & Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, 27(9), 2154-2160. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.9.2154>
- Lipsky, B. A., Berendt, A. R., Cornia, P. B., Pile, J. C., Peters, E. J. G., Armstrong, D. G., Deery, H. G., Embil, J. M., Joseph, W. S., Karchmer, A. W., Pinzur, M. S. & Senneville, E. (2012). 2012 Infectious diseases society of america clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections. *Clinical Infectious Diseases*, 54(12), e132-e173. <https://doi.org/10.1093/cid/cis346>
- Liu, S. S., Amendah, E., Chang, E. C. & Pei, L. K. (2008). Satisfaction and value: a meta-analysis in the healthcare context. *Health Marketing Quarterly*, 23(4), 49-73. <https://doi.org/10.1080/07359680802131566>
- Löndahl, M., Landin-Olsson, M. & Katzman, P. (2011). Hyperbaric oxygen therapy improves health-related quality of life in patients with diabetes and chronic foot ulcer. *Diabetic Medicine*, 28(2), 186-190. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03185.x>
- Lu, W. & Al-Hakim, L. (2020). The Impact of reputation, costs, and interactive care on patient satisfaction. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-109605/v1>
- Ma, L., Chen, J., Sun, Y., Feng, Y., Yuan, L. & Ran, X. (2023). The perceptions of living with diabetic foot ulcers: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Tissue Viability*, 32(1), 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.11.005>

- Macioch, T., Sobol, E., Krakowiecki, A., Mrozikiewicz-Rakowska, B., Kasprovicz, M., & Hermanowski, T. (2017). Health related quality of life in patients with diabetic foot ulceration—translation and Polish adaptation of Diabetic Foot Ulcer Scale short form. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(15). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0587-y>
- Martin-Delgado, J., Guilabert, M. & Mira-Solves, J. (2021). Patient-reported experience and outcome measures in people living with diabetes: a scoping review of instruments. *The Patient*, 14(6), 759-773. <https://doi.org/10.1007/s40271-021-00526-y>
- Martinez-Gonzalez, D., Dòria, M., Martínez-Alonso, M., Alcubierre, N., Valls, J., Verdú-Soriano, J., Granado-Casas, M. & Mauricio, D. (2020). Adaptation and validation of the Diabetic Foot Ulcer Scale-Short Form in spanish subjects. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), <https://doi.org/10.3390/jcm9082497>
- McDermott, K., Fang, M., Boulton, A. J., Selvin, E. & Hicks, C. W. (2023). Etiology, epidemiology, and disparities in the burden of diabetic foot ulcers. *Diabetes Care*, 46(1), 209-221. <https://doi.org/10.2337/dci22-0043>
- McMillan, S. S., Kendall, E., Sav, A., King, M. A., Whitty, J. A., Kelly, F. & Wheeler, A. J. (2013). Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Medical Care Research and Review*, 70(6), 567-596. <https://doi.org/10.1177/1077558713496318>
- Mehica, L., Gershater, M. A. & Roijer, C. A. (2013). Diabetes and infected foot ulcer: a survey of patients' perceptions of care during the preoperative and postoperative periods. *International Diabetes Nursing*, 10(3), 91-95. <https://doi.org/10.1002/edn.235>
- Mercier-Gauthier, A., Le Houillier, J-F., Sossa, F., Déry, O., Grégoire, M., Lemay, F., Quintal, S., Bernier, S., Hébert, J., Désilets, E. & Douari, R. (2025) Un regard averti sur l'état de santé de la population. (Portrait de santé de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec). *Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec*. <https://ciusssmcq.ca/telechargement/6690/portrait-de-sante-2025-de-la-population-de-la-mauricie-et-du-centre-du-quebec>
- Ministre de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/taux-de-prevalence-du-diabete/>
- Monteiro-Soares, M., Boyko, E. J., Ribeiro, J., Ribeiro, I. & Dinis-Ribeiro, M. (2012). Predictive factors for diabetic foot ulceration: a systematic review. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 28(7), 574-600. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2319>
- Monteiro-Soares, M., Vale-Lima, J., Martiniano, J., Pinheiro-Torres, S., Dias, V. & Boyko, E. J. (2021). A systematic review with meta-analysis of the impact of access and quality of diabetic foot care delivery in preventing lower extremity

- amputation. *Journal of Diabetes and its Complications*, 35(4). <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2020.107837>
- Monteiro-Soares, M., Russell, D., Boyko, E. J., Jeffcoate, W., Mills, J. L., Morbach, S., Game, F. et Foot, I. W. G. o. t. D. (2020). Guidelines on the classification of diabetic foot ulcers (IWGDF 2019). *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 36, e3273.
- Ndosi, M., Wright-Hughes, A., Brown, S., Backhouse, M., Lipsky, B. A., Bhogal, M., Reynolds, C., Vowden, P., Jude, E. & Nixon, J. (2018). Prognosis of the infected diabetic foot ulcer: a 12-month prospective observational study. *Diabetic Medicine*, 35(1), 78-88. <https://doi.org/10.1111/dme.13537>
- Netten, J. J., Raspovic, A., Lavery, L. A., Monteiro-Soares, M., Rasmussen, A., Sacco, I. C. N., Bus, S. A., van Netten, J. J. & Monteiro-Soares, M. (2020). Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 36,. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3270>
- Nowakowska, M., Zghebi, S. S., Ashcroft, D. M., Buchan, I., Chew-Graham, C., Holt, T., Mallen, C., Van Marwijk, H., Peek, N., Perera-Salazar, R., Reeves, D., Rutter, M. K., Weng, S. F., Qureshi, N., Mamas, M. A. & Kontopantelis, E. (2019). The comorbidity burden of type 2 diabetes mellitus: patterns, clusters and predictions from a large English primary care cohort. *BMC Medicine*, 17(145). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1373-y>
- Nundy, S., Cooper, L. A. & Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. *Journal of American Medical Association*, 327(6), 521-522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
- Obilor, H. N. & Adejumo, P. O. (2015). Assessment of diabetic foot ulcer-related pain and its relationship to quality of life. *Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association*, 23(3), 124-131. https://journals.cambridgemedia.com.au/application/files/3716/0497/8587/2303_05.pdf
- Ojo, O., Boateng, J., Pacella, R., Hanrahan, A., Essex, R. & Dibley, L. (2025). Factors influencing the care and management of diabetic foot ulcers: a scoping review. *Endocrine Practice*, 31(3), 380-389. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2024.11.010>
- Oliveira Kaizer, U. A., Alexandre, N. M. C., Rodrigues, R. C. M., Cornélio, M. E., Melo Lima, M. H. & São-João, T. M. (2020). Measurement properties and factor analysis of the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF). *International Wound Journal*, 17(3), 670-682. <https://doi.org/10.1111/iwj.13310>
- Olsson, M., Järbrink, K., Divakar, U., Bajpai, R., Upton, Z., Schmidtchen, A. & Car, J. (2019). The humanistic and economic burden of chronic wounds: a systematic review. *Wound repair and regeneration : The International Journal of Tissue Repair and Regeneration*. 27(1), 114-125. <https://doi.org/10.1111/wrr.12683>
- Organisation mondiale de la santé. (2026). *Services de santé de qualité*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

- Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N. & Vonkorff, M. (1997). Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects. *Social Science and Medicine*, 45(7), 1051-1063. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00032-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00032-4)
- Orsted HL, Keast DH, Forest-Lalande L, Kuhnke JL, O’Sullivan-Drombolis D, Jin S, Haley, J., et Evans, R. (2018). Recommandations pour les pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des plaies. (Fondaments des Pratiques Exemplaires pour la Gestion des Soins de la Peau et des Plaies). Association canadienne du soin des plaies. www.woundscanada.ca/dhfy-doc-man/public/health-care-professional/576-cycle-degestion-des-soins-de-plaie-grr/file.
- Øvretveit, J., Zubkoff, L., Nelson, E. C., Frampton, S., Knudsen, J. L. & Zimlichman, E. (2017). Using patient-reported outcome measurement to improve patient care. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(6), 874-879. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx108>
- Park, Y.-J., Ma, B., Jia, J. & Parsons, L. (2024). Temporal and regional trends in Canada for the epidemiology and management of diabetic foot ulcers. *Journal of Wound Care*, 33(11), 856-864. <https://doi.org/10.12968/jowc.2024.0048>
- Paton, J. S., Roberts, A., Bruce, G. K. & Marsden, J. (2014). Patients’ Experience of therapeutic footwear whilst living at risk of neuropathic diabetic foot ulceration: an interpretative phenomenological analysis (IPA). *Journal of Foot and Ankle Research*, 7(16). <https://doi.org/10.1186/1757-1146-7-16>
- Patry, J., Bourgault, A. & Blanchette, V. (2024). Treatment of diabetic foot ulcers based on an interdisciplinary team approach: exploratory cross-sectional study of patients’ views on quality of care. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 51(3), 236-241. <https://doi.org/10.1097/won.0000000000001086>
- Patry, J., Tourigny, A., Mercier, M.-P. & Dionne, C. E. (2021). Quality of diabetic foot ulcer care: evaluation of an interdisciplinary wound care clinic using an extended donabedian model based on a retrospective cohort study. *Canadian Journal of Diabetes*, 45(4), 327-333. Article e322. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2020.09.020>
- Patry, J., Tourigny, A., Mercier, M. P. & Dionne, C. E. (2020). Outcomes and prognosis of diabetic foot ulcers treated by an interdisciplinary team in Canada. *International Wound Journal*, 18, 134-146 <https://doi.org/10.1111/iwj.13505>
- Pecoraro, R. E., Reiber, G. E. & Burgess, E. M. (1990). Pathways to diabetic limb amputation: basis for prevention. *Diabetes Care*, 13(5), 513-521. <https://doi.org/10.2337/diacare.13.5.513>
- Pepin, Y. (2018). *Le diabète en Mauricie et Centre-du-québec*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-Centre-du-Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3575975>
- Pérez-Panero, A. J., Ruiz-Muñoz, M., Fernández-Torres, R., Formosa, C., Gatt, A. & González-Sánchez, M. (2021). Diabetic foot disease: a systematic literature review of patient-reported outcome measures. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 30(12), 3395-3405. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02892-4>

- Petersen, B. J., Linde-Zwirble, W. T., Tan, T.-W., Rothenberg, G. M., Salgado, S. J., Bloom, J. D. & Armstrong, D. G. (2022). Higher rates of all-cause mortality and resource utilization during episodes-of-care for diabetic foot ulceration. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 184. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109182>
- Petersen, B. J., Rothenberg, G. M., Lakhani, P. J., Zhou, M., Linders, D. R., Bloom, J. D., Wood, K. A. & Armstrong, D. G. (2020). Ulcer metastasis? Anatomical locations of recurrence for patients in diabetic foot remission. *Journal of Foot and Ankle Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13047-020-0369-3>
- Poitras, M.-E., Vaillancourt, V., Beaupré, P., Emond, M. J., Perron, M. E. & Fournier, A. (2023). *Boîte à outils PREMs et PROMs: les indicateurs de l'état de santé et de l'expérience rapportés par les patientes et patients*. Contenu réalisé pour l'Unité SSA Québec. https://ssaquebec.ca/wp-content/uploads/2023/04/Boite-Outils-Paris_premsproms_ssaquebec.pdf
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1926498>
- Prompers, L., Huijberts, M., Apelqvist, J., Jude, E., Piaggese, A., Bakker, K., Edmonds, M., Holstein, P., Jirkovska, A. & Mauricio, D. (2007). High prevalence of ischaemia, infection and serious comorbidity in patients with diabetic foot disease in Europe. Baseline results from the Eurodiale study. *Diabetologia*, 50(1), 18-25. <https://doi.org/10.1007/s00125-006-0491-1>
- Prompers, L., Schaper, N., Apelqvist, J., Edmonds, M., Jude, E., Mauricio, D., Uccioli, L., Urbancic, V., Bakker, K. & Holstein, P. (2008). Prediction of outcome in individuals with diabetic foot ulcers: focus on the differences between individuals with and without peripheral arterial disease. The EURODIALE Study. *Diabetologia*, 51(5), 747-755. <https://doi.org/10.1007/s00125-008-0940-0>
- Punthakee, Z., Goldenberg, R. & Katz, P. (2018). Definition, classification and diagnosis of diabetes, prediabetes and metabolic syndrome. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, S10-S15. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2017.10.003>
- Pyatak, E. A., Carandang, K., Vigen, C. L., Blanchard, J., Diaz, J., Concha-Chavez, A., Sequeira, P. A., Wood, J. R., Whittemore, R. & Spruijt-Metz, D. (2018). Occupational therapy intervention improves glycemic control and quality of life among young adults with diabetes: The Resilient, Empowered, Active Living with Diabetes (REAL Diabetes) randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 41(4), 696-704. <https://doi.org/10.2337/dc17-1634>
- Rao, K. D., Peters, D. H. & Bandeen-Roche, K. (2006). Towards patient-centered health services in India—a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(6), 414-421. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl049>
- Ratliff, H. T., Shibuya, N. & Jupiter, D. C. (2021). Minor vs. major leg amputation in adults with diabetes: Six-month readmissions, reamputations, and complications.

- Journal of Diabetes and its Complications*, 35(5), Article 107886. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2021.107886>
- Rice, K., Te Hiwi, B., Zwarenstein, M., Lavalley, B., Barre, D. E. & Harris, S. B. (2016). Best practices for the prevention and management of diabetes and obesity-related chronic disease among indigenous peoples in Canada: a Review. *Canadian Journal of Diabetes*, 40(3), 216-225. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2015.10.007>
- Robert, P., O'Connor, S., Perron, L., Dubé, M., Trépanier, P-L, Leclerc, J., Poirier, P. & Blais, C. (2022). *Portrait du diabète dans la population québécoise âgée d'un an et plus de 2001 à 2019*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2858-infographie-portrait-diabete-inspq.pdf>
- Romero-Collado, À., Hernández-Martínez-Esparza, E., Zabaleta-del-Olmo, E., Urpí-Fernández, A.-M. & Santesmases-Masana, R. (2022). Patient-reported outcome measures of quality of life in people affected by diabetic foot: a psychometric systematic review. *Value in Health*, 25(9), 1602-1618. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.04.1737>
- Rosner, B. A. (2006). *Fundamentals of biostatistics* (vol. 6). Thomson-Brooks/Cole Belmont, CA.
- Rudra Pandya, S. F., Blanchette, V., Weisz, T., Iansavitchene, A. & de Mestral, C. (2025). Patient perspectives on facilitators and barriers for diabetic foot complications and limb preservation in Canada. *Canadian journal of diabetes (sous presse)*.
- Safikhani, S., Gries, K. S., Trudeau, J. J., Reasner, D., Rüdell, K., Coons, S. J., Bush, E. N., Hanlon, J., Abraham, L. & Vernon, M. (2018). Response scale selection in adult pain measures: results from a literature review. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 2(40). <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0053-6>
- Salomé, G. M., de Souza Pellegrino, D. M., Blanes, L. & Ferreira, L. M. (2011). Self-esteem in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of tissue viability*, 20(3), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2010.12.004>
- Schaper, N. C., van Netten, J. J., Apelqvist, J., Bus, S. A., Fitridge, R., Game, F., Monteiro-Soares, M. et Senneville, E. (2023). IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease *International Working group on Diabetic Foot Guidelines*. <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf>
- Sekhar, M. S., Thomas, R. R., Unnikrishnan, M., Vijayanarayana, K. & Rodrigues, G. S. (2015). Impact of diabetic foot ulcer on health-related quality of life: a cross-sectional study. *Seminars in Vascular Surgery*, 28(3-4), 165-171. <https://doi.org/10.1053/j.semvascsurg.2015.12.001>
- Singer, S., Danker, H., Meixensberger, J., Briest, S., Dietz, A., Kortmann, R.-D., Stolzenburg, J.-U., Kersting, A. & Roick, J. (2019). Structured multi-disciplinary psychosocial care for cancer patients and the perceived quality of care from the patient perspective: a cluster-randomized trial. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 145(11), 2845-2854. <https://doi.org/10.1007/s00432-019-03018-7>

- Sobol, E., Macioch, T., Krakowiecki, A., Mrozikiewicz-Rakowska, B., Kasprowicz, M. & Hermanowski, T. R. (2015). Translation and Validation of The Polish Diabetic Foot Ulcer Scale - Short Form (DFS-SF). *Value in Health*, 18(7), <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.2143>
- Soe, P., Sadarangani, M., Naus, M., Muller, M. P., Vanderkooi, O. G., Kellner, J. D., Top, K. A., Wong, H., Isenor, J. E., Marty, K., De Serres, G., Valiquette, L., McGeer, A. & Bettinger, J. A. (2024). Impact of recruitment strategies on individual participation practices in the Canadian National Vaccine Safety Network: prospective cohort study. *Front Public Health*, 12, Article 1385426. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1385426>
- Staniszewska, A., Game, F., Nixon, J., Russell, D., Armstrong, D. G., Ashmore, C., Bus, S. A., Chung, J., Chuter, V. & Dhatariya, K. (2024). Development of a core outcome set for studies assessing interventions for diabetes-related foot ulceration. *Diabetes Care*, 47(11), 1958-1968. <https://doi.org/10.2337/dc24-1112>
- Staniszewska, S., Brett, J., Simera, I., Seers, K., Mockford, C., Goodlad, S., Altman, D. G., Moher, D., Barber, R., Denegri, S., Entwistle, A., Littlejohns, P., Morris, C., Suleman, R., Thomas, V. & Tysall, C. (2017). GRIPP2 reporting checklists: tools to improve reporting of patient and public involvement in research. *BMJ* 358, Article j3453. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3453>
- Statistique Canada. (2023). Le diabète parmi la population canadienne adulte. <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/5103-le-diabete-parmi-la-population-canadienne-adulte>
- Svedbo Engström, M., Leksell, J., Johansson, U.-B., Borg, S., Palaszewski, B., Franzén, S., Gudbjörnsdóttir, S. et Eeg-Olofsson, K. (2019). Health-related quality of life and glycaemic control among adults with type 1 and type 2 diabetes—a nationwide cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(141), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1212-z>
- Tan, T.-W., Armstrong, D. G., Concha-Moore, K. C., Marrero, D. G., Zhou, W., Calhoun, E., Chang, C.-Y. et Lo-Ciganic, W.-H. (2020). Association between race/ethnicity and the risk of amputation of lower extremities among medicare beneficiaries with diabetic foot ulcers and diabetic foot infections. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 8(1), Article e001328. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001328>
- Tan, T. W., Crocker, R. M., Palmer, K. N. B., Gomez, C., Armstrong, D. G. & Marrero, D. G. (2022). A qualitative study of barriers to care-seeking for diabetic foot ulceration across multiple levels of the healthcare system. *Journal of Foot and Ankle Research*, 15(56). <https://doi.org/10.1186/s13047-022-00561-4>
- Tan, T. W., Shih, C. D., Concha-Moore, K. C., Diri, M. M., Hu, B., Marrero, D., Zhou, W. & Armstrong, D. G. (2019). Disparities in outcomes of patients admitted with diabetic foot infections. *PLoS One*, 14(2), Article e0211481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211481>
- Thuong, C.-T., Calmus, S., Legris, C., Morin, S. & May-Michelangeli, L. (2021). La mesure de la qualité des soins perçue par les patients: un rôle clé dans la transformation vers des systèmes de santé centrés sur la personne. *Risques et*

- Qualité*, 18(4). 196-202. <https://www.risqual.net/publication-scientifique/la-mesure-de-la-qualite-des-soins-percue-par-les-patients-un-role-cle-dans-la-transformation-vers-des-systemes-de-sante-centres-sur-la-personne>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167-176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. (2010). Quality of nursing care from the perspective of patients with leg ulcers. *Journal of Wound Care*, 19(9), 388-395. <https://doi.org/10.12968/jowc.2010.19.9.78222>
- U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Drug Evaluation and Research., U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Biologics Evaluation and Research. & U.S. Department of Health and Human Services FDA Center for Devices and Radiological Health. (2006). Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Health Quality Life Outcomes* 4(79). <http://www.hqlo.com/content/4/1/79>
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 15(3), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Valensi, P., Girod, I., Baron, F., Moreau-Defarges, T. & Guillon, P. (2005). Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcers. *Diabetes and Metabolism*, 31(3), 263-271. [https://doi.org/10.1016/S1262-3636\(07\)70193-3](https://doi.org/10.1016/S1262-3636(07)70193-3)
- van Nes, F., Abma, T., Jonsson, H. & Deeg, D. (2010). Language differences in qualitative research: is meaning lost in translation? *European Journal of Ageing*, 7(4), 313-316. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0168-y>
- van Netten, J. J., Bus, S. A., Apelqvist, J., Lipsky, B. A., Hinchliffe, R. J., Game, F., Rayman, G., Lazzarini, P. A., Forsythe, R. O., Peters, E. J. G., Senneville, E., Vas, P., Monteiro-Soares, M., Schaper, N. C. & International Working Group on the Diabetic, F. (2020). Definitions and criteria for diabetic foot disease. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 36(Suppl 1), Article e3268. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3268>
- Veillard, J., Dhalla, I., Fekri, O. & Klazinga, N. (2015). Measuring outcomes in the Canadian Health sector: driving better value from healthcare. *C.D. Howe Institute Commentary*, 438. https://cdhowe.org/wp-content/uploads/2024/12/Commentary_438-1-20241220-040613.pdf
- Vileikyte, L., Peyrot, M., Bundy, C., Rubin, R. R., Leventhal, H., Mora, P., Shaw, J. E., Baker, P. & Boulton, A. J. (2003). The development and validation of a neuropathy-and foot ulcer-specific quality of life instrument. *Diabetes Care*, 26(9), 2549-2555. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.9.2549>
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C. & Vandenbroucke, J. P. (2008). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational

- studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(4), 344-349. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
- Waibel, F. W. A., Uçkay, I., Soldevila-Boixader, L., Sydler, C. & Gariani, K. (2023). Current knowledge of morbidities and direct costs related to diabetic foot disorders: a literature review. *Frontiers in Endocrinology*, 14, Article 1323315. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1323315>
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. et Gandek, B. (1993). SF-36 health survey. (Manual and interpretation guide). *The Health Institute*
- Ware Jr, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>
- Wee, P. J. L., Kwan, Y. H., Loh, D. H. F., Phang, J. K., Puar, T. H., Østbye, T., Thumboo, J., Yoon, S. & Low, L. L. (2021). Measurement properties of patient-reported outcome measures for diabetes: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(8), Article e25002. <https://doi.org/10.2196/25002>
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M. & Starrin, B. (1994). Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8(1), 39-48. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1994.tb00223.x>
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G. & Larsson, M. (1993). Quality of care from a patient perspective: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7(2), 113-120. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1993.tb00180.x>
- Wilde Larsson, B. (1999). Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6), 693-700. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1999.00311.x>
- Wilde Larsson, B., Larsson, G., Wickman Chantereau, M. & Staël von Holstein, K. (2005). International comparisons of patients' views on quality of care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(1), 62-73. <https://doi.org/10.1108/09526860510576974>
- Will, K. K., Johnson, M. L. & Lamb, G. (2019). Team-based care and patient satisfaction in the hospital setting: a systematic review. *Journal of Patient- Centered Research and Reviews*, 6(2), 158-171. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1695>
- Wilson, I. & Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65. <https://doi.org/10.1001/jama.273.1.59>
- Wukich, D. K. & Raspovic, K. M. (2018). Assessing health-related quality of life in patients with diabetic foot disease: why is it important and how can we improve? The 2017 Roger E. Pecoraro Award Lecture. *Diabetes Care*, 41(3), 391-397. <https://doi.org/10.2337/dci17-0029>
- Wukich, D. K., Raspovic, K. M. & Suder, N. C. (2018). Patients with diabetic foot disease fear major lower-extremity amputation more than death. *Foot and Ankle Specialist*, 11(1), 17-21. <https://doi.org/10.1177/1938640017694722>

- Zhang, P., Lu, J., Jing, Y., Tang, S., Zhu, D. & Bi, Y. (2017). Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine*, 49(2), 106-116. <https://doi.org/10.1080/07853890.2016.1231932>
- Zhang, W., McLeod, C. & Koehoorn, M. (2016). The relationship between chronic conditions and absenteeism and associated costs in Canada. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 42(5), 413-422. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3583>
- Zhu, X., Lee, E. S., Lim, P. X., Chen, Y. C., Chan, F. H. & Griva, K. (2023). Exploring barriers and enablers of self-management behaviours in patients with diabetic foot ulcers: a qualitative study from the perceptions of patients, caregivers, and healthcare professionals in primary care. *International Wound Journal*, 20(7), 2764-2779. <https://doi.org/10.1111/iwj.14153>
- Zhu, X., Lee, E. S., Lim, P. X. H., Chan, F. H. F., Chen, Y. C. & Griva, K. (2025). “It is a constant battle”: A qualitative study of the lived experience of individuals with diabetic foot ulcer and post-healing challenges in primary care. *Diabetic Medicine*, 42(9). <https://doi.org/10.1111/dme.70096>

ANNEXES

Annexe A – Autorisation d'utilisation du DFS-SF

Courriel d'autorisation d'utilisation du DFS-SF via Eprovide - Mapi Research Trust

 Outlook

ePROVIDE™: Your User Agreement - Diabetic Foot Ulcer Scale - Short Form - 38636

De eprovide@mapi-trust.org <eprovide@mapi-trust.org>

Date Ven 2021-07-02 11:17

À janyeveallard@hotmail.com <janyeveallard@hotmail.com>

 2 pièces jointes (540 ko)

UA_General_Terms_Licensing_MRT.pdf; UA_special_terms_Jany-Eve_Allard_DFS-SF_38636.pdf;

Dear User

Thank you for using the online distribution on <https://eprovide.mapi-trust.org> for the use of this COA.

Please find attached your completed User License Agreement.

This COA may be under specific conditions of use and copyright ownership.

By accepting the General and Special Terms of this User License Agreement, you have acknowledged that you will respect these conditions, and especially:

- You will only use the COA in the context of use that you have indicated
- You will not modify the COA
- You will not translate the COA without contacting Mapi Research Trust beforehand for possible specific conditions
- You will not distribute the COA to other third parties

We invite you to refer to the attached Terms for complete information and conditions of use.

Should you have any questions, please contact us at eprovide@mapi-trust.org.

Annexe B – Questionnaire de recherche utilisé pour notre projet

FORMULAIRE À REMPLIR ET À ANNEXER AU QUESTIONNAIRE

Avant de commencer, s'assurer du respect des critères d'inclusion et d'exclusion :

Critères d'inclusions et d'exclusions :	Cocher
A) Critères d'inclusion	
Être atteint de diabète de type 1 ou 2;	
Être âgé de ≥ 18 ans;	
Être en cours d'épisode de soins (minimalement à deuxième traitement/consultation) pour un UPD;	
Être traité dans les secteurs ciblés au CIUSSS MCQ;	
Être capable de parler et de comprendre le français oral et écrit;	
Être considéré apte à consentir.	
B) Critères d'exclusion	
Être conjointement traité par un service de santé qui ne fait pas partie du CIUSSS MCQ pour l'UPD (par ex. clinique podiatrique privée ou universitaire, clinique médicale privée);	
Être hospitalisé pour une condition médicale autre que l'UPD.	

Information à remplir par le membre de l'équipe de recherche qui fera passer le questionnaire :

Code de la personne participante :	
Date :	
Heure :	
Milieu de soins :	

Méthode de complétion :	Téléphone / Papier
Date du dernier RDV	
Raison de la consultation lors de la complétion du questionnaire :	☐ Nouvelle plaie ☐ Changement de pansement ☐ Soins préventifs ☐ Rendez-vous de suivi ☐ Autres :

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Titre du projet de recherche :

Évaluation de la qualité de vie et de la perception des soins reçus par des personnes atteintes d'ulcère des pieds diabétiques au Centre Intégré Universitaire de Santé et Services Sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec

Chercheuse principale :

Jany-Ève Allard, DPM, M.Sc. (c)

Podiatre, étudiante à la Maîtrise en sciences de l'activité physique de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Co-chercheuses :

- Virginie Blanchette, DPM, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières, Programme de médecine podiatrique, Département des sciences de l'activité physique
- Magali Brousseau-Foley, MD, M.Sc., Ph.D. (c)
Université du Québec à Trois-Rivières, Programme de médecine podiatrique, Département des sciences de l'activité physique
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) affilié à l'Université de Montréal, Faculté de Médecine, Groupe de médecine familiale universitaire de Trois-Rivières

Collaborateurs :

- François Trudeau, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières, programme de kinésiologie, Département des sciences de l'activité physique
- Yvette Plourde, patiente-partenaire

Commanditaire du projet de recherche ou organisme subventionnaire :

Diabète Québec

Fondation Santé Trois-Rivières

Déclaration de conflits d'intérêts :

Aucun

CONSIGNES

Ce questionnaire porte sur les conséquences que peuvent avoir une plaie aux pieds sur votre vie quotidienne et sur votre bien-être, ainsi que sur la perception que vous avez des soins que vous recevez présentement pour ce problème. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explication.

Je vous invite à avoir un papier et un crayon pour faciliter certains choix de réponse. Veuillez répondre attentivement à chaque question tout en gardant en tête les conséquences de votre plaie au pied. Vos réponses demeureront confidentielles en tout temps et cela n'impactera aucunement les soins que vous recevez actuellement ou recevrez dans l'avenir. Pour alléger le questionnaire, le masculin et le singulier seront employés, mais considérez que les questions s'adaptent à votre situation.

Si vous avez des questions, référez-vous à la chercheuse principale, il lui fera plaisir d'y répondre.

Bon questionnaire !

Partie 1 : Données sociodémographiques

Dans cette première section, des questions portant sur vos caractéristiques sociodémographiques vous seront posées. Nous vous demandons de répondre à chaque énoncé le plus honnêtement possible parmi les choix de réponses offerts. Pour certaines questions, vous pouvez ne pas savoir la réponse ou ne pas vouloir répondre. Dans ce cas, choisissez la case « Je ne sais pas » ou « Je préfère ne pas répondre ».

- 1) Quel âge avez-vous ?
 - ☐ J'ai _____ ans.
 - ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
- 2) À quelle identité de genre vous identifiez-vous ?
 - ☐ Femme

- ☐ Homme
- ☐ Non-binaire
- ☐ Je préfère ne pas répondre

3) Quel est votre statut civil ?

- ☐ Célibataire
- ☐ Conjoint de fait
- ☐ Marié
- ☐ Divorcé
- ☐ Veuf

☐ Autres : _____

☐ Je préfère ne pas répondre

4) Quelle ville et quel secteur (si applicable) habitez-vous ? (Ex : Ville de Trois-Rivières, secteur Pointe-du-Lac)

☐ Ville : _____

☐ Secteur : _____

☐ Je ne sais pas

☐ Je préfère ne pas répondre

5) À quelle origine ethnique appartenez-vous ?

- ☐ Autochtone nord-américaine
- ☐ Nord-américaine qui n'est pas autochtone
- ☐ Européenne
- ☐ Caribéenne
- ☐ Amérique latine, centrale et du sud
- ☐ Africaine
- ☐ Asiatique
- ☐ Océanique
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

6) Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez complété?

- ☐ Aucun
- ☐ Préscolaire
- ☐ Primaire
- ☐ Secondaire
- ☐ Formation professionnelle (diplôme d'études professionnelles (DEP), attestation de spécialisation professionnelle (ASP), attestation d'études professionnelles (AEP)).

- ☐ Collégial (formation préuniversitaire, technique (DEC), attestation d'études collégiales (AEC))
- ☐ Universitaire (1^{er}, 2^e et 3^e cycles)
- ☐ Autres : _____
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

7) Quel est votre statut d'emploi principal actuel ? Choisissez celui qui correspond à votre statut principal.

- ☐ Sans emploi
- ☐ Étudiant
- ☐ Travailleur autonome
 - ☐ Travail debout la majeure partie du temps
 - ☐ Travail assis la majeure partie du temps
 - ☐ Autre, précisez : _____
 - ☐ Combien d'heures travaillez-vous par semaine ?
 - Je travaille environ _____ heures par semaine
- ☐ Travailleur salarié
 - ☐ Travail debout la majeure partie du temps
 - ☐ Travail assis la majeure partie du temps
 - ☐ Autre, précisez : _____
 - ☐ Combien d'heures travaillez-vous par semaine ?
 - Je travaille environ _____ heures par semaine
- ☐ Invalidité permanente
- ☐ En congé de maladie
- ☐ Précisez : _____
- ☐ Depuis le ____ / ____ / ____ (JJ/MM/AA)
- ☐ Au foyer
- ☐ Retraité
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

8) Quel est votre revenu annuel familial approximatif ?

- ☐ Moins de 24 999\$
- ☐ Entre 25 000 et 49 999\$
- ☐ Entre 50 000 et 69 999\$
- ☐ Entre 70 000\$ et 99 999\$
- ☐ Entre 100 000\$ et 499 999\$
- ☐ 500 000 \$ et plus

- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

Partie 2. Données relatives à la santé

Cette section porte sur la santé, le diabète et la plaie que vous avez au pied. Nous vous demandons de répondre à chaque énoncé le plus honnêtement possible parmi les choix de réponses offerts. Pour certaines questions, vous pouvez ne pas savoir la réponse ou ne pas vouloir répondre. Dans ce cas, choisissez l'option « Je ne sais pas » ou « Je préfère ne pas répondre ».

- 1) De quel type de diabète êtes-vous atteint ?
 - ☐ Diabète de type 1
 - ☐ Diabète de type 2 ou sucré
 - ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
- 2) Approximativement, vous êtes atteint de diabète ...
 - ☐ ...depuis combien d'années ? (Ex : J'ai le diabète depuis 3 ans.) :
OU
 - ☐ ... depuis quelle année ? (Ex : J'ai le diabète depuis 2012) :
 - ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
- 3) Présentement, quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour contrôler votre diabète ?
Choisissez toutes les réponses qui correspondent à votre situation.
 - ☐ Habitude de vie (alimentation, activité physique)
 - ☐ Médication orale
 - ☐ Insuline (injection)
 - ☐ Médication injectable qui n'est pas de l'insuline
 - ☐ Autres: _____
 - ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
- 4) Est-ce la première fois que vous avez une plaie au pied ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - i. Votre plaie est-elle la récurrence d'une ancienne plaie ou l'apparition d'une nouvelle plaie?
 - ☐ Récurrence d'une ancienne plaie
 - ☐ Nouvelle plaie

- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

ii. Avez-vous déjà subi une amputation relative à une plaie ?

☐ Oui

i. Depuis combien de temps :

ii. À quel endroit sur votre pied :

- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

5) Actuellement, combien de plaie(s) avez-vous au(x) pied(s) ? Sélectionnez sur quel(s) pied(s) elle(s) se situe(nt).

- ☐ 1 plaie, pied droit ☐, pied gauche ☐
- ☐ 2 plaies, pied droit ☐, pied gauche ☐
- ☐ 3 plaies, pied droit ☐, pied gauche ☐
- ☐ Plus de 3 plaies

Précisez le nombre : _____ pied droit ☐, pied gauche ☐

- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

6) Approximativement, depuis quand savez-vous que vous avez une plaie au pied?
(Ex : 2 semaines, 6 mois, plus 1 an)

- ☐ Précisez : _____
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

7) Qui a découvert en premier votre plaie?

- ☐ Vous
- ☐ Un proche, la famille, un ami
- ☐ Un médecin
- ☐ Un podiatre
- ☐ Un infirmier
- ☐ Une personne qui vient vous procurer des soins à domicile (ex. aide familiale, préposé)
- ☐ Autres, précisez : _____
- ☐ Je ne sais pas

☐ Je préfère ne pas répondre

8) D'où provient votre référence médicale au service

_____ pour votre problème au pied ?

☐ De l'urgence

☐ D'un médecin de famille

☐ Du CLSC

☐ D'une clinique podiatrique

☐ Autres, précisez : _____

☐ Je ne sais pas

☐ Je préfère ne pas répondre

9) À partir du moment où vous avez été référé à ce service, combien de temps s'est écoulé avant votre première consultation à ce service?

☐ 0-7 jours

☐ Entre 1 semaine – 1 mois

☐ Entre 1 mois – 3 mois

☐ Entre 3 mois – 6 mois

☐ Plus de 6 mois

☐ Je ne sais pas

☐ Je préfère ne pas répondre

10) Comment avez-vous perçu ce délai d'attente?

☐ Très pénible

☐ Pénible

☐ Ni pénible ni facile à vivre

☐ Facile à vivre

☐ Très facile à vivre

☐ Je ne sais pas

☐ Je préfère ne pas répondre

11) Lors de votre dernière visite à ce service, avez-vous été vu à l'heure prévue de votre rendez-vous ?

☐ Oui

☐ Non

i. Combien de temps avez-vous dû attendre approximativement?

1. 0-15 minutes

2. 16-30 minutes

3. 31-60 minutes

4. Plus de 60 minutes

5. Je ne sais pas

6. Je préfère ne pas répondre

- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

12) Devez-vous porter un soulier/appareillage spécifique pour le traitement de votre plaie? Si oui, précisez (Ex : botte de décharge, souliers postopératoires, béquilles).

- ☐ Oui, précisez : _____
 - ☐ Je porte cette modalité de décharge
 - ☐ Je devrais la porter, mais je ne la porte pas
 - ☐ Un mélange des deux
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Commentaires :

13) Autre que le diabète, avez-vous des maladies connues ? Si oui, précisez.

- ☐ Oui
 - ☐ Hypertension artérielle
 - ☐ Cholestérol
 - ☐ Problème de glande thyroïde
 - ☐ Problème cardiaque
 - ☐ Antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC)
 - ☐ Cancer
 - ☐ Cancer actif, précisez : _____
 - ☐ Cancer en rémission, précisez : _____
 - ☐ Insuffisance rénale
 - ☐ Avec dialyse
 - ☐ Dialyse en milieu hospitalier
 - ☐ Dialyse à domicile
 - ☐ Sans dialyse
 - ☐ Autre maladie rénale
 - ☐ Arthrose
 - ☐ Arthrite
 - ☐ Polyarthrite rhumatoïde
 - ☐ Arthrite psoriasique
 - ☐ Autres types d'arthrite : _____

☐ Autre, précisez : _____

☐ Non

☐ Je ne sais pas

☐ Je préfère ne pas répondre

14) Souffrez-vous de douleur chronique connue? (Ex : douleur au dos, neuropathie, fibromyalgie, etc.)

☐ Oui, précisez : _____

☐ Non

☐ Je ne sais pas

☐ Je préfère ne pas répondre

Partie 3 : Qualité de vie

Pour la prochaine section, on s'intéresse à l'impact de votre plaie au pied sur votre qualité de vie. Nous vous demandons de répondre à chaque énoncé le plus honnêtement possible. Si vous ne savez pas quoi répondre, choisissez la réponse qui s'apparente le plus à votre situation.

A) Consignes : Je vous invite à écrire sur un papier les options de réponses suivantes : « pas du tout », « un peu », « moyennement », « beaucoup » et « Énormément ». Il sera plus facile pour vous de répondre aux 18 énoncés suivants.

1. Au cours des 3 derniers mois, vos problèmes de pied vous ont-ils ?

Loisirs	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
f) empêché de pratiquer les loisirs et les passe-temps que vous appréciez?	1	2	3	4	5
g) amené à changer le type de loisirs et de passe-temps que vous aimez?	1	2	3	4	5
h) empêché de partir en vacances ou en week-end au Québec/Canada?	1	2	3	4	5
i) empêché de partir en vacances ou en week-end hors Québec/Canada?	1	2	3	4	5

(assurance, moyen de transport)					
j) obligé à choisir des vacances différentes de ce que vous auriez souhaité (que ces vacances soient longues ou courtes)?	1	2	3	4	5
k) obligé à passer plus de temps à planifier et à organiser vos loisirs?	1	2	3	4	5
2. Au cours des 3 derniers mois, en raison de vos problèmes de pied ...					
Émotions négatives	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
l) avez-vous été en colère parce que vous étiez incapable de faire ce que vous aviez envie?	1	2	3	4	5
m) avez-vous été fâché de voir d'autres personnes faire des choses pour vous alors que vous préféreriez les faire vous-même?	1	2	3	4	5
n) vous êtes vous senti déprimé de pas être capable de faire ce que vous aviez de faire?	1	2	3	4	5
o) avez-vous été en colère que cela vous soit arrivé?	1	2	3	4	5
p) avez-vous été contrarié parce que vous avez du mal à vous déplacer/marcher?	1	2	3	4	5
3. Au cours des 3 derniers mois, en raison de vos problèmes de pieds...					
Inquiétude	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément

q) avez-vous eu peur que votre plaie ne se guérisse jamais?	1	2	3	4	5
r) avez-vous eu peur de devoir être amputé?	1	2	3	4	5
s) avez-vous eu peur de vous blesser aux pieds?	1	2	3	4	5
t) avez-vous craint d'avoir d'autres plaies à l'avenir?	1	2	3	4	5
4. Au cours des 3 derniers mois, en raison de vos problèmes de pied, avez-vous été dérangé...					
Déranger par les soins relatifs aux plaies	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
u) par le fait de devoir éviter de mettre du poids votre pied? (Port de botte, soulier post-op, etc.)	1	2	3	4	5
v) par le temps passé à soigner votre plaie (ex :changer les pansements, attendre l'infirmière et garder la plaie propre)?	1	2	3	4	5
w) par l'apparence, l'odeur ou l'écoulement de votre plaie?	1	2	3	4	5
x) de dépendre des autres pour vous aider à soigner votre plaie(ex : faire pansements)?	1	2	3	4	5

B) Consignes : Je vous invite à écrire sur un papier les options de réponses suivantes : « Jamais », « Rarement », « De temps en temps », « Une bonne partie du temps » et « en Permanence ». Il sera plus facile pour vous de répondre aux 13 énoncés suivants.

5. Au cours des 3 derniers mois, en raison de vos problèmes de pieds...					
Santé physique	Jamais	Rarement	De temps	Une bonne	En permanence

			en temps	partie du temps	
a. vous êtes-vous senti fatigué/épuisé?	1	2	3	4	5
b. avez-vous eu du mal à dormir?	1	2	3	4	5
c. avez-vous ressenti des douleurs en marchant ou en étant debout aux jambes ou aux pieds?	1	2	3	4	5
d. avez-vous ressenti des douleurs pendant la nuit? (élancement, crampes)	1	2	3	4	5
6. Au cours des 3 derniers mois, en raison de vos problèmes de pieds...					
Dépendance/Activité quotidienne	Jamais	Rarement	De temps en temps	Une bonne partie du temps	En permanence
e. avez-vous dû dépendre des autres pour vous aider à prendre soin de vous (ex : vous laver, vous habiller)?	1	2	3	4	5
f. avez-vous dû dépendre des autres pour des tâches ménagères (ex : faire la cuisine, le ménage ou la lessive)?	1	2	3	4	5
g. avez-vous dû dépendre des autres pour sortir de la maison?	1	2	3	4	5
h. avez-vous dû passer plus de temps à planifier ou à organiser votre vie quotidienne?	1	2	3	4	5
i. avez-vous eu l'impression que, pour faire quoi que ce soit, il vous a fallu plus de temps que vous auriez souhaité?	1	2	3	4	5
j. avez-vous été moins productif au travail?	1	2	3	4	5

Si vous travaillez actuellement à temps plein ou partiel, veuillez répondre à chaque énoncé suivant le plus honnêtement possible. Si vous ne travaillez pas actuellement, passez à la prochaine section.

C) Consignes : Je vous invite à reprendre les mêmes choix de réponses suivants : « jamais », « rarement », « de temps en temps », « une bonne partie du temps » et « en permanence ». Il sera plus facile pour vous de répondre aux 4 énoncés suivants.

7. Au cours des 3 derniers mois, en raison de vos problèmes de pieds ...

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Une bonne partie du temps	En permanence
a) avez-vous eu du mal à vous concentrer à faire votre travail?	1	2	3	4	5
b) avez-vous perdu des heures de travail parce que vous ne vous sentiez pas bien ou parce que vous deviez prendre soin de votre pied?	1	2	3	4	5
c) avez-vous manquez des opportunités en matière d'emploi ou avez-vous subi une perte de revenus?	1	2	3	4	5

Partie 4 : Perception des soins

Les questions de la prochaine section portent sur votre perception des soins reçus pour votre plaie au pied lors de votre dernière consultation. Chaque question comporte 2 énoncés qui se répondent par des choix de réponses différents. Je vous invite à prendre en note les 7 premiers choix de réponses suivants : « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Plutôt en désaccord », « En désaccord », « Je ne sais pas », « Je préfère ne pas répondre », « Ne s'applique pas à ma situation ». Les 7 autres choix de réponses sont les suivants : « Très grande importance », « Grande importance », « Assez grande importance », « Peu ou pas d'importance », « Pas d'importance », « Je ne sais pas », « Je préfère ne pas répondre », « Ne s'applique pas à ma situation ».

*Notez qu'il est important de bien différencier le personnel infirmier du médecin traitant lorsque vous répondez aux questions.

* Notez qu'il est important de se fier au dernier rendez-vous pour le traitement de votre plaie.

- 1) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que vous avez été bien informé sur la manière dont les consultations et les traitements allaient se dérouler?
 - ☐ Tout à fait d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Plutôt en désaccord
 - ☐ En désaccord
 - ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
 - ☐ Ne s'applique pas à ma situation
- 2) Quelle importance accordez-vous au fait d'être bien informé sur la manière dont les consultations et les traitements allaient se dérouler?
 - ☐ Très grande importance
 - ☐ Grande importance
 - ☐ Assez grande importance
 - ☐ Peu ou pas d'importance
 - ☐ Pas d'importance
 - ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
- 3) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que vous avez été bien informé sur les résultats de vos examens et de vos traitements?
 - ☐ Tout à fait d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Plutôt en désaccord
 - ☐ En désaccord
 - ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
 - ☐ Ne s'applique pas à ma situation
- 4) Quelle importance accordez-vous au fait d'être bien informé sur les résultats de vos examens et vos traitements?
 - ☐ Très grande importance
 - ☐ Grande importance
 - ☐ Assez grande importance
 - ☐ Peu ou pas d'importance
 - ☐ Pas d'importance

- ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
- 5) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que vous avez été bien informé sur la manière dont vous deviez faire vos soins à domicile pour le traitement de votre plaie?
- ☐ Tout à fait d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Plutôt en désaccord
 - ☐ En désaccord
 - ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
 - ☐ Ne s'applique pas à ma situation
- 6) Quelle importance accordez-vous au fait d'être bien informé sur la manière dont vous devez faire vos soins à domicile pour le traitement de votre plaie?
- ☐ Très grande importance
 - ☐ Grande importance
 - ☐ Assez grande importance
 - ☐ Peu ou pas d'importance
 - ☐ Pas d'importance
 - ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
- 7) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que les traitements que vous avez reçus étaient optimaux (pour autant que vous puissiez en juger)?
- ☐ Tout à fait d'accord
 - ☐ Plutôt d'accord
 - ☐ Plutôt en désaccord
 - ☐ En désaccord
 - ☐ Je ne sais pas
 - ☐ Je préfère ne pas répondre
 - ☐ Ne s'applique pas à ma situation
- 8) Quelle importance accordez-vous au fait que les traitements que vous recevez soient optimaux (pour autant que vous puissiez en juger)?
- ☐ Très grande importance
 - ☐ Grande importance
 - ☐ Assez grande importance
 - ☐ Peu ou pas d'importance

- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

9) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que les traitements pour le contrôle de votre douleur ont été efficaces?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

10) Quelle importance accordez-vous au fait que les traitements pour le contrôle de votre douleur soient efficaces?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance
- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à votre situation

11) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que le **médecin** semblait comprendre la manière dont vous ressentiez votre situation?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

12) Quelle importance accordez-vous au fait que le **médecin** comprenne la manière dont vous ressentiez votre situation?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance

- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

13) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que le **médecin** vous a traité avec respect?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

14) Quelle importance accordez-vous au fait que le **médecin** vous traite avec respect?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance
- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

15) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que le **médecin** s'est « soucié de vous », c'est-à-dire qu'il a été empathique, qu'il a veillé à votre confort?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

16) Quelle importance accordez-vous au fait que le **médecin** se « soucie de vous », c'est-à-dire qu'il soit empathique, qu'il veille à votre confort?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance

- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

17) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que vous avez pu discuter de votre situation avec le **médecin** lorsque vous le souhaitiez?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

18) Quelle importance accordez-vous au fait d'avoir pu discuter de votre situation avec le **médecin** lorsque vous le souhaitiez?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance
- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

19) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que le **personnel infirmier** semblait comprendre la manière dont vous ressentiez votre situation?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

20) Quelle importance accordez-vous au fait que le **personnel infirmier** comprenne la manière dont vous ressentiez votre situation?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance

- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

21) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que le **personnel infirmier** vous a traité avec respect?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

22) Quelle importance accordez-vous au fait que le **personnel infirmier** vous traite avec respect?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance
- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

23) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que le **personnel infirmier** s'est « soucié de vous » c'est-à-dire qu'il soit empathique, qu'il veille à votre confort?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

24) Quelle importance accordez-vous au fait que le **personnel infirmier** se « soucie de vous », c'est-à-dire qu'il soit empathique, qu'il veille à votre confort?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance

- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

25) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que vous avez pu discuter de votre situation avec le **personnel infirmier** lorsque vous le souhaitiez?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

26) Quelle importance accordez-vous au fait d'avoir pu discuter de votre situation avec le **personnel infirmier** lorsque vous le souhaitiez?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance
- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

27) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que vous avez pu participer aux décisions concernant les soins que vous recevez?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

28) Quelle importance accordez-vous au fait d'avoir pu participer aux décisions concernant les soins que vous recevez?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance

- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

29) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que les soins ont été adaptés à vos désirs et vos besoins plutôt que par les habitudes du personnel?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

30) Quelle importance accordez-vous au fait que les soins ont été adaptés par vos désirs et vos besoins plutôt que par les habitudes du personnel?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance
- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

31) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que vos parents et amis ont été bien accueillis (en fonction des mesures entourant la Covid19 en vigueur)?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

32) Quelle importance accordez-vous au fait que vos parents et amis soient bien accueillis (selon les mesures entourant la Covid19 en vigueur)?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance

- ☐ Peu ou pas d'importance
- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

33) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que l'ambiance était plaisante à la clinique _____ ?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

34) Quelle importance accordez-vous au fait l'ambiance soit plaisante à la clinique _____ ?

- ☐ Très grande importance
- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance
- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

35) Lors de votre dernière consultation pour votre plaie au pied, est-ce que vous avez eu accès aux équipements et appareillages nécessaires (pour autant que vous puissiez en juger) (ex : botte de décharges, prise de sang, imagerie comme des radiographies, pansements)?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ En désaccord
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre
- ☐ Ne s'applique pas à ma situation

36) Quelle importance accordez-vous au fait que vous ayez accès aux équipements et appareillages nécessaires (pour autant que vous puissiez en juger) (ex : botte de décharges, prise de sang, imagerie comme des radiographies, pansements)?

- ☐ Très grande importance

- ☐ Grande importance
- ☐ Assez grande importance
- ☐ Peu ou pas d'importance
- ☐ Pas d'importance
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

Partie 5 : Conclusion

Pour terminer, nous aimerions obtenir votre avis global sur l'impact que votre plaie au pied a sur votre vie. À la fin de cette section, nous aurons des questions ouvertes, et vous pourrez vous exprimer sur ce que vous appréciez des soins et sur ce que vous aimeriez changer dans votre prise en charge.

9) Actuellement, comment vous sentez-vous physiquement?

- ☐ Très mal
- ☐ Assez mal
- ☐ Ni bien ni mal
- ☐ Assez bien,
- ☐ Très bien
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

10) Actuellement, comment vous sentez-vous psychologiquement?

- ☐ Très mal
- ☐ Assez mal
- ☐ Ni bien ni mal
- ☐ Assez bien,
- ☐ Très bien
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je préfère ne pas répondre

11) Avez-vous l'intention de suivre les conseils et/ou recommandations de votre équipe soignante? Précisez.

- ☐ Oui, entièrement
- ☐ Oui, en partie
- ☐ Non
- ☐ Je n'ai pas reçu de conseils ni de recommandations

☐ Précisez :

☐ Ne s'applique pas à ma situation

☐ Je ne sais pas

☐ Je préfère ne pas répondre

12) Vous a-t-il été facile de joindre le service

_____ par téléphone lorsque vous deviez le faire?

☐ Très facile

☐ Facile

☐ Ni facile ni difficile

☐ Difficile

☐ Très difficile

☐ Je ne sais pas, car je n'ai pas eu à appeler

13) Si vous avez eu à contacter le milieu par téléphone, pour quelle raison deviez-vous le faire?

☐ Non

☐ Oui, pour :

i. Prise, modification d'une date ou d'une heure de rendez-vous

ii. Annulation d'un rendez-vous

iii. Obtenir des informations concernant votre problématique

iv. Autre, précisez :

14) À l'avenir, hésiteriez-vous à consulter de nouveau à ce service?

☐ Oui, une forte hésitation

☐ Non, une assez forte hésitation

☐ Oui, une certaine hésitation

☐ Non, aucune hésitation

☐ Je ne sais pas

☐ Je préfère ne pas répondre

15) De quels aspects êtes-vous particulièrement satisfait de votre prise en charge à la clinique?

☐ Si vous n'avez pas de commentaires, cochez cette case.

16) Avez-vous des propositions d'améliorations pour les soins reçus

entourant votre plaie au pied ? Si oui, expliquez :

☐ Si vous n'avez pas de commentaires, cochez cette case.

17) Croyez-vous que la situation actuelle concernant la Covid-19 a affecté les soins que vous recevez ou avez reçus ? Croyez-vous que cette situation pourrait avoir teinté les réponses que vous avez données? Si oui, expliquez :

☐ Si vous n'avez pas de commentaires, cochez cette case

Merci de votre participation !

Annexe C - Certificat éthique UQTR



4028

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Évaluation de la qualité de vie et de la perception des soins reçus par des personnes atteintes d'ulcère plantaire diabétique au Centre Intégré Universitaire de Santé et Services Sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec

Chercheur(s) : Jany-Ève Allard
Département des sciences de l'activité physique

Organisme(s) : Diabète Québec
Fondation régionale pour la santé de Trois-Rivières (RSTR)

N° DU CERTIFICAT : CER-22-288-10.01

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 29 avril 2023 au 29 avril 2024

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Me Richard LeBlanc
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 20 mars 2023

Annexe D- Certificat éthique CIUSSS MCQ

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec**



Approbation finale éthique d'un projet de recherche

Le 2022-04-06

Titre:

Évaluation de la qualité de vie et de la perception des soins reçus par des personnes atteintes d'ulcère plantaire diabétique au Centre Intégré Universitaire de Santé et Services Sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec

Numéro:

2022-596, 833

Chercheur:

Virginie Blanchette

Document(s) approuvé(s):

- Évaluation du CÉS (Preuve du séminaire de recherche.pdf) [date : 2021-08-12]
- Protocole de recherche (JEA V5 Protocole de recherche.docx) [date : 2022-03-10]
- FIC Annexe 7 V5 Formulaire de consentement libre et éclairé.docx) [date : 2022-03-10]
- Divers (V4 Annexe 3 Engagement a la confidentialite et la non divulgation.docx)[date : 2021-12-27]
- Documents recrutement V4 Annexe 5 Aide mémoire pour le recrutement.docx) [date : 2021-12-27]
- Documents recrutement (Annexe 6 Affiche de recrutement.pdf) [date : 2021-12-27]
- Questionnaires/Instruments de mesure: (Pas de changement Annexe 8 Questionnaire de recherche.docx) [date : 2021-12-27]

Décision du comité:

Date d'étude par le CÉR:

2022-04-06

Type de comité:

Mode délégué

Décision du CÉR:

Demande approuvée
