

NOM

DATE/...../.....

Questionnaire

sur les troubles de la statique pelvienne

Version courte (PFDI-20)

Instructions

Ce questionnaire porte sur certains symptômes intestinaux, urinaires ou pelviens ; il vous sera demandé si vous ressentez ces symptômes, et si oui, s'ils vous gênent. Merci de répondre à toutes les questions suivantes en cochant (✓) la ou les cases appropriée(s). Si vous hésitez sur une réponse, choisissez la réponse correspondant le mieux à votre cas. En répondant à ce questionnaire, prenez en compte les symptômes que vous avez ressentis au cours des **3 derniers mois**.

Exemple

Pour la question suivante :

Si vous n'avez généralement **pas** de maux de tête, cochez simplement la case « Non ».

Avez-vous souvent des maux de tête ?

☒ Non☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Si vous **avez** souvent des maux de tête, cochez la case « Oui » **et indiquez** à quel point ces maux de tête vous gênent. Par exemple, dans le cas ci-dessous, les maux de tête étaient *moyennement* gênants.

Avez-vous souvent des maux de tête ?

☐ Non☒ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1☐ 2☒ 3☐ 4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Avez-vous souvent l'impression que quelque chose *appuie* dans le bas du ventre ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent une sensation de *pesanteur* ou de *lourdeur* dans la région génitale ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Arrive-t-il qu'une partie de votre intestin dépasse de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Allez-vous fréquemment uriner ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?

☐ Non

☐ Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

☐ 1

Pas du tout

☐ 2

Un peu

☐ 3

Moyennement

☐ 4

Beaucoup

***Veuillez vérifier que vous avez répondu à toutes les questions.
Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.***

Calcul du score

pour le questionnaire PFDI-20

Le questionnaire PFDI-20 comporte 20 questions couvrant 3 échelles.

Toutes les questions utilisent le même format pour les choix de réponse, avec une note comprise entre 0 et 4 :

Avez-vous..... ?			
Non ; Oui			
= 0			
Si oui, cela vous gêne-t-il...			
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
= 1	= 2	= 3	= 4

Score pour chacune des échelles : reporter la note de la question correspondante. Calculer le score moyen pour les questions auxquelles la patiente a répondu (valeur entre 0 et 4), puis multiplier cette note par 25 pour obtenir le score pour l'échelle (compris entre 0 et 100). Les réponses manquantes sont sans effet puisque l'on utilise uniquement les questions auxquelles la patiente a répondu pour calculer la note moyenne.

Inventaire des symptômes de prolapsus génital (POPGI-6)	Inventaire des symptômes colo-recto-anaux (CRADI-8)	Inventaire des symptômes urinaires (UDI-6)
Questions 1 à 6	Questions 7 à 14	Questions 15 à 20
1. 2. 3. 4. 5. 6.	7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14.	15. 16. 17. 18. 19. 20.
Total : / 6	Total : / 8	Total : / 6
Score moyen : X 25	Score moyen : X 25	Score moyen : X 25

Échelle :	+	Échelle :	+	Échelle :	=	
(0 à 100)		(0 à 100)		(0 à 100)		SCORE PFDI-20 (0 à 300)

Score total du PFDI-20 : ajouter les scores de chaque échelle afin d'obtenir le score total (compris entre 0 et 300).

Références :

1. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). Am J Obstet Gynecol 2005 ; 193(1) : 103-113

Questionnaire

sur l'impact des troubles de la statique pelvienne

Version courte (PFIQ-7)

Instructions

Certaines femmes constatent que leurs symptômes urinaires, intestinaux ou vaginaux ont un impact sur leurs activités, leurs relations avec les autres et leur état d'esprit. Pour chaque question, cochez (✓) la réponse décrivant le mieux à quel point vos symptômes ou troubles urinaires, intestinaux ou vaginaux ont affecté vos activités, vos relations avec les autres ou votre état d'esprit **au cours des 3 derniers mois**. Merci de cocher une réponse dans **chacune des trois colonnes** pour chaque question.

De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants → affectent-ils ? ↓	Symptômes urinaires ou vessie	Symptômes intestinaux ou rectum	Symptômes vaginaux ou pelviens
1 Votre capacité à faire des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive) ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
2 Votre capacité à avoir une activité physique (marche, natation ou autre forme d'exercice physique) ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
3 Vos sorties, par exemple aller au cinéma ou à un concert ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
4 Votre capacité à effectuer un trajet en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de chez vous ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
5 Votre capacité à participer à des activités avec d'autres personnes en dehors de chez vous ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
6 Votre état émotionnel (nervosité, dépression, etc.) ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup
7 Votre sentiment de frustration ?	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup	☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup

**Veuillez vérifier que vous avez répondu à toutes les questions.
Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.**

Les informations contenues dans ce questionnaire sont strictement confidentielles.

Calcul du score

pour le questionnaire PFIQ-7

Le questionnaire PFIQ-7 comporte 7 questions et 3 colonnes ; pour chaque question, une réponse doit être cochée dans chacune des trois colonnes (correspondant aux trois échelles). Toutes les questions utilisent le format de réponse suivant :

Pas du tout = 0 ; Un peu = 1 ; Moyennement = 2 ; Beaucoup = 3

Score pour chacune des échelles : reporter une valeur entre 0 et 3 au regard des questions auxquelles la patiente a répondu pour chaque échelle. Calculer la note moyenne en divisant par le nombre de questions renseignées (7 au maximum), puis multiplier cette note par 100 et diviser par 3 pour obtenir le score de cette échelle (on obtient un score compris entre 0 et 100). Les réponses manquantes sont sans effet puisque l'on utilise uniquement les questions auxquelles la patiente a répondu pour calculer la note moyenne.

Questionnaire sur l'impact des symptômes urinaires (UIQ-7)	Questionnaire sur l'impact des symptômes colo-recto-anaux (CRAIQ-7)	Questionnaire sur l'impact des symptômes de prolapsus génital (POPIQ-7)
7 questions sous la colonne « Symptômes urinaires ou vessie »	7 questions sous la colonne « Symptômes intestinaux ou rectum »	7 questions sous la colonne « Symptômes vaginaux ou pelviens »
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
Total : / 7	Total : / 7	Total : / 7
Score moyen : X (100/3)	Score moyen : X (100/3)	Score moyen : X (100/3)

Échelle : (0 à 100)	+	Échelle : (0 à 100)	+	Échelle : (0 à 100)	=	SCORE PFIQ-7 (0 à 300)
---------------------------------	---	---------------------------------	---	---------------------------------	---	---------------------------

Score total du PFIQ-7 : ajouter les scores de chaque échelle afin d'obtenir le score total (compris entre 0 et 300).

Références :

1. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). Am J Obstet Gynecol 2005 ; 193(1) : 103-113

Questionnaire

sur la sexualité des femmes présentant un prolapsus génital et/ou une incontinence urinaire

Version courte (PISQ-12)

Instructions

Les questions suivantes portent sur votre sexualité avec votre partenaire. Vos réponses resteront strictement confidentielles et ne seront utilisées que pour permettre aux médecins de mieux comprendre ce qui est important pour les patientes dans leur sexualité. Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse, en tenant compte de votre sexualité au cours des **6 derniers mois**. Merci pour votre aide !

À quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel ?

Cela peut comprendre le fait d'avoir envie ou de prévoir d'avoir des relations sexuelles, de se sentir frustrée par manque d'activité sexuelle, etc.

- | | | | | |
|---|--|---|--|---------------------------------|
| ☐ Tous les jours | ☐ Au moins une fois par semaine | ☐ Au moins une fois par mois | ☐ Moins d'une fois par mois | ☐ Jamais |
|---|--|---|--|---------------------------------|

Avez-vous un orgasme lors de vos rapports sexuels avec votre partenaire ?

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Toujours | ☐ Souvent | ☐ Quelquefois | ☐ Rarement | ☐ Jamais |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Ressentez-vous de l'excitation lors des activités sexuelles avec votre partenaire ?

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Toujours | ☐ Souvent | ☐ Quelquefois | ☐ Rarement | ☐ Jamais |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Êtes-vous satisfaite de la variété de vos activités sexuelles actuelles ?

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Toujours | ☐ Souvent | ☐ Quelquefois | ☐ Rarement | ☐ Jamais |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Avez-vous mal pendant les rapports sexuels ?

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Toujours | ☐ Souvent | ☐ Quelquefois | ☐ Rarement | ☐ Jamais |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Avez-vous des fuites d'urine (incontinence urinaire) lors des activités sexuelles ?

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Toujours | ☐ Souvent | ☐ Quelquefois | ☐ Rarement | ☐ Jamais |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Limitez-vous les activités sexuelles par peur d'avoir une incontinence (d'urine ou de selles) ?

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Toujours | ☐ Souvent | ☐ Quelquefois | ☐ Rarement | ☐ Jamais |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Évitez-vous les rapports sexuels à cause d'une « boule » dans le vagin (descente de l'utérus, de la vessie, du rectum ou du vagin) ?

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Toujours | ☐ Souvent | ☐ Quelquefois | ☐ Rarement | ☐ Jamais |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

Lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire, ressentez-vous des émotions négatives, par exemple de la peur, de la honte ou de la culpabilité ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Quelquefois ☐ Rarement ☐ Jamais

Votre partenaire a-t-il des problèmes d'érection qui perturbent vos activités sexuelles ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Quelquefois ☐ Rarement ☐ Jamais

Votre partenaire a-t-il des problèmes d'éjaculation précoce qui perturbent vos activités sexuelles ?

☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Quelquefois ☐ Rarement ☐ Jamais

Par rapport aux orgasmes que vous avez eus dans le passé, diriez-vous que les orgasmes que vous avez eus au cours des six derniers mois sont...

☐ Beaucoup moins intenses ☐ Moins intenses ☐ Aussi intenses ☐ Plus intenses ☐ Beaucoup plus intenses

*Veuillez vérifier que vous avez répondu à toutes les questions.
Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.*

Calcul du score pour le questionnaire PISQ-12

Le score est calculé en additionnant les points obtenus à chaque question (Toujours = 0, Jamais = 4). L'attribution des points est inversée pour les questions 1, 2, 3 et 4 (Toujours = 4, Jamais = 0). La version courte du questionnaire peut être utilisée avec un maximum de deux réponses manquantes. S'il manque des réponses, le score final s'obtient en multipliant le nombre de questions par le score moyen pour les réponses données. Lorsqu'il manque plus de deux réponses, la version courte du questionnaire ne constitue plus un indicateur fiable du score qui serait obtenu avec la version longue. Pour comparer les scores obtenus avec ceux de la version longue, multiplier les scores de la version courte par 2,58 (31/12).

1	5	9	Score
2	6	10	
3	7	11	
4	8	12	=