INESSS
LE SAVOIR PREND FORME

OCTOBRE 2022

AVIS

La rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien

Volet 1 – Incontinence urinaire

Annexes complémentaires

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé

Québec

Le présent document contient les annexes complémentaires au rapport *La rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien - Volet 1 : Incontinence urinaire.*

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

Renseignements
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca
www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport *La rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien - Volet 1 : Incontinence urinaire* aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A 1
Trajectoires de prise en charge des différents types d'incontinence urinaire 1
ANNEXE B 4
Modèle analytique 4
ANNEXE C 5
Sélection des études 5
ANNEXE D 30
Liste et caractéristiques des études incluses 30
ANNEXE E 55
Résultats de l'évaluation de la qualité des études 55
ANNEXE F 63
Chevauchement entre les revues systématiques 63
ANNEXE G 70
Tableau de résultats complémentaires – période périnatale – prévention de l'incontinence urinaire 70
ANNEXE H 74
Tableaux de résultats complémentaires – période périnatale – traitement de l'incontinence urinaire 74
ANNEXE I 78
Tableaux de résultats complémentaires – Femmes adultes (incluant les femmes âgées) – Traitement de l'incontinence urinaire 78
ANNEXE J 94
Tableaux de résultats complémentaires – Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne 94
ANNEXE K 96
Tableaux de synthèse 96
ANNEXE L 107
Appréciation du niveau de preuve 107
ANNEXE M 114
Résultats des études, guides de pratiques cliniques et rapports d'évaluation des technologies en santé sur les modalités d'intervention de la rééducation périnéale et pelvienne 114
ANNEXE N 131
Résultats de l'évaluation de la qualité des études économiques 131
ANNEXE O 133
Tableaux de synthèse -études économiques 133
ANNEXE P 137
Description des études économiques jugées non transférables au contexte clinique québécois 137
ANNEXE Q 139
Analyses d'impact budgétaire 139
RÉFÉRENCES 149

LISTE DES TABLEAUX

Tableau C-1 Liste des revues systématiques retenues pour les questions d'efficacité et d'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire (revue des revues) 9

Tableau C-2 Liste des guides de pratiques cliniques, guides de bonnes pratiques et des rapports d'évaluation des technologies en santé retenus pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire 11

Tableau C-3 Liste des études (revues systématiques et essai clinique randomisé) retenues pour les questions des modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne (revue rapide) 14

Tableau C-4 Liste des publications exclues et raisons d'exclusion pour les questions d'efficacité et d'innocuité ainsi que les recommandations de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien 15

Tableau D-1 Descriptions détaillées des revues systématiques 30

Tableau E-1a Évaluation de la qualité des revues systématiques à l'aide de la grille AMSTAR 2 [Shea *et al.*, 2017] 55

Tableau E-1b Évaluation de la qualité des revues systématiques à l'aide de la grille AMSTAR 2 [Shea *et al.*, 2017] 57

Tableau E-2 Évaluation de la qualité des guides de pratique clinique et rapports d'évaluation des technologies en santé à l'aide de l'outil AGREE [Brouwers *et al.*, 2010] 60

Tableau E-3 Évaluation de la qualité des essais cliniques randomisés avec l'outil d'évaluation ROB-2 [Sterne *et al.*, 2019] 62

Tableau F-1 Chevauchement des études primaires incluses dans les revues systématiques portant sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale (en ordre alphabétique) 63

Tableau F-2 Chevauchement des études primaires incluses dans les revues systématiques portant sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes (y inclus les femmes âgées) (en ordre alphabétique) 65

Tableau F-3 Chevauchement des études primaires incluses dans les revues systématiques portant sur l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne (incluant minimalement des exercices du plancher pelvien) pour la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire (en ordre alphabétique) 68

Tableau G-1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la sévérité autodéclarée des symptômes d'incontinence urinaire chez les femmes enceintes continentes 70

Tableau G-2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la perte d'urine à un test d'effort chez les femmes enceintes continentes 72

Tableau G-3 Résumé des recommandations des guides de pratique clinique et rapports d'évaluation des technologies de la santé pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale 73

Tableau H-1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la sévérité de l'incontinence urinaire autodéclarée chez une population de femmes enceintes incontinentes 74

Tableau H-2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur la sévérité des symptômes d'incontinence urinaire autodéclarée chez les femmes incontinentes 75

Tableau H-3 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur la sévérité de l'incontinence urinaire à l'effort chez une population de femmes incontinentes 76

Tableau H-4 Résumé des recommandations des guides de pratique clinique et rapports d'évaluation des technologies de la santé pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale 77

Tableau I-1 Effets à plus long terme de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – guérison ou amélioration des symptômes perçue par les participantes (6 mois à 1 an après l'arrêt du traitement) 78

Tableau I-2 Effets à plus long terme de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire sur les symptômes spécifiques et la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire rapportés par une population de femmes adultes (6 mois à 1 an après l'arrêt du traitement) 79

Tableau I-3 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire sur la quantification des symptômes autodéclarés chez une population de femmes adultes 80

Tableau I-4 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – autres mesures secondaires rapportées par les participantes 81

Tableau I-5 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – mesures objectives à la fin du traitement 82

Tableau I-6 Effets à plus long terme de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – mesures objectives (6 mois à 1 an après l'arrêt du traitement) 83

Tableau I-7 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – autres *pad test*s ou tests de papier 84

Tableau I-8 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes âgées de 55 ans et plus 85

Tableau I-9 Résumé des recommandations concernant la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes 87

Tableau I-10 Résumé des recommandations concernant le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes âgées ou en périménopause 90

Tableau I-11 Résumé des recommandations concernant la rééducation périnéale et pelvienne comparée à une intervention chirurgicale 91

Tableau I-12 Résumé des recommandations concernant l'efficacité et les effets indésirables des interventions chirurgicales comparativement à la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement de l'incontinence chez la femme 93

Tableau J-1 Proportion de femmes ayant rapporté un effet indésirable suite à une colposuspension rétrobupienne ouverte versus une rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort ou de l'incontinence urinaire mixte chez la femme adulte 94

Tableau J-2 Synthèse des recommandations concernant l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne 95

Tableau L-1 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne dans la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale 107

Tableau L-2 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes 109

Tableau L-3 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes âgées ou périménopausées 112

Tableau L-4 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne comparée aux interventions chirurgicales dans le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme adulte 113

Tableau M-1 Synthèse des données sur la supervision de la rééducation périnéale et pelvienne et la durée de la séance avec le professionnel comme modérateur de l'efficacité 114

Tableau M-2 Résumé des recommandations concernant la supervision pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes 117

Tableau M-3 Synthèse des données sur la durée du traitement de la rééducation périnéale et pelvienne comme modérateur de l'efficacité (dans les revues systématiques incluses pour l'évaluation de l'efficacité et l'innocuité) 120

Tableau M-4 Résumé des recommandations sur la durée de traitement de la rééducation périnéale et pelvienne comme modérateur pour le traitement de l'incontinence urinaire 121

Tableau M-5 Données des modalités appliquées dans des protocoles des études utilisées dans les analyses d'efficacité chez les femmes adultes 122

Tableau M-6 Données des modalités appliquées dans des protocoles des études utilisés dans les analyses d'efficacité chez les femmes en période périnatale 125

Tableau M-7 Synthèse des données sur l'intensité du traitement de la rééducation périnéale et pelvienne comme modérateur de l'efficacité 129

Tableau M-8 Résumé des recommandations concernant l'intensité du traitement pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes 130

Tableau N-1 Évaluation de la qualité des études économiques selon la grille CASP 131

Tableau O-1 Principaux éléments et résultats des études repérées concernant l'efficience de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité 133

Tableau O-2 Principaux éléments et résultats des études repérées concernant l'efficience de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes 134

Tableau Q-1 Intrants cliniques et économiques des analyses d'impact budgétaire 139

Tableau Q-2 Nombre attendu de femmes, sur cinq ans, pour chaque traitement inclus dans l'algorithme de prise en charge considérée dans l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité 142

Tableau Q-3 Résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité sur cinq ans 142

Tableau Q-4 Nombre attendu de femmes, sur cinq ans, pour chaque traitement inclus dans l'algorithme de prise en charge considérée dans l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité 143

Tableau Q-5 Résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité 144

Tableau Q-6 Nombre attendu de femmes, sur cinq ans, pour chaque traitement inclus dans l'algorithme de prise en charge considérée dans l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité 145

Tableau Q-7 Résultats de l'analyse secondaire d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes 146

Tableau Q-8 Nombre attendu de femmes, sur cinq ans, pour chaque traitement inclus dans l'algorithme de prise en charge considérée dans l'analyse secondaire* d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité 147

Tableau Q-9 Résultats de l'analyse secondaire* d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes 148

LISTE DES FIGURES

Figure A-1 Prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort chez la femme 1

Figure A-2 Prise en charge de l'incontinence urinaire par urgenturie ou de l'hyperactivité vésicale chez la femme 2

Figure A-3 Prise en charge de l'incontinence urinaire mixte chez la femme 3

Figure B-1 Modèle analytique des résultats pour les questions d'évaluations 4

Figure C-1 Diagramme de flux −littérature scientifique sur l'efficacité et l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien (revue des revues) 5

Figure C-2 Diagramme de flux concernant la littérature scientifique sur les modalités de la rééducation périnéale et pelvienne 6

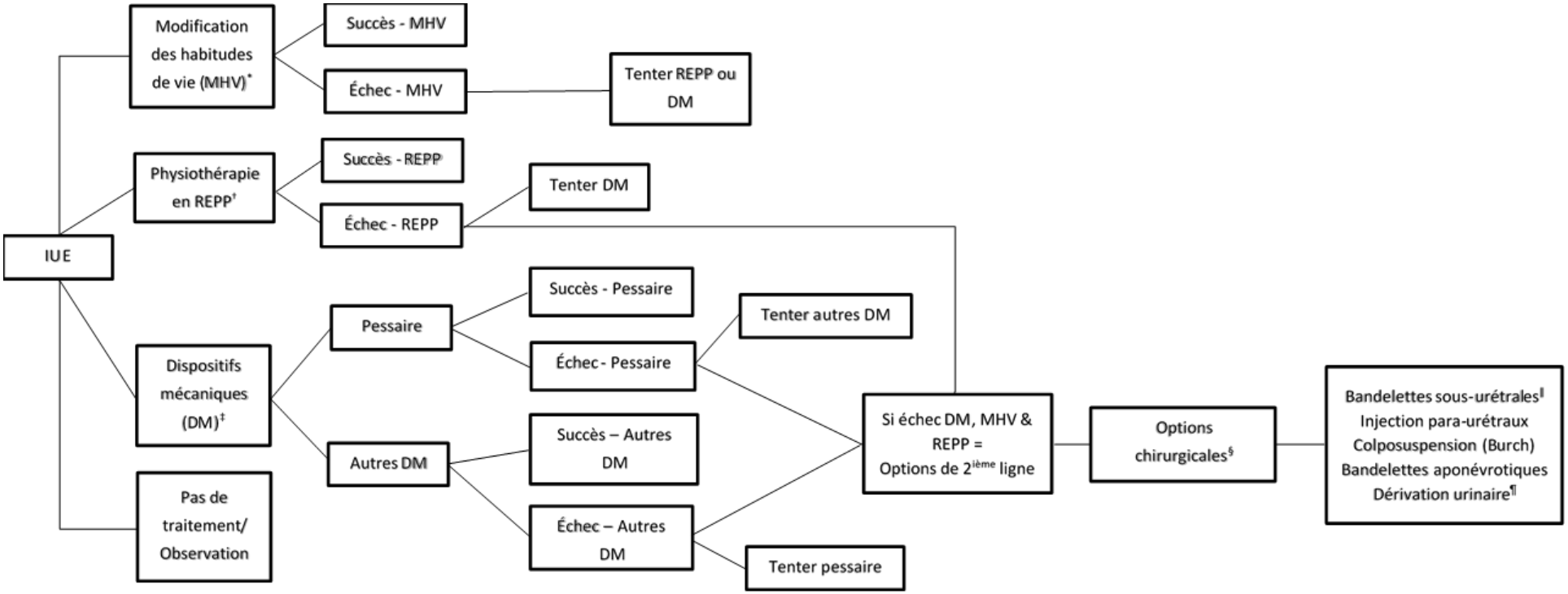
Figure C-3 Diagramme de flux concernant la littérature scientifique sur la perspective patientes 7

Figure C-4 Diagramme de flux concernant la littérature scientifique sur les aspects économiques de la rééducation périnéale et pelvienne 8

ANNEXE A

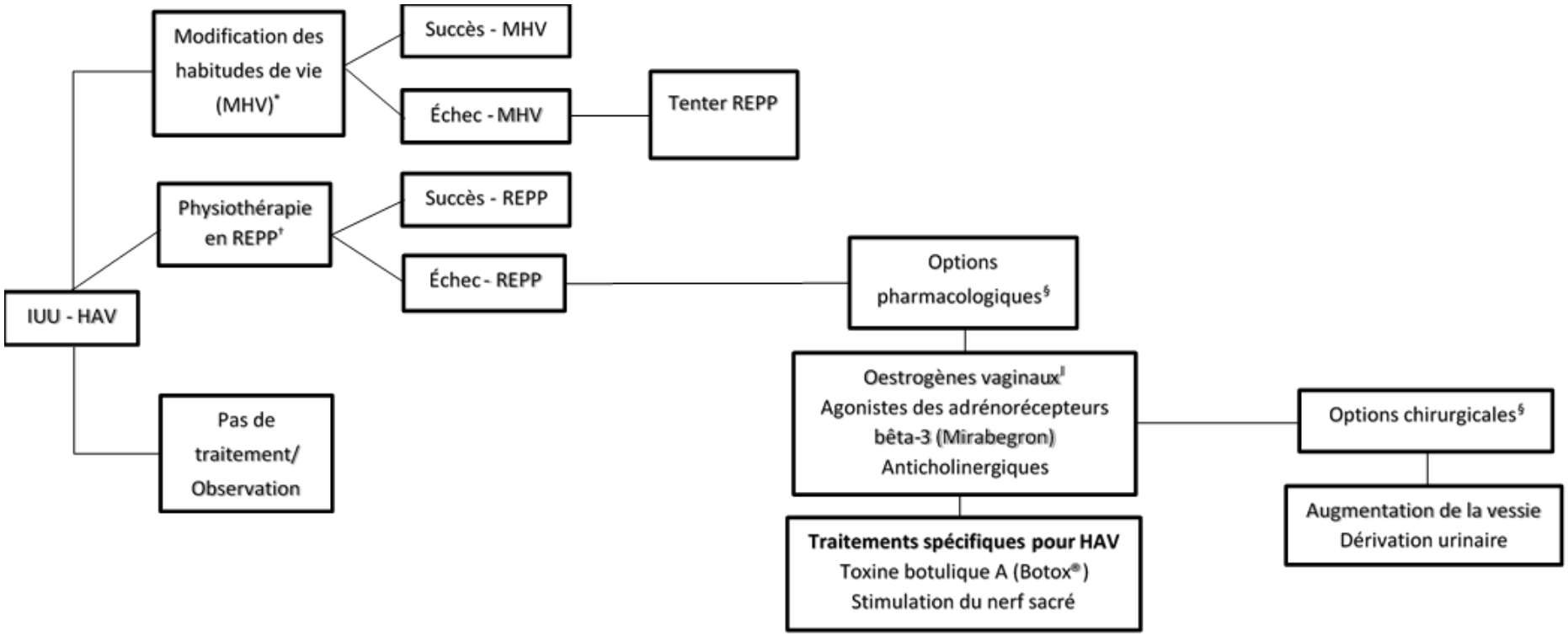
Trajectoires de prise en charge des différents types d'incontinence urinaire

Figure A-1 Prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort chez la femme



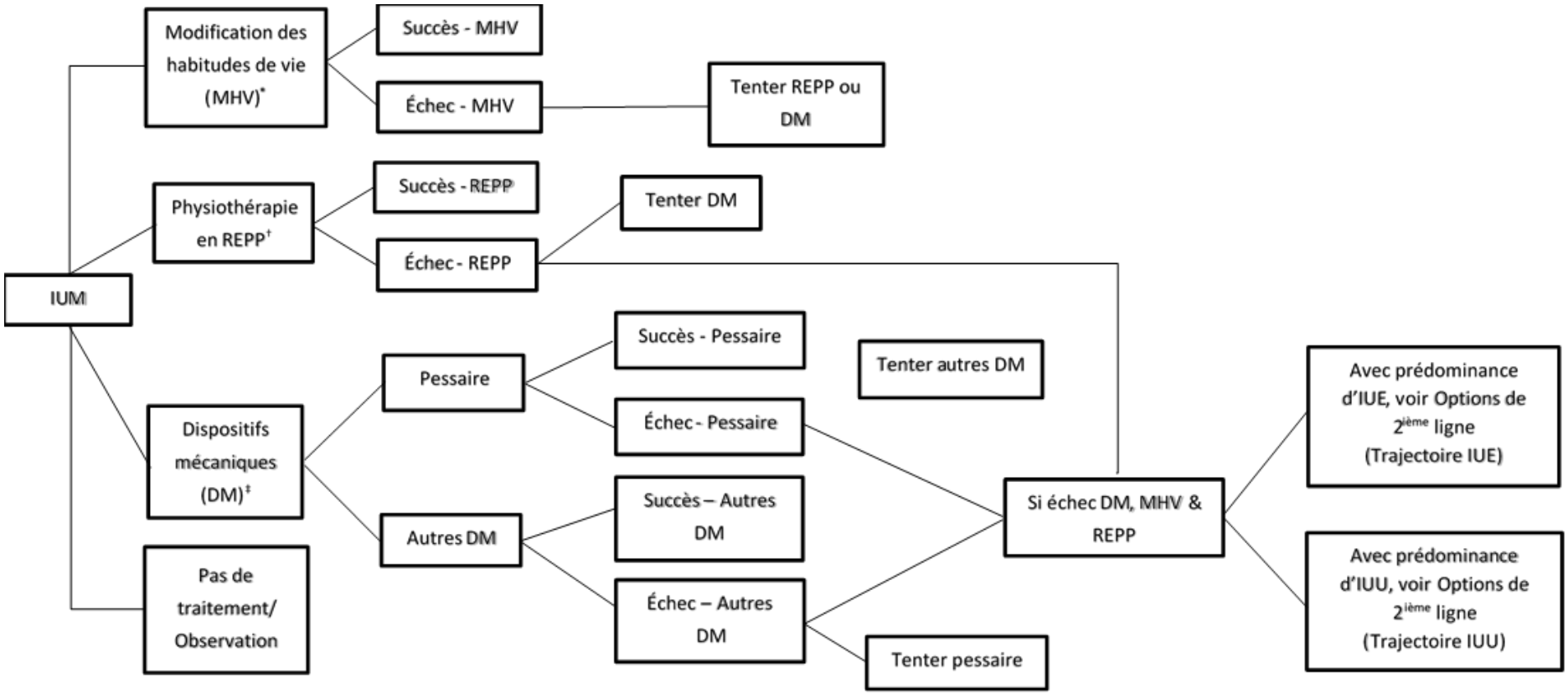
DM : dispositifs mécaniques; IUE : incontinence urinaire à l'effort; MHV : modification des habitudes de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.
* Approches comportementales, modification des habitudes de vie, de sensibilisation et de partage d'information.
† Rééducation périnéale et pelvienne (REPP) avec ou sans rétroaction biologique, électrostimulation ou cônes vaginaux.
‡ Incluent les dispositifs intravaginaux, les bouchons urétraux et les pessaires.
§ Options présentées par ordre de priorité.
‖ Option en moratoire au Québec depuis le 16 juin 2020.
¶ Offerte seulement après l'échec des autres options chirurgicales.

Figure A-2 Prise en charge de l'incontinence urinaire par urgenturie ou de l'hyperactivité vésicale chez la femme



HAV : hyperactivité vésicale; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; MHV : modification des habitudes de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.
* Approches comportementales, modification des habitudes de vie, de sensibilisation et de partage d'information.
† Rééducation périnéale et pelvienne (REPP) avec ou sans rétroaction biologique, cônes vaginaux, rééducation vésicale, électroneurostimulation (p. ex. stimulation nerveuse électrique transcutanée [TENS]), stimulation transcutanée du nerf tibial (TTNS).
§ Options présentées par ordre de priorité.
‖ Option généralement offerte aux femmes ménopausées, et peut-être concomitante aux autres traitements de première intention tels que les MHV et la REPP.

Figure A-3 Prise en charge de l'incontinence urinaire mixte chez la femme

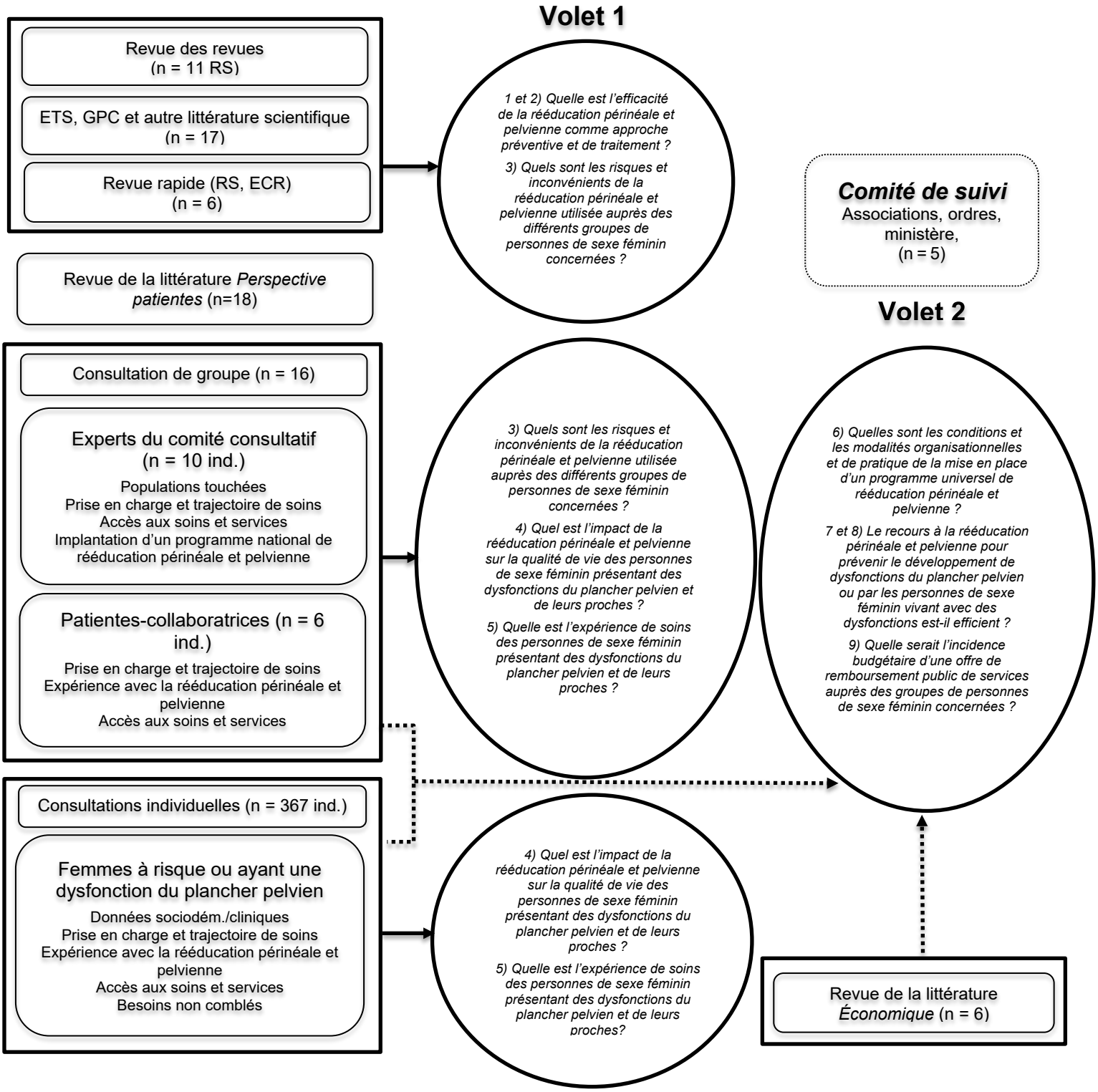


DM : dispositifs mécaniques; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; MHV : modification des habitudes de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.
* Approches comportementales, modification des habitudes de vie, de sensibilisation et de partage d'information.
† Rééducation périnéale et pelvienne (REPP) avec ou sans rétroaction biologique, électrostimulation, cônes vaginaux et rééducation vésicale.
‡ Incluent les dispositifs intravaginaux, les bouchons urétraux et les pessaires.

ANNEXE B

Modèle analytique

Figure B-1 Modèle analytique des résultats pour les questions d'évaluations

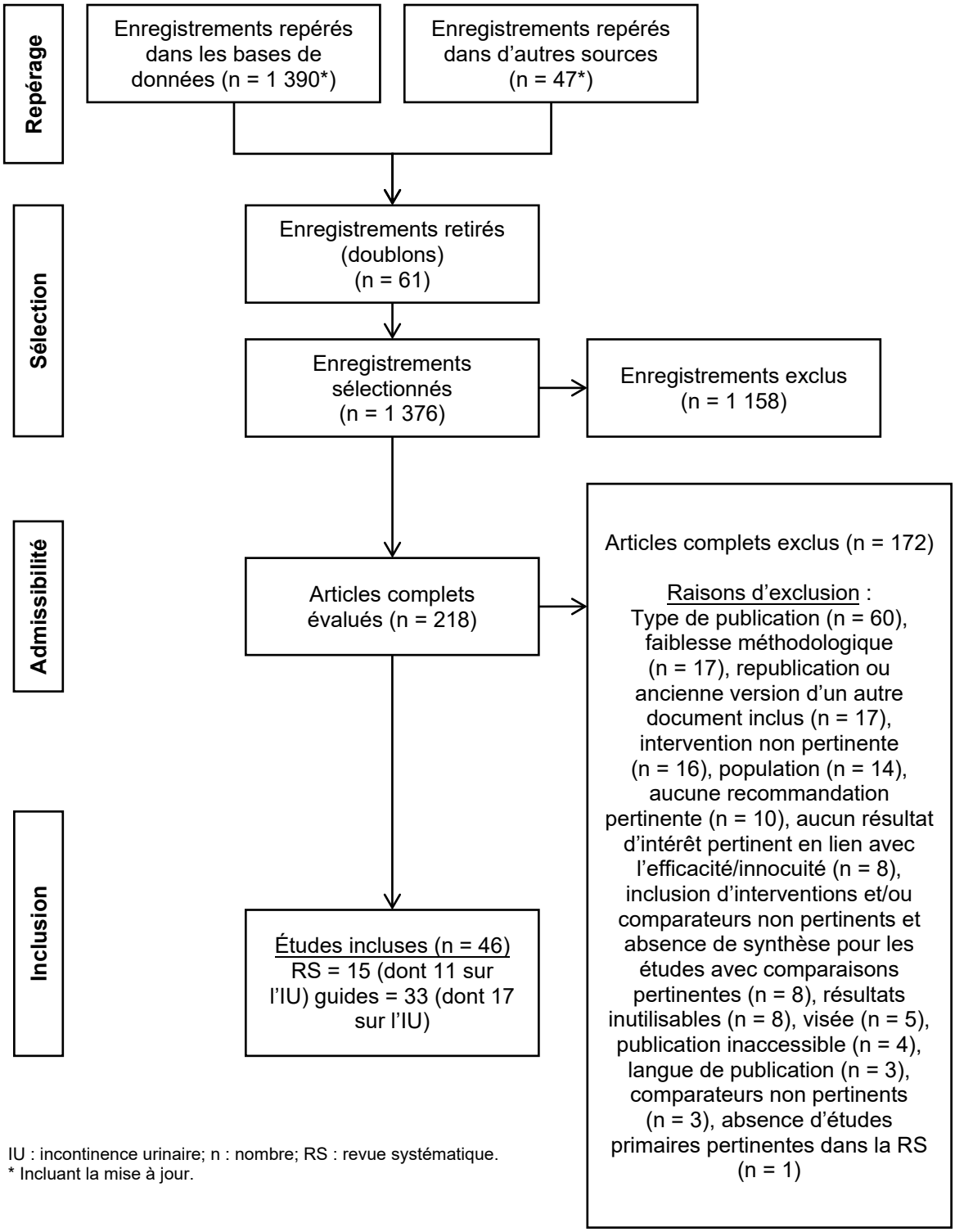


ECR : essais cliniques randomisés; ETS : rapport d'évaluation des technologies de la santé; GPC : guide de pratique clinique; ind : individus; RS : revue systématique.
Notes : La figure représente chacune des stratégies utilisées pour répondre aux questions spécifiques de chacun des volets. Les résultats détaillés seront présentés dans l'avis. Les flux de sélection des études pour chaque stratégie sont disponibles à l'annexe C.

ANNEXE C

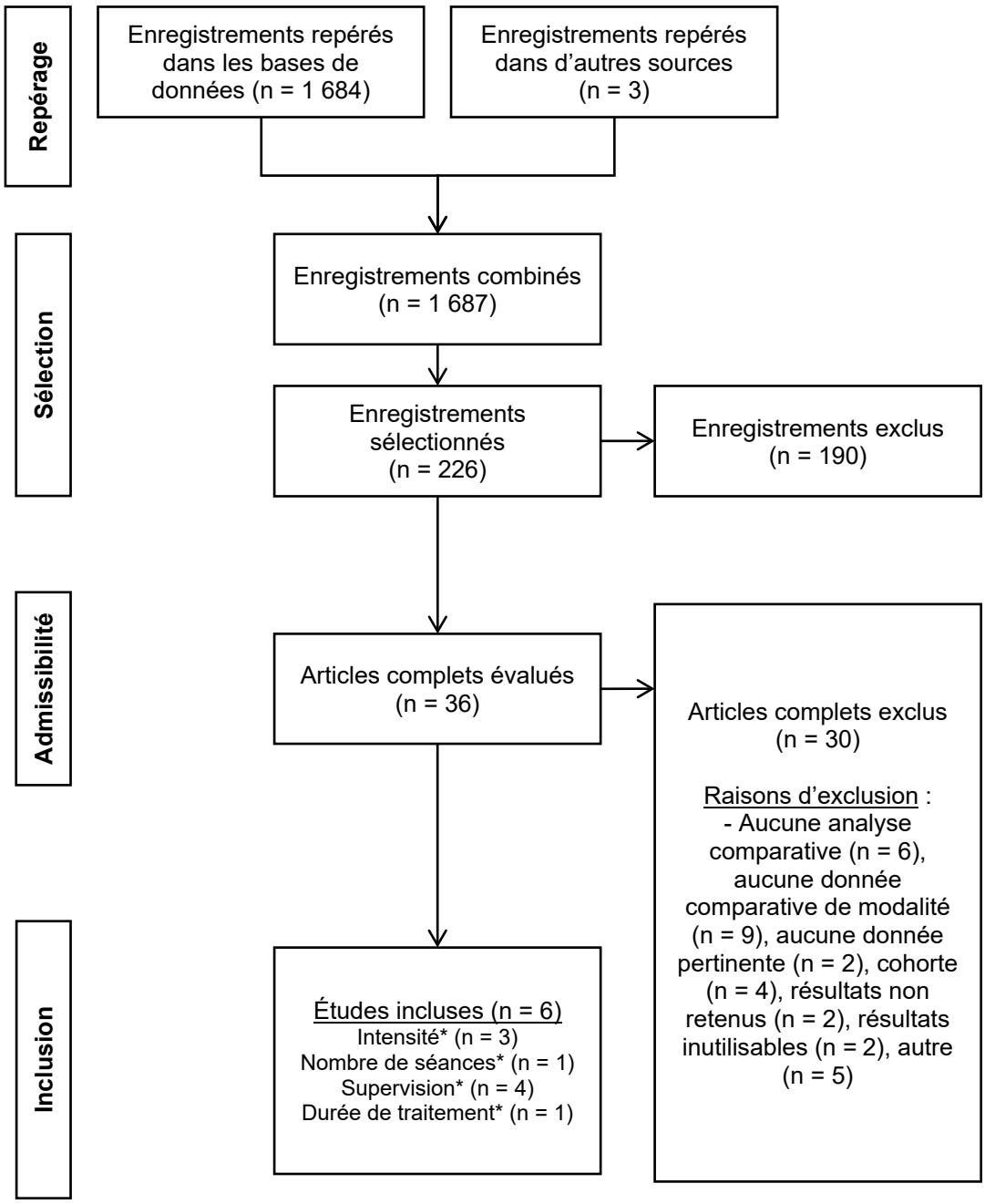
Sélection des études

Figure C-1 Diagramme de flux −littérature scientifique sur l'efficacité et l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien (revue des revues)



IU : incontinence urinaire; n : nombre; RS : revue systématique.
* Incluant la mise à jour.

Figure C-2 Diagramme de flux concernant la littérature scientifique sur les modalités de la rééducation périnéale et pelvienne



n : nombre.
* Une étude peut se retrouver dans plusieurs modalités.

Figure C-3 Diagramme de flux concernant la littérature scientifique sur la perspective patientes

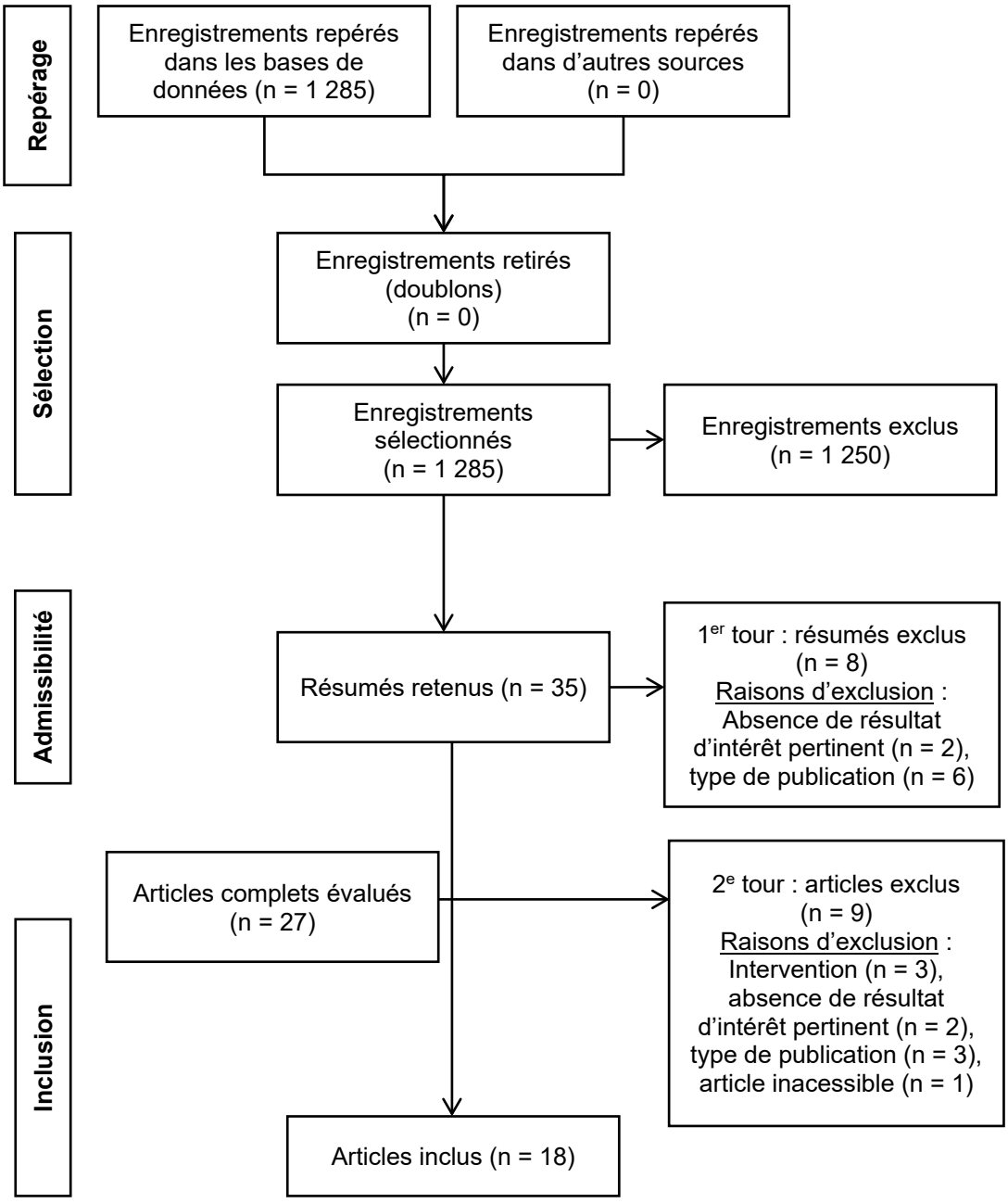
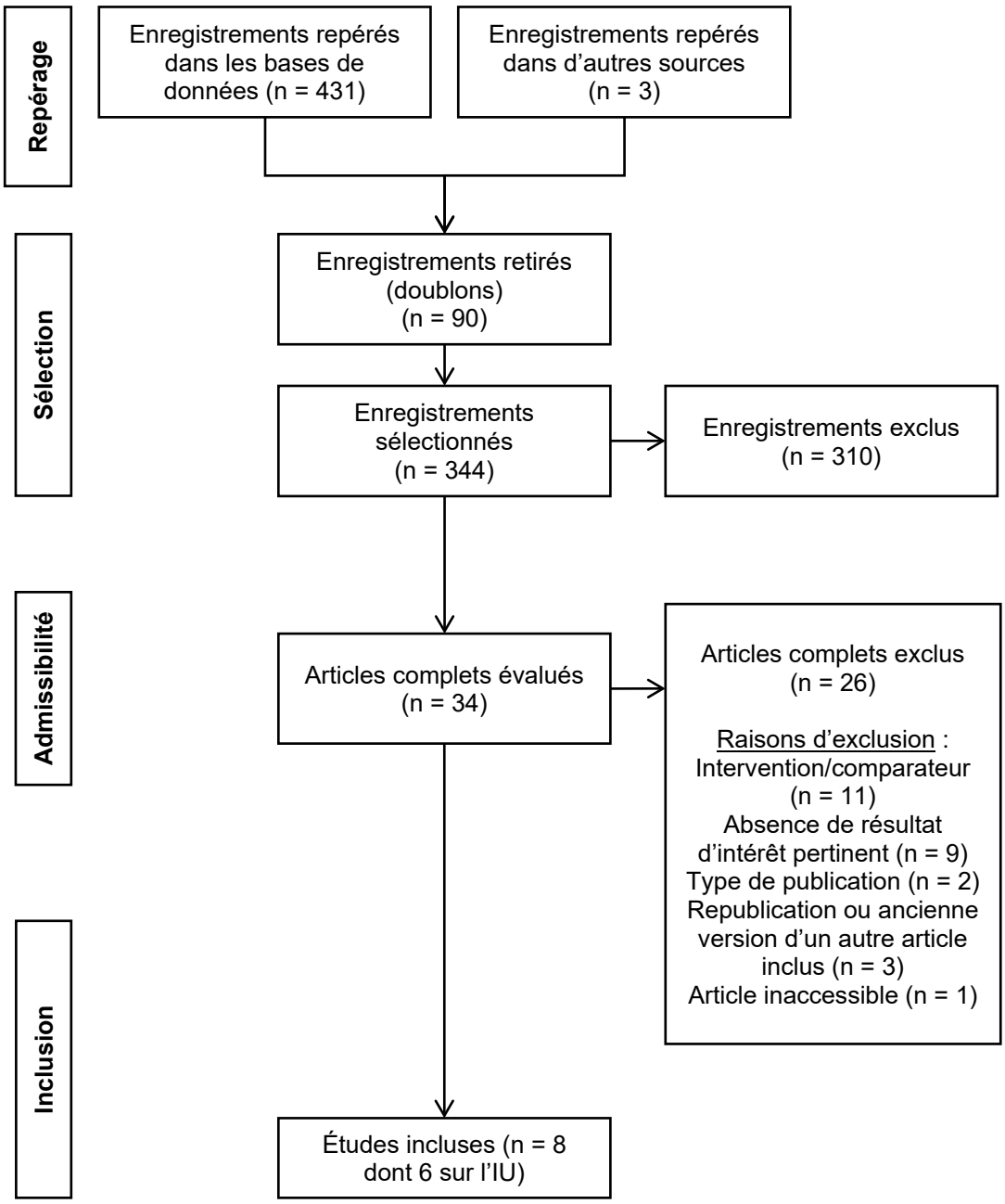


Figure C-4 Diagramme de flux concernant la littérature scientifique sur les aspects économiques de la rééducation périnéale et pelvienne



IU : incontinence urinaire; n : nombre.

Tableau C-1 Liste des revues systématiques retenues pour les questions d'efficacité et d'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire (revue des revues)

RÉFÉRENCES (par ordre alphabétique du 1er auteur)	TITRES	GRILLE D'ÉVALUATION ET RÉSULTATS	DPP	QUESTIONS DE RECHERCHE
Balk *et al.*, 2019	Balk EM, Adam GP, Corsi K, Mogul A, Trikalinos TA, Jeppson PC. Adverse events associated with nonsurgical treatments for urinary incontinence in women: A systematic review. J Gen Intern Med 2019;34(8):1615-25.	AMSTAR 2 : qualité faible	IU	Innocuité
Davenport *et al.*, 2018	Davenport MH, Nagpal TS, Mottola MF, Skow RJ, Riske L, Poitras VJ, et al. Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med 2018;52(21):1397-404.	AMSTAR 2 : qualité faible	IU	Efficacité en traitement
Dumoulin et al., 2018	Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2018;10:CD005654.	AMSTAR 2 : qualité élevée	IU (IUE, IUU, IUM)	Efficacité en traitement, innocuité
Fu *et al.*, 2019	Fu Y, Nelson EA, McGowan L. Multifaceted self-management interventions for older women with urinary incontinence: A systematic review and narrative synthesis. BMJ Open 2019;9(8):e028626.	AMSTAR 2 : qualité faible	IU (IUE, IUU, IUM)	Efficacité en traitement
Garcia-Sanchez *et al.*, 2019	Garcia-Sanchez E, Avila-Gandia V, Lopez-Roman J, Martinez-Rodriguez A, Rubio-Arias JA. What pelvic floor muscle training load is optimal in minimizing urine loss in women with stress urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health 2019;16(22):4358.	AMSTAR 2 : qualité faible	IUE	Efficacité en traitement
Gonzales *et al.*, 2021	Gonzales AL, Barnes KL, Qualls CR, Jeppson PC. Prevalence and treatment of postpartum stress urinary incontinence: A systematic review. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2021;27(1):e139-45.	AMSTAR 2 : qualité très faible	IUE	Efficacité en traitement
Lapitan *et al.*, 2017	Lapitan MC, Cody JD, Mashayekhi A. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2017;7:CD002912.	AMSTAR 2 : qualité modérée	IUE, IUM	Efficacité en traitement, innocuité
Moroni *et al.*, 2016	Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, Castro RA, Brito LG. Conservative treatment of stress urinary incontinence: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. Rev Bras Ginecol Obstet 2016;38(2):97-111.	AMSTAR 2 : qualité modérée	IUE	Efficacité en traitement
Nie *et al.*, 2017	Nie XF, Ouyang YQ, Wang L, Redding SR. A meta-analysis of pelvic floor muscle training for the treatment of urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet 2017;138(3):250-5.	AMSTAR 2 : qualité très faible	IU (IUE, IUM)	Efficacité en traitement

RÉFÉRENCES (par ordre alphabétique du 1er auteur)	TITRES	GRILLE D'ÉVALUATION ET RÉSULTATS	DPP	QUESTIONS DE RECHERCHE
Woodley *et al.*, 2020	Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev 2020;5(5):CD007471.	AMSTAR 2 : qualité élevée	IU	Efficacité en prévention et en traitement, innocuité
Zhu *et al.*, 2022	Zhu D, Xia Z, Yang Z. Effectiveness of physiotherapy for lower urinary tract symptoms in postpartum women: Systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2022;33(3):507-21.	AMSTAR 2 : qualité faible	SBAU dont l'IU	Innocuité

AMSTAR 2 : *Assessment of Multiple Systematic Reviews*; DPP : dysfonction du plancher pelvien; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; SBAU : symptômes du bas appareil urinaire.

Tableau C-2 Liste des guides de pratiques cliniques, guides de bonnes pratiques et des rapports d'évaluation des technologies en santé retenus pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire

ORGANISATIONS	RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCE
Canada		
Canadian Urological Association (CUA)	1. **CUA 2017.** Corcos J, Przydacz M, Campeau L, Gray G, Hickling D, Honeine C, et al. CUA guideline on adult overactive bladder. Can Urol Assoc J 2017;11(5):E142-73.	[Corcos *et al.*, 2017]
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)	2. **SOGC 2020.** Dufour S et Wu M. No. 397 – Conservative care of urinary incontinence in women. J Obstet Gynaecol Can 2020;42(4):510-22.	[Dufour et Wu, 2020]
	3. **SOGC 2018.** Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras V, Gray C, et al. No. 367-2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2018;40(11):1528-37.	[Mottola *et al.*, 2018]
	4. **SOGC 2021** Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, Schulz JA. Guideline No 411: Vaginal pessary use. J Obstet Gynaecol Can 2021;43(2):255-66.e1.	[Harvey *et al.*, 2021]
Health Quality Ontario (HQO)	5. **HQO 2021.** Health Quality Ontario (HQO). Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse or stress urinary incontinence: A health technology assessment. Ont Health Technol Assess Ser 2021;21:1-155.	[HQO, 2021]
États-Unis		
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	6. **AHRQ 2018.** Balk EM, Adam GP, Kimmel H, Rofeberg V, Saeed I, Jeppson P, Trikalinos T. Nonsurgical treatments for urinary incontinence in women: A systematic review update. Comparative Effectiveness Review No. 212. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2018. Disponible à : https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cer-212-urinary-incontinence-updated_1.pdf.	[Balk *et al.*, 2018]
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & American Urogynecologic Society (AUGS)	7. **ACOG & AUGS 2015.** American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & American Urogynecologic Society (AUGS). ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary incontinence in women. Obstet Gynecol 2015;126(5):e66-e81.	[ACOG et AUGS, 2015]
	8. **ACOG 2018.** American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care. Obstet Gynecol 2018;131(5):e140-50.	[ACOG, 2018]
American Urological Association (AUA) & Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine &	9. **AUA & SUFU 2017.** Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR, Ginsberg DA, Goldman HB, Gomelsky A, et al. Surgical treatment of female stress urinary incontinence: AUA/SUFU guideline. J Urol 2017;198(4):875-83.	[Kobashi *et al.*, 2017]

ORGANISATIONS	RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCE
Urogenital Reconstruction (SUFU)	10. **AUA & SUFU 2019.** Gormley EA, Lightner DJ, Burgio K, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. Linthicum, MD : American Urological Association (AUA)/Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction (SUFU); 2019. Disponible à : https://www.auanet.org//guidelines-and-quality/guidelines/overactive-bladder-(oab)-guideline.	[Gormley *et al.*, 2019]
Australie – Nouvelle-Zélande		
Conjoint Urological Society of Australia and New Zealand (USANZ) & Urogynaecological Society of Australasia (UGSA)	11. **USANZ & UGSA 2016.** Tse V, King J, Dowling C, English S, Gray K, Millard R, et al. Conjoint Urological Society of Australia and New Zealand (USANZ) and Urogynaecological Society of Australasia (UGSA) Guidelines on the management of adult non-neurogenic overactive bladder. BJU Int 2016;117(1):34-47.	[Tse *et al.*, 2016]
Europe		
European Association of Urology (EAU)	12. **EAU 2022.** Harding CK, Lapitan MC, Arlandis S, Bø K, Cobussen-Boekhorst H, Constantini E, et al. EAU Guidelines on management of non-neurogenic female lower urinary tract symptoms (LUTS). Arnhem, Pays-Bas : European Association of Urology (EAU); 2022. Disponible à : https://uroweb.org/guidelines/non-neurogenic-female-luts.	[Harding *et al.*, 2022]
France		
Collègue National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)	13. **CNGOF 2015.** Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, Thubert T. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015;44(10):1141-6.	[Deffieux *et al.*, 2015]
Royaume-Uni		
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	14. **NICE 2019.** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: Management. [H] Evidence reviews for lifestyle and conservative management options for pelvic organ prolapse. NICE guideline NG123. Londres, Angleterre : NICE; 2019. Disponible à : https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/evidence/evidence-review-h-lifestyle-and-conservative-management-options-for-pelvic-organ-prolapse-pdf-6725287413.	[NICE, 2019]

ORGANISATIONS	RÉFÉRENCE	RÉFÉRENCE
Organisations internationales		
International Urogynecological Association (IUGA)	15. **IUGA 2016.** Bazi T, Takahashi S, Ismail S, Bo K, Ruiz-Zapata AM, Duckett J, Kammerer-Doak D. Prevention of pelvic floor disorders: International Urogynecological Association Research and Development Committee Opinion. Int Urogynecol J 2016;27(12):1785-95.	[Bazi *et al.*, 2016]
World Health Organization (WHO)	16. **WHO 2017.** World Health Organization (WHO). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genève, Suisse : WHO; 2017. Disponible à : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf.	[WHO, 2017]
InternatIonal ConsultatIon on Urological Diseases (ICUD) & International Continence Society (ICS)	17. **ICUD & ICS 2018.** Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. Neurourol Urodyn 2018;37(7):2271-2.	[Abrams *et al.*, 2018]

Tableau C-3 Liste des études (revues systématiques et essai clinique randomisé) retenues pour les questions des modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne (revue rapide)

RÉFÉRENCES (par ordre alphabétique du 1er auteur)	TITRES	GRILLE D'ÉVALUATION ET RÉSULTATS	MODALITÉ
Davenport *et al.*, 2018 Revue systématique	Davenport MH, Nagpal TS, Mottola MF, Skow RJ, Riske L, Poitras VJ, et al. Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med 2018;52(21):1397-404.	AMSTAR 2 : Qualité faible	Intensité du traitement
Fitz *et al.*, 2020 ECR	Fitz, FF, Gimenez MM, de Azevedo Ferreira L, Perreira Matias MM, Tezelli Bortolini MA, Castro RA. Pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence: A randomised control trial comparing home and outpatient training. Int Urogynecol J 2020;31(5):989-98.	ROB : Certaines préoccupations	Supervision
Garcia-Sanchez *et al.*, 2019 Revue systématique	Garcia-Sanchez E, Avila-Gandia V, Lopez-Roman J, Martinez-Rodriguez A, Rubio-Arias JA. What pelvic floor muscle training load is optimal in minimizing urine loss in women with stress urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health 2019;16(22):4358.	AMSTAR 2 : Qualité faible	Durée de la séance, durée du traitement, intensité du traitement
Gonzales *et al.*, 2021 Revue systématique	Gonzales AL, Barnes KL, Qualls CR, Jeppson PC. Prevalence and treatment of postpartum stress urinary incontinence: A systematic review. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2021;27(1):e139-45.	AMSTAR 2 : Qualité très faible	Supervision
Moroni *et al.*, 2016 Revue systématique	Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, Castro RA, Brito LG. Conservative treatment of stress urinary incontinence: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. Rev Bras Ginecol Obstet 2016;38(2):97-111.	AMSTAR 2 : Qualité modérée	Supervision
Nie *et al.*, 2017 Revue systématique	Nie XF, Ouyang YQ, Wang L, Redding SR. A meta-analysis of pelvic floor muscle training for the treatment of urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet 2017;138(3):250-5.	AMSTAR 2 : Qualité très faible	Intensité du traitement

Tableau C-4 Liste des publications exclues et raisons d'exclusion pour les questions d'efficacité et d'innocuité ainsi que les recommandations de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Al-Shaikh G, Syed S, Osman S, Bogis A, Al-Badr A. Pessary use in stress urinary incontinence: a review of advantages, complications, patient satisfaction, and quality of life. Int J Womens Health 2018;10:195-201.	Faiblesse méthodologique
Allon EF. The role of neuromuscular electrical stimulation in the rehabilitation of the pelvic floor muscles. Br J Nurs 2019;28(15):968-74.	Type de publication
Amarenco G, Turmel N, Chesnel C, Mezzadri M, Le Breton F, Charlanes A, Hentzen C. [Vaginal gas: Review]. Prog Urol 2019;29(17):1035-40.	Type de publication
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Practice Bulletin No. 210 Summary: Fecal Incontinence. Obstet Gynecol 2019;133(4):837-9.	Republication
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & American Urogynecologist Society (AUGS). Committee Opinion No. 603: Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. Obstet Gynecol. 2014 Jun (reaffirmed 2018);123(6):1403-1407.	Aucune recommandation pertinente
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & American Urogynecologist Society (AUGS). Urinary Incontinence in Women. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2015;21: 304–314.	Republication
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & American Urogynecologist Society (AUGS). Management of Mesh and Graft Complications in Gynecologic Surgery. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2017;23(3):171-6.	Republication
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & American Urogynecologist Society (AUGS). Committee Opinion No. 694: Management of Mesh and Graft Complications in Gynecologic Surgery. Obstet Gynecol. 2017 Apr;129(4):e102-e108.	Aucune recommandation pertinente
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & American Urogynecologist Society (AUGS). Committee Opinion Summary No. 694 : Management of Mesh and Graft Complications in Gynecologic Surgery. Obstet Gynecol 2017;129(4):773-4.	Republication
American Urogynecologic Society (AUGS). American Urogynecologic Society Best Practice Statement: Evaluation and Counseling of Patients With Pelvic Organ Prolapse. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2017;23(5):281-7.	Republication
Anon. SAR DFP on pelvic floor dysfunction: annual report. Abdom Radiol (NY) 2019;44(12):3992-3.	Type de publication
Arkel E, Torell K, Rydhog S, Rikner A, Neymark Bachmeier H, Gutke A, Fagevik Olsen M. Effects of physiotherapy treatment for patients with obstetric anal sphincter rupture: a systematic review. European Journal of Physiotherapy 2017;19(2):90-6.	Faiblesse méthodologique
Arnouk A, De E, Rehfuss A, Cappadocia C, Dickson S, Lian F. Physical, Complementary, and Alternative Medicine in the Treatment of Pelvic Floor Disorders. Curr Urol Rep 2017;18(6):47.	Type de publication
Bakali E, Johnson E, Buckley BS, Hilton P, Walker B, Tincello DG. Interventions for treating recurrent stress urinary incontinence after failed minimally invasive synthetic midurethral tape surgery in women. Cochrane Database Syst Rev 2019;9:Cd009407.	Absence d'études primaires pertinentes incluses dans la RS
Banumathy R, Lee KW, Goh PL, Saw MM, Ng HF, Sivalingam N. The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Exercises in Treating Genuine Stress Incontinence in Women: A Systematic Review. Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy - An International Journal 2016;10:54.	Faiblesse méthodologique

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Battut A et Nizard J. [Impact of pelvic floor muscle training on prevention of perineal pain and dyspareunia in postpartum]. Prog Urol 2016;26(4):237-44.	Faiblesse méthodologique
Benhaberou-Brun D. L'incontinence urinaire chez la femme : à ne pas banaliser. Perspective infirmière. 2016; 13 (4): 46-54. Disponible à : https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no04/11-pratique-clinique-acfa.pdf.	Aucune recommandation pertinente
Berghella V et Di Mascio D. Evidence-based labor management: before labor (Part 1). American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM 2020;2(1).	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec l'efficacité et l'innocuité
Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. Int Urogynecol J 2018;29(5):631-8.	Faiblessse méthodologique
Berghmans B, Seleme MR, Bernards ATM. Physiotherapy assessment for female urinary incontinence. Int Urogynecol J 2020;31(5):917-31.	Intervention non pertinente
Bernard S, Boucher S, McLean L, Moffet H. Mobile technologies for the conservative self-management of urinary incontinence: a systematic scoping review. Int Urogynecol J 2019;	Type de publication
Bharucha AE et Lee TH. Anorectal and Pelvic Pain. Mayo Clin Proc 2016;91(10):1471-86.	Type de publication
Bharucha AE, Rao SSC, Shin AS. Surgical Interventions and the Use of Device-Aided Therapy for the Treatment of Fecal Incontinence and Defecatory Disorders. Clin Gastroenterol Hepatol 2017;15(12):1844-54.	Aucune recommandation pertinente
Bø K, Artal R, Barakat R, Brown WJ, Davies GAL, Dooley M, et al. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016/17 evidence summary from the IOC Expert Group Meeting, Lausanne. Part 3-exercise in the postpartum period. Br J Sports Med 2017;51(21):1516-25.	Type de publication
Bo K, Fernandes A, Duarte TB, Brito LGO, Ferreira CHJ. Is pelvic floor muscle training effective for symptoms of overactive bladder in women? A systematic review. Physiotherapy 2020;106:65-76.	Inclusion de comparateurs non pertinents et absence de synthèse pour les études ayant des comparateurs pertinents
Boram J. Treatment of stress urinary incontinence in young adult females. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2017;78(5-B(E)):No Pagination Specified.	Publication inaccessible
Bou Kheir G, Grande P, Roumeguere T. Auto-reeducation pour le traitement de l'incontinence urinaire feminine: revue de la litterature (Home-based devices for the treatment of female urinary incontinence: a literature review) [French]. Progres en Urologie 2021 Mar;31(4):186-194.	Inclusion de comparateurs non pertinents et absence de synthèse pour les études ayant des comparateurs pertinents
Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, Kearney R. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 2020;11(11):Cd004010.	Intervention non pertinente (et/ou comparateur non pertinent)
Burlini K, Busby C, Chase E, Evans C, Luetmer D, Pawloski R. Prevention of Stress Urinary Incontinence in Pregnant Women Utilizing Pelvic Floor Muscle Therapy: A Systematic Review. Journal of Women's Health Physical Therapy 2018;42(1):51-2.	Type de publication
Cacciari LP, Dumoulin C, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a Cochrane systematic review abridged republication. Braz J Phys Ther 2019;23(2):93-107.	Republication

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health (CADTH). Behaviour Modification for Urinary Incontinence from Neurogenic Bladder: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. Ottawa: CADTH; 2017; Sep. (CADTH rapid response report: summary with critical appraisal).	Population
Carcelen-Fraile, M. D. C., A. Aibar-Almazan, et al. (2020). "Effects of Physical Exercise on Sexual Function and Quality of Sexual Life Related to Menopausal Symptoms in Peri- and Postmenopausal Women: A Systematic Review." Int J Environ Res Public Health 17(8).	Résultats inutilisables
Chaudhry Z et Tarnay C. Descending perineum syndrome: a review of the presentation, diagnosis, and management. International Urogynecology Journal 2016;27(8):1149-56.	Type de publication
Chen A, McIntyre B, De EJB. Management of Postoperative Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) After Pelvic Organ Prolapse (POP) Repair. Curr Urol Rep 2018;19(9):74.	Type de publication
Costa A, Vasconcellos IM, Pacheco RL, Bella Z, Riera R. What do Cochrane systematic reviews say about non-surgical interventions for urinary incontinence in women? Sao Paulo Med J 2018;136(1):73-83.	Type de publication
Cundiff GW, Quinlan DJ, van Rensburg JA, Slack M. Foundation for an evidence-informed algorithm for treating pelvic floor mesh complications: a review. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2018;125(8):1026-37.	Type de publication
Damon H. Éducation, rééducations et traitements physiques (massage) Dans : SNFCP éditions, réd. Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation. Paris, France : Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP); 2017 115-25 :	Population
Davies GAL, Wolfe LA, Mottola MF, MacKinnon C. No. 129-Exercise in Pregnancy and the Postpartum Period. J Obstet Gynaecol Can. 2018 Feb;40(2): e58-e65.	Ancienne version d'un autre document inclus
Davies N et Burdett T. Would integrating women's professional care of pelvic organ prolapse improve the symptoms and quality of life: an integrative literature review. Journal of Integrated Care 2020;28(2):119-33.	Faiblesse méthodologique
DeBorba A. The effects of intravaginal device-assisted versus noninvasive pelvic floor muscle training on urinary incontinence in adult females: A meta-analysis. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2018;79(10-B(E)):No Pagination Specified.	Publication inaccessible
Dietz HP. Pelvic organ prolapse - a review. Aust Fam Physician 2015;44(7):446-52.	Type de publication
Donnelly GM, Rankin A, Mills H, M DEV, Goom TS, Brockwell E. Infographic. Guidance for medical, health and fitness professionals to support women in returning to running postnatally. Br J Sports Med 2020.	Type de publication
Doret M. [Postnatal visit: Routine and particularity after complicated pregnancy--Guidelines for clinical practice]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015;44(10):1118-26.	Intervention non pertinente
Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séguin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. Neurourol Urodyn 2015;34(4):300-8.	Ancienne version d'un autre document inclus
Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, Bradley CS, Burgio KL, Hagen S, et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 20x3: Summary of the 5th International Consultation on Incontinence. Neurourol Urodyn 2016;35(1):15-20.	Type de publication
Dumoulin C, Pazzoto Cacciari L, Mercier J. Keeping the pelvic floor healthy. Climacteric 2019;22(3):257-62.	Type de publication

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Dwyer L et Kearney R. Conservative management of pelvic organ prolapse. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine 2021;31(2):35-41.	Type de publication
Ferreira CH, Dwyer PL, Davidson M, De Souza A, Ugarte JA, Frawley HC. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. Int Urogynecol J 2015;26(12):1735-50.	Population
Flandin-Cretinon S, Roelens I, Sellier Y, Bader G, Carbonnel M, Ayoubi JM. [Assessment of pelvic floor muscle training programs and urinary incontinence in women: A literature Review]. Gynecol Obstet Fertil Senol 2019;47(7-8):591-8.	Faiblesse méthodologique
Fleischer K et Thiagamoorthy G. Pelvic organ prolapse management. Post Reproductive Health 2020;26(2):79-85.	Type de publication
Forte ML, Andrade KE, Butler M, Lowry AC, Bliss DZ, Slavin JL, Kane RL. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Dans : Treatments for Fecal Incontinence. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016.	Population
Frederice CP, Brito LGO, Pereira GMV, Lunardi ALB, Juliato CRT. Interventional treatment for myofascial pelvic floor pain in women: systematic review with meta-analysis. International Urogynecology Journal 2021;32(5):1087-96.	Comparateur non pertinent
Freeman A et Menees S. Fecal Incontinence and Pelvic Floor Dysfunction in Women: A Review. Gastroenterol Clin North Am 2016;45(2):217-37.	Type de publication
Fricke A, Lark SD, Fink PW, Mundel T, Shultz SP. Exercise Interventions to Improve Pelvic Floor Muscle Functioning in Older Women With Urinary Incontinence: A Systematic Review. Journal of Women's Health Physical Therapy 2021;45(3):115-25.	Faiblesse méthodologique (autre raison d'exclusion : en majorité, les résultats ne sont pas des comparaisons intergroupes)
García-Sánchez E, Rubio-Arias JA, Ávila-Gandía V, Ramos-Campo DJ, López-Román J. Effectiveness of pelvic floor muscle training in treating urinary incontinence in women: A current review. Actas Urol Esp 2016;40(5):271-8.	Faiblesse méthodologique
Ge J, Wei XJ, Zhang HZ, Fang GY. Pelvic floor muscle training in the treatment of pelvic organ prolapse: A meta-analysis of randomized controlled trials. Actas Urol Esp (Engl Ed) 2021;45(1):73-82.	Inclusion de comparateurs non pertinents et absence de synthèse pour les études ayant des comparateurs pertinents
Geoffrion R et Larouche M. Guideline No. 413: Surgical Management of Apical Pelvic Organ Prolapse in Women. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2021;43(4):511-23.e1.	Intervention non pertinente
Glazener CM, Cooper K, Mashayekhi A. Anterior vaginal repair for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2017;7:Cd001755.	Intervention non pertinente
Grzybowska ME, Rechberger T, Wrobel A, Baranowski W, Stangel-Wojcikiewicz K, Rogowski A, et al. The Urogynecology Section of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians guidelines on the management of non-neurogenic overactive bladder syndrome in women. Ginekol Pol 2021;92(3):236-51.	Type de publication
Hadizadeh-Talasaz Z, Sadeghi R, Khadivzadeh T. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. Taiwan J Obstet Gynecol 2019;58(6):737-47.	Faiblesse méthodologique
Hall B et Woodward S. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence postpartum. Br J Nurs 2015;24(11):576-9.	Type de publication
Henzell H, Berzins K, Langford JP. Provoked vestibulodynia: Current perspectives. International Journal of Women's Health 2017;9:631-42.	Type de publication
Heres D, Liley KR, Russell A, McSorley OL. Impact of Skilled Pelvic Floor Muscle Training on the Incidence and Severity of Stress Urinary Incontinence in Pregnant and Postpartum Women: A Systematic Review... APTA Combined Sections Meeting - 2017, Texas. Journal of Women's Health Physical Therapy 2017;41(1):42-3.	Type de publication

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Hilde G et Bo K. The pelvic floor during pregnancy and after childbirth, and the effect of pelvic floor muscle training on urinary incontinence - a literature review. Current Women's Health Reviews 2015;11(1):19-30.	Type de publication
Hong MK et Ding DC. Current Treatments for Female Pelvic Floor Dysfunctions. Gynecol Minim Invasive Ther 2019;8(4):143-8.	Type de publication
Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015;(12):Cd003505.	Intervention non pertinente
Ismail S, Duckett J, Rizk D, Sorinola O, Kammerer-Doak D, Contreras-Ortiz O, et al. Recurrent pelvic organ prolapse: International Urogynecological Association Research and Development Committee opinion. Int Urogynecol J 2016;27(11):1619-32.	Aucune recommandation pertinente
Jia X, Rana N, Crouss T, Whitmore KE. Gynecological associated disorders and management. Int J Urol 2019;26 Suppl 1:46-51.	Type de publication
Jorge C, Santos-Rocha R, Bento T. Can group exercise programs improve health outcomes in pregnant women? A systematic review. Current Women's Health Reviews 2015;11(1):75-87.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec l'efficacité et l'innocuité
Jundt K, Peschers U, Kentenich H. The investigation and treatment of female pelvic floor dysfunction. Dtsch Arztebl Int 2015;112(33-34):564-74.	Type de publication
Kannan P, Winser S, Goonetilleke R, Cheing G. Ankle positions potentially facilitating greater maximal contraction of pelvic floor muscles: a systematic review and meta-analysis. Disabil Rehabil 2019;41(21):2483-91.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec l'efficacité et l'innocuité
Kershaw V, Khunda A, McCormick C, Ballard P. The effect of percutaneous tibial nerve stimulation (PTNS) on sexual function: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2019;30(10):1619-27.	Faiblesse méthodologique
Khorasani F, Ghaderi F, Sarbakhsh P, Ahadi P, Khorasani E, Ansari F, Vahed N. Physiotherapy and pelvic floor muscle exercises for the prevention and treatment of pregnancy-related pelvic floor dysfunctions: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences 2020;8(2):125-32.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec l'efficacité et l'innocuité
Kilpatrick KA, Paton P, Subbarayan S, Stewart C, Abraha I, Cruz-Jentoft AJ, et al. Non-pharmacological, non-surgical interventions for urinary incontinence in older persons: A systematic review of systematic reviews. The SENATOR project ONTOP series. Maturitas 2020;133:42-8.	Population (autres raisons : interventions et comparateurs selon les études primaires incluses)
Kirchin V, Page T, Keegan PE, Atiemo KO, Cody JD, McClinton S, Aluko P. Urethral injection therapy for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2017;7:Cd003881.	Intervention non pertinente
Kitawaki J et Kato K. Annual report of the Women's Health Care Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2019. J Obstet Gynaecol Res 2020;46(1):39-48.	Type de publication
Krakowsky Y et Grober ED. A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. Canadian Urological Association Journal 2018;12(6):211-6.	Type de publication
Lal N, Simillis C, Slesser A, Kontovounisios C, Rasheed S, Tekkis PP, Tan E. A systematic review of the literature reporting on randomised controlled trials comparing treatments for faecal incontinence in adults. Acta Chir Belg 2019;119(1):1-15.	Population
Lamin E, Parrillo LM, Newman DK, Smith AL. Pelvic Floor Muscle Training: Underutilization in the USA. Curr Urol Rep 2016;17(2):10.	Type de publication
Larouche M, Geoffrion R, Walter JE. No 351-Interventions de treillis transvaginales visant le prolapsus des organes pelviens. J Obstet Gynaecol Can. 2017 Nov;39(11):1098-1112.	Aucune recommandation pertinente

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Lavelle ES et Zyczynski HM. Stress Urinary Incontinence. Comparative Efficacy Trials. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2016;43(1):45-57.	Type de publication
Leme Nagib AB, Riccetto C, Martinho NM, Camargos Pennisi PR, Blumenberg C, Paranhos LR, Botelho S. Use of mobile apps for controlling of the urinary incontinence: A systematic review. Neurourol Urodyn 2020;39(4):1036-48.	Intervention non pertinente
Levy G et Lowenstein L. Overactive Bladder Syndrome Treatments and Their Effect on Female Sexual Function: A Review. Sexual Medicine 2020;8(1):1-7.	Type de publication
Liang J, Fang S, Li W, Zhao L, Sun X, Xie Z. Comparative effectiveness of nonsurgical treatment for stress urinary incontinence in adult women: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Clinical and Experimental Medicine 2018;11(10):10397-416.	Comparateurs non pertinents (et parfois aussi l'intervention elle-même)
Liddle SD et Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015;(9)	Population
Liu M, Juravic M, Mazza G, Krychman ML. Vaginal Dilators: Issues and Answers. Sex Med Rev 2021;9(2):212-20.	Type de publication
López-Liria R, Varverde-Martínez M, Padilla-Góngora D, Rocamora-Pérez P. Effectiveness of Physiotherapy Treatment for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review. J Womens Health (Larchmt) 2019;28(4):490-501.	Faiblesse méthodologique
Lu J, Zhang H, Liu L, Jin W, Gao J, Min M, Fan Y. Meta-analysis of Perinatal Pelvic Floor Muscle Training on Urinary Incontinence. West J Nurs Res 2021;43(6):597-605.	Visée (études de prévention, traitement et prévention/ traitement mixte regroupées ensemble) pour l'IU
Luginbuehl H, Baeyens JP, Taeymans J, Maeder IM, Kuhn A, Radlinger L. Pelvic floor muscle activation and strength components influencing female urinary continence and stress incontinence: a systematic review. Neurourol Urodyn 2015;34(6):498-506.	Intervention non pertinente
Lukacz ES, Santiago-Lastra Y, Albo ME, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women: A Review. Jama 2017;318(16):1592-604.	Type de publication
Ma X-x et Liu A. Effectiveness of electrical stimulation combined with pelvic floor muscle training on postpartum urinary incontinence. Medicine 2019;98(10):e14762-e.	Type de publication
Mateus-Vasconcelos ECL, Ribeiro AM, Antônio FI, Brito LGO, Ferreira CHJ. Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. Physiother Theory Pract 2018;34(6):420-32.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec l'efficacité et l'innocuité
Mazur-Bialy AI, Kołomańska-Bogucka D, Nowakowski C, Tim S. Urinary Incontinence in Women: Modern Methods of Physiotherapy as a Support for Surgical Treatment or Independent Therapy. J Clin Med 2020;9(4).	Faiblesse méthodologique
Mazur-Bialy AI, Kołomańska-Bogucka D, Opławski M, Tim S. Physiotherapy for Prevention and Treatment of Fecal Incontinence in Women-Systematic Review of Methods. J Clin Med 2020;9(10).	Résultats inutilisables; (autres raisons d'exclusion : visée [études de traitement et prévention/traitement mixte regroupées ensemble ou mal classées]; comparateurs non pertinents inclus)
McIntosh L, Andersen E, Reekie M. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence In Women: A 10-Year (2004-2013) Scoping Review of the Literature. Urol Nurs 2015;35(4):179-86, 203.	Type de publication

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Mendes A, Rodolpho JR, Hoga LA. Non-pharmacological and non-surgical treatments for female urinary incontinence: an integrative review. Appl Nurs Res 2016;31:146-53.	Inclusion d'interventions/ comparateurs non pertinents et absence de synthèse pour les études ayant des comparaisons pertinentes
Mendez MH, Sexton SJ, Lentz AC. Contemporary Review of Male and Female Climacturia and Urinary Leakage During Sexual Activities. Sex Med Rev 2018;6(1):16-28.	Type de publication
Meyer P. [Algorithms and urinary incontinence in the elderly. Assessment, treatment, recommendations and levels of evidence. Review]. Prog Urol 2017;27(3):111-45.	Type de publication
Milsom I. Can we ever completely cure incontinence? The Holy Grail... 25th National Conference on Incontinence in association with the Urogynaecological Society of Australasia 9-12 November 2016 Adelaide Convention Centre, Adelaide, South Australia. Australian & New Zealand Continence Journal 2016;22(4):107-.	Type de publication
Ministry of Health. 2019 Considering Surgical Mesh to Treat Stress Urinary Incontinence? Using permanent polypropylene (plastic) mesh tape in mid-urethral sling (MUS) operations. Wellington, New Zealand : Ministry of Health, New Zealand Government; 2019.	Type de publication
Miotła P, Dobruch J, Lipiński M, Drewa T, Kołodziej A, Barcz E, et al. Diagnostic and therapeutic recommendations for patients with nocturia. Cent European J Urol 2017;70(4):388-93.	Type de publication
Monteiro S, Riccetto C, Araújo A, Galo L, Brito N, Botelho S. Efficacy of pelvic floor muscle training in women with overactive bladder syndrome: a systematic review. Int Urogynecol J 2018;29(11):1565-73.	Résultats inutilisables
Murray AS. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Res Nurs Health 2019;42(3):234-5.	Type de publication
Neels H, Mortiers X, de Graaf S, Tjalma WAA, De Wachter S, Vermandel A. Vaginal wind: A literature review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2017;214:97-103.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec l'efficacité et l'innocuité
Nguyen TM, Do TTT, Tran TN, Kim JH. Exercise and quality of life in women with menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Environmental Research & Public Health 2020 Sep;17(19):7049.	Résultats inutilisables (concernant la REPP : aucun résultat chiffré disponible pour les résultats d'intérêts pertinents [QdV générale = non pertinente])
National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence in women: management Clinical guideline [CG171]. Londres, Angleterre: NICE; Published date: 11 September 2013 Last updated: 05 November 2015.	Ancienne version d'un autre document inclus
Nipa SI, Sriboonreung T, Paungmali A, Phongnarisorn C. Effectiveness of therapeutic interventions for women with urinary incontinence: A systematic review. Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine 2020;32(1):1-22.	Résultats inutilisables (concernant la REPP : résultats et synthèse)
Nunes EFC, Sampaio LMM, Biasotto-Gonzalez DA, Nagano R, Lucareli PRG, Politti F. Biofeedback for pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis. Physiotherapy 2019;105(1):10-23.	Inclusion d'interventions/ comparateurs non pertinents et absence de synthèse pour les études ayant des comparaisons pertinentes
Nygaard CC, Tsiapakidou S, Pape J, Falconi G, Betschart C, Pergialiotis V, Doumouchtsis SK. Appraisal of clinical practice guidelines on the management of obstetric perineal lacerations and care using the AGREE II instrument [Formula presented] [Formula presented]. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2020;247:66-72.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec l'efficacité et l'innocuité

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Oblasser C, Christie J, McCourt C. Vaginal cones or balls to improve pelvic floor muscle performance and urinary continence in women post partum: A quantitative systematic review. Midwifery 2015;31(11):1017-25.	Intervention non pertinente
Obyn C, Jespers V, Camberlin C. Optimalisation des forfaits pour incontinence – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018. KCE Reports 304Bs. D/2018/10.273/42.	Aucune recommandation pertinente
Oliveira M, Ferreira M, Azevedo MJ, Firmino-Machado J, Santos PC. Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: A systematic review. Rev Assoc Med Bras (1992) 2017;63(7):642-50.	Faiblesse méthodologique
Olivera CK, Meriwether K, El-Nashar S, Grimes CL, Chen CC, Orejuela F, et al. Nonantimuscarinic treatment for overactive bladder: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2016;215(1):34-57.	Population
Otero Torres L, Da Cuna Carrera I, Gonzalez Gonzalez Y. Role of the different physiotherapy modalities in women with dyspareunia: a literature review. Clinica e Investigacion en Ginecologia y Obstetricia 2020;47(4):174-81.	Langue de publication
Pair LS et Somerall WE, Jr. Urinary incontinence: Pelvic floor muscle and behavioral training for women. Nurse Pract 2018;43(1):21-5.	Type de publication
Paiva LL, Ferla L, Darski C, Catarino BM, Ramos JG. Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2017;28(3):351-9.	Résultats inutilisables
Palacios Lopez A et Diaz Diaz B. Physiotherapy in urinary incontinence in pregnancy and the pospartum period: A systematic review. Clinica e Investigacion en Ginecologia y Obstetricia 2016;43(3):122-31.	Langue de publication
Palmer MH, Cockerell R, Griebling TL, Rantell A, van Houten P, Newman DK. Review of the 6th International Consultation on Incontinence: Primary prevention of urinary incontinence. Neurourol Urodyn 2020;39(1):66-72.	Republication
Pan H, Bao Y, Cao H, Jin R, Wang P, Zhang J. The effectiveness of magnetic stimulation for patients with pelvic floor dysfunction: A systematic review and meta-analysis. Neurourol Urodyn 2018;37(8):2368-81.	Intervention non pertinente
Peate I. Urinary incontinence in women: treatment recommendations. Br J Nurs 2019;28(22):1486-8.	Type de publication
Polackwich AS et Shoskes DA. Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a review of evaluation and therapy. Prostate Cancer Prostatic Dis 2016;19(2):132-8.	Population
Pratt T et Mishra K. Evaluation and management of defecatory dysfunction in women. Curr Opin Obstet Gynecol 2018;30(6):451-7.	Type de publication
Radzimińska A, Strączyńska A, Weber-Rajek M, Styczyńska H, Strojek K, Piekorz Z. The impact of pelvic floor muscle training on the quality of life of women with urinary incontinence: a systematic literature review. Clin Interv Aging 2018;13:957-65.	Faiblesse méthodologique
Reynolds WS, McPheeters M, Blume J, Surawicz T, Worley K, Wang L, Hartmann K. Comparative effectiveness of anticholinergic therapy for OAB in women: A systematic review and meta-analysis. Obstetrical and Gynecological Survey 2015;70(9):564-6.	Intervention non pertinente
Rickey LM et Casilla-Lennon M. Prevention of Stress Urinary Incontinence in Women. Current Bladder Dysfunction Reports 2020;15(1):30-7.	Type de publication
Riemsma R, Hagen S, Kirschner-Hermanns R, Norton C, Wijk H, Andersson KE, et al. Can incontinence be cured? A systematic review of cure rates. BMC Med 2017;15(1):63.	Population
Robert M et Ross S. No. 186-Conservative Management of Urinary Incontinence. J Obstet Gynaecol Can 2018;40(2):e119-e25.	Ancienne version d'un autre document inclus

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Rocha F, Carvalho J, Jorge Natal R, Viana R. Evaluation of the pelvic floor muscles training in older women with urinary incontinence: a systematic review. Porto Biomed J 2018;3(2):e9.	Faiblesse méthodologique
Romeikienė KE et Bartkevičienė D. Pelvic-Floor Dysfunction Prevention in Prepartum and Postpartum Periods. Medicina (Kaunas) 2021;57(4).	Visée (prévention, traitement et prévention/ traitement mixte regroupées ensemble); autres raisons : interventions et comparateurs non pertinents inclus; absence de synthèse claire et présentation des résultats désordonnée
Rosen NO, Dawson SJ, Brooks M, Kellogg-Spadt S. Treatment of Vulvodynia: Pharmacological and Non-Pharmacological Approaches. Drugs 2019;79(5):483-93.	Type de publication
Royal College of Nursing (RCN). Royal College of Nursing. Women's Health Pocket Guide. The RCN Women's Health Forum. 2020.	Republication
Ruiz de Vinaspre Hernandez R. Efficacy of hypopressive abdominal gymnastics in rehabilitating the pelvic floor of women: A systematic review. Actas Urol Esp 2018;42(9):557-66.	Langue de publication
Russo E, Caretto M, Giannini A, Bitzer J, Cano A, Ceausu I, et al. Management of urinary incontinence in postmenopausal women: An EMAS clinical guide. Maturitas 2021;143:223-30.	Absence de recommandation pertinente
Saboia DM, Bezerra KC, Vasconcelos Neto JA, Bezerra L, Oriá MOB, Vasconcelos CTM. The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. Rev Bras Enferm 2018;71(suppl 3):1460-8.	Visée (prévention/traitement mixte pour l'IU)
Salonia A. Bettocchi C. Carvalho J. Corona G. Jones T.H. Kadioglu A. Martinez-Salamanca J.I. Minhas S. Serefoglu E.C. Verze P. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Arnhem, The Netherlands : European Association of Urology (EAU); 2021.	Population
Scarabelot K, Pereira F, Ghizzo L, Willing J, Virtuoso J. Use of pessary in the treatment of pelvic floor dysfunctions: A systematic review. Physiotherapy Quarterly 2018;26(1):1-8.	Intervention non pertinente
Schantz C. [Methods of preventing perineal injury and dysfunction during pregnancy: CNGOF Perineal prevention and protection in obstetrics]. Gynecol Obstet Fertil Senol 2018;46(12):922-7.	Population
Schreiner L, Crivelatti I, de Oliveira JM, Nygaard CC, Dos Santos TG. Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 2018;143(1):10-8.	Faiblesse méthodologique
Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. [Post-partum: Guidelines for clinical practice--Short text]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015;44(10):1157-66.	Republication
Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016;202:1-8.	Republication
Singh N, Arya KN, Pervin A. Synergistic Action of Deep Abdominals and Pelvic Floor Muscles: Implication for Incontinence Management in Women. Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy 2017;11(3):66-9.	Type de publication
Soave I, Scarani S, Mallozzi M, Nobili F, Marci R, Caserta D. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth and its effect on urinary system and supportive structures assessed by objective measurement techniques. Arch Gynecol Obstet 2019;299(3):609-23.	Type de publication

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Sobhgol SS, Priddis H, Smith CA, Dahlen HG. The Effect of Pelvic Floor Muscle Exercise on Female Sexual Function During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review. Sex Med Rev 2019;7(1):13-28.	Faiblesse méthodologique
Sorrigueta-Hernandez A, Padilla-Fernandez BY, Marquez-Sanchez MT, Flores-Fraile MC, Flores-Fraile J, Moreno-Pascual C, et al. Benefits of physiotherapy on urinary incontinence in high-performance female athletes. Meta-analysis. Journal of Clinical Medicine 2020;9(10):1-12.	Faiblesse méthodologique
Stec BM. Thinking beyond kegels: Efficacy of lumbopelvic dysfunction treatment for a middle-aged women with stress urinary incontinence. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2017;78(5-B(E)):No Pagination Specified.	Publication inaccessible
Stein A, Sauder SK, Reale J. The Role of Physical Therapy in Sexual Health in Men and Women: Evaluation and Treatment. Sex Med Rev 2019;7(1):46-56.	Type de publication
Stenzelius K, Molander U, Odeberg J, Hammarström M, Franzen K, Midlöv P, et al. The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review. Age Ageing 2015;44(5):736-44.	Inclusion de comparateurs non pertinents et absence de synthèse pour les études ayant des comparaisons pertinentes
Stewart F, Berghmans B, Bo K, Glazener CM. Electrical stimulation with non-implanted devices for stress urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2017;12:Cd012390.	Intervention non pertinente
Stewart F, Gameiro LF, El Dib R, Gameiro MO, Kapoor A, Amaro JL. Electrical stimulation with non-implanted electrodes for overactive bladder in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017;(2)	Intervention non pertinente
Sultana CJ. Non-surgical and Surgical Management of Pelvic Organ Prolapse in the Older Woman. Current Geriatrics Reports 2017;6(2):81-9.	Type de publication
Takahashi S, Takei M, Nishizawa O, Yamaguchi O, Kato K, Gotoh M, et al. Clinical Guideline for Female Lower Urinary Tract Symptoms. Low Urin Tract Symptoms 2016;8(1):5-29.	Republication
Takamatsu K et Kitawaki J. Annual report of the Women's Health Care Committee, Japan Society of Obstetrics and Gynecology, 2017. J Obstet Gynaecol Res 2018;44(1):13-26.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec l'efficacité et l'innocuité
Te Brummelstroete GH, Loohuis AM, Wessels NJ, Westers HC, van Summeren J, Blanker MH. Scientific evidence for pelvic floor devices presented at conferences: An overview. Neurourol Urodyn 2019;38(7):1958-65.	Intervention non pertinente
The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Position statement on midurethral slings; C-Gyn 32; The Royan Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists 2020; 1-14.	Aucune recommandation pertinente
The Royal College of Midwives (RCM) & Chartered Society of Physiotherapy (CSP). RCM/CSP Joint statement on pelvic floor muscle exercices. Improving health outcomes for women following pregnancy and birth. 2020 (2017).	Republication
Thubert T, Bakker E, Fritel X. [Pelvic floor muscle training and pelvic floor disorders in women]. Gynecol Obstet Fertil 2015;43(5):389-94.	Type de publication
Thubert T, Vinchant M, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Deffieux X. [Postpartum pelvic floor disorders]. Rev Prat 2016;66(2):207-10.	Publication inaccessible
Trivedi D. Cochrane Review Summary: Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women. Primary Health Care Research and Development 2015;16(6):545-7.	Ancienne version d'un autre document inclus
Tseng PC, Puthussery S, Pappas Y, Gau ML. A systematic review of randomised controlled trials on the effectiveness of exercise programs on Lumbo Pelvic Pain among postnatal women. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15:316.	Population

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Tso C, Lee W, Austin-Ketch T, Winkler H, Zitkus B. Nonsurgical Treatment Options for Women With Pelvic Organ Prolapse. Nurs Womens Health 2018;22(3):228-39.	Type de publication
Van Kampen M, Devoogdt N, De Groef A, Gielen A, Geraerts I. The efficacy of physiotherapy for the prevention and treatment of prenatal symptoms: a systematic review. International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction 2015;26(11):1575-86.	Faiblesse méthodologique
van Reijn-Baggen DA, Han-Geurts IJM, Voorham-van der Zalm PJ, Pelger RCM, Hagenaars-van Miert CHAC, Laan ETM. Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. Sexual Medicine Reviews 2021.	Population
Vandyken C et Hilton S. Physical Therapy in the Treatment of Central Pain Mechanisms for Female Sexual Pain. Sexual Medicine Reviews 2017;5(1):20-30.	Type de publication
Villot A, Deffieux X, Demoulin G, Rivain AL, Trichot C, Thubert T. [Management of postpartum anal incontinence: A systematic review]. Prog Urol 2015;25(17):1191-203.	Faiblesse méthodologique
Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. Curr Opin Obstet Gynecol 2019;31(6):485-93.	Type de publication
Wieslander CK, Weinstein MM, Handa VL, Collins SA. Pregnancy in Women With Prior Treatments for Pelvic Floor Disorders. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2020 May;26(5):299-305.	Aucune recommandation pertinente
Wu YM, McInnes N, Leong Y. Pelvic Floor Muscle Training Versus Watchful Waiting and Pelvic Floor Disorders in Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-analysis. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2018;24(2):142-9.	Visée (études de prévention, traitement et prévention/traitement mixte regroupées ensemble)
Wu YM et Welk B. Revisiting current treatment options for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a contemporary literature review. Res Rep Urol 2019;11:179-88.	Type de publication
Wu X, Zheng X, Yi X, Lai P, Lan Y. Electromyographic Biofeedback for Stress Urinary Incontinence or Pelvic Floor Dysfunction in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. Adv Ther 2021;38(8):4163-77.	Comparateur non pertinent
Yang X, Zhang A, Sayer L, Bassett S, Woodward S. The effectiveness of group-based pelvic floor muscle training in preventing and treating urinary incontinence for antenatal and postnatal women: a systematic review. Int Urogynecol J 2021.	Visée (études de prévention et prévention/traitement mixte regroupées ensemble)
Zhang FW, Wei F, Wang HL, Pan YQ, Zhen JY, Zhang JX, Yang KH. Does pelvic floor muscle training augment the effect of surgery in women with pelvic organ prolapse? A systematic review of randomized controlled trials. Neurourol Urodyn 2016;35(6):666-74.	Population (inclut des études primaires portant sur des femmes qui subissent d'autres types de chirurgie que celle du POP)

POP : prolapsus d'organes pelviens; RS : revue systématique.

Tableau C-5 Liste des publications exclues et raisons d'exclusion pour les questions d'efficacité et d'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne pour l'évaluation des modalités d'interventions (revue rapide)

RÉFÉRENCE	RAISON D'EXCLUSION
Aguirre F, Heft J, Yunker A. Factors Associated With Nonadherence to Pelvic Floor Physical Therapy Referral for the Treatment of Pelvic Pain in Women. Phys Ther 2019;99(7):946-52.	Cohorte
Armstrong AA, Nguyen MM, Wieslander CK, Tarnay CM. All Levels of Providers Can Effectively and Efficiently Teach Pelvic Floor Strength Assessment at Time of Pelvic Examination. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2019;25(2):154-6.	Cohorte
Assis GM, Silva C, Martins G. Proposal of a protocol for pelvic floor muscle evaluation and training to provide care to women with urinary incontinence. Rev Esc Enferm USP 2021;55:e03705.	Autre
Banumathy R, Lee KW, Goh PL, Saw MM, Ng HF, Sivalingam N. The effectiveness of pelvic floor muscle exercises in treating genuine stress incontinence in women: a systematic review. Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy 2016 Apr-Jun;10(2):54-60 2016;	Aucune donnée comparative de modalité
Barnabei VM. Vulvodynia. Clinical Obstetrics & Gynecology 2020;63(4):752-69.	Aucune donnée comparative de modalité
Battut A et Nizard J. [Impact of pelvic floor muscle training on prevention of perineal pain and dyspareunia in postpartum]. Progres en Urologie 2016;26(4):237-44.	Aucune donnée comparative de modalité
Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. Int Urogynecol J 2018;29(5):631-8.	Aucune donnée comparative de modalité
Chen L, Chen X, Luo D, Jin M, Hu Y, Cai W. Performance of self-reported and unsupervised antenatal pelvic floor muscle training and its effects on postpartum stress urinary incontinence among Chinese women: a cohort study. Journal of International Medical Research 2020;48(6)	Cohorte
da Silva JB, de Oliveira Sato T, Rocha APR, Driusso P. Inter- and intrarater reliability of unidigital and bidigital vaginal palpation to evaluation of maximal voluntary contraction of pelvic floor muscles considering risk factors and dysfunctions. Neurourology & Urodynamics 2021;40(1):348-57.	Aucune analyse comparative
Di Benedetto P. Can Pelvic Floor Muscle Training Versus No Treatment or Inactive Control Treatments Reduce or Cure Urinary Incontinence in Women?: A Cochrane Review Summary With Commentary. Am J Phys Med Rehabil 2020;99(2):178-9.	Autre
Dumoulin C, Hunter KF, Moore K, Bradley CS, Burgio KL, Hagen S, et al. Conservative management for female urinary incontinence and pelvic organ prolapse review 2013: summary of the 5th International Consultation on Incontinence. Neurourology and Urodynamics 2016 Jan;35(1):15-20 2016;	Aucune analyse comparative
Giagio S, Innocenti T, Salvioli S, Lami A, Meriggiola MC, Pillastrini P, Gava G. Completeness of exercise reporting among randomized controlled trials on pelvic floor muscle training for women with pelvic organ prolapse: A systematic review. Neurourol Urodyn 2021;40(6):1424-32.	Autre
Hagovská M, Urdzík P, Švihra J. A randomized interventional parallel study to evaluate the effect of pelvic floor muscle training with stabilization exercises of high and low intensity in women with stress urinary incontinence: The PELSTAB study. Medicine (Baltimore) 2020;99(29):e21264.	Aucune analyse comparative
Khorasani F, Ghaderi F, Sarbakhsh P, Ahadi P, Khorasani E, Ansari F, Vahed N. Physiotherapy and pelvic floor muscle exercises for the prevention and treatment of pregnancy-related pelvic floor dysfunctions: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences 2020 Apr;8(2):125-132 2020;	Résultat de la modalité exlus
Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2016;27(7):981-92.	Aucune analyse comparative
Luginbuehl H, Baeyens JP, Taeymans J, Maeder IM, Kuhn A, Radlinger L. Pelvic floor muscle activation and strength components influencing female urinary continence and stress incontinence: a systematic review. Neurourology and Urodynamics 2015 Aug;34(6):498-506 2015;	Aucune donnée pertinente

RÉFÉRENCE	RAISON D'EXCLUSION
Mateus-Vasconcelos ECL, Ribeiro AM, Antonio FI, Brito LGO, Ferreira CHJ. Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. Physiother 2018;34(6):420-32.	Aucune donnée comparative de modalité
Maxwell, M., K. Berry, et al. (2020). "Pelvic floor muscle training for women with pelvic organ prolapse: the PROPEL realist evaluation." NIHR Journals Library. Health Services and Delivery Research 12: 12.DOI: https://dx.doi.org/10.3310/hsdr08470	Cohorte
Mazloomdoost D, Crisp CC, Kleeman SD, Pauls RN. Primary care providers' experience, management, and referral patterns regarding pelvic floor disorders: A national survey. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2018;29(1):109-18.	Autre
Monteiro S, Riccetto C, Araújo A, Galo L, Brito N, Botelho S. Efficacy of pelvic floor muscle training in women with overactive bladder syndrome: a systematic review. Int Urogynecol J 2018;29(11):1565-73.	Autre
Nipa SI, Sriboonreung T, Paungmali A, Phongnarisorn C. Effectiveness of therapeutic interventions for women with urinary incontinence: A systematic review. Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine 2020;32(1):1-22.	Résultats inutilisables
Oliveira M, Ferreira M, Azevedo MJ, Firmino-Machado J, Santos PC. Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: a systematic review. Revista da Associaccao Medica Brasileira [Journal of the Brazilian Medical Association] 2017 Jul;63(7):642-650 2017;	Aucune donnée pertinente
Pereira-Baldon VS, Avila MA, Dalarmi CB, de Oliveira AB, Driusso P. Effects of different regimens for pelvic floor muscle training in young continent women: Randomized controlled clinical trial. J Electromyogr Kinesiol 2019;44:31-5.	Résultat de la modalité exlus
Prendergast SA. Pelvic Floor Physical Therapy for Vulvodynia: A Clinician's Guide. Obstet Gynecol Clin North Am 2017;44(3):509-22.	Aucune donnée comparative de modalité
Soave I, Scarani S, Mallozzi M, Nobili F, Marci R, Caserta D. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth and its effect on urinary system and supportive structures assessed by objective measurement techniques. Arch Gynecol Obstet 2019;299(3):609-23.	Aucune donnée comparative de modalité
Sobhgol SS, Priddis H, Smith CA, Dahlen HG. The Effect of Pelvic Floor Muscle Exercise on Female Sexual Function During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review. Sex Med Rev 2019;7(1):13-28.	Aucune analyse comparative
Titman SC, Radley SC, Gray TG. Self-management in women with stress incontinence: strategies, outcomes and integration into clinical care. Res Rep Urol 2019;11:111-21.	Aucune donnée comparative de modalité
Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. Curr Opin Obstet Gynecol 2019;31(6):485-93.	Aucune donnée comparative de modalité
Wu, X., X. Zheng, et al. (2021). "Electromyographic Biofeedback for Stress Urinary Incontinence or Pelvic Floor Dysfunction in Women: A Systematic Review and Meta-Analysis." Adv Ther **38**(8): 4163-4177.DOI: 10.1007/s12325-021-01831-6	Résultats inutilisables
Zhang FW, Wei F, Wang HL, Pan YQ, Zhen JY, Zhang JX, Yang KH. Does pelvic floor muscle training augment the effect of surgery in women with pelvic organ prolapse? A systematic review of randomized controlled trials. Neurourology and Urodynamics 2016 Aug;35(6):666-674 2016;	Aucune analyse comparative

Tableau C-6 Liste des publications exclues et raisons d'exclusion pour les questions des aspects économiques de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. Nature Reviews Disease Primers 2017;3 (no pagination)	Intervention/comparateur non pertinent
Bakali E, Johnson E, Buckley BS, Hilton P, Walker B, Tincello DG. Interventions for treating recurrent stress urinary incontinence after failed minimally invasive synthetic midurethral tape surgery in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019;(9)	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec les aspects économiques
Betschart C, Cervigni M, Contreras Ortiz O, Doumouchtsis SK, Koyama M, Medina C, et al. Management of apical compartment prolapse (uterine and vault prolapse): A FIGO Working Group report. Neurourol Urodyn 2017;36(2):507-13.	Intervention/comparateur non pertinent
Brennen R, Sherburn M, Rosamilia A. Development, implementation and evaluation of an advanced practice in continence and women's health physiotherapy model of care. Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology 2019;59(3):450-6.	Intervention/comparateur non pertinent
Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, Kearney R. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 2020;11(11):Cd004010.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec les aspects économiques
Cacciari LP, Dumoulin C, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a cochrane systematic review abridged republication. Braz J Phys Ther 2019;23(2):93-107.	Republication ou ancienne version d'un autre article inclus
Diokno AC, Newman DK, Low LK, Griebling TL, Maddens ME, Goode PS, et al. Effect of Group-Administered Behavioral Treatment on Urinary Incontinence in Older Women: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2018;178(10):1333-41.	Intervention/comparateur non pertinent
Dufour S et Wu M. No. 397 - Conservative Care of Urinary Incontinence in Women. J Obstet Gynaecol Can 2020;42(4):510-22.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec les aspects économiques
Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2018;10(10):Cd005654.	Intervention/comparateur non pertinent
Farrell SA. No. 127-The Evaluation of Stress Incontinence Prior to Primary Surgery. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2018;40(2):e45-e50	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec les aspects économiques
Fernández-Cuadros M, Albaladejo-Florín M, Álava-Rabasa S, Pérez-Moro O. Efectividad de 6 sesiones de biofeedback manométrico en la incontinencia urinaria y la calidad de vida: estudio prospectivo tipo antes-después, 67 casos. Rehabilitacion 2019;53(3):146-54.	Publication inaccessible
Grant A, Dean S, Hay-Smith J, Hagen S, McClurg D, Taylor A, et al. Effectiveness and cost-effectiveness randomised controlled trial of basic versus biofeedback-mediated intensive pelvic floor muscle training for female stress or mixed urinary incontinence: protocol for the OPAL (optimising pelvic floor exercises to achieve long-term benefits) trial mixed methods longitudinal qualitative case study and process evaluation. BMJ Open 2019;9(2):e024152.	Type de publication
Hagen S, Bugge C, Dean SG, Elders A, Hay-Smith J, Kilonzo M, et al. Basic versus biofeedback-mediated intensive pelvic floor muscle training for women with urinary incontinence: the OPAL RCT. Health Technol Assess 2020;24(70):1-144.	Intervention et/ou comparateur non pertinent

RÉFÉRENCES	RAISON D'EXCLUSION
Hay SIAbajobir AAAbate KHAbbafati CAbbas KMAbd-Allah F, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet 2017;390(10100):1260-344.	Type de publication
Hemming C, Constable L, Goulao B, Kilonzo M, Boyers D, Elders A, et al. Surgical interventions for uterine prolapse and for vault prolapse: the two VUE RCTs. Health Technol Assess 2020;24(13):1-220.	Intervention/comparateur non pertinent
Jha S, Walters SJ, Bortolami O, Dixon S, Alshreef A. Impact of pelvic floor muscle training on sexual function of women with urinary incontinence and a comparison of electrical stimulation versus standard treatment (IPSU trial): a randomised controlled trial. Physiotherapy 2018;104(1):91-7.	Intervention et/ou comparateur non pertinent
Lamin E, Parrillo LM, Newman DK, Smith AL. Pelvic Floor Muscle Training: Underutilization in the USA. Curr Urol Rep 2016;17(2):10.	Republication ou ancienne version d'un autre article inclus
Murray AS. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Research in Nursing & Health 2019;42(3):234-5.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec les aspects économiques
National Collaborating Centre for Women's Children's Health (NCCWCH). National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Dans : Urinary Incontinence in Women: The Management of Urinary Incontinence in Women. London : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK) Copyright © 2013 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.; 2013.	Intervention/comparateur non pertinent
Paiva LL, Ferla L, Darski C, Catarino BM, Ramos JG. Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2017;28(3):351-9.	Intervention/comparateur non pertinent
Panman, C., Wiegersma, M., Kollen, B. J., Berger, M. Y., Lisman-Van Leeuwen, Y., Vermeulen, K. M., & Dekker, J. H. (2017). Two-year effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: a randomised controlled trial in primary care. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology, 124(3), 511–520.	Republication ou ancienne version d'un autre article inclus
Qaseem A, Dallas P, Forciea MA, Starkey M, Denberg TD, Shekelle P. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2014;161(6):429-40.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec les aspects économiques
Robert M et Ross S. No. 186-Conservative Management of Urinary Incontinence. J Obstet Gynaecol Can 2018;40(2):e119-e25.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec les aspects économiques
Saraswat L, Rehman H, Omar IM, Cody JD, Aluko P, Glazener MAC. Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020;(1)	Intervention/comparateur non pertinent
Walter JE. Transvaginal mesh procedures for pelvic organ prolapse. J Obstet Gynaecol Can 2011;33(2):168-74.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec les aspects économiques
Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev 2020;5(5):CD007471.	Aucun résultat d'intérêt pertinent en lien avec les aspects économiques

ANNEXE D

Liste et caractéristiques des études incluses

Tableau D-1 Descriptions détaillées des revues systématiques

Balk *et al.*, 2019	
Objectif(s)	Effectuer l'examen systématique des effets indésirables de tous les traitements non chirurgicaux de l'incontinence urinaire à l'effort, par urgenturie ou mixte chez les femmes non enceintes.
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : essai contrôlé randomisé (ECR) sans taille minimale d'échantillon, études comparatives non randomisées avec au moins 50 femmes par groupe d'intervention et études à un seul bras avec au moins 50 femmes. Population : femmes adultes souffrant d'incontinence urinaire à l'effort (IUE), d'incontinence urinaire par urgenturie (IUU) ou d'incontinence urinaire mixte (IUM). *Exclusion* : femmes enceintes, hospitalisées ou institutionnalisées et de celles souffrant d'incontinence urinaire (IU) attribuable à une infection des voies urinaires (IVU) ou à une vessie neurogène. Intervention(s) : interventions pharmacologiques et non pharmacologiques (non chirurgicales) Comparateur(s) : nd dans la publication (dans le protocole : traitement non actif, placébo, autres interventions non pharmacologiques, autres interventions pharmacologiques Langue(s) : non disponible (nd) dans la publication et le protocole (selon Balk et ses collaborateurs [2018], toute langue, sauf celles impossible à lire, traduire ou récupérer) Dates de publication : jusqu'au 4 décembre 2017 Qualité : nd Autre : Toutes les études devaient avoir un suivi d'au moins 4 semaines.
Nombre d'études et de participantes	Études : 138 (28 études pertinentes à la présente évaluation) Participantes : nd
Caractéristiques des études incluses	Devis : ECR ou études comparatives non randomisées Tailles d'échantillon : 6 à 4 913 (médiane de 123; écart interquartile [EIQ] : 48 à 239); non disponible uniquement pour les études pertinentes à la présente évaluation Nombre de centres : nd Suivi : au moins 4 semaines (critère d'inclusion) Pays : nd Qualité : nd
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : nd Diagnostic : nd Parité : nd Type d'accouchement : nd
Interventions √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Définitions : nd Caractéristiques des interventions dans les études incluses : • Interventions non pharmacologiques (52 études) : - Thérapie comportementale : ▪ rééducation périnéale et pelvienne (REPP) (exercices du plancher pelvien [EPP] seuls) (√); ▪ REPP (EPP + rétroaction biologique) (√); ▪ REPP (EPP + rééducation vésicale) (√); ▪ REPP (EPP + rééducation vésicale + rétroaction biologique) (√); ▪ REPP (EPP + poids vaginaux [cônes, boules]) (√); ▪ rééducation vésicale (x); ▪ perte de poids (x); ▪ yoga (x); ▪ sensibilisation et partage d'information (x); ▪ réduction du stress basée sur la pleine conscience (x); ▪ diapositifs intravaginaux (x);

Balk *et al.*, 2019	
	- Thérapie comportementale + neuromodulation : ▪ REPP (EPP + rétroaction biologique) (√); ▪ REPP (EPP + stimulation nerveuse électrique transcutanée + rétroaction biologique) (√); - Acupuncture (x); - Neuromodulation (x) : ▪ électroacupuncture; ▪ InterStim™; ▪ stimulation magnétique; ▪ stimulation nerveuse électrique transcutanée; • Interventions pharmacologiques (x) : - Thérapie comportementale + médication; - Thérapie comportementale + neuromodulation + médication; - Thérapie comportementale + thérapie hormonale; - Médication; - Neuromodulation + médication; - Agents gonflants périurétraux.
Comparateurs √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Définitions : nd Caractéristiques des interventions dans les études incluses : • Absence de traitement (x, majoritairement sans comparaison directe avec l'intervention étudiée); • Traitement fictif (x, majoritairement sans comparaison directe avec l'intervention étudiée); • Placébo (x); • Autres interventions non pharmacologiques (x); • Autres interventions pharmacologiques (x).
Résultats (*outcomes*) √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Résultats primaires : • Il n'y a pas de résultats primaires ou secondaires définis. Résultats des études pertinentes à la présente évaluation : • Proportion de femmes recevant chaque intervention qui ont rapporté chaque EI tel que défini par les études individuelles (√)
Types d'analyse des données	Lorsqu'au moins 4 études d'une intervention donnée rapportaient le même effet indésirable : méta-analyses des proportions selon un modèle à effets aléatoires. Analyses de sensibilité : aucune Analyses de sous-groupes : aucune
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Force de la preuve : l'Agency for Healcare Research and Quality (AHRQ) Methods Guide
Conflits d'intérêts et sources de financement	Financement : Patient Centered Outcomes Research Institute (PCORI) for systematic review en partenariat avec l'Agency for Healcare Research and Quality (AHRQ).
Conclusion générale des auteurs	Les interventions comportementales de première ligne se sont avérées présenter un faible risque d'effets indésirables. Les interventions pharmacologiques de deuxième ligne sont associées à des effets indésirables non graves mais gênants, tels que la sécheresse de la bouche, les nausées et la fatigue. Les interventions de troisième ligne sont associées à un risque accru d'infections urinaires et de dysfonctionnement mictionnel.

Davenport *et al.*, 2018	
Objectif(s)	Examiner les relations entre les exercices prénataux et la prévalence et les symptômes de l'IU prénatale et postanatale (jusqu'à 12 mois post-partum).
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : tous les devis d'étude sauf les études de cas et les revues narratives et systématique. Population : femmes enceintes sans contre-indications à l'exercice (une liste détaillée de contre-indications est fournie). Intervention(s) : L'intervention/exposition d'intérêt était l'exercice prénatal mesuré objectivement ou subjectivement, quelle que soit la fréquence, l'intensité, la durée ou le volume. Les exercices peuvent être seuls ou combinés à une intervention complémentaire (p. ex. régime alimentaire). *Exclusion : l'exercice pendant le travail.* Comparateur(s) : aucun exercice ou fréquence, intensité, durée, volume et type d'exercice différents. Langue(s) : anglais, français, espagnol Dates de publication : 6 janvier 2017 Qualité : sans restriction
Nombre d'études et de participantes	Études : 24 études (2 pertinentes à la présente évaluation) Participantes : 15 982 (278 pertinentes à la présente évaluation)
Caractéristiques des études incluses	Devis : au total : 18 ECR (dont 2 pertinents à la présente évaluation), 2 EC non randomisés, 4 études de cohortes Tailles d'échantillon : 63 à 10 098 (92 et 264 pour les 2 études pertinentes à la présente évaluation) Nombre de centres : nd Suivi : nd Pays : 12 (Turquie et Pays-Bas pour les 2 études pertinentes à la présente évaluation) Qualité : qualité de la preuve très faible à élevée
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : moyenne/médiane de 22,9 à 32,6; dans les 2 études pertinentes à la présente évaluation : moyenne de 26,05 ± 4,8 et 27,7 ± 7,2 dans les groupes REPP et témoin, respectivement (1 étude); moyenne de 31,9 (de 31,1 à 32,7) et 32,6 (de 32,0 à 33,3) dans les groupes REPP et témoin, respectivement (1 étude). Diagnostic : nd Parité : nd Type d'accouchement : nd
Interventions √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Définitions : L'exercice a été défini comme tout mouvement corporel généré par les muscles squelettiques et entraînant une dépense énergétique supérieure aux niveaux de repos. L'exercice pouvait être une séance unique (aiguë) ou chronique (activité habituelle). Caractéristiques des interventions dans les études incluses : • exercices sans (16 études) ou avec co-intervention (éducation à propos du régime alimentaire [1 étude]; exercices de respiration à utiliser pendant l'accouchement [1 étude]); • types d'exercices : REPP avec ou sans exercices d'aérobie (√) ou autres exercices (x); • fréquence des exercices : de 1 à 7 jours par semaine; • durée des exercices : de 8 à 60 minutes par séance; • intensité des exercices : légère à modérée; • début des exercices : de la 9 à la 30e semaine de grossesse
Comparateurs	Définitions : aucun exercice, diverses fréquences d'exercices, d'intensité, de durée, de volume et de type d'exercice. Caractéristiques des interventions dans les études incluses : non spécifié. Dans les 2 études pertinentes à la présente évaluation : soins habituels
Résultats (*outcomes*)	• Il n'y a pas de résultats primaires ou secondaires définis. • prévalence de l'IU prénatale (√); • prévalence de l'IU postnatale (x, non cohérents avec ceux présentés dans l'étude originale) • sévérité de l'IU prénatale (√) • sévérité de l'IU postnatale (x, visée de prévention/traitement mixte).

Davenport *et al.*, 2018	
√ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	
Types d'analyse des données	• Rapports de cotes (RC), calculés pour chaque variable dichotomique utilisant l'inverse de la variance pondéré et un modèle à effet aléatoire. • Sévérité calculée à l'aide de différence moyenne standardisée, avec la méthode Hedges; les taille d'effet de 0,2, 0,4 et 0,8 ont été considérées comme faibles, modérées et importantes, respectivement. Analyses de sensibilité : Réalisée pour évaluer si les effets étaient différents lors de l'examen des relations entre les interventions basées uniquement sur l'exercice (y compris les soins standard) versus les interventions basées sur l'exercice + co-interventions et la prévalence ou la sévérité de l'IU. Analyses de sous-groupes : Selon le type d'exercices, le type d'étude, le type d'exercices et l'état de continence avant l'intervention.
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Risque de biais des études primaires : Le risque de biais dans les ECR et les études d'intervention non randomisées a été évalué conformément au manuel Cochrane et le risque de biais dans les études d'observation a été évalué à l'aide des caractéristiques recommandées par Guyatt et ses collaborateurs [2011]. Qualité de la preuve : Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)
Conflits d'intérêts et sources de financement	Aucun conflit d'intérêts déclaré. Financement : Subvention de synthèse des connaissances des Instituts de recherche en santé du Canada. MHD est financé par une bourse de nouveau chercheur de l'Initiative pour l'avancement de la santé cardiaque des femmes, soutenue par Santé Canada et la Fondation des maladies du cœur du Canada. RS est financé par une bourse de recherche au doctorat des Instituts de recherche en santé du Canada. A-AM est financé par une bourse de recherche au doctorat du Fonds de recherche du Québec - Santé.
Conclusion générale des auteurs	La REPP prénatale, seule ou en combinaison avec d'autres formes d'exercice, s'est avérée efficace pour réduire la probabilité et la sévérité des symptômes de l'IU prénatale et postnatale. C'était le cas pour les femmes qui étaient continentales avant l'intervention. Chez les femmes qui étaient incontinentes pendant la grossesse, les exercices n'étaient pas efficaces pour traiter l'incontinence, mais ils réduisaient la sévérité des symptômes durant la grossesse et après l'accouchement. D'autres ECR de haute qualité sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de l'exercice dans le traitement de l'IU chez les femmes.
Analyse d'intérêt pour les modalités	Analyse dose-réponse pour l'intensité du traitement.
Nombre d'études et de participantes pour les modalités	Études : nd pour les modalités Participantes : nd pour les modalités
Résultats et conclusion des auteurs sur la modalité d'intérêt	Les auteurs ont évalué qu'un seuil minimal pour atteindre un seuil cliniquement significatif (25 % de réduction d'IU prénatale) équivaut 27,2 minutes par séance, 4 jours par semaine.

Dumoulin *et al.*, 2018 - Cochrane	
Objectif(s)	Évaluer les effets de la REPP pour les femmes souffrant d'IU par rapport à l'absence de traitement, aux traitements placébo ou simulés, ou à d'autres traitements de contrôle inactifs; et résumer les résultats des évaluations économiques pertinentes.
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : ECR et essais quasi-randomisés (p. ex. utilisant l'allocation par alternance). *Exclusions* : autres formes d'essais cliniques contrôlés. Population : femmes souffrant d'IU et diagnostiquées comme ayant une IUE, une IUU ou une IUM sur la base de symptômes, de signes ou d'une évaluation urodynamique. *Exclusions* : *femmes souffrant d'IU dont les symptômes pourraient être dus à des facteurs importants extérieurs aux voies urinaires (p. ex., troubles neurologiques, déficience cognitive, manque de mobilité indépendante et cancer ou radiothérapie); les femmes enceintes ou en période postnatale; les femmes asymptomatiques faisant de la REPP pour la prévention primaire ou secondaire de l'IU; études sur l'énurésie nocturne* Intervention(s) : rééducation périnéale et pelvienne (REPP), définis comme un programme de contractions volontaires des muscles du plancher pelvien (MPP) répétés, enseigné et supervisé par un professionnel de la santé; tous les types de programmes ont été considérés, avec des variations dans l'objectif et le calendrier des EPP (p. ex. EPP pour le renforcement et EPP pour la suppression de l'envie urgente), les façons d'enseigner les EPP, les types de contractions (rapides ou soutenues) et le nombre de contractions. Les études qui combinaient les EPP à un seul épisode de rétroaction biologique (dans le but d'enseigner une contraction des MPP) ou à des conseils sur les stratégies pour les symptômes d'urgence ou de fréquence (mais sans un protocole de mictions à heures fixes caractéristique de la rééducation vésicale) ont été incluses. Comparateur(s) : absence de traitement; placébo; traitements simulés (p. ex. électrostimulation simulée); autres traitements de contrôle inactifs (p. ex. conseils sur l'utilisation des pads) Langue(s) : aucune restriction linguistique pour les recherches Dates de publication : jusqu'au 12 février 2018 Qualité : aucune restriction
Nombre d'études et de participantes	Études : 31 Participantes : 1 817
Caractéristiques des études incluses	Devis : 30 ECR; 1 essai quasi-randomisé Tailles d'échantillon : de 15 à 143 participantes par étude Nombre de centres : 1 seul centre (22 études); multicentrique (4 études); dans 3 autres essais, les participantes provenaient d'un registre de résidents multiples aux États-Unis, d'un registre de résidents uniques à Tokyo, au Japon (3 études), ou d'un site web Suivi : généralement moins de 12 mois Pays : 14 pays : États-Unis (6 études); Brésil (5 études); Royaume-Uni, Japon et Turquie (3 études chacun); Canada et Norvège (2 études chacun); Autriche, Chine, Iran, Corée, Portugal, Pays-Bas et Suède (1 étude chacun) Qualité : risque modéré de biais pour la plupart des études; 9 ECR à risque élevé de biais
Caractéristiques des participantes des études incluses	Âge (ans) : 13 à 30 (1 étude); ≥ 18 (3 études); 20 à 65 (1 étude); ≥ 21 (1 étude); 35 à 50 (1 étude); 35 à 55 (1 étude); 50 à 65 (1 étude); ≥ 55 (3 études); ≥ 60 (1 étude); 60 à 74 (1 étude); ≥ 65 (1 étude); ≥ 70 (3 études) Diagnostic : IUE (18 études); IUM (1 étude); IUU (1 étude); IU avec une étendue de diagnostic (9 études : IUU/IUM [1], IUE/IUM [1], tous types d'IU [6]); 15 études ont diagnostiqué le type d'IU sur la base de symptômes et/ou de signes; 13 études ont fait état de diagnostics urodynamiques; pour les 3 autres études, 1 comprenait des femmes présentant tous les types d'IU diagnostiqués par des symptômes ou des signes urodynamiques, et 2 n'étaient pas claires quant à la méthode de diagnostic pour l'IUM et l'IUE
Interventions des études incluses	• Description du programme de REPP utilisé : - 3 études sur 31 n'ont fourni aucun détail sur le programme de REPP utilisé; • Confirmation d'une contraction volontaire correcte des muscles du plancher pelvien (MPP) : - 21 études ont indiqué qu'une contraction volontaire correcte des MPP a été confirmée avant la REPP par un examen vaginal, rectal ou physique;

Dumoulin *et al.*, 2018 - Cochrane	
	- 5 études ont indiqué que les participantes avaient appris à faire une contraction volontaire correcte des MPP mais n'ont pas précisé comment elles l'avaient apprise; - 1 étude n'a pas fait état d'une confirmation d'une contraction volontaire correcte des MPP, mais a indiqué que les MPP ont été évalués par un évaluateur avant le traitement; - 1 étude a indiqué que les participantes avaient reçu l'instruction, par le biais d'une application pour téléphone intelligent, d'identifier une contraction volontaire correcte des MPP, mais sans interaction en face à face avec un professionnel de la santé. • Enseignement des EPP par : - des infirmières spécialisées (10 études); - des physiothérapeutes (16 études); - un médecin de famille (1 étude); - une application pour téléphone intelligent (1 étude); - non spécifié (3 études). • Types de REPP : - 2 études avaient des programmes de REPP qui visaient clairement ou principalement la coordination ou l'entraînement de la force du plancher pelvien; l''une d'elles décrivait un programme court (1 semaine) visant à améliorer la coordination entre une contraction volontaire des MPP et une augmentation de la pression intra-abdominale. L'autre recommandait un programme comprenant 8 à 12 contractions volontaires des MPP de haute intensité (proche du maximum), avec des pauses de 6 à 8 secondes et 3 à 4 contractions rapides ajoutées à la fin de chaque pause, et des pauses de 6 secondes entre les contractions, 3 fois par jour. Les exercices étaient effectués dans différentes positions du corps, notamment allongé, agenouillé, assis et debout, toutes avec les jambes écartées. - Il a été plus difficile de caractériser ou de catégoriser les autres programmes de REPP parce qu'ils étaient soit un programme mixte (p. ex. force et endurance), soit n'avaient pas décrit un paramètre d'entraînement clé (p. ex. quantité d'effort volontaire par contraction). - Les caractéristiques individuelles de chaque programme d'exercice (c.-à-d. le nombre de contractions volontaires des MPP, la durée du temps de maintien, la durée du temps de repos, le nombre de séries par jour, les types de force de contraction, l'endurance, la coordination, la position du corps et les stratégies d'adhésion) sont détaillées pour chacune des études primaires, mais Dumoulin et ses collaborateurs [2018] ne fournissent pas de synthèse. De nombreuses études récentes ont décrit un programme mixte de contractions courtes ou courtes et rapides d'une à 3 secondes et de contractions longues et soutenues de 6 à 59 secondes, en plus de la contraction avant et pendant une toux, ou avant une tension abdominale, et dans différentes positions du corps, de la position couchée à la position debout. Le programme d'entraînement a été progressif dans 14 études, augmentant la difficulté de l'exercice semaine après semaine, y compris la position du corps ou le nombre de répétitions, ou le temps de maintien des contractions.
Comparateurs des études incluses	Aucun traitement (19 études); médicament placébo (1 étude); électrostimulation simulée (1 étude); autres traitements de contrôle inactifs qui comprenaient : l'utilisation d'un dispositif anti-incontinence (1 étude), des conseils sur les protections contre l'incontinence (1 étude), des appels téléphoniques de motivation une fois par mois (1 étude); des conseils sur des modifications simples des habitudes de vie (2 études), des cours d'éducation générale (fonction cognitive, ostéoporose et hygiène bucco-dentaire; 2 études), abstention d'exercices spéciaux visant à augmenter la force musculaire, la vitesse de marche, à réduire l'IMC ou à améliorer les habitudes alimentaires (1 étude), et accès à une brochure éducative avec ou sans conseils sur l'IU (2 études)
Résultats des études incluses	<u>Résultats primaires</u> : • Mesures rapportées par les participantes (√) : - Guérison symptomatique de l'IU à la fin du traitement; - Guérison ou amélioration symptomatique de l'IU à la fin du traitement;

Dumoulin *et al.*, 2018 - Cochrane	
√ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	- Mesures de symptômes spécifiques à l'IU; - Qualité de vie liée à l'IU. <u>Résultats secondaires</u> : • Mesures rapportées par les participantes : - Guérison et amélioration symptomatique de l'IU à long terme (√); - Mesures de symptômes spécifiques à l'IU à long terme (√); - Qualité de vie liée à l'IU à long terme (√); - Satisfaction avec l'intervention (x); - Nécessité d'un traitement supplémentaire (p. ex. besoin d'aide, de chirurgie, de médicaments, de REPP) (√); - Perception de l'amélioration (VAS) (√); - Sentiment d'auto-efficacité (√); • Quantification des symptômes par les participantes (√) : - Nombre d'épisodes de fuites en 24 h à la fin du traitement (évalué à l'aide d'un calendrier mictionnel); - Nombre de mictions pendant la journée (fréquence); - Nombre de mictions pendant la nuit (nycturie); • Mesures objectives des cliniciens (√) : - *Pad test*s et tests de serviettes en papier de courte durée (1 h) ou de longue durée 24 h à la fin du traitement; - Nombre de personnes guéries ou améliorées sur la base du poids des pads tests courts en clinique à la fin du traitement; • Qualité de vie non liée à l'IU : - Mesures de l'état de santé général (x); - Mesures de résultats psychosociaux (x); - Troubles de la fonction sexuelle (x); • Effets indésirables; • Mesures des variables modératrices probables : - Mesures de la fonction des muscles du plancher pelvien (x); - Mesures de l'adhésion (à partir des calendriers, de la présence aux rendez-vous, des méthodes pour augmenter l'adhésion) (x).
Types d'analyse des données	Méta-analyses lorsque approprié : modèle à effets fixes sauf lorsqu'il y a une hétérogénéité significative (test du Chi², valeur $p < 0{,}10$), auquel cas un modèle à effet aléatoires a été utilisé; variables dichotomiques : calcul de RR (IC 95 %) en utilisant la méthode de Mantel-Haenszel; variables continues : calcul de DM (IC 95 %) en utilisant l'inverse de la variance <u>Analyses par sous-groupes diagnostiques</u> : • IUE seule (18 études); • IUU seule (1 étude); • IUM (1 étude); • IU de tout type (une gamme de diagnostics d'IU [IUE, IUU ou IUM], mais les données ne sont pas rapportées séparément selon ces sous-groupes; 9 études) : IUU/IUM (1 étude); IUE/IUM (1 étude); IUE/IUU/IUM (6 études) <u>Analyses de sensibilité</u> : les données étaient insuffisantes pour effectuer l'analyse planifiée en fonction de la qualité des essais.
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Études primaires : Cochrane's 'Risk of bias' assessment tool (Higgins 2011); Qualité de la preuve liée aux résultats : approche GRADE (Guyatt 2013a, b)
Conflits d'intérêts et sources de financement	Les sources de soutien ont été déclarées. Les auteurs ont déclaré l'absence de conflits d'intérêts.
Conclusion générale des auteurs	Sur la base des données disponibles, nous pouvons être sûrs que la REPP peut guérir ou améliorer les symptômes de l'IUE et de tous les autres types d'IU. Elle peut réduire le nombre d'épisodes de fuites, la quantité de fuites lors des *pad test*s courts en clinique et les symptômes sur les questionnaires de symptômes spécifiques à l'IU. Les auteurs de la seule évaluation économique identifiée pour le bref commentaire économique ont indiqué

Dumoulin *et al.*, 2018 - Cochrane	
	que le rapport coût-efficacité de la REPP semble prometteur. Les résultats de l'examen laissent supposer que la REPP pourrait être incluse dans les programmes de gestion conservatrice de première ligne pour les femmes souffrant d'IU. L'efficacité à long terme et le rapport coût-efficacité de la REPP doivent faire l'objet de recherches supplémentaires.

Fu *et al.*, 2019	
Objectif(s)	Synthétiser les preuves des interventions d'autogestion multifacettes chez les femmes âgées avec de l'incontinence urinaire.
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : ECR Population : femmes âgées de ≥ 55 ans, sans troubles cognitifs, présentant un symptôme de fuite involontaire d'urine qui n'est pas causé par des maladies neurologiques affectant le cerveau et la moelle épinière, comme la maladie de Parkinson, ou qui nécessite un traitement contre le cancer, comme le cancer de la vessie. Intervention(s) : études incluant au moins 2 méthodes d'autogestions des fuites urinaires, comme la REPP/EPP et les exercices généraux, dispensées aux femmes dans le but de les aider à gérer leur IU et les problèmes associés. Comparateur(s) : toute autre forme de traitement telle que : autres interventions d'autogestion, traitements pharmacologiques, soins habituels, et/ou liste d'attente. Langue(s) : anglais Dates de publication : de janvier 1990 à mai 2019 Qualité : aucune restriction
Nombre d'études et de participantes	Études : 16 (6 pertinentes à la présente évaluation) Participantes : 3 237 (900 pertinentes à la présente évaluation, si on ne tient pas compte des données manquantes; 790 participantes en tenant compte des données manquantes)
Caractéristiques des études incluses	Devis : ECR Tailles d'échantillon : 47 à 909 femmes (50 à 463 pour les études pertinentes à la présente évaluation) Nombre de centres : nd Suivi : durée de l'intervention : de 60 min à 24 sem. pour l'ensemble des études (2 h à 12 sem. pour les études pertinentes à la présente évaluation Pays : études pertinentes à la présente évaluation : États-Unis (2), Japon (2), Hong Kong (1), Turquie (1); autres études : États-Unis, Japon, Royaume-Uni, Canada, France Qualité : risque de biais élevé (10 études dont 4 pertinentes à la présente évaluation), incertain (5 études dont 2 pertinentes à la présente évaluation) et faible (1 étude non pertinente à la présente évaluation).
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : moyenne d'âge de 68,5 ans à 78,6 ans (64 à 79,4 ou nd pour les études pertinentes à la présente évaluation) Diagnostic : IUE, IUU, IUM, ou hyperactivité vésicale (HAV) (seulement dans 1 étude non pertinente à la présente évaluation) Parité : nd Type d'accouchement : nd
Interventions et comparateurs √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS); x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Définitions de l'intervention : non disponible. Les interventions multifacettes d'autogestion comprenaient la sensibilisation et le partage d'information, l'informations, la REPP/EPP, la rééducation vésicale, la modification des habitudes de vie, les changements comportementaux, et visent à améliorer les symptômes de l'IU en modifiant le comportement des personnes et en leur enseignant des compétences pour prévenir les pertes d'urine. Caractéristiques des interventions/comparateurs dans les études incluses : • Interventions multifacettes d'autogestion comprenant de la REPP (3 études) (√) : - REPP avec rétroaction biologique à l'aide d'une sonde vaginale (vs contrôle sans description) (1 étude);

Fu *et al.*, 2019	
	- REPP et exercices de fitness généraux (vs sensibilisation et partage d'information) (2 études); - durée de l'intervention : 8 sem. (1 étude) ou 12 sem. (2 études) • Interventions multifacettes d'autogestion comprenant de la rééducation vésicale (1 étude; programme audio-visuel vs aucun traitement) (x); • Interventions multifacettes d'autogestion comprenant une combinaison de changements comportementaux (12 études) : - REPP/EPP + rééducation vésicale + sensibilisation et partage d'information (3 études vs sensibilisation et partage d'information, brochure d'informations sur l'IU ou absence de traitement; durée de l'intervention : 2 h, 8 et 12 sem.) (√); - modification des habitudes de vie + rééducation vésicale + REPP/EPP (intervention en 3 phases) (1 étude; vs retour sur les informations obtenues lors de la visite de référence (x); - REPP/EPP + modification des habitudes de vie + sensibilisation et partage d'information (3 études; vs lecture sur la promotion de la santé, soins habituels, atelier sur le vieillissement) (x); - REPP/EPP + rétroaction biologique + rééducation vésicale + sensibilisation et partage d'information (5 études; vs contrôle sans description, aucun traitement, placébo, programme audio en ligne ou traitement comportemental autoadministré à l'aide d'un livret) (x).
Résultats (*outcomes*) √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS); x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	<u>Résultats primaires</u> : • Les auteurs mentionnent qu'ils n'ont pas défini de résultats primaires ou secondaires; ils ont tout inclus. <u>Résultats des études pertinentes à la présente évaluation</u> : • Proportion de femmes guéries de l'IU (√); • Perception d'amélioration de l'IU par les femmes (p. ex. selon PGI-I ou une VAS) (√); • Proportion de femmes avec une réduction de : - la fréquence urinaire élevée (√); - l'urgenturie (√); - la nycturie (√); • Symptômes d'IU mesurés par des questionnaires validés (p. ex. MESA, ICIQ-UI SF) (√); • Qualité de vie liée à l'IU (p. ex. IIQ-7, I-QOL) (√); • Nombre d'épisodes d'IU selon un calendrier mictionnel (√); • Nombre de mictions par jour selon un calendrier mictionnel (√); • Quantité de perte urinaire (en grammes) (√); • Force des muscles du plancher pelvien (x).
Types d'analyse des données	<u>Résultats</u> : • Aucune méta-analyse réalisée en raison de du niveau d'hétérogénéité des composantes de l'intervention, des mesures de résultats, des contextes et des participantes. • Synthèse narrative dans le texte; les études, les interventions et les résultats associés ont été examinés et regroupés en fonction des composantes des interventions d'autogestion. • Mesure d'effet avec ses IC 95 % (différence de moyenne dans les scores ou dans les mesures continues, ou risques relatifs) estimé en utilisant les résultats primaires de chaque étude. <u>Analyses de sensibilité</u> : • nd
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Risque de biais: Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions
Conflits d'intérêts et sources de financement	Les auteurs ont déclaré l'absence de conflits d'intérêts. Source de financement : Leeds Benevolent Society for Single Ladies, a Charitable Incorporated Organisation (registered charity number 1155794).
Conclusion générale des auteurs	La REPP, la rééducation vésicale et une combinaison d'interventions comportementales à facettes multiples sont des approches potentiellement utiles dans certains contextes pour la gestion de l'IU chez les femmes âgées, mais la qualité des preuves était faible et peu claire.

Garcia-Sanchez *et al.*, 2019	
Objectif(s)	Analyser l'efficacité de la REPP à l'aide du *pad test* chez les femmes souffrant d'IUE, et déterminer quelles caractéristiques de l'entraînement des muscles du plancher pelvien (durée du programme, fréquence, durée, exercices) produisaient les meilleurs résultats pour diminuer les pertes d'urine.
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : ECR (études originales publiées seulement). *Exclusions : résumés, résumés de conférences, thèses, articles de synthèse et études de cas.* Population : femmes âgées ≥ 18 ans souffrant d'IUE. *Exclusions : femmes enceintes ou en post-partum.* Intervention(s) : REPP (EPP seuls, sans électrostimulation, rééducation vésicale, médication, chirurgie, conseils sur la gestion de l'apport en liquide, etc.) Comparateur(s) : nd Langue(s) : anglais Dates de publication : jusqu'au 1er janvier (année non spécifiée) Qualité : aucune restriction
Nombre d'études et de participantes	Études : 10 (3 pertinentes à la présente évaluation) Participantes : 363 (155 pertinentes à la présente évaluation; groupe REPP : 85; groupe contrôle : 70)
Caractéristiques des études incluses	Devis : ECR Tailles d'échantillon : évalution pré-postintervention : de 10 à 31; évaluation REPP contre témoin : de 30 à 61 (pertinente à la présente évaluation) Nombre de centres : nd Suivi : nd Pays : Brésil (3 études); États-Unis (2 études); Finlande (1 étude); Grèce (1 étude); Portugal (1 étude); Turquie (1 étude); Japon (1 étude); études pertinentes à la présente évaluation : Brésil (1 étude); Turquie (1 étude); États-Unis (1 étude) Qualité : élevée (échelle PEDro : 7,2 ± 1,4 sur 11 points)
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : aucune synthèse de l'information Diagnostic : diagnostic urodynamique d'IUE ou symptômes d'IUE (critère d'inclusion) Parité : nullipares, primipares et multipares Type d'accouchement : vaginal (8 études); s. o. (2 études)
Interventions	Définitions : nd Caractéristiques des interventions dans les études incluses : • REPP (EPP pratiqués individuellement ou en groupe) • Fréquence par sem. : de 2 à 7 fois par sem. selon l'étude (2 à 3 fois/sem. dans les études pertinentes à la présente évaluation) • Durée de la séance : de 7,5 à 60 min selon l'étude • Durée de l'intervention : de 6 à 24 sem. selon l'étude • Nombre de séances : 12 à 168 selon l'étude (12 à 72 dans les études pertinentes à la présente évaluation)
Comparateurs √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	• Groupe contrôle (3 études) (√) • Avant l'intervention (10 études) (x)
Résultats (*outcomes*)	• Pertes urinaires mesurées par *pad test* (1 h) (REPP contre témoin) (√) • Pertes urinaires mesurées par *pad test* (1 h ou 24 h) (pré-postintervention) (x) Il n'est pas précisé quels sont les résultats primaires et secondaires.

Garcia-Sanchez *et al.*, 2019	
√ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	
Types d'analyse des données	Méta-analyse; calcul d'une DMS (IC 95 %) à l'aide d'un modèle à effets aléatoires; et calcul additionnel d'une taille d'effet (≤ 0,4 [petit], 0,5 à 0,7 [modéré], ≥ 0,8 [grand].
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Qualité méthodologique des études : échelle PEDro. En raison des caractéristiques des études, les points 4 et 5 de l'outil n'ont pas été évalués. Point 4) Les groupes étaient similaires au début de l'étude en ce qui concerne les indicateurs pronostiques les plus importants; Point 5) Tous les participants étaient en aveuglés.
Conflits d'intérêts et sources de financement	Cette recherche n'a reçu aucun financement externe. Les auteurs ont déclaré l'absence de conflits d'intérêts.
Conclusion générale des auteurs	La REPP peut être une thérapie efficace pour réduire les pertes d'urine chez les femmes souffrant d'IUE. En outre, les résultats laissent supposer que les EPP pratiqués pendant de courtes séances (10-45 min) et à une fréquence d'au moins 3 jours par semaine pourraient provoquer les plus grands changements chez les femmes souffrant d'IU.
Analyse d'intérêt pour les modalités	Durée du traitement, durée des séances, intensité
Nombre d'études et de participantes pour les modalités	Études : 10 Participantes : 293
Résultats et conclusion des auteurs sur les modalités	Durée du traitement >12 semaines vs ≤ 12 semaines : p = 0,51 Intensité ≥ 3 jours/semaine vs < 3 jours/semaine : p = 0,05 Durée de la séance ≥ 45 min vs < 45 min : p = 0,12 (voir détails dans l'extraction) Conclusion des auteurs : voir conclusion générale

Gonzales *et al.*, 2021	
Objectif(s)	Évaluer l'efficacité des traitements de l'IUE initiés dans les 12 premiers mois après l'accouchement.
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : études prospectives, comparatives et observationnelles (y compris, ECR, études de cohortes comparatives, études cas-témoins et séries de cas). Population : femmes de toute parité ou mode d'accouchement souffrant d'IUE qui ont entamé un traitement médical ou chirurgical pour l'IUE dans les 12 premiers mois suivant l'accouchement. *Exclusions : autres types d'IU y compris l'IUU, l'IUM et les études qui n'indiquaient pas expressément le type d'IU.* Intervention(s) : Interventions médicale ou chirurgicales pour traiter l'IUE pendant la période postnatale. *Exclusions : interventions débutées plus de 12 mois après l'accouchement*. Comparateur(s) : absence de traitement ou traitement simulé Langue(s) : anglais Dates de publication : jusqu'au 15 février 2019 Qualité : aucune restriction
Nombre d'études et de participantes	Études : 7 Participantes : 351 (groupe REPP : 264; groupe témoin : 87)

Gonzales *et al.*, 2021	
Caractéristiques des études incluses	Devis : 2 ECR, 3 essais contrôlés appariés prospectifs (dont 2 rapportant la même cohorte à des moments différents), 1 étude de cohorte prospective, 1 série de cas Tailles d'échantillon : de 8 à 83 participantes Nombre de centres : unicentrique (3 études); multicentrique (4 études) Suivi : de 6 à 52 semaines post-partum Pays : 5 pays : Japon (1 étude); Europe (6 études : Suède, Norvège, Suisse et Turquie) Qualité : globalement faible; niveau de preuve : modéré
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : de 29 ± 4 à 33,2 ± 4,7 Diagnostic : IUE basé sur un test de la toux, l'urodynamique ou les symptômes signalés par la participante Parité : de 1 à 1,8 enfants en moyenne Type d'accouchement : vaginal spontané ou assisté, ou césarienne
Interventions √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Définitions : • REPP supervisée : plus d'une visite avec un kinésithérapeute/physiothérapeute + exercices à domicile; • Kinésithérapie/physiothérapie à un domicile : au moins une visite avec kinésithérapeute/physiothérapeute suivie de l'exécution indépendante d'exercices sans supervision ni suivi et n'incluant pas l'utilisation de rétroaction biologique à domicile. Caractéristiques des interventions dans les études incluses : • REPP supervisée (5 études) (√); • REPP supervisée + électrostimulation (1 étude) (√); • Kinésithérapie/physiothérapie à domicile (2 études) (x); • Chirurgie (Colposuspension de Burch; 1 étude) (x); • Dans la plupart des études, l'intervention a débutée 6 à 8 sem. après l'accouchement; • Durée des interventions non chirurgicales : 6 sem. à 6 mois.
Comparateurs	Caractéristiques des témoins dans les études incluses : • Sortie de l'hôpital avec des instructions post-partum écrites qui peuvent ou non avoir inclus des informations sur les exercices de Kegel (3 études).
Résultats (*outcomes*) √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Résultats primaires : • Persistance (prévalence) des symptômes d'IUE postnataux à la fin de la période d'étude (≤ 1 an), mesurée objectivement ou à l'aide d'une échelle validée d'amélioration subjective (√), par exemple : - *pad test*s; - questionnaires validés. Résultats secondaires : • Sévérité de l'IUE selon : - *pad test*s (poids) (√); - fréquence par semaine des épisodes d'IUE (√); • Amélioration de la force des muscles du plancher pelvien (x).
Types d'analyse des données	Résultats primaires : Méta-analyse cumulative *(prospective planned pooled analyses)* (REPP supervisée [3 études]; REPP supervisée avec électrostimulation [1 étude]; kinésithérapie/physiothérapie à domicile [1 étude]; chirurgie [1 étude]; témoin [absence de traitement/ soins habituels; 2 études]); ANOVA à un facteur pour comparer les 5 groupes (y compris le groupe témoin); des comparaisons post hoc par paires entre les groupes d'intervention et le groupe contrôle ont été effectuées en utilisant la méthode *Fisher least significant difference* et un ANOVA à un facteur; Résultats secondaires : Résultats descriptifs sans données brutes ni valeur *p* Analyses de sensibilité : résultat primaire; seulement pour les groupes REPP supervisée (sans électrostimulation), kinésithérapie/physiothérapie à domicile et témoin.
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Qualité méthodologique des études : outil non précisé Niveau de preuve : Grades for Recommendation, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system

Gonzales *et al.*, 2021	
Conflits d'intérêts et sources de financement	Les sources de soutien n'ont pas été déclarées. Les auteurs ont déclaré l'absence de conflits d'intérêts.
Conclusion générale des auteurs	La kinésithérapie/physiothérapie à domicile ou la REPP supervisée (avec ou sans électrostimulation) ont permis d'améliorer considérablement les symptômes de l'IUE par rapport à l'absence de traitement (ou l'"attente vigilante"), au cours des 12 premiers mois suivant l'accouchement. La REPP supervisée a également montré une amélioration plus importante que la kinésithérapie/physiothérapie à domicile. Les femmes souffrant d'IUE post-partum bénéficieraient d'un régime de kinésithérapie/physiothérapie formalisé.
Analyse d'intérêt pour les modalités	REPP supervisée versus non supervisée
Nombre d'études et de participantes pour les modalités	Études : 7 Participantes : 351 (groupe REPP : 264; groupe témoin : 87)
Résultats et conclusion des auteurs sur les modalités	La REPP supervisée a démontré une plus grande amélioration des symptômes d'IUE que la REPP non supervisée.

Lapitan *et al.*, 2017	
Objectif(s)	Déterminer les effets de la colposuspension rétropubienne ouverte pour le traitement de l'IU chez les femmes; évaluer l'innocuité de la colposuspension rétropubienne ouverte en termes d'événements indésirables causés par la procédure.
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : ECR et essais quasi-randomisés Population : femmes adultes présentant des symptômes ou des diagnostics urodynamiques d'IUE ou d'IUM Intervention(s) : chirurgie (colposuspension rétropubienne ouverte) Comparateur(s) : traitements conservateurs (REPP, électrostimulation, rétroaction biologique), médication et autres techniques chirurgicales Langue(s) : aucune restriction Dates de publication : jusqu'au 5 mai 2015 Qualité : aucune restriction
Nombre d'études et de participantes	Études : 55 études (2 pertinentes à la présente évaluation) Participantes : 5 417 (97 pertinentes à la présente évaluation)
Caractéristiques des études incluses	Devis : ECR et essais quasi-randomisés Tailles d'échantillon : généralement petites (habituellement < 40 femmes par groupe); 7 études avec bras de taille modérée Nombre de centres : nd Suivi : < 1 an (3 études); ≥ 5 ans (3 études); entre 1 et 5 ans (49 études) Pays : pays d'Europe (29 études dont 7 au Royaume-Uni); États-Unis (9 études); pays d'Asie (7 études); Australie (2 études); Canada (1 étude); pays d'Amérique du Sud (1 étude); pays du Moyen-Orient (5 études) Qualité : non synthétisée (faible qualité pour les 2 études pertinentes à la présente évaluation)
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : non synthétisé Diagnostic : IUE urodynamique (principalement); IUE (diagnostic clinique); IUM (IUE plus autres symptômes urinaires, p. ex. urgence, incontinence par impériosité, fréquence, qu'ils soient confirmés par urodynamique ou basés uniquement sur les symptômes) Parité : nd Type d'accouchement : nd

Lapitan *et al.*, 2017	
Interventions √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	<u>Caractéristiques des interventions dans les études incluses</u> : • Colposuspension rétropubienne ouverte
Comparateurs √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	<u>Caractéristiques des interventions dans les études incluses</u> : • Traitement conservateur comprenant minimalement de la REPP (√) ; • Aucune traitement ou traitement simulé (x) ; • Médication (x) ; • Autres techniques chirurgicales (x).
Résultats (*outcomes*) √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	<u>Résultats primaires (dans les 2 études pertinentes à la présente évaluation)</u> : • Observations des femmes - proportion des cas non guéries (autodéclaré, subjectif) au cours de la première année (√); - proportion des cas non améliorés (autodéclaré, subjectif) au cours de la première année (√). • Observation du clinicien - proportion des cas non guéries (test objectif) au cours de la première année (√). <u>Résultats secondaires (dans les 1 étude pertinente à la présente évaluation)</u> : • Effets indésirables, notamment (√) : - proportion des cas chez qui est survenu une instabilité de novo du détrusor; - proportion des cas présentant une autre complication inhérente à l'intervention (survenue d'effets indésirables).
Types d'analyse des données	• Méta-analyse avec modèle à effets fixes, sauf en cas de preuves d'hétérogénéité entre les études. • Données des essais analysées par type d'incontinence, soit l'IUE urodynamique, soit l'IUE ou IUM selon les symptômes ; • Lorsqu'approprié, données des essais en 2 catégories pour l'incontinence primaire et ceux pour l'incontinence récurrente après d'une intervention chirurgicale antérieure qui a échoué.
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Outil d'évaluation du risque de biais des études élaboré par Cochrane.
Conflits d'intérêts et sources de financement	Les auteurs ont déclaré l'absence de conflits d'intérêts et les sources de financement ont été déclarées.
Conclusion générale des auteurs	<u>Conclusion spécifique à notre question d'évaluation</u> : Deux petites études ont laissé supposer des taux (%) d'incontinence plus faibles après une colposuspension rétropubienne ouverte par rapport à un traitement conservateur.

Moroni *et al.*, 2016	
Objectif(s)	Étudier la prise en charge conservatrice de l'IUE en regroupant les ECR qui ont comparé plusieurs formes de traitement conservateur (seul ou en association) entre elles, avec des groupes de contrôle ou des traitements chirurgicaux, en mettant l'accent sur les options de traitement qui sont disponibles au Brésil en raison du manque de directives pour ces praticiens.
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : ECR. *Exclusions : essais cliniques quasi-randomisés, cohortes, études cas-témoins.* Population : femmes adultes âgées de ≥ 18 ans avec un diagnostic d'IUE (plainte et/ou observation lors de l'examen d'une fuite urinaire due à l'effort ou à une tension), en l'absence de lésions ou de maladies neurologiques. *Exclusions : femmes souffrant d'IUU ou d'IUM.* Intervention(s) : toutes les formes de traitement conservateur de l'IUE, seules ou en combinaison les unes avec les autres. *Exclusions : Les études qui évaluaient des traitements ou des dispositifs non disponibles au Brésil.* Comparateur(s) : aucun traitement, autres traitements conservateurs de l'IUE, chirurgie Langue(s) : aucune restriction Dates de publication : jusqu'au 10 mai 2015 Qualité : score de Jadad ≥ 3
Nombre d'études et de participantes	Études : 37 (2 pertinentes à la présente évaluation) Participantes : 2 238 (67 pertinentes à la présente évaluation [REPP : 34; témoins : 33])
Caractéristiques des études incluses	Devis : ECR Tailles d'échantillon : de 14 à 240 (de 32 à 35 pour les 2 études pertinentes à la présente évaluation) Nombre de centres : nd Suivi : nd Pays : 2 études pertinentes à la présente évaluation : Brésil (1); Canada (1); études non pertinentes à la présente évaluation : Australie (1); Belgique (1); Brésil (9); Canada (2); Chine (1); Égypte (1); États-Unis (4); Finlande (1); Hollande (1); Israël (1); Japon (1); Norvège (4); Nouvelle-Zélande (1); Pologne (1); Portugal (1); Royaume-Uni (2); Suède (1); Turquie (2) Qualité : score de Jadad de 3 à 5 (2 pour les études pertinentes à la présente évaluation)
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : nd (≥ 18 ans selon le critère d'inclusion) Diagnostic : diagnostic d'IUE (plainte et/ou observation lors de l'examen d'une fuite urinaire due à l'effort ou à une tension), en l'absence de lésions ou de maladies neurologiques; le diagnostic urodynamique de l'IUE n'était pas nécessaire pour l'inclusion, mais a été utilisé dans les 2 études pertinentes à la présente évaluation. Parité : nd Type d'accouchement : nd
Interventions et comparateurs	Définition des interventions/comparateurs : nd Caractéristiques des interventions/comparateurs dans les 2 études pertinentes incluses : • REPP ± rétroaction biologique contre aucun traitement; Durée de l'intervention : de 1 à 24 sem. (de 4 à 12 sem. pour les 2 études pertinentes à la présente évaluation).
Résultats (*outcomes*) √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS); x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Résultats primaires : • QdV liée à l'incontinence mesurée à l'aide d'outils validés (p. ex. King's Health Questionnaire [KHQ], Incontinence Impact Questionnaire [IIQ-7]) (√); • Mesure objective de l'incontinence : *pad test* quantifié en grammes (√) Résultats secondaires : • Nombre d'épisodes d'incontinence mesuré à l'aide d'un calendrier mictionnel (√); • Qualité de vie globale mesurée à l'aide d'instruments non spécifiques (x); • Amélioration subjective mesurée par des échelles visuelles, telles que les échelles de Likert, ou par le nombre de patients satisfaits (√; 0 étude pertinente à la présente évaluation); • Effets indésirables (√; 0 étude pertinente à la présente évaluation)
Types d'analyse des données	• Méta-analyses à l'aide d'un modèle à effets fixes, sauf en cas d'hétérogénéité (I^2 > 50 %).

Moroni *et al.*, 2016	
	• Variables dichotomique : calcul d'un RR (IC 95 %) de Mantel-Haenszel préférablement, ou d'un RC (IC 95 %) de Peto dans les situations où le nombre d'événements est nul dans l'un des groupes. • Effets indésirables : calcul d'un RR (IC 95 %) de Mantel-Haenszel. • Variables continues (tous les autres résultats d'intérêt – scores de QdV sur plusieurs échelles, *pad test* en grammes, n^{bre} d'épisodes d'incontinence, échelles visuelles analogiques) : calcul d'une DM (IC 95 %) calculé par la méthode de variance inverse. • Mesure d'un seul résultat continu à l'aide de différentes échelles dans différentes études (comme la QdV liée à l'incontinence mesurée par différents instruments) : calcul d'une DMS (IC 95 %). • Analyse descriptive lorsque les résultats ne se prêtent pas à une méta-analyse.
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Qualité des ECR : échelle de Jadad
Conflits d'intérêts et sources de financement	Les conflits d'intérêt des auteurs et les sources de financement n'ont pas été déclarés.
Conclusion générale des auteurs	La thérapie des muscles du plancher pelvien et la thérapie comportementale devraient constituer le traitement de première intention de l'IUE et les techniques de kinésithérapie/physiothéapie subséquentes (telles que la rétroaction biologique, les cônes vaginaux, l'électrostimulation) sont particulièrement indiquées lorsque les femmes ne sont pas en mesure de contracter volontairement les muscles du plancher pelvien.
Analyse d'intérêt pour les modalités	REPP intensive supervisée (séances supervisées par un professionnel accompagné d'exercices à domicile) versus minimalement supervisée (exercices à domicile avec des instructions minimales par un professionnel)
Nombre d'études et de participantes pour les modalités	Études : 4 Participantes : 189
Résultats et conclusion des auteurs sur les modalités d'intérêt	QdV : 3 études M-A impossible, 2/3 études aucune différence, 1 étude amélioration plus importante avec la REPP supervisée *Pad test* : 2 études M-A impossible, 1/2 étude différence statistiquement significative où le groupe intensif supervisé avait moins de perte d'urine Nombre d'épisodes d'IU : 1 étude n'a pas démontré de différence Amélioration ou guérison : M-A qui indique que la REPP supervisée est significativement supérieure à la REPP minimalement supervisée Les conclusions sont limitées, car il n'était pas possible de combiner les résultats pour tous les résultats d'intérêts et une grande hétérogénéité était présente pour ceux disponibles. Les résultats sont disponibles seulement pour la satisfaction du traitement par rapport à l'amélioration ou la guérison des symptômes, démontrant une supériorité de la REPP intensive supervisée. Il est possible qu'une première séance avec un physiothérapeute soit quand même efficace pour le traitement de l'IU chez les femmes, et que d'autres facteurs comme l'adhésion et la capacité de faire les exercices à la maison influent également sur les résultats.

Nie *et al.*, 2017	
Objectif(s)	Évaluer les effets de la rééducation périnéale et pelvienne chez les femmes souffrant d'IU.
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : articles complets d'ECR et d'études de conception quasi-expérimentale. *Exclusions : articles de synthèse et méta-analyses.* Population : femmes âgées de ≥ 18 ans présentant des symptômes d'IUE avec ou sans IUU; non enceintes et n'ayant pas signalé de prolapsus des organes pelviens, de lombalgie, de fracture vertébrale ou pelvienne, d'infection des voies urinaires, d'infection vaginale, d'antécédents de chirurgie pelvienne, de REPP, de chirurgie ou d'autres traitements pour l'IU Intervention(s) : REPP (EPP seuls) ± brochure. *Exclusions : REPP comprenant des EPP + électrostimulation ou rétroaction biologique, médication, thérapie par boules vaginales.* Comparateur(s) : pas de traitement ou seulement des conseils sous forme de brochures sans supervision Langue(s) : anglais Dates de publication : jusqu'au 15 août 2016 Qualité : aucune restriction
Nombre d'études et de participantes	Études : 12 (8 pertinentes à la présente évaluation) Participantes : 763 (531 pertinentes à la présente évaluation [REPP : 272; témoins : 259])
Caractéristiques des études incluses	Devis : études de conception quasi-expérimentale (majoritairement) et ECR Tailles d'échantillon : de 30 à 121 Nombre de centres : nd Suivi : nd Pays : nd Qualité : qualité élevé (toutes les études)
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : moyenne de 46 à 76 ans selon l'étude Diagnostic : études pertinentes à la présente évaluation : IUE (4 études), IUE et IUM (1 étude), type d'IU non précisé (3 études); par examen urodynamique (6 études); par questionnaire lié à l'IU (1 étude); par l'International Consultation on Incontinence Questionnaire − Urinary Incontinence Short-Form (ICIQ-UI SF) (1 étude) Parité : nd Type d'accouchement : nd
Interventions	Définitions : • REPP (EPP seuls) ± brochure Caractéristiques des interventions dans les études incluses : • Durée de l'intervention : études pertinentes à la présente évaluation : 6 mois (2 études); 3 mois (5 études); 2 mois (1 étude) • Fréquence de l'intervention : études pertinentes à la présente évaluation : chaque jour (3 études); 2-3 fois/sem. (3 études); 2-7 fois/sem. (1 étude); nd (1 étude)
Comparateurs	Caractéristiques des témoins dans les études incluses : nd
Résultats (*outcomes*) √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Il n'est pas précisé quels sont les résultats primaires et secondaires parmi : • Symptômes d'IU basés sur : - Incontinence Impact Questionnaire-7 (IIQ-7) et International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) (√) - Urogenital Distress Inventory-6 (UDI-6) (√) - *pad test* d'effort (√) • Fréquence de l'IU basée sur un calendrier mictionnel ou les épisodes de fuites sur 24 h (√) • Qualité de vie basée sur l'Incontinence Quality of Life Questionnaire (I-QOL) et le Quality of Life Scale (QoLS-N) (x) • Fonction des muscles du plancher pelvien (force, pression) (x)
Types d'analyse des données	Méta-analyse; calcul d'une DMS (IC 95 %) pour tous les résultats sauf un (UDI-6; DM [IC 95 %]); utilisation d'un modèle à effets aléatoires en cas d'hétérogénéité statistiquement significative ($p < 0,05$ et $I^2 > 50$ %) Analyses de sous-groupes : • Symptômes d'IU selon l'IIQ-7 contre ICIQ-UI SF • Exercices de haute fréquence (jusqu'à tous les jours) contre de basse fréquence (2-3 fois/sem.)

Nie *et al.*, 2017	
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Risque de biais : lignes directrices 2011 de Cochrane
Conflits d'intérêts et sources de financement	Les sources de soutien et les conflits d'intérêts n'ont pas été déclarées.
Conclusion générale des auteurs	La REPP a permis d'améliorer les symptômes d'IU. Les bénéfices sont accrus par des exercices intensifs. Néanmoins, il n'y a pas de consensus sur le type, la durée ou la fréquence optimale des EPP réalisés dans le cadre de la REPP. La qualité de vie des femmes souffrant d'IU pourrait être améliorée par la REPP, bien que les effets à long terme ne soient pas clairs. D'autres études sont donc nécessaires pour explorer l'efficacité à long terme de la REPP pour prévenir et traiter l'IU.
Analyse d'intérêt pour les modalités	Intensité : Sous-analyse comparant la REPP impliquant des EPP à haute fréquence versus basse fréquence.
Nombre d'études et de participantes pour les modalités	Études : 5 Participantes : 337
Résultats et conclusion des auteurs sur les modalités d'intérêt	Une sous-analyse a comparé la REPP impliquant des EPP à fréquence élevée à celle impliquant des EPP à basse fréquence. Elle a observé une réduction de la fréquence de l'IU (DMS : -1,53; IC 95 % -0,45 à -2,60) en faveur des EPP à une fréquence élevée. Cependant, même si la DMS est plus importante avec les exercices à haute fréquence, la différence entre les sous-groupes de fréquence (élevée versus faible) n'a pas démontré de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Woodley *et al.*, 2020 - Cochrane	
Objectif(s)	Évaluer les effets de la REPP pour la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire et fécale chez les femmes enceintes ou en période postnatale, et résumer les principales conclusions des évaluations économiques pertinentes.
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : essais cliniques randomisés (y compris les essais en grappes et les croisés) ou quasi-randomisés (p. ex. répartition par alternance). Des résumés de conférences d'ECR sont inclus. *Exclusions : autres formes d'essais cliniques contrôlés.* Population : femmes enceintes ou ayant accouché au cours des 3 derniers mois, qui, à la randomisation, présentaient des symptômes d'incontinence urinaire et/ou fécale (REPP pour le traitement) ou non (femmes continentes - REPP pour la prévention); la population pouvait aussi être mixte, c.-à-d. constituée à la fois de femmes continentes et incontinentes (REPP pour la prévention ou le traitement). Intervention(s) : REPP (EPP seuls ou combinés à d'autres modalités de thérapie physique telles que la rétroaction biologique, l'électrostimulation, les programmes d'exercices multimodaux et les conseils sur les stratégies à adopter en cas de symptômes d'urgence et de fréquence [mais sans un protocole de mictions à heures fixes caractéristique de la rééducation vésicale]). La REPP désigne un programme de contractions volontaires répétées des muscles du plancher pelvien (MPP). Tous les types de programmes ont été considérés, avec des variations dans l'objectif et le calendrier des EPP (p. ex. EPP pour le renforcement et EPP pour la suppression de l'envie urgente), les façons d'enseigner les EPP, les types de contractions (rapides ou soutenues) et le nombre de contractions. *Exclusions : REPP combinée avec une autre thérapie autonome telle que la rééducation vésicale, la pharmacothérapie ou la phytothérapie; électrostimulation sans EPP.* Comparateur(s) : absence de REPP; soins prénataux ou postnataux habituels (les soins prénataux ou postnataux habituels dans de nombreux pays comprennent des conseils sur les EPP); traitement par placébo; autre intervention de REPP; ont été incluses les études dans lesquelles le groupe témoin avait, ou aurait pu, recevoir des conseils sur les EPP, à condition que le bras de la REPP soit plus intensif d'une certaine manière que le bras témoin (p. ex. dans le groupe REPP, les femmes ont été initiées aux exercices par un professionnel

Woodley *et al*., 2020 - Cochrane	
	de la santé, alors que les soins habituels ont consisté à distribuer un dépliant sur les EPP dans les services postnataux). Langue(s) : aucune restriction; 4 publications en chinois traduites Dates de publication : jusqu'au 7 août 2019 Qualité : aucune restriction
Nombre d'études et de participantes	Études : 46 (45 ECR et 1 quasi-ECR) Participantes : 10 832 (groupe REPP : 5 478; groupe témoin : 5 354)
Caractéristiques des études incluses	Tailles d'échantillon : petite taille (< 25 femmes par groupe; 4 études); taille modérée (25-50 femmes par groupe; 14 études); 24 études de > 50 femmes dont 3 avec > 300 femmes par groupe; très grande taille (> 500 femmes par groupe; 2 études) Nombre de centres : aucune synthèse de l'information Suivi : aucune synthèse de l'information Pays : 21 pays : Canada, Chine et Norvège (5 études chacun); Brésil, Angleterre et Turquie (4 études chacun); États-Unis (3 études); Italie, Nouvelle-Zélande et Espagne (2 études chacun); Australie, France, Irlande, Mexique, Pays-Bas, Pologne, République de Corée, Écosse, Suède, Suisse et Thaïlande (1 étude chacun) Qualité : moyenne, faible ou très faible, mais généralement faible ou modérée; de nombreux essais présentaient un risque de biais modéré à élevé
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : décrit de différentes manières et non disponible dans 6 études. • 3 études : ont indiqué une fourchette d'âge, avec des femmes âgées de 20 à 40 ans; • 2 études : environ 50 à 60 % des femmes âgées de 20 à 29 ans; • âge median d'environ 28 ans dans 2 études et de 36 ans dans une autre; • dans les 31 études restantes : âge moyen au début, au milieu ou à la fin de la vingtaine pour 17 études, et au début de la trentaine pour 14 études; Diagnostic : aucune synthèse disponible Parité ou état de grossesse : • Les essais qui ont étudié les effets de la REPP prénatale pour la prévention de l'IU ont recruté uniquement des femmes dans leur première grossesse ou ayant leur premier bébé (ou les deux). • Les essais de traitement ont recruté des femmes ayant leur premier bébé ou un autre. • Dans les études mixtes de prévention et de traitement, que les femmes aient été recrutées en période prénatale ou postnatale, elles avaient leur premier ou leur deuxième enfant. Type d'accouchement : *Pour les essais dans lesquels la REPP a commencé avant la naissance :* • Des détails sur le type d'accouchement, par groupe, n'ont été fournis que par 15 des 27 essais. • Dans 12 essais, le type d'accouchement était similaire dans les deux groupes de comparaison. Cependant, dans 2 essais, il semble y avoir moins d'accouchements par voie vaginale dans le groupe REPP (Dinc 2009; Gorbea Chávez 2004), et dans un essai, un nombre significativement plus élevé d'accouchements par voie vaginale (p = 0,018) dans le groupe REPP (Kahyaoglu Sut 2016). Dans 1 essai (Miquelutti 2013), on a signalé une durée d'accouchement plus longue dans le groupe REPP (p < 0,05). *Pour les essais dans lesquels la REPP a commencé après l'accouchement :* • Des détails sur l'accouchement ont été donnés dans 14 des 19 essais. Dans 9 de ces essais, toutes les femmes ont accouché par voie vaginale. • Dans 1 essai (Chiarelli 2002), toutes les femmes ont accouché par forceps ou ventouse, tandis que la proportion d'accouchements instrumentalisés varie dans 2 autres essais (environ 39 % [Peirce 2013] et 69 % [Yang 2017]); les types d'accouchement semblaient comparables dans les groupes REPP et témoins. • Dans 3 essais, certaines femmes ont subi une césarienne (8 % [Glazener 2001], 18 % [Wilson 1998] et 41 % [Sacomori 2019]). La proportion de césariennes étant similaire dans les groupes REPP et témoin pour tous les essais. L'un de ces essais (Glazener 2001) a également signalé qu'environ 14 % des femmes de chaque groupe ont eu des accouchements vaginaux assistés. • Dans un petit essai (Meyer 2001), on ne sait pas si les 107 femmes ont toutes accouché par voie vaginale, mais il a été signalé que 30 % des femmes du groupe REPP et 16 % des femmes du groupe témoin ont accouché par forceps; cette difference n'était pas statistiquement significative.

Woodley *et al*., 2020 - Cochrane	
Interventions et comparateurs	Définition : • L'entraînement des muscles du plancher pelvien (MPP) consiste à effectuer des contractions volontaires répétées des MPP, selon un protocole qui définit la fréquence, l'intensité et la progression des exercices, ainsi que la durée de la période d'entraînement. • Un programme de REPP comprend généralement une ou plusieurs séries d'exercices par jour, effectués au moins plusieurs jours par semaine, pendant au moins 8 semaines. • Il est recommandé que la formation initiale soit suivie d'EPP d'entretien pour garantir la durée de l'effet à plus long terme. • Dans de nombreux pays, il est courant que les femmes reçoivent des informations sur certains exercices de MPP et soient encouragées à les pratiquer pendant la grossesse et après l'accouchement. Pendant la grossesse, des informations sur les EPP peuvent être reçues d'un professionnel de la santé ou obtenues d'autres sources (p. ex. des brochures et des sites Web), mais ces conseils peuvent ne pas conduire à un entraînement efficace si les paramètres et le comportement des exercices sont insuffisants. Le terme REPP a néanmoins été utilisé pour faciliter la lecture de la revue. Caractéristiques des études incluses : • 14 essais ont été classés comme fournissant un entraînement de force (à savoir des contractions de courte durée avec un effort maximal ou quasi maximal et un nombre relativement faible de répétitions). - La durée du traitement supervisé n'était que de 6 à 8 semaines dans 3, ce qui pourrait avoir été insuffisant pour établir une hypertrophie musculaire. - En ce qui concerne le contact avec les professionnels de santé, il était faible dans 3 essais (moins de 5 contacts), modéré (6 à 12 contacts) dans 4 essais, et élevé (plus de 12 contacts) dans 5 essais. Six essais ont indiqué que la REPP était supervisée dans une classe d'exercices. - Dans les 8 autres essais, les conditions de contrôle (témoins) étaient l'absence de REPP (1 essai), ou les soins habituels, qui peuvent ou non avoir inclus des EPP. • 9 essais décrivent des programmes de REPP avec EPP caractéristiques de l'entraînement en force, mais ne mentionnent pas l'effort. - La durée du traitement supervisé n'était que de 6 à 8 semaines dans 2 essais, ce qui peut avoir été insuffisant pour que l'hypertrophie musculaire soit établie. - Dans 3 essais, les groupes témoins ne faisaient pas. Dans les 6 autres essais, les témoins ont été randomisés pour recevoir les soins habituels, qui pouvaient ou non inclure des EPP (5 essais), ou la REPP (1 essai qui n'a pas été inclus dans la présente évaluation). - 7 essais ont proposé une supervision individuelle. Deux ont proposé une ou plusieurs séances de groupe. • 7 essais ont fourni des informations sur les EPP (REPP) mais n'ont pas pu être classés en tant qu'essais de musculation ou d'endurance. - Aucun n'avait de description de l'effort (c'est-à-dire de la charge). - Le traitement supervisé n'a duré que 6 à 8 semaines dans 2 essais et cela aurait pu être insuffisant pour que l'hypertrophie musculaire soit établie si le renforcement était visé. - Le nombre de contacts avec les prestataires de soins de santé variait. Dans 2 essais, les femmes ont participé à des séances d'exercices en groupe. Dans 2 autres essais, les femmes ont eu des séances individuelles avec des professionnels de la santé, avec 3 ou 4 visites réparties sur 8 à 9 mois. Dans 3 essais, le nombre et la durée des contacts avec les professionnels de santé sont inconnus. - Dans tous les essais, le groupe témoin a reçu les soins habituels, qui pouvaient inclure des conseils ou des possibilités de faire des EPP (p. ex. dans un cours prénatal), à l'exception d'un essai, où les femmes ont reçu les soins habituels mais aucune information sur l'IU ou les EPP. • 16 essais n'ont pas précisé les détails des EPP effectués par le groupe REPP et n'ont pas pu être classés en tant qu'essais de musculation ou d'endurance. - 8 d'entre eux étaient des résumés de conférence. - La plupart des essais prévoyaient une ou plusieurs séances de supervision individuelle avec un professionnel de santé et 2 invitaient les femmes à 1 ou 2 séances de groupe supplémentaires.

Woodley *et al.*, 2020 - Cochrane	
	- Les conditions de contrôle (témoins) étaient les suivantes : pas de REPP (3 essais), soins habituels (pouvant inclure ou non des conseils sur les EPP) (6 essais), soins habituels incluant des conseils sur les EPP (3 essais) et EPP à domicile (2 essais). Dans 2 essais, la condition de contrôle n'était pas claire.
Résultats (*outcomes*) √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Résultats primaires : • Incontinence urinaire autodéclarée (√); • Incontinence fécale autodéclarée (x); • Qualité de vie liée à l'incontinence urinaire (√); • Qualité de vie liée à l'incontinence fécale (x). Résultats secondaires : • Sévérité de l'incontinence urinaire autodéclarée (√); • Sévérité de l'incontinence fécale autodéclarée (x); • Nombre d'épisodes d'incontinence urinaire (√); • Nombre d'épisodes d'incontinence fécale (x); • Perte d'urine lors d'un test d'effort (p. ex. test de la toux ou *pad test*) (√); • Autres mesures autodéclarées de dysfonction du plancher pelvien (x); • Autres mesures du bien-être autodéclaré : QdV globale (x). • Effets indésirables (√); • Résultats du travail et de l'accouchement (x); • Fonction des MPP (p. ex. électromyographie, pressions vaginales ou anales) (x); • Adhésion au traitement (p. ex. des substituts tels que la présence en classe, et des mesures plus directes telles que la fréquence des exercices à domicile) (x).
Types d'analyse des données	Méta-analyse avec les méthodes de Mantel-Haenszel. Utilisation d'un modèle à effets fixes à moins d'une hétérogénéité statistiquement significative (test du Chi^2 $p < 0,10$), auquel cas un modèle à effets aléatoires a été utilisé. Analyses de sous-groupes : • REPP versus pas de REPP; • REPP versus soins habituels; ▪ REPP versus témoin non spécifié (p. ex. l'investigateur n'a pas donné suffisamment d'informations sur la condition de contrôle pour la classer parmi les autres); Le dernier sous-groupe a exploré les différences d'intensité de la REPP. ▪ REPP (plus intensive, p. ex. ajout de rétroaction biologique) versus REPP (moins intensive). Analyses de sensibilité : L'analyse de sensibilité sur la base de la qualité des essais n'a pas été jugée appropriée compte tenu du petit nombre d'essais contribuant à chaque comparaison.
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Système GRADE (limites de l'étude, incohérence de l'effet, imprécision, caractère indirect et biais de publication)
Conflits d'intérêts et sources de financement	Les sources de soutien ont été déclarées (interne : université; externe : NIHR, Royaume-Uni). Six des 7 auteurs ont déclaré l'absence de conflits d'intérêts; 1 auteur a déclaré avoir été investigateur sur 3 des essais inclus dans la revue systématique et n'avoir aucun rôle dans la sélection, l'évaluation du risque de biais ou l'extraction des données pour ces essais.
Conclusion générale des auteurs	• Cette étude fournit des preuves que la REPP précoce et structurée en début de grossesse pour les femmes continentes peut prévenir l'apparition de l'IU en fin de grossesse et en période postnatale. Les approches populationnelles (recrutement de femmes enceintes indépendamment de leur état de continence) peuvent avoir un effet moindre sur l'IU, bien que les raisons de cette situation ne soient pas claires. Une approche basée sur la population pour la prestation de la REPP postnatale n'est pas susceptible de réduire l'IU. Il y a de l'incertitude entourant les effets de la REPP comme traitement de l'IU chez les femmes enceintes ou en période postnatale, ce qui contraste avec l'efficacité plus établie chez les femmes à mi-vie. • Il est possible que les effets de la REPP soient plus importants avec des approches de prévention et de traitement ciblées plutôt que mixtes, et dans certains groupes de femmes. En théorie, p. ex. les femmes ayant un indice de masse corporelle élevé sont exposées au risque d'IU. De telles incertitudes nécessitent des tests supplémentaires et des données sur

Woodley *et al.*, 2020 - Cochrane	
	la durée de l'effet sont également nécessaires. Les aspects physiologiques et comportementaux des programmes d'exercice doivent être décrits pour les groupes REPP et les groupes témoin, et la quantité de REPP effectuée par les femmes dans les deux groupes, afin de mieux comprendre ce qui fonctionne et pour qui. • Il existe peu de données sur l'IF et il est important que celles-ci soient incluses dans les essais futurs. Il est essentiel que les futurs essais utilisent des mesures valables de la qualité de vie spécifique à l'incontinence, tant urinaire que fécale. En plus d'études cliniques supplémentaires, des évaluations économiques évaluant le rapport coût-efficacité de différentes stratégies de gestion de l'IF et de l'IU sont nécessaires.

Zhu *et al.*, 2022	
Objectif(s)	Évaluer l'efficacité et l'innocuité de la REPP incluant des EPP combinés à une rétroaction biologique et/ou une électrostimulation, comparées à celles de la REPP incluant uniquement des EPP pour le traitement des symptômes du bas appareil urinaire du post-partum
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*) des études	Type(s) de publication : ECR. *Exclusion : essais cliniques non randomisés, études de cohorte, études quasi-expérimentales, études observationnelles, études transversales; rapports de cas, études sur les animaux, revues et résumés d'expérience.* Population : femmes souffrant de symptômes du bas appareil urinaire dans l'année qui suit l'accouchement. *Exclusion : femmes enceintes.* Intervention(s) : REPP (EPP combinés à la rétroaction biologique et/ou à l'électrostimulation, sans limitation du régime d'application [durée ou fréquence d'application] pour le traitement des symptômtes du bas appareil urinaire Comparateur(s) : REPP (EPP seuls) Langue(s) : anglais et chinois (mais toutes les études retenues sont publiées en chinois) Dates de publication : jusqu'en décembre 2020 Qualité : aucune restriction
Nombre d'études et de participantes	Études : 17 (1 pertinente à la présente évaluation) Participantes : 2 315 (59 pertinentes à la présente évaluation)
Caractéristiques des études incluses	Devis : ECR Tailles d'échantillon : de 40 à 680 (59 pour l'étude pertinente à la présente évaluation) Nombre de centres : nd Suivi : de 5 sem. à 12 mois (3 à 12 mois dans l'étude pertinente à la présente évaluation) Pays : nd Qualité : faible
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : dans l'étude pertinente à la présente évaluation : moyenne de 25,8 ± 2,1 et 25,7 ± 2,2 pour le groupe d'intervention et témoin, respectivement. Diagnostic : SBAU confirmé sur la base d'un test urodynamique, d'une échographie, des symptômes cliniques, ou des lignes directrices pertinentes pour le diagnostic et le traitement de l'IUE chez la femme. Types de SBAU : IUE (14 études dont 1 pertinente à la présente évaluation); IU (1 étude); rétention urinaire (2 études). Parité : dans l'étude pertinente à la présente évaluation : moyenne de 1 accouchement dans chaque groupe de randomisation. Type d'accouchement : dans l'étude pertinente à la présente évaluation : vaginal
Interventions √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Définitions : REPP (EPP combinés à la rétroaction biologique et/ou à l'électrostimulation, sans limitation du régime d'application [durée ou fréquence d'application] pour le traitement des symptômes du bas appareil urinaire). Caractéristiques des interventions dans les études incluses : • EPP + électrostimulation + rétroaction biologique (12 études dont celle pertinente à la présente évaluation) (√) • EPP + électrostimulation + rétroaction biologique + soins habituels (3 études) (x, en raison du comparateur) • EPP + électrostimulation (2 études) (x, en raison du comparateur)
Comparateurs	Définitions :

Zhu *et al.*, 2022	
√ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	REPP (EPP seuls, sans limitation du régime d'application [durée ou fréquence d'application] pour le traitement des symptômes du bas appareil urinaire) Caractéristiques des interventions dans les études incluses : • EPP + soins habituels (5 études dont celle pertinente à la présente évaluation) (√) • EPP (14 études) (x, en raison de l'intervention comparée)
Résultats (*outcomes*) √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Résultats primaires : • Proportion de femmes avec un effet thérapeutique (guérison ou amélioration) (x, en raison du comparateur); • Force du plancher pelvien (x, en raison du comparateur); Résultats secondaires : • Qualité de vie liée à l'IU mesurée à l'aide de l'I-QOL (x, en raison du comparateur); • Quantité de perte d'urine (g) mesurée par *pad test* d'une heure (x, en raison du comparateur); • Symptômes mictionnels mesurés à l'aide de paramètres urodynamiques (x, en raison du comparateur); • Effets indésirables (√).
Types d'analyse des données	Résultats primaires et secondaires : • méta-analyse à effets fixes (si $I^2 < 50$ % et $p > 0{,}10$) ou aléatoires (si $I^2 > 50$ % et $p < 0{,}10$); • calcul de RR (IC 95 %), différence moyenne (IC 95 %) et différence moyenne standardisée (IC 95 %); • synthèse narrative (effets indésirables seulement). Analyses de sensibilité : Les études individuelles à l'origine d'une hétérogénéité ont été exclues en utilisant l'approche « *leave-one-out* », et les résultats de la méta-analyse avant et après inclusion ont été comparés pour déterminer l'impact de ces études sur l'effet groupé. Analyses de sous-groupes : Réalisée pour déterminer si les résultats de l'étude étaient influencés par les facteurs suivants : temps d'intervention, types de SBAU du post-partum, mode d'accouchement, durée du suivi et méthode d'évaluation des muscles du plancher pelvien.
Outil d'évaluation de la qualité des études et des preuves	Risque de biais : Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions
Conflits d'intérêts et sources de financement	Les auteurs déclarent l'absence de conflits d'intérêt. Sources de financement non précisées.
Conclusion générale des auteurs	La REPP incluant des EPP et de l'électrostimulation avec ou sans rétroaction biologique a montré une meilleure efficacité et innocuité pour les symptômes post-partum précoces du bas appareil urinaire que la REPP incluant seulement des EPP.

Fitz *et al.*, 2020 — ECR retenu uniquement pour les modalités d'interventions	
Objectif(s)	Comparer l'efficacité de la REPP dans une clinique externe versus la REPP à domicile
Analyse d'intérêt pour modalité	REPP supervisée versus non supervisée
Type d'étude	ECR
Critères d'inclusion (*et d'exclusion*)	Population : femmes avec IUE ou IUM prédominé par des symptômes d'IUE Intervention(s) : REPP en clinique accompagnée d'exercices de REPP à la maison Comparateurs(s) : REPP à domicile seulement Exclusion : femmes <18 ans, présence de maladie chronique dégénérative, POP state >1, maladie neurologique ou psychiatrique, impossibilité de contracter le plancher pelvien, ayant

Fitz *et al.*, 2020 — ECR retenu uniquement pour les modalités d'interventions	
	déjà participé à un programme de rééducation du planche pelvien, antécédent de chirurgie du plancher pelvien. Randomisation : numéros aléatoires générés par ordinateur Répartition aléatoire : enveloppe opaque scellée Qualité : les critères de réalisation de l'ECR ont été validés avec l'outil CONSORT
Nombre d'études ou de participantes	Participantes : 69 Pertes de suivi : 13/69 (18,8 %) pour le suivi à 3 mois total 56
Caractéristiques de l'étude	Années : juillet 2017 — janvier 2018 Nombre de centres : 1 Suivi : 3 mois Pays : Brésil
Caractéristiques des participantes	Âge (ans) : 57,7 et 56 ans selon les groupes Diagnostic : IUE ou IUM prédominé par IUE Parité : 4,2 % et 3,8 % de femmes enceintes Type d'accouchement : 2,7 % et 2,5 % d'antécédent d'accouchement vaginal
Interventions	Définitions : 24 séances de REPP dans une clinique sous la supervision d'un physiothérapeute (2 fois par semaine) pour 3 mois, accompagné d'exercices d'EPP à la maison. REPP (idem pour chaque groupe): 3 ensembles de 10 répétitions durant 3 mois. Le 1er ensemble est 10 contractions maximales volontaires tenues pour 6-10 secondes pour le premier mois, 8 secondes pour le 2e mois et 10 secondes pour le 3e mois avec un temps double de repos entre chaque contraction, suivi de 3 à 5 contractions rapides (3 contractions durant le 1er mois, 4 contractions durant le 2e mois et 5 contractions durant le 3e mois). Les exercices ont été réalisés couchés pour le 1er mois, assis pour le 2e et debout pour le 3e mois.
Comparateurs	Définitions : REPP à la maison avec 3 séances de REPP sous la supervision d'un physiothérapeute pour une durée de 3 mois REPP (idem pour chaque groupe) : 3 ensembles de 10 répétitions durant 3 mois. Le 1er ensemble est 10 contractions maximales volontaires tenues pour 6-10 secondes pour le premier mois, 8 secondes pour le 2e mois et 10 secondes pour le 3e mois avec un temps double de repos entre chaque contraction, suivi de 3 à 5 contractions rapides (3 contractions durant le 1er mois, 4 contractions durant le 2e mois et 5 contractions durant le 3e mois). Les exercices ont été réalisés couchés pour le 1er mois, assis pour le 2e et debout pour le 3e mois.
Résultats (*outcomes*) √ (inclus dans la présente évaluation de l'INESSS) x (exclu de la présente évaluation de l'INESSS)	Résultats primaires : • guérison complète de l'IUE, mesure objective à l'aide d'un test à l'effort (*pad test* de 20 minutes avec un remplissage de la vessie avec 250 ml de solution saline) Résultats secondaires : • symptômes urinaires : nombre d'épisodes de perte en 7 jours (√) • fonction du plancher pelvien : forces musculaires du plancher pelvien (x) • qualité de vie : évalué par le questionnaire I-Q-OoL (Incontinence Quality-of-Life Questionnaire). Une meilleure QdV étant associée à un score (%) plus élevé. (√) • fréquence des exercices (adhésion) (x) • satisfaction des patientes (√)
Types d'analyse des données	Résultats primaires : test *t* de Student, test *U* de Mann-Whitney pour les variables continues. Chi^2 et rapport de vraisemblance pour les variables catégoriques. Test *t* de Student et Wilcoxon pour les résultats entre chaque groupe sur le temps pour les variables continues. Analyses en intention de traiter.
Conflits d'intérêts et sources de financement	Aucun conflit déclaré
Conclusion générale des auteurs	La REPP réalisée dans une clinique est associée à une guérison objective plus grande de l'IUE que de la REPP à domicile. Cependant, des résultats subjectifs ont démontré un

Fitz *et al.*, 2020 — ECR retenu uniquement pour les modalités d'interventions	
	bénéfice égal de la REPP à domicile, suggérant que cela pourrait être un traitement alternatif pour la population.
Résultats et conclusion des auteurs sur la modalité d'intérêt	Guérison de l'IUE (ITT) : RC 4,04 (IC 95 % 1,47-11,07), p=0,011 Symptômes urinaires : sévérité dans les pertes d'urine en faveur de la REPP supervisée *Pad test* supervisé : 3,1 g ± 6,2 ; non supervisé : (p=0,031) Satisfaction des patientes (ITT) : RC 2,26 (IC 95 % 0,84-6,11), p=0,166 QdV (I-QOL), catégorie évitement et comportement limité (p=0,576) ; catégorie impact psychologique (p=0,149) ; catégorie embarras social (p=0.173) La guérison objective de l'IUE favorise la REPP réalisée de manière supervisée en clinique plutôt que de la REPP non supervisée à la maison.
Forces et limites	Forces : mesure objective de la guérison de l'IUE (peut être aussi une faiblesse). ECR de qualité très bien réalisée. Utilisation d'outils de mesure standardisée. Limites : nombre de pertes au suivi assez élevé. Même s'ils disent que le groupe contrôle n'est pas supervisé, il l'est quand même. Le protocole étant exactement le même avec 3 rendez-vous avec un physiothérapeute amène un niveau de supervision assez important qui peut mener à une sous-estimation de l'effet entre les deux groupes. La différence pourrait être due à une différence dans l'adhésion au traitement, les femmes mieux suivies et mieux supervisées ont tendance à mieux performer et faire les exercices plus souvent.

ANNEXE E

Résultats de l'évaluation de la qualité des études

Tableau E-1a Évaluation de la qualité des revues systématiques à l'aide de la grille AMSTAR 2 [Shea *et al.*, 2017]

ÉLÉMENTS	PÉRIODE PÉRINATALE			
	Zhu *et al.*, 2022	**Woodley *et al.*, 2020**	**Davenport *et al.*, 2018**	**Gonzales *et al.*, 2021**
	Innocuité	**Efficacité / innocuité**	**Efficacité**	**Efficacité**
1. Les questions de recherche et les critères d'inclusion de la revue comprenaient-ils les éléments de PICO?	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Le rapport de la revue contenait-il un énoncé explicite indiquant que les méthodes de la revue ont été établies avant sa réalisation, et le rapport a-t-il justifié tout écart important par rapport au protocole?	Oui	Oui	Oui	Oui
3. Les auteurs de la revue ont-ils expliqué leur choix des devis d'études à inclure dans la revue?	Oui	Oui	Oui	Oui
4. Les auteurs de la revue ont-ils eu recours à une stratégie de recherche documentaire exhaustive?	Oui	Oui	Oui	Non
5. Les auteurs de la revue ont-ils réalisé la sélection des études en double?	Oui	Oui	Oui	Oui
6. Les auteurs de la revue ont-ils effectué l'extraction des données en double?	Non	Oui	Non	Oui
7. Les auteurs de la revue ont-ils fourni une liste des études exclues et justifié leur exclusion?	Non	Oui	Oui	Non
8. Les auteurs de la revue ont-ils décrit les études incluses de manière suffisamment détaillée?	Oui partiel	Oui	Non	Oui partiel
9. Les auteurs de la revue ont-ils employé une technique satisfaisante pour évaluer le risque de biais des études individuelles incluses dans la revue?	Oui	Oui	Oui	Oui

ÉLÉMENTS	PÉRIODE PÉRINATALE			
	Zhu *et al.*, 2022	**Woodley *et al.*, 2020**	**Davenport *et al.*, 2018**	**Gonzales *et al.*, 2021**
	Innocuité	**Efficacité / innocuité**	**Efficacité**	**Efficacité**
10. Les auteurs de la revue ont-ils rapporté les sources de financement des études incluses dans la revue?	Non	Oui	Non	Non
11. Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs de la revue ont-ils utilisé des méthodes appropriées pour la combinaison statistique des résultats?	Oui	Oui	Oui	Non
12. Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs de la revue ont-ils évalué l'impact potentiel des risques de biais des études individuelles sur les résultats de la méta-analyse ou d'autres synthèses des données?	Non	Oui	Non	Non
13. Les auteurs de la revue ont-ils tenu compte des risques de biais des études individuelles lors de l'interprétation / la discussion des résultats de la revue?	Oui	Oui	Oui	Oui
14. Les auteurs de la revue ont-ils fourni une explication satisfaisante pour toute hétérogénéité observée dans les résultats de la revue et une discussion sur celle-ci?	Oui	Oui	Oui	Oui
15. S'ils ont réalisé une synthèse quantitative, les auteurs de la revue ont-ils effectué une évaluation adéquate du biais de publication (biais de petite étude) et discuté de son impact potentiel sur les résultats de la revue?	Oui	Oui	Oui	Non
16. Les auteurs de la revue ont-ils rapporté toutes sources potentielles de conflits d'intérêts, y compris le financement reçu pour réaliser la revue?	Oui	Oui	Oui	Oui
Qualité de la revue systématique	**Faible**	**Élevée**	**Faible**	**Très faible**

AMSTAR : *Assessment of Multiple Systematic Reviews;* PICO : population – intervention – comparaison – *outcome* (résultat)

Note : Traduction libre française (mars 2021) de la grille AMSTAR 2 publiée dans Shea *et al.*, 2017.

Tableau E-1b Évaluation de la qualité des revues systématiques à l'aide de la grille AMSTAR 2 [Shea *et al.*, 2017]

ÉLÉMENTS	FEMMES ADULTES					FEMMES ADULTES (VS CHX)	FEMMES ÂGÉES ≥ 55 ANS
	Balk *et al.*, 2019; Balk *et al.*, 2018	Dumoulin *et al.*, 2018	Garcia-Sanchez *et al.*, 2019	Moroni *et al.*, 2016	Nie *et al.*, 2017	Lapitan *et al.*, 2017	Fu *et al.*, 2019
	Innocuité	Efficacité / innocuité	Efficacité	Efficacité	Efficacité	Efficacité / innocuité	Efficacité
1. Les questions de recherche et les critères d'inclusion de la revue comprenaient-ils les éléments de PICO?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
2. Le rapport de la revue contenait-il un énoncé explicite indiquant que les méthodes de la revue ont été établies avant sa réalisation, et le rapport a-t-il justifié tout écart important par rapport au protocole?	Oui partiel	Oui	Non	Oui partiel	Non	Oui	Oui partiel
3. Les auteurs de la revue ont-ils expliqué leur choix des devis d'études à inclure dans la revue?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
4. Les auteurs de la revue ont-ils eu recours à une stratégie de recherche documentaire exhaustive?	Oui partiel	Oui	Oui partiel	Oui partiel	Oui partiel	Oui partiel	Oui partiel
5. Les auteurs de la revue ont-ils réalisé la sélection des études en double?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
6. Les auteurs de la revue ont-ils effectué l'extraction des données en double?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
7. Les auteurs de la revue ont-ils fourni une liste des études exclues et justifié leur exclusion?	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non

ÉLÉMENTS	FEMMES ADULTES					FEMMES ADULTES (VS CHX)	FEMMES ÂGÉES ≥ 55 ANS
	Balk *et al.*, 2019; Balk *et al.*, 2018	**Dumoulin *et al.*, 2018**	**Garcia-Sanchez *et al.*, 2019**	**Moroni *et al.*, 2016**	**Nie *et al.*, 2017**	**Lapitan *et al.*, 2017**	**Fu *et al.*, 2019**
	Innocuité	**Efficacité / innocuité**	**Efficacité**	**Efficacité**	**Efficacité**	**Efficacité / innocuité**	**Efficacité**
8. Les auteurs de la revue ont-ils décrit les études incluses de manière suffisamment détaillée?	Oui partiel	Oui	Oui partiel	Oui partiel	Non	Oui	Oui partiel
9. Les auteurs de la revue ont-ils employé une technique satisfaisante pour évaluer le risque de biais des études individuelles incluses dans la revue?	Oui	Oui	Oui partiel	Oui partiel	Oui	Oui	Oui
10. Les auteurs de la revue ont-ils rapporté les sources de financement des études incluses dans la revue?	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non
11. Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs de la revue ont-ils utilisé des méthodes appropriées pour la combinaison statistique des résultats?	ECR : Oui Autres : Non	Oui	Oui	Oui	ECR : Oui Autres : Non	Oui	Aucune méta-analyse réalisée
12. Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs de la revue ont-ils évalué l'impact potentiel des risques de biais des études individuelles sur les résultats de la méta-analyse ou d'autres synthèses des données?	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Aucune méta-analyse réalisée
13. Les auteurs de la revue ont-ils tenu compte des risques de biais des études individuelles lors de l'interprétation / la	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui

ÉLÉMENTS	FEMMES ADULTES					FEMMES ADULTES (VS CHX)	FEMMES ÂGÉES ≥ 55 ANS
	Balk *et al.*, 2019; Balk *et al.*, 2018	**Dumoulin *et al.*, 2018**	**Garcia-Sanchez *et al.*, 2019**	**Moroni *et al.*, 2016**	**Nie *et al.*, 2017**	**Lapitan *et al.*, 2017**	**Fu *et al.*, 2019**
	Innocuité	**Efficacité / innocuité**	**Efficacité**	**Efficacité**	**Efficacité**	**Efficacité / innocuité**	**Efficacité**
discussion des résultats de la revue?							
14. Les auteurs de la revue ont-ils fourni une explication satisfaisante pour toute hétérogénéité observée dans les résultats de la revue et une discussion sur celle-ci?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
15. S'ils ont réalisé une synthèse quantitative, les auteurs de la revue ont-ils effectué une évaluation adéquate du biais de publication (biais de petite étude) et discuté de son impact potentiel sur les résultats de la revue?	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Aucune méta-analyse réalisée
16. Les auteurs de la revue ont-ils rapporté toutes sources potentielles de conflits d'intérêts, y compris le financement reçu pour réaliser la revue?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Qualité de la revue systématique	**Faible**	**Élevée**	**Faible**	**Modérée**	**Très faible**	**Modérée**	**Faible**

AMSTAR : *Assessment of Multiple Systematic Reviews;* Chx : intervention chirurgicale; ECR : essai clinique randomisé; vs : versus PICO : population – intervention – comparaison – *outcome* (résultat).

Note : Traduction libre française (mars 2021) de la grille AMSTAR 2 publiée dans Shea *et al.*, 2017.

Tableau E-2 Évaluation de la qualité des guides de pratique clinique et rapports d'évaluation des technologies en santé à l'aide de l'outil AGREE [Brouwers *et al.*, 2010]

GUIDE	EVALUATEUR	SCORE PAR ÉVALUATEUR (PAR DOMAINE)						SCORE COMBINÉ PONDÉRÉ (PAR DOMAINE)						SCORE GLOBAL DU GUIDE	QUALITÉ DU GUIDE
		DOMAINE 1. CHAMP ET OBJECTIFS	DOMAINE 2. PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS	DOMAINE 3. RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RPC	DOMAINE 4. CLARTÉ ET PRÉSENTATION	DOMAINE 5. APPLICABILITÉ	DOMAINE 6. INDÉPENDANCE ÉDITORIALE	DOMAINE 1. CHAMP ET OBJECTIFS	DOMAINE 2. PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS	DOMAINE 3. RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RPC	DOMAINE 4. CLARTÉ ET PRÉSENTATION	DOMAINE 5. APPLICABILITÉ	DOMAINE 6. INDÉPENDANCE ÉDITORIALE		
ACOG & AUGS 2015 [ACOG et AUGS, 2015]	1	19	14	35	19	11	8	92%	56%	52%	92%	21%	50%	62%	Modérée
	2	20	12	31	20	7	8								
ACOG 2018 [ACOG, 2018]	1	16	10	23	16	12	11	72%	42%	36%	81%	33%	71%	51%	Modérée
	2	16	11	28	19	12	10								
AHRQ 2018 [Balk *et al.*, 2018]	1	21	21	56	19	13	11	100%	92%	99%	83%	35%	83%	90%	Élevée
	2	21	18	55	17	12	13								
AUA & SUFU 2017 [Kobashi *et al.*, 2017]	1	20	15	49	20	10	12	92%	58%	93%	97%	25%	79%	82%	Élevée
	2	19	12	56	21	10	11								
AUA & SUFU 2019 [Gormley *et al.*, 2019]	1	20	13	49	20	15	8	89%	58%	89%	97%	35%	67%	80%	Élevée
	2	18	14	52	21	10	12								
CNGOF 2015 [Deffieux *et al.*, 2015]	1	20	16	39	19	5	11	89%	75%	67%	86%	2%	83%	72%	Modérée
	2	18	17	41	18	4	13								
CUA 2017 [Corcos *et al.*, 2017]	1	10	11	30	17	9	9	67%	50%	52%	83%	19%	71%	58%	Modérée
	2	20	13	36	19	8	12								
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022]	1	20	15	51	21	13	11	97%	67%	93%	100%	29%	88%	85%	Élevée
	2	21	15	54	21	9	14								
HQO 2021 [HQO, 2021]	1	21	18	50	15	14	11	100%	83%	83%	78%	38%	83%	81%	Élevée
	2	21	18	46	19	12	13								

GUIDE	EVALUATEUR	SCORE PAR ÉVALUATEUR (PAR DOMAINE)						SCORE COMBINÉ PONDÉRÉ (PAR DOMAINE)						SCORE GLOBAL DU GUIDE	QUALITÉ DU GUIDE
		DOMAINE 1. CHAMP ET OBJECTIFS	DOMAINE 2. PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS	DOMAINE 3. RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RPC	DOMAINE 4. CLARTÉ ET PRÉSENTATION	DOMAINE 5. APPLICABILITÉ	DOMAINE 6. INDÉPENDANCE ÉDITORIALE	DOMAINE 1. CHAMP ET OBJECTIFS	DOMAINE 2. PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS	DOMAINE 3. RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RPC	DOMAINE 4. CLARTÉ ET PRÉSENTATION	DOMAINE 5. APPLICABILITÉ	DOMAINE 6. INDÉPENDANCE ÉDITORIALE		
ICUD & ICS 2018 [Abrams *et al.*, 2018]	1	20	18	44	20	18	11	92%	72%	75%	86%	60%	71%	77%	Élevée
	2	19	14	44	17	19	10								
IUGA 2016 [Bazi *et al.*, 2016]	1	18	8	28	17	5	12	92%	31%	45%	83%	2%	92%	53%	Modérée
	2	21	9	31	19	4	14								
NICE 2019 [NICE, 2019]	1	19	10	53	16	19	14	94%	39%	97%	64%	58%	92%	75%	Modérée*
	2	21	10	56	13	17	12								
SOGC 2018 [Mottola *et al.*, 2018]	1	21	20	47	20	9	11	100%	94%	80%	97%	15%	79%	85%	Élevée
	2	21	20	46	21	6	12								
SOGC 2020 [Dufour et Wu, 2020]	1	21	11	48	20	12	12	92%	36%	74%	92%	25%	79%	68%	Modérée
	2	18	8	39	19	8	11								
SOGC 2021 [Harvey *et al.*, 2021]	1	19	12	38	17	9	10	89%	56%	65%	81%	15%	75%	66%	Modérée
	2	19	14	40	18	6	12								
USANZ & UGSA 2016 [Tse *et al.*, 2016]	1	15	9	40	15	8	10	75%	44%	73%	78%	10%	75%	65%	Modérée
	2	18	13	46	19	5	12								
WHO 2017 [WHO, 2017]	1	21	16	54	20	24	12	100%	72%	98%	92%	81%	75%	89%	Élevée
	2	21	16	56	19	23	10								

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AGREE: *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation;* AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality; AUA : American Urological Association; AUGS : American Urogynecologic Society; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; CUA : Canadian Urological Association; EAU : European Association of Urology; HQO : Health Quality Ontario; ICS : International Continence Society; ICUD : International Consultation on Urological Diseases; IUGA : International Urogynecology Association; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; SUFU : Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction; UGSA : Urogynaecological Society of Australasia; USANZ : Urological Society of Australia and New Zealand; WHO : World Health Organization.

* Le guide le plus récent du NICE est celui de 2019. Par contre, il réaffirme les recommandations de 2013 et 2006 en ce qui concerne l'IU et les méthodologies ne sont plus accessibles. Par conséquent, la qualité du guide a été régrogradée à modérée.

Tableau E-3 Évaluation de la qualité des essais cliniques randomisés avec l'outil d'évaluation ROB-2 [Sterne *et al.*, 2019]

Unique ID	Study ID	Experimental	Comparator	Outcome	Weight	D1	D2	D3	D4	D5	Overall
1	Fitz 2020	Outpatient PFMT	Home PFMT	Modalité - supervision	1	+	!	+	+	+	!

+ Low risk

! Some concerns

- High risk

D1 Randomisation process

D2 Deviations from the intended interventions

D3 Missing outcome data

D4 Measurement of the outcome

D5 Selection of the reported result

ROB : Risk of Bias Tool; PFMT: *pelvic floor muscle training (*rééducation périnéale et pelvienne [REPP]).

ANNEXE F

Chevauchement entre les revues systématiques

Tableau F-1 Chevauchement des études primaires incluses dans les revues systématiques portant sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale (en ordre alphabétique)

ÉTUDES PRIMAIRES	Woodley *et al.*, 2020	Davenport *et al.*, 2018	Gonzales *et al.*, 2021
	Prévention et traitement de l'IU	Traitement prénatal de l'IU	Traitement postnatal de l'IUE
Études retenues pour la présente évaluation			
ECR ou quasi-ECR			
Ahlund 2013-909	√ (traitement postnatal)		‡ (R)
Barakat 2011-e1	√ (prévention)	‡ (V)	
Cruz 2014-867	√ (traitement prénatal)		
Dinc 2009-1223	√ (traitement prénatal)	√ (traitement)	
Dumoulin 2004-504†	√ (traitement postnatal)		
Gaier 2010-64	√ (prévention)		
Glazener 2001-593†	√ (traitement postnatal)		
Gorbea Chávez 2004-628	√ (prévention)	‡ (V)	
Hilde 2013-1231†	‡ (V)		√
Kim 2012-132	√ (traitement postnatal)		
Kocaoz 2013-34	√ (prévention)	‡ (V)	
Meyer 2001-673†	‡ (V)		√§
Mørkved 2003-313†	√ (prévention)		
Pelaez 2014-67	√ (prévention)	‡ (V)	
Reilly 2002-68† *Agur 2008-985*	√ (prévention) √ (prévention)	‡ (V) ‡ (V)	
Sampselle 1998-406	√ (prévention)	‡ (V)	
Sangsawang 2016-103	√ (prévention)	‡ (V)	
Skelly 2004	√ (traitement prénatal)		
Stothers 2002-106	√ (prévention)		
Wilson 1998-257†	√ (traitement postnatal)		
Woldringh 2007-383	√ (traitement prénatal)	√ (traitement)	
Autres types d'études			
Mørkved 1997-217 Mørkved 2000-1022			√ √
Yoshida 2017-98			√
Études non retenues pour la présente évaluation			
ECR			
Bø 2011-190†	‡ (V)	‡ (V)	

ÉTUDES PRIMAIRES	Woodley *et al.*, 2020	Davenport *et al.*, 2018	Gonzales *et al.*, 2021
	Prévention et traitement de l'IU	Traitement prénatal de l'IU	Traitement postnatal de l'IUE
Chiarelli 2002-1241†	‡ (V)		
de Assis 2015-460†	‡ (V)		
Dokmeci 2008-304	‡ (V)		
Dufour 2019-e12587†	‡ (V, C)		
Ewings 2005-558	‡ (V)		
Fritel 2015-370†	‡ (V)	‡ (V)	
Frost 2014-40	‡ (V, R)		
Frumenzio 2012-S3	‡ (V)		
Hughes 2001-447	‡ (V)		
Kahyaoglu Sut 2016-417	‡ (V)	‡ (V)	
Ko 2011-17†	‡ (V)	‡ (V)	
Kou 2013-55	‡ (V)		
Lekskulchai 2014-S156		‡ (V)	
Liu 2011-21	‡ (V)		
Mason 2001-651		‡ (V)	
Mason 2010-2777		‡ (V)	
Miquelutti 2013-154†	‡ (V)	‡ (V)	
Mørkved 2007-276		‡ (V)	
Oakley 2016-205	‡ (V)		
Peirce 2013-1240	‡ (V)		
Sacomori 2020-951†	‡ (V)		
Sleep 1987-158	‡ (V)		
Stafne 2012-1270†	‡ (V)	‡ (V)	
Szumilewicz 2019-1867	‡ (V)		
Torsdatter Markussen 2017†	‡ (V)		
Wen 2010-72	‡ (V)		
Yang 2017-4537	‡ (V)		
Autres types d'études			
Aliga-Martinez 2013-34		‡ (V)	
Eliasson 2005-87		‡ (I)	
Haakstad 2009-1267		‡ (I)	
Sangsawang 2012-1997		‡ (V)	
Sapmaz 2003-191			‡ (I)
Zhu 2012-563		‡ (I)	

C : comparaison ou comparateur non pertinent à la présente évaluation; ECR : essai clinique randomisé; I : intervention non pertinente à la présente évaluation; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; R : résultat d'intérêt non pertinent pour la présente évaluation; V : visée de prévention/traitement mixte, ou étude faisant partie d'une analyse qui combine des études de prévention, de prévention/traitement mixte et/ou de traitement.

† D'autres publications secondaires liées à cette même étude ont été considérées par la revue systématique de Woodley [2020].

‡ Étude primaire incluse dans la revue systématique mais dont les résultats n'ont pas été retenus dans la présente évaluation.

§ Considérée comme une étude de cohortes par Gonzales et ses collaborateurs [2021].

Tableau F-2 Chevauchement des études primaires incluses dans les revues systématiques portant sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes (y inclus les femmes âgées) (en ordre alphabétique)

ÉTUDES PRIMAIRES (ECR OU QUASI-ECR)	FEMMES ADULTES EN GÉNÉRAL				FEMMES ≥ 55 ANS	CHX vs REPP*
	Dumoulin *et al.*, 2018	Garcia-Sanchez *et al.*, 2019	Moroni *et al.*, 2016	Nie *et al.*, 2017	Fu *et al.*, 2019	Lapitan *et al.*, 2017
	IU	IUE	IUE	IUE/IUM	IU	IUE/IUM
Aksac 2003-23	√	√	† (C)			
Asklund 2017-1369‡	√					
Aslan 2008-224					√	
Bertotto 2017-2142	√					
Beuttenmuller 2010-35	√					
Bidmead 2002-372‡	√					
Bø 1999-487	√		† (C)			
Burgio 1998-1995‡	√				† (C)	
Burns 1993-M167‡	√			† (R)		
Burns 1990-341					√	
Carneiro 2010-788	√					
Castro 2008-465	√	√	† (C)	√		
Celiker Tosun 2015-525‡	√			√		
Celiker Tosun 2016-360				√		
Diokno 2010-375	√					
Diokno 2018-1333					√	
Firra 2013-113‡	√					
Fitz 2012-505			√			
Henalla 1990-436	√					
Henalla 1989-222	√					
Hofbauer 1990-249‡	√					
Kargar Jahromi 2015-71	√			√		
Kim 2011-452	√					
Kim 2011-1165‡	√				√	
Kim 2007-1932	√			√	√	
Klarskov 1989-129‡						√
Lagro-Janssen 1991-445‡	√			√		
Leong 2015-30	√				√	
McLean 2013-1096	√		√	√		
Miller 1998-870	√		† (C)			
Pereira 2011-465‡	√	√	† (C)	√		

ÉTUDES PRIMAIRES (ECR OU QUASI-ECR)	FEMMES ADULTES EN GÉNÉRAL				FEMMES ≥ 55 ANS	CHX vs REPP*
	Dumoulin *et al.*, 2018	**Garcia-Sanchez *et al.*, 2019**	**Moroni *et al.*, 2016**	**Nie *et al.*, 2017**	**Fu *et al.*, 2019**	**Lapitan *et al.*, 2017**
	IU	**IUE**	**IUE**	**IUE/IUM**	**IU**	**IUE/IUM**
Sar 2009-429	√					
Solberg 2016-7	√					
Sran 2016-286‡	√					
Tapp 1989-356‡						√
Yoon 2003-45	√					
Études non retenues dans la présente évaluation						
Ahlung 2013-909			† (C)			
Alves 2015-300				† (R)		
Andrade 2015-561					† (C)	
Aukee 2002-1020		† (C)	† (C)			
Berghmans 1996-37			† (C)			
Bø 1990-489			† (C)			
Bø 2000-598			† (C)	† (R)		
Borello-France 2006-974		† (C)	† (C)			
Burgio 2002-2293					† (C)	
Cammu 1998-89			† (C)			
Correia 2013-S23			† (C)			
de Andrade 2018-91						
De Oliveira Camargo 2009-1455		† (C)	† (C)			
Dougherty 2002-3					† (I)	
Dumoulin 2003-543			† (C)			
Dumoulin 2017-544						
Fantl 1991-609					† (C)	
Farzinmehr 2015-1						
Felicissimo 2010-835			† (C)			
Ferguson 1990-671		† (C)				
Ferreira 2012-3			† (C)			
Ferreira 2012-24		† (C)				
Ferreira 2014-428	† (R)					
Gilling 2009-1386			† (C)			
Goode 2013-345						
Harvey 2006-S235			† (C)			
Hirakawa 2013-1347		† (C)	† (C)			
Huebner 2011-133						
Hui 2006-343					† (C)	

ÉTUDES PRIMAIRES (ECR OU QUASI-ECR)	FEMMES ADULTES EN GÉNÉRAL				FEMMES ≥ 55 ANS	CHX vs REPP*
	Dumoulin *et al.*, 2018	**Garcia-Sanchez *et al.*, 2019**	**Moroni *et al.*, 2016**	**Nie *et al.*, 2017**	**Fu *et al.*, 2019**	**Lapitan *et al.*, 2017**
	IU	**IUE**	**IUE**	**IUE/IUM**	**IU**	**IUE/IUM**
Hung 2010-273				† (R)		
Jha 2018-91						
Kamel 2013-12			† (C)			
Kaya 2014-864			† (C)			
Knight 1998-61			† (C)			
Konstantinidou 2007-486		† (C)				
Lausen 2018-16						
Liebergall 2009-377			† (C)			
Luber 1997-543			† (C)			
McFall 2000-250					† (C)	
Mørkved 2002-730			† (C)			
Ong 2015-487						
Parsons 2004			† (C)			
Pereira 2012-491			† (C)			
Pereira 2012-45			† (C)			
Sand 1995-72			† (C)			
Santos 2009-447			† (C)			
Sherburn 2011-317			† (C)			
Subak 2002-72					† (C)	
Subak 2009-481						
Tak 2012-51						
Tannenbaum 2013-e004135					† (C)	
Tannenbaum 2019					† (C)	
Terlikowski 2013-1631			† (C)			
Wallis 2012-7						
Wells 1999	† (R)					
Wong 2001-644			† (C)			
Zanetti 2007-265			† (C)			

C : comparaison ou comparateur non pertinent à la présente évaluation (l'étude peut également faire partie d'une analyse dont font partie d'autres études non pertinentes); CHX : intervention chirurgicale; ECR : essai clinique randomisé; I : intervention non pertinente à la présente évaluation; IF: incontinence fécale; IU: incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; P : population; R : résultat d'intérêt non pertinent pour la présente évaluation; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; V : visée de prévention/traitement mixte.

* Pour cette comparaison uniquement (chirurgie contre REPP).

† Étude primaire incluse dans la revue systématique mais dont les résultats n'ont pas été retenus dans la présente évaluation.

‡ D'autres publications secondaires liées à cette même étude ont été considérées par la RS Cochrane concernée.

Tableau F-3 Chevauchement des études primaires incluses dans les revues systématiques portant sur l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne (incluant minimalement des exercices du plancher pelvien) pour la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire (en ordre alphabétique)

ÉTUDES PRIMAIRES	Zhu *et al.*, 2022	Woodley *et al.*, 2020	Balk *et al.*, 2019; Balk *et al.*, 2018*	Dumoulin *et al.*, 2018	Lapitan *et al.*, 2017
	Période périnatale		Autre période que la périnatalité		
	Traitement de l'IU	Prévention et traitement de l'IU	Traitement de l'IU	Traitement de l'IU	Traitement de l'IUE/IUM
Ahlund 2013-909			√ (0 EI)		
Abdulaziz 2012 16(2)			√ (0 EI)		
Barakat 2011-e1		√ (0 EI)			
Betschart 2013-219			√ (0 EI)		
Bø 1999-487				√ (0 EI)	
Burgio 1998-1995†				√ (0 EI)	
Castellani 2015-417			√ (0 EI)		
Castro 2008-465				√ (0 EI)	
de Souza Abreu 2017-2160			√ (0 EI)		
Dumoulin 2004-504†		√ (0 EI)			
Ferreira 2012-24			√ (0 EI)		
Fitz 2017-2034			√ (0 EI)		
Fritel 2015-370†		√ (0 EI)			
Frost 2014-40		√ (0 EI)			
Galea 2013-38			√ (0 EI)		
Hilde 2013-1231†		√ (0 EI)			
Hirakawa 2013-1347			√ (0 EI)		
Huang 2017-557	√ (5 EI)				
Huebner 2011-133			√ (0 EI)		
Jha 2018-91			√ (0 EI)		
Kafri 2013-1181			√ (0 EI)		
Kaya 2011-327			√ (0 EI)		
Kim 2011-452			√ (0 EI)		
Klarskov 1986-129†					√ (0 EI)
Labrie 2013-1124			√ (0 EI)		
Lagro-Janssen 1991-445†				√ (7 EI)	
Leong 2015-30			√ (0 EI)	√ (0 EI)	
Manonai 2015-219			√ (0 EI)		
McLean 2013-1096			√ (0 EI)		
Miquelutti 2013-154†		√ (0 EI)			
Oldham 2013-460			√ (0 EI)		
Peirce 2013-1240†		√ (0 EI)			
Pereira 2013-48			√ (0 EI)		

ÉTUDES PRIMAIRES	Zhu *et al.*, 2022	Woodley *et al.*, 2020	Balk *et al.*, 2019; Balk *et al.*, 2018*	Dumoulin *et al.*, 2018	Lapitan *et al.*, 2017
	Période périnatale		Autre période que la périnatalité		
	Traitement de l'IU	Prévention et traitement de l'IU	Traitement de l'IU	Traitement de l'IU	Traitement de l'IUE/IUM
Porta-Roda 2015-533			√ (4 EI)		
Resnick 2013-408			√ (0 EI)		
Samuelsson 2017 NCT01848938			√ (0 EI)		
Segal 2016-433			√ (0 EI)		
Sherburn 2011-317			√ (0 EI)		
Sjöstrom 2013-362			√ (1 EI)		
Solberg 2016-7			√ (1 EI)	√ (1 EI)	
Sran 2016-286†			√ (0 EI)	√ (0 EI)	
Stothers 2002-106		√ (2 EI)			
Szumilewicz 2019-1867		√ (0 EI)			
Wiegersma 2014-g7378			√ (0 EI)		
Yang 2017-4537		√ (0 EI)			
Études non retenues dans la présente évaluation					
Lin 2019-86	‡ (P)				

EI : effet indésirable; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; P : population; RS : revue systématique.

* Concernant la REPP sans médication seulement.

† D'autres publications secondaires liées à cette même étude ont été considérées par la RS Cochrane concernée.

‡ Étude primaire incluse dans la revue systématique mais dont les résultats n'ont pas été retenus dans la présente évaluation.

ANNEXE G

Tableau de résultats complémentaires – période périnatale – prévention de l'incontinence urinaire

Tableau G-1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la sévérité autodéclarée des symptômes d'incontinence urinaire chez les femmes enceintes continentes

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	MESURE	N	PÉRIODE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
Woodley *et al.*, 2020 Qualité de la RS : élevée	Fréquence des fuites urinaires	Fréquence des fuites autodéclarée, classée comme : jamais, 1 fois par sem., 2-3 fois par sem., 1 fois par jour, plusieurs fois par jour, tout le temps (item 3, ICIQ-UI SF)	152 (1 ECR)	36-40 sem. de grossesse	60, jamais; 3, 1 fois/sem. (n = 63)	54, jamais; 18, 1 fois/sem.; 9, 2-3 fois/sem.; 7, 1 fois/j; 1, plusieurs fois/j (n = 89)	***p* = 0,0001**
			67 (1 ECR)	Après l'accouche-ment	24, jamais; 5, 1 fois/sem.; 2, 2-3 fois/sem; 2, 1 fois/j; 1, > 1 fois/j (n = 34)	22, jamais; 5, 1 fois/sem.; 1, 2-3 fois/sem.; 2, 1 fois/j; 3, > 1 fois/j (n = 33)	***p* < 0,05** (valeur corrigée*)
		Moins d'une fois par sem., hebdomadaire ou quotidienne (pas clair si autodéclaré ou dans le calendrier mictionnel)	72 (1 ECR)	6 sem. post-partum	4, < 1 fois par sem.; 2, hebdomadaire; 0, quotidienne (n = 38)	6, < 1 fois par sem.; 8, hebdomadaire; 2, quotidienne (n = 34)	Non calculé par la RS car la validité/fiabilité de cette mesure n'est pas connue
		Nombre de fuites par sem. selon un calendrier mictionnel	25 de 63 (1 ECR)	38 sem. de grossesse	Moyenne ± ET : 12,4 ± 5,3 (n = 9 de 33)	Moyenne ± ET : 23,1 ± 5,7 (n = 16 de 30)	**DM = -8,9 (-13,7, -4,0)**
		Nombre d'épisodes de fuites en 5 jours	15 de 86 (1 ECR)	6 mois post-partum	Moyenne : 3,4 (n = 7)	Moyenne : 6,0 (n = 8)	Non calculable par la RS
	Quantité de fuites urinaires	Quantité autodéclarée classée comme : nulle, faible, modérée, importante (item 4, ICIQ-UI SF)	152 (1 ECR)	36-40 sem. de grossesse	60, nulle; 3, faible (n = 63)	54, nulle; 27, faible; 5, modérée; 3, importante (n = 89)	***p* = 0,0001**
		Quantité autodéclarée classée comme : nulle, faible (gouttes), modérée (sous-vêtements mouillés), importante (vêtements extérieurs mouillés)	63 (1 ECR)	38 sem. de grossesse	24, nulle; 2, faible; 4, modérée; 3, importante (n = 33)	14, nulle; 2, faible; 8, modérée; 6, importante (n = 30)	***p* = 0,03**

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	MESURE	N	PÉRIODE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
		Volume des pertes urinaires (g) lors d'un test d'effort avec un volume de vessie normalisé	nd de 86 (1 ECR)	6 mois post-partum	Moyenne : 18 (n = nd)	Moyenne : 38 (n = nd)	Non calculable par la RS
	Autres indices de la sévérité des fuites urinaires	Sévérité perçue sur une VAS (0-10, 10 pire)	25 de 63 (1 ECR)	38 sem. de grossesse	Moyenne ± ET : 5,0 ± 0,9 (n = 9 de 33)	Moyenne ± ET : 6,3 ± 1,2 (n = 16 de 30)	**DM = -2,0 (-3,4, -0,6)**
		Fuites de grade I, II ou III, où I = perte d'urine en toussant ou en soulevant un objet, II = fuite d'urine en marchant, et III = fuite d'urine en position debout	72 (1 ECR)	6 sem. post-partum	6, grade I; 0, grade II ou III (n = 38)	10, grade I; 6, grade II; 0, grade III (n = 34)	Non calculé par la RS car la validité/fiabilité de cette mesure n'est pas connue
		IU faible, modérée ou sévère (la catégorisation n'est pas claire)	148 (1 ECR)	3 mois post-partum	19, faible; 3, modérée; 1, sévère (n = 74)	30, faible; 5, modérée; 1, sévère (n = 74)	Non calculé par la RS car la validité/fiabilité de cette mesure n'est pas connue
		Score moyen du questionnaire concernant les fuites d'urine avec toux légère, toux forte, éternuement et rire a été de 0 pour aucune, 1 pour le fait d'être humide (*dampness*), 2 pour le fait d'être mouillé (*wetness*) et 3 pour le fait d'être trempé (*soaked*)	37 (1 ECR)	12 mois post-partum	Moyenne ± ET : 0,30 ± 0,44 (n = 16)	Moyenne ± ET : 0,32 ± 0,41 (n = 21)	Non calculé par la RS car la validité/fiabilité de cette mesure n'est pas connue
	Gêne occasionnée par les symptômes urinaires	Impact des fuites urinaires sur la vie quotidienne mesurée sur une VAS numérotée (0-10, 10 pire) (item 5, ICIQ-UI SF)	152 (1 ECR)	36-40 sem. de grossesse	Moyenne ± ET : 0,10 ± 0,64 (n = 63)	Moyenne ± ET : 0,97 ± 1,8 (n = 89)	**DM = -0,87 (-1,28, -0,46)**

DM : différence moyenne $_{[REPP - témoin]}$; ECR : essai clinique randomisé; ET : écart-type; g : gramme; IC : intervalle de confiance; ICIQ-UI SF : *International Consultation on Incontinence – Urinary Incontinence Short Form*; IU : incontinence urinaire; j : jour; n : nombre de participantes; nd : non disponible; *p* : valeur *p*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; sem. : semaine; UI : incontinence urinaire; VAS : *Visual Analogue Scale*.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* La RS avait présenté par erreur une valeur $p > 0,05$.

Tableau G-2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la perte d'urine à un test d'effort chez les femmes enceintes continentes

RS	PÉRIODE	MESURES	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
Woodley *et al.*, 2020 Qualité de la RS : élevée	Fin de grossesse	*Pad test* d'une heure positif	102 (1 quasi-ECR)	17 % (9/52)	48 % (24/50)	**RR = 0,36 (0,19, 0,70)*; *p* = 0,002**
	Postnatale (0-3 mois)	Test de la toux; *pad test* d'une heure positif	174 (1 ECR/ 1 quasi-ECR)	1 % (1/90)	18 % (15/84)	*REPP vs absence de REPP* **RR = 0,09 (0,02, 0,47); *p* = 0,004**; I^2 = 0 %
		Pad test d'une heure positif	148 (1 ECR)	9 % (7/74)	11 % (8/74)	*REPP vs soins habituels* RR = 0,88 (0,33, 2,29); *p* = 0,79

ECR : essai clinique randomisé; IC : intervalle de confiance; n : nombre de participantes; *p* : valeur *p*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique.

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif. Un modèle à effets fixes a été utilisé pour estimer l'effet, sauf lorsqu'indiqué par un astérisque.

* Modèle à effets aléatoires.

Tableau G-3 Résumé des recommandations des guides de pratique clinique et rapports d'évaluation des technologies de la santé pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale

GUIDE	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
			R	É	(FORCE)	
Prévention — femmes enceintes						
IUGA 2016 [Bazi *et al.*, 2016]	Modéré	La REPP peut prévenir l'IU à court terme, mais plus d'études sur le suivi à long terme sont nécessaires.	✓		Élevée	La REPP peut être recommandée pour la prévention de l'IU chez les femmes enceintes.
SOGC 2018 [Mottola *et al.*, 2018]	Élevée	La REPP peut être réalisée sur une base quotidienne pour réduire le risque d'IU.	✓		Faible	
Prévention — femmes en post-partum						
CNGOF 2015 [Deffieux *et al.*, 2015]	Modérée	La REPP chez des femmes asymptomatiques (continentes) dans le but de prévenir une IU à moyen ou long terme n'est pas recommandée sans qu'il soit possible d'en préciser les modalités.	✗		Insuffisante	La REPP n'est pas recommandée pour la prévention de l'IU chez les femmes en post-partum.

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; IU : incontinence urinaire; IUGA : International Urogynecology Association; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Notes : Un ✓ indique que la REPP est recommandée; un ✗ indique que la REPP n'est pas recommandée.

ANNEXE H

Tableaux de résultats complémentaires – période périnatale – traitement de l'incontinence urinaire

Tableau H-1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la sévérité de l'incontinence urinaire autodéclarée chez une population de femmes enceintes incontinentes

RS	QUESTIONNAIRE	PÉRIODE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Davenport *et al*., 2018 Qualité de la RS : faible	Sévérité des symptômes d'IU†	Prénatale	72 (1 ECR)	1,62 ± 0,79 (n = 37)	2,14 ± 0,85 (n = 35)	**DMS = -0,63 (-1,10, -0,15)*; *p* = 0,009**	Faible
Woodley *et al*., 2020 Qualité de la RS : élevée	*Autre indice de la sévérité des fuites :* Combinaison de données provenant d'un calendrier mictionnel sur 7 jours et d'un questionnaire (PRAFAB) (0-10; 0 à 4 IU légère, 5 à 10 IU modérée à sévère)	12 mois post-partum	164 (1 ECR)	9 avec fuites modérées à sévères (n = 65)	8 avec fuites modérées à sévères (n = 99)	Non calculé par la RS car la validité/ fiabilité de cette mesure n'est pas connue	nd

DMS : différence moyenne standardisée $_{[REPP - témoin]}$; ECR : essai clinique randomisé; IU : incontinence urinaire; n : nombre de participantes; nd : non disponible; *p* : valeur de *p*; PRAFAB : *Protection, Amount, Frequency, Adjustment, Body (or self) image*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* Modèle à effets aléatoires.

† Nombre d'épisodes d'IU sur une journée (selon un calendrier mictionnel de 3 jours) [Dinc *et al*., 2009].

Tableau H-2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur la sévérité des symptômes d'incontinence urinaire autodéclarée chez les femmes incontinentes

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	MESURE	N	PÉRIODE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
Woodley *et al.*, 2020 Qualité de la RS : élevée	Quantité de fuites urinaires	Changement, en grammes, lors d'un *pad test* de 20 min avec un volume normalisé de la vessie	62 (1 ECR)	9 sem. post-traitement	Médiane : 19,0 (EIQ : 6,0, 25,0) (n = 23)* Médiane : 8 (EIQ : 4,0, 25,3†) (n = 20)‡	Médiane : 0 (EIQ : -3,0, 9,8) (n = 19)	Non calculable par la RS
		Utiliser de pads absorbants	521 (1 ECR)	12 mois post-partum	15 % (41/276)	22 % (55/245)	**RR = 0,66 (0,46, 0,95)**
		Perte d'urine lors d'un *pad test* à domicile, en grammes	100 (1 ECR)	12 mois post-partum	Moyenne : 2,1 (IC 95 % : -0,3, 4,5) (n = 18)	Moyenne : 2,6 (IC 95 % : 0,1, 5,1) (n = 82)	DM = -0,50 (-3,81, 2,81)
	Autres indices de sévérité des fuites urinaires	Changement de la VAS pour le fardeau perçu de l'incontinence	62 (1 ECR)	9 sem. post-traitement	Médiane : 3,0 (EIQ : 2,0, 4,0) (n = 23)* Médiane : 2,5 (EIQ : 0,8, 5,0) (n = 20)†	Médiane : 0 (EIQ : -0,1, 0,02) (n = 19)	Non calculable par la RS
		VAS pour la sévérité des fuites urinaires	284 (1 ECR)	12 mois post-partum	Moyenne : 2,8 (IC 95 % : 2,4, 3,1) (n = 142)	Moyenne : 3,6 (IC 95 % : 3,1, 4,0) (n = 142)	**DM = -0,80 (-1,37, -0,23)**
		ICIQ-FLUTS : Score d'incontinence (0-20, 20 pire)	82 (1 ECR)	9 mois post-partum	Médiane : 4,0 (étendue : 0, 15) (n = 40)	Médiane : 4 (étendue : 0, 12) (n = 42)	Non calculable par la RS
		ICIQ-FLUTS : Score de miction (0-12, 12 pire)			Médiane : 1,0 (étendue : 0, 5) (n = 40)	Médiane : 0,0 (étendue : 0, 8) (n = 42)	Non calculable par la RS
		Symptômes urinaires : BFLUTS	18 (1 ECR)	8-14 sem. post-partum	Moyenne ± ET : 40,56 ± 5,36 (n = 9)	Moyenne ± ET : 46,89 ± 3,62 (n = 9)	nd

BFLUTS : *Bristol Female Lower Urinary Tract Symptom*; DM : différence moyenne $_{[REPP - témoin]}$; ECR : essai clinique randomisé; EIQ : écart interquartile; ET : écart-type; IC : intervalle de confiance; ICIQ-FLUTS : *International Consultation on Incontinence Questionnaire Female Lower Urinary Tract Symptoms Modules*; min : minutes; n : nombre de participantes; nd : non disponible; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique; sem. : semaine; VAS : *Visual Analogue Scale*.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* Dans le cadre de la rééducation multimodale du plancher pelvien et contraction du muscle transverse de l'abdomen.

† Borne supérieure de l'écart interquartile corrigée selon la valeur de l'étude originale [Dumoulin *et al.*, 2004].

‡ Dans le cadre d'un programme multimodal de réhabilitation du plancher pelvien enseigné par un physiothérapeute. En plus des EPP à domicile, ce groupe a bénéficié d'électrostimulation et rétroaction électromyographique.

Tableau H-3 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur la sévérité de l'incontinence urinaire à l'effort chez une population de femmes incontinentes

RS	MESURES	N	PÉRIODE DE MESURE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET
Gonzales *et al.*, 2021 Qualité de la RS : très faible	*Pad test* (poids)	nd (1 étude)	16 sem. post-partum	nd	nd	**Deux études ont porté sur une cohorte traitée avec de la REPP supervisée pendant 8 sem., puis réévaluée à 1 an; les 2 études ont montré une amélioration des symptômes dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin.**
			1 an post-partum	nd	nd	
	Fréquence hebdomadaire des fuites		16 sem. post-partum	nd	nd	**La cohorte qui a comparé la REPP supervisée au groupe témoin a démontré une diminution de la fréquence de l'IUE après 8 sem. de traitement et à nouveau à 1 an.**
			1 an post-partum	nd	nd	

IC : intervalle de confiance; n : nombre de participantes; nd : non disponible; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

Tableau H-4 Résumé des recommandations des guides de pratique clinique et rapports d'évaluation des technologies de la santé pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale

GUIDE	(QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
			R	É	(FORCE)	
Traitement — femmes enceintes						
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Femmes enceinte avec IUE ou IUM	Élevée	La REPP doit être offerte pour au moins 3 mois comme première intention chez les femmes avec IUE ou IUM (incluant les femmes en période prénatale et postnatale)	✓		Élevée	La REPP est recommandée en première intention pour le traitement de l'IU chez les femmes enceintes.
Traitement — femmes en post-partum						
ACOG 2018 [ACOG, 2018] Femmes en post-partum avec IU	Modérée	La gestion des soins du post-partum inclut les EPP pour l'IUE.		✓	nd	La REPP est recommandée comme première intention pour le traitement de l'IU chez les femmes en post-partum.
CNGOF 2015 [Deffieux *et al.*, 2015] Femmes en post-partum avec IU	Modérée	Chez les femmes qui ont une IU persistante à 3 mois du post-partum, une rééducation périnéale par des exercices de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien est recommandée.	✓		Élevée	
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Femmes en post-partum avec IUE ou IUM	Élevée	La REPP doit être offerte pour au moins 3 mois comme première intention chez les femmes avec IUE ou IUM (périodes prénatale et postnatale)	✓		Élevée	

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; EAU : European Association of Urology; EPP : exercices du plancher pelvien; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

Notes : Un ✓ indique que la REPP est recommandée; un ✗ indique que la REPP n'est pas recommandée.

ANNEXE I

Tableaux de résultats complémentaires – Femmes adultes (incluant les femmes âgées) – Traitement de l'incontinence urinaire

Tableau I-1 Effets à plus long terme de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – guérison ou amélioration des symptômes perçue par les participantes (6 mois à 1 an après l'arrêt du traitement)

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	TYPE D'IU	PÉRIODE DE MESURE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
Dumoulin *et al.*, 2018 Qualité de la RS : élevée	Guérison perçue par les participantes	Tout type d'IU*	7 mois après le tx de 12 sem.	120 (1 ECR)	39 % (23/59)	2 % (1/61)	**RR = 23,78 (3,32, 170,49)**
	Amélioration partielle ou complète (guérison) perçue par les participantes	IUE	9 mois après le tx de 12 sem.	51 (1 ECR)	54 % (14/26)	0 % (0/25)	**RR = 27,93 (1,75, 444,45)**

ECR : essai clinique randomisé; IC : intervalle de confiance; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; n : nombre de participantes; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique; tx : traitement.

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif. Un modèle à effets fixes a été utilisé pour estimer l'effet.

* Un éventail de diagnostics d'IU (femmes pouvant présenter une IUE, une IUU ou une IUM), mais les données n'ont pas été rapportées séparément en fonction de ces sous-groupes.

Tableau I-2 Effets à plus long terme de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire sur les symptômes spécifiques et la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire rapportés par une population de femmes adultes (6 mois à 1 an après l'arrêt du traitement)

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	QUESTIONNAIRE	TYPE D'IU	N	PÉRIODE DE MESURE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
Dumoulin *et al.*, 2018 Qualité de la RS : élevée	Symptômes spécifiques à l'IU (mesures de grade A seulement)	UDI	Tout type d'IU*	48 (1 ECR)	9 mois après l'arrêt du tx de 12 sem. ou 1 an post-randomisation	69,15 ± 38,14 (n = 24)	107,73 ± 61,72 (n = 24)	**DM = -38,58 (-67,61, -9,55)**
	QdV liée à l'IU (mesures de grade A seulement)	IIQ				20,44 ± 30,71 (n = 24)	62,35 ± 98,54 (n = 24)	**DM = -41,91 (-83,20, -0,62)**

DM : différence moyenne $_{[REPP - témoin]}$; ECR : essai clinique randomisé; IC : intervalle de confiance; IIQ : *Incontinence Impact Questionnaire*; IU : incontinence urinaire; n : nombre de participantes; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; sem. : semaines; tx : traitement; UDI : *Urinary Distress Inventory*.

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif. Un modèle à effets fixes a été utilisé pour estimer l'effet.

* Un éventail de diagnostics d'IU (femmes pouvant présenter une IUE, une IUU ou une IUM), mais les données n'ont pas été rapportées séparément en fonction de ces sous-groupes.

Tableau I-3 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire sur la quantification des symptômes autodéclarés chez une population de femmes adultes

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	TYPE D'IU	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Dumoulin *et al.*, 2018 Qualité de la RS : élevée	N^{bre} d'épisodes de fuites en 24 h, évalué à l'aide d'un calendrier mictionnel	IUE	432 (6 ECR/ 1 quasi-ECR)	(n = 219)	(n = 213)	**DM = -1,23 (-1,78, -0,68)*; *p* = 0,000011**; I^2 = 73 %	Modérée
		IUU	12 (1 ECR)	0,77 ± 0,97 (n = 6)	2,6 ± 0,33 (n = 6)	**DM = -1,83 (-2,65, -1,01)*; *p* = 0,000012**	Faible
		Tout type d'IU†	349 (4 ECR)	(n = 172)	(n = 177)	**DM = -1,00 (-1,37, -0,64)*; *p* < 0,00001**; I^2 = 28 %	Modérée
	N^{bre} de mictions pendant la journée	IUE	21 (1 ECR)	7,6 ± 2,77 (n = 12)	8,2 ± 2,97 (n = 9)	DM = -0,60 (-3,09, 1,89)*; *p* = 0,64	nd
		IUU	12 (1 ECR)	7,83 ± 1,97 (n = 6)	8,07 ± 3,47 (n = 6)	DM = -0,24 (-3,43, 2,95)*; *p* = 0,88	nd
		Tout type d'IU†	187 (3 ECR)	(n = 89)	(n = 98)	**DM = -2,32 (-3,21, -1,43)*; *p* < 0,00001**; I^2 = 0 %	nd
	N^{bre} de mictions pendant la nuit	Tout type d'IU†	187 (3 ECR)	(n = 89)	(n = 98)	DM = -0,03 (-0,46, 0,40); *p* = 0,88; I^2 = 47 %	nd
Moroni *et al.*, 2016 Qualité de la RS : modérée	N^{bre} d'épisodes d'IU selon un calendrier mictionnel (3 jours‡)	IUE	35 (1 ECR)	(n = 18)	(n = 17)	**Effet significatif de la REPP : diminution du n^{bre} d'épisodes d'IU.**	nd
Nie *et al.*, 2017 Qualité de la RS : très faible	Fréquence de l'IU mesurée selon : • calendrier mictionnel de 7 jours (n = 2) ou 3 jours (n = 2); • épisodes de fuites sur 24 h (n = 1)	IUE/ IUM	337 (5 ECR/ quasi-ECR)	(n = 168)	(n = 169)	**DMS = -1,53 (-2,60, -0,45)*; *p* = 0,006**; I^2 = 94 %	

DM : différence moyenne [REPP - témoin]; DMS : différence moyenne standardisée [REPP - témoin]; ECR : essai clinique randomisé; h : heures; IC : intervalle de confiance; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; n : nombre de participantes; N^{bre} : nombre; nd : non disponible; *p* : valeur *p*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif. Un modèle à effets fixes a été utilisé pour estimer l'effet, sauf lorsqu'indiqué par un astérisque.

* Modèle à effets aléatoires.

† Un éventail de diagnostics d'IU (femmes pouvant présenter une IUE, une IUU ou une IUM), mais les données n'ont pas été rapportées séparément en fonction de ces sous-groupes.

‡ Valeur tirée de l'étude originale et non de la revue systématique.

Tableau I-4 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – autres mesures secondaires rapportées par les participantes

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	TYPE D'IU	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
Dumoulin *et al.*, 2018 Qualité de la RS : élevée	Nécessité d'un traitement supplémentaire	Tout type d'IU*	106 (1 ECR)	14 % (8/57)	76 % (37/49)	**RR = 0,19 (0,10, 0,36)**
		IUE	55 (1 ECR)	16 % (4/25)	93 % (28/30)	**RR = 0,17 (0,07, 0,42)**
	Perception de l'amélioration (VAS)	Tout type d'IU*	55 (1 ECR)	8,7 ± 1 (n = 27)	1,4 ± 0,7 (n = 28)	**DM = 7,30 (6,84, 7,76)**
	Sentiment d'auto-efficacité : GSE-UI†	IUE	48 (1 ECR)	0,65 ± 0,23 (n = 24)	0,46 ± 0,23 (n = 24)	Après le traitement **DM = 0,19 (0,06, 0,32)**
				0,65 (ET 0,80) (n = 24)	0,50 (ET 0,26) (n = 24)	Après 1 an de suivi‡ **DM = 0,15 (0,02, 0,28)**

DM : différence moyenne $_{[REPP - témoin]}$; ECR : essai clinique randomisé; ET : écart-type; GSE-UI : *Geriatric Self-Efficacy Index for Urinary Incontinence*; IC : intervalle de confiance; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; n : nombre de participantes; *p* : valeur *p*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique; VAS : *visual analog scale*.

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif. Un modèle à effets fixes a été utilisé pour estimer l'effet.

* Un éventail de diagnostics d'IU (femmes pouvant présenter une IUE, une IUU ou une IUM), mais les données n'ont pas été rapportées séparément en fonction de ces sous-groupes.

† Ce questionnaire est conçu pour mesure le niveau de confiance des adultes de plus de 65 ans dans la réduction ou la prévention de l'IU.

‡ 1 an post-randomisation (9 mois après l'arrêt du traitement de 12 semaines).

Tableau I-5 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – mesures objectives à la fin du traitement

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	TYPE D'IU	PÉRIODE DE MESURE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Dumoulin *et al.*, 2018 Qualité de la RS : élevée	Perte d'urine (g) mesurée par *pad test* court (jusqu'à 1 h)	IUE	6 sem. à 6 mois	185 (4 ECR)	(n = 99)	(n = 86)	**DM = -9,71 g (-18,92, -0,50)*; *p* = 0,039**; I^2 = 78 %	Modérée
		Tout type d'IU†	6 sem. à 6 mois	146 (2 ECR)	(n = 71)	(n = 75)	**DM = -3,72 (-5,46, -1,98); *p* = 0,000028***; I^2 = 0 %	Modérée
	Perte d'urine (g) mesurée par *pad test* long (24 h)	IUE	6 mois	55 (1 ECR)	7,9 ± 16,7 (n = 25)	35,4 ± 92,5 (n = 30)	DM = -27,5 (-61,24, 6,24); *p* = 0,11	nd
		Tout type d'IU†	8 à 12 sem.	89 (2 ECR)	(n = 47)	(n = 42)	DM = -5,89 (-18,23, 6,44); *p* = 0,35; I^2 = 47 %	nd
	N^bre^ de femmes guéries selon un *pad test* court	IUE	8 sem. à 6 mois	135 (3 ECR)	54 % (38/71)	6 % (4/64)	**RR = 7,50 (2,89, 19,47); *p* = 0,000034**; I^2 = 0 %	nd
	N^bre^ de femmes guéries ou améliorées selon un *pad test* court	IUE	6 à 12 sem.	96 (3 ECR)	76 % (41/54)	5 % (2/42)	**RR = 8,22 (3,17, 21,28); *p* = 0,000014**; I^2 = 15 %	nd
Garcia-Sanchez *et al.*, 2019 Qualité de la RS : faible	Perte d'urine (g) mesurée par *pad test* court (1 h)	IUE	6 à 24 sem.	155 (3 ECR)	(n = 85)	(n = 70)	**DMS = -2,30 (-3,89, -0,71)*; *p* = 0,005**; I^2 = 93 %	nd
Moroni *et al.*, 2016 Qualité de la RS : modérée	*Pad test* (g) court	IUE	12 sem.	35 (1 ECR)	(n = 18)	(n = 17)	Étude non suffisamment précise pour juger de l'effet de la REPP.‡	nd
Nie *et al.*, 2017	*Pad test* d'effort§	IUE/IUM	12 sem. à 6 mois	352 (5 ECR)	(n = 182)	(n = 170)	**DMS = -0,67 (-0,88, -0,45)*; *p* < 0,00001**; I^2 = 0 %	nd

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	TYPE D'IU	PÉRIODE DE MESURE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Qualité de la RS : très faible								

DM : différence moyenne $_{[REPP - témoin]}$; DMS : différence moyenne standardisée $_{[REPP - témoin]}$; ECR : essai clinique randomisé; g : grammes; h : heures; IC : intervalle de confiance; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; min : minutes; n : nombre de participantes; N^{bre} : nombre; nd : non disponible; *p* : valeur *p*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique; sem. : semaines.

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif. Un modèle à effets fixes a été utilisé pour estimer l'effet, sauf lorsqu'indiqué par un astérisque.

* Modèle à effets aléatoires.

† Un éventail de diagnostics d'IU (femmes pouvant présenter une IUE, une IUU ou une IUM), mais les données n'ont pas été rapportées séparément en fonction de ces sous-groupes.

‡ L'essai original compare les résultats avant-après l'intervention pour chacun des groupes; elle ne présente aucune comparaison intergroupe.

§ 1 h, 500 ml (2 études); 1 h (1 étude); 30 min (1 étude); 200 ml (1 étude).

Tableau I-6 Effets à plus long terme de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – mesures objectives (6 mois à 1 an après l'arrêt du traitement)

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	TYPE D'IU	PÉRIODE DE MESURE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
Dumoulin *et al.*, 2018 Qualité de la RS : élevée	Perte d'urine (g) mesurée par *pad test* long (24 h)	Tout type d'IU*	9 mois après l'arrêt du tx de 12 sem. ou 1 an post-randomisation	48 (1 ECR)	2,8 ± 2,4 (n = 24)	33,3 ± 63,6 (n = 24)	**DM = -30,50 (-55,97, -5,03)**

DM : différence moyenne $_{[REPP - témoin]}$; ECR : essai clinique randomisé; g : grammes; h : heures; IC : intervalle de confiance; IU : incontinence urinaire; n : nombre de participantes; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; sem. : semaines; tx : traitement.

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif. Un modèle à effets fixes a été utilisé pour estimer l'effet.

* Un éventail de diagnostics d'IU (femmes pouvant présenter une IUE, une IUU ou une IUM), mais les données n'ont pas été rapportées séparément en fonction de ces sous-groupes.

Tableau I-7 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – autres *pad tests* ou tests de papier

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	TYPE D'IU	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
Dumoulin *et al.*, 2018 Qualité de la RS : élevée	Perte d'urine (g) mesurée par *pad test* d'une heure	IUE	40 (1 ECR)	Moyenne ± ET : 2,1 ± 0,4 (n = 20)	Moyenne ± ET : 28,2 ± 3,7 (n = 20)	**Non estimable selon la RS**
	Pad test court, changement pré-postintervention (g)	IUE	60 (1 ECR)	-9,6 ± 3,4 (n = 40)	3,7 ± 1,2 (n = 20)	**DM = -13,3 (-23,1, -3,4)**
	Test de papier de toilette, zone mouillée (cm^2)	IUE	23 (1 ECR)	Toux moyenne 0,4 ± 1,0 (n = 13)	Toux moyenne 21,2 ± 44,8 (n = 10)	DM = -20,8 (-46,5, 4,9)
				Toux forte 5,4 ± 15,3 (n = 13)	Toux forte 26,8 ± 46,7 (n = 10)	DM = -21,4 (-50,0, 7,2)
	Test de toux (cm)	Tout type d'IU*	41 (1 ECR)	12,6 ± 41,6 (n = 23)	19,6 ± 48,8 (n = 18)	DM = 25,30 (-2,9, 53,5)†

cm : centimètres; cm^2 : centimètres carré; DM : différence moyenne $_{[REPP - témoin]}$; ECR : essai clinique randomisé; ET : écart-type; g : grammes; IC : intervalle de confiance; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; n : nombre de participantes; *p* : valeur *p*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* Un éventail de diagnostics d'IU (femmes pouvant présenter une IUE, une IUU ou une IUM), mais les données n'ont pas été rapportées séparément en fonction de ces sous-groupes.

† Cette différence moyenne calculée par la RS semble erronée. Selon nos calculs, la DM = -7,0 (-35,6, 21,6) p=0,48.

Tableau I-8 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes âgées de 55 ans et plus

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT		PÉRIODE DE MESURE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
Fu *et al.*, 2019 Qualité de la RS : faible	Guérison	Proportion de femmes n'ayant aucun épisode d'IU selon un calendrier mictionnel de 3 jours	8 sem.	135* (1 ECR)	9 femmes	1 femme	**RR = 8,55 (1,14, 63,31); *p* < 0,05**
		Proportion de femmes guéries de l'IU	12 sem.	70* (1 ECR)	54,4 %	9,4 %	**RR = 5,82 (1,90, 17,86); *p* < 0,05**
				127* (1 ECR)	44,1 %	1,6 %	**RR = 26,88 (3,77, 191,79); *p* < 0,05**
	Perception d'amélioration de l'IU par les femmes	Proportion des femmes s'estimant mieux ou beaucoup mieux (selon le PGI-I*)	3 mois†	463* (1 ECR)	47 %†	8 %†	**RR = 5,82 (3,61, 9,39)**
		Perception d'amélioration (mesurée sur une VAS de 10 cm) à la fin de l'étude	12 sem.	55 (1 ECR)	8,7 ± 1,0† (n = 27)	1,4 ± 0,7† (n = 28)	**DM = 7,30 (6,84, 7,76)**
	Amélioration des symptômes urinaires par les femmes	Proportion de femmes avec réduction : • de la fréquence urinaire élevée (> 8/j)	8 sem.†	50 (1 ECR)	64 % (16/25) †	12 % (3/25) †	**RR = 5,33 (1,77, 16,05); *p* < 0,05**
		• de l'urgenturie			52 % (13/25) †	16 % (4/25) †	**RR = 3,25 (1,23, 8,61)**
		• de la nycturie			32 % (8/25) †	0 % (0/25) †	**RR = 17,00 (1,03, 279,53)**
	Symptômes d'IU mesurés par des questionnaires validés	MESA – score de l'IUU (plus élevé pire)	3 mois†	463* (1 ECR)	nd	nd	**DM = -5,53 (-9,34, -1,36)**
		MESA – score de l'IUE (plus élevé pire)			nd	nd	**DM = -6,25 (-10,75, -1,75)**
		ICIQ-UI SF			nd	nd	**DM = -0,91 (-1,59, -0,23); *p* < 0,05**
	QdV liée à l'IU	IIQ-7 (plus élevé pire)	12 sem.	55 (1 ECR)	1,1 ± 1,2† (n = 27)	5,0 ± 2,8† (n = 28)	**DM = -3,90 (-5,03, -2,77)**
		I-QOL (plus élevé meilleur)	3 mois†	463* (1 ECR)	nd	nd	**DM = 5,11 (2,37, 7,85)**
	Quantification des symptômes urinaires par les femmes	N^bre^ d'épisodes d'IU en 7 jours selon un calendrier mictionnel de 3 jours	12 sem.	55 (1 ECR)	1,0 ± 1,9† (n = 27)	7,4 ± 6,2† (n = 28)	**DM = -6,40 (-8,81, -3,99); *p* < 0,05**
		N^bre^ d'épisodes d'IU par jour selon un calendrier mictionnel de 3 jours	3 mois†	463* (1 ECR)	nd	nd	**DM = -0,45 (-0,67, -0,23)**

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT		PÉRIODE DE MESURE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
		N^{bre} de mictions par jour selon un calendrier mictionnel de 3 jours			nd	nd	**DM = -1,26 (-1,62, -0,90)**
	Mesures objectives de l'IU	Quantité de perte urinaire (g) en 24 h	3 mois†	463* (1 ECR)	nd	nd	**DM = -4,53 (-6,34, -2,72)**

cm : centimètres; DM : différence moyenne $_{[REPP - témoin]}$; ECR : essai clinique randomisé; g : grammes; h : heures; IC : intervalle de confiance; ICIQ-UI SF : *International Consultation on Incontinence Questionnaire − Urinary Incontinence Short Form*; IIQ-7 : *Incontinence Impact Questionnaire Short Form*; I-QOL : *Incontinence Quality of Life Questionnaire*; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaires à l'effort; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; j : jour; MESA : *Medical, Epidemiologic and Social Aspects of Ageing Questionnaire*; N : nombre de participantes; N^{bre} : nombre; nd : non disponible; *p* : valeur *p*; PGI-I : *Patient Global Impression of Improvement*; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique; sem. : semaines; VAS : *visual analogue scale*.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* N total de l'étude tel que présenté dans la revue systématique; ne reflète pas nécessairement le n analysé.

† Donnée extraite de l'étude originale et non de la revue systématique.

Tableau I-9 Résumé des recommandations concernant la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes

GUIDE (QUALITÉ)		DÉTAIL	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
			R	É	FORCE	
Femmes avec incontinence urinaire (non spécifiée)						
ACOG & AUGS 2015 [ACOG et AUGS, 2015]	Modérée	Les thérapies comportementales et la REPP améliorent les symptômes de l'IU et peuvent être recommandées comme traitement initial.	✓		Élevée	La REPP est l'une des approches conservatrices recommandées en première intention pour le traitement de l'IU (non spécifiée) chez les femmes adultes.
ICUD & ICS 2018 [Abrams *et al.*, 2018] IUE, IUU ou IUM	Élevée	Chez les femmes avec IUE, IUU ou IUM, le traitement initial devrait inclure des conseils sur les habitudes de vie, de la REPP, des protocoles de mictions à heures fixes, de la thérapie comportementale et de la médication.	✓		nd*	
SOGC 2020 [Dufour et Wu, 2020]	Modérée	Nous recommandons la REPP à toutes les femmes avec de l'IU.	✓		Élevée	
Femmes avec incontinence urinaire à l'effort						
ÉTS : AHRQ 2018 [Balk *et al.*, 2018]	Élevée	Les thérapies comportementales [incluant de la REPP] seules ou en combinaison avec des hormones sont plus efficaces qu'aucun traitement pour la guérison, l'amélioration des symptômes [de l'IUE] et la satisfaction.		✓†‡	Élevée	La REPP est recommandée en première intention dans le traitement de l'IUE chez les femmes adultes.
AUA-SUFU 2017 [Kobashi *et al.*, 2017]	Élevée	Les patientes avec IUE ou IUM prédominée par IUE devraient être référées pour de la REPP.	✓§		Faible (principe clinique)	
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022]	Élevée	Toutes les femmes avec IUE devraient se voir offrir de la REPP intensive pour au moins 3 mois comme traitement de première intention.	✓		Élevée	
ICUD & ICS 2017 [Abrams *et al.*, 2018] IUE, IUU ou IUM	Élevée	Chez les femmes avec IUE, IUU ou IUM, le traitement initial devrait inclure des conseils sur les habitudes de vie, de la REPP, des protocoles de mictions à heures fixes, de la thérapie comportementale et de la médication.	✓‖		Modéré	
NICE 2019 [NICE, 2019]	Modérée	Les femmes devraient se voir offrir de la REPP supervisée pour au moins 3 mois comme première intention pour le traitement de l'IUE et IUM.	✓		nd	

GUIDE (QUALITÉ)		DÉTAIL	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
			R	É	FORCE	
Femmes avec incontinence urinaire mixte						
AUA-SUFU 2017 [Kobashi *et al.*, 2017] *IUM prédominé par IUE*	Élevée	Les patientes avec IUE ou IUM prédominée par IUE devraient être référées pour de la REPP (± rétroaction biologique).	✓		Faible	La REPP est recommandée en première intention pour le traitement de l'IUM chez les femmes adultes; particulièrement chez celles qui ont de l'IUM prédominée par l'IUE.
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022]	Élevée	Toutes les femmes avec IUM devraient se voir offrir de la REPP intensive pour au moins 3 mois comme traitement de première intention.	✓		Élevée	
ICUD & ICS 2018 [Abrams *et al.*, 2018] IUE, IUU ou IUM	Élevée	Chez les femmes avec IUE, IUU ou IUM, le traitement initial devrait inclure des conseils sur les habitudes de vie, de la REPP, des protocoles de mictions à heures fixes, de la thérapie comportementale et de la médication.	✓‖		nd	
NICE 2019 [NICE, 2019]	Modérée	Les femmes devraient se voir offrir de la REPP supervisée pour au moins 3 mois en première intention pour le traitement de l'IUE et IUM.	✓		nd	
Femmes avec incontinence urinaire par urgenturie						
ÉTS : AHRQ 2018 [Balk *et al.*, 2018]	Élevée	Les thérapies comportementales (incluant la REPP) sont plus efficaces qu'aucun traitement pour la guérison, l'amélioration [de l'IUU] et la satisfaction.		✓†‡	Élevée	La REPP est l'une des approches conservatrices de première intention qui peut être proposée dans le traitement de l'IUU chez les femmes adultes.
ICUD & ICS 2018 [Abrams *et al.*, 2018] IUE, IUU ou IUM	Élevée	Chez les femmes avec IUE, IUU ou IUM, le traitement initial devrait inclure des conseils sur les habitudes de vie, de la REPP, des protocoles de mictions à heures fixes, de la thérapie comportementale et de la médication.	✓‖		nd	
Femmes avec hyperactivité vésicale						
AUA-SUFU 2019 [Gormley *et al.*, 2019]	Élevée	Les cliniciens doivent offrir des thérapies comportementales (c.-à-d. rééducation vésicale, REPP, stratégies de contrôle de la vessie, gestion de l'apport en liquide)	(✓)¶		Modérée	La REPP est l'une des approches conservatrices qui peut être proposée dans le traitement de l'HAV chez les femmes adultes.
CUA 2017 [Corcos *et al.*, 2017]	Modérée	La thérapie physique devrait être intégrée aux activités de la vie quotidienne.		✓	nd	
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022]	Élevée	S'assurer que la REPP est le plus intense possible.	(✓)**		Élevée	

GUIDE (QUALITÉ)	DÉTAIL	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
		R	É	FORCE	
USANZ – UGSA 2016 [Tse *et al.*, 2016] Modérée	Les traitements conservateurs pour la gestion de l'HAV incluent la REPP.	(✓)¶		Modérée	

ACOG : American College of Obstetricians and Gyencologists; AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality; AUA : American Urological Association; AUGS : American Urogynecologic Society; CUA : Canadian Urological Association; EAU : European Association of Urology; ÉTS : rapport d'évaluation des technologies de la santé; HAV : hyperactivité vésicale; ICS : International Continence Society; ICUD : International Consultation on Urological Diseases; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; SUFU : Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction; UGSA : Urogynaecological Society of Australasia; USANZ : Urological Society of Australia and New Zealand.

Notes : Un ✓ indique que la REPP est recommandée; un (✓) indique une recommandation ou un énoncé positif envers la REPP, mais avec certaines incertitudes; un ✗ indique que la REPP n'est pas recommandée.

* Recommandation générale non gradée, mais grade disponible pour l'IUE et l'HAV.

† Comparée à aucun traitement.

‡ La REPP fait partie des thérapies comportementales incluant : rééducation vésicale, rétroaction biologique, support de la vessie (incluants pessaires), cônes, éducation, thérapie de chaleur, réduction du stress, sphères, perte de poids, yoga.

§ La REPP fait partie des thérapies comportementales, incluant également la rééducation vésicale, des stratégies de contrôle de la vessie, de la REPP, la gestion de l'apport de liquide.

‖ La REPP devrait faire partie du traitement initial, comme les interventions sur les habitudes de vie, les protocoles de mictions à heures fixes, les thérapies comportementales et la médication.

¶ REPP est habituellement utilisée en conjonction avec d'autres techniques de réduction de l'urgenturie.

** Le guide ne fait pas mention de recommandation concernant la REPP pour l'HAV, cependant il mentionne que s'il y a REPP, elle doit être intense le plus possible.

Tableau I-10 Résumé des recommandations concernant le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes âgées ou en périménopause

GUIDE (QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
		R	É	FORCE	
REPP					
ÉTS : AHRQ 2018 [Balk *et al.*, 2018] Élevée Femmes âgées (> 60 ans) avec symptômes d'IU	Chez les femmes âgées, les thérapies comportementales [incluant la REPP] combinées avec des hormones ou de la neuromodulation sont plus efficaces qu'une intervention unique.		✓*	Modérée	La REPP seule ou en combinaison avec d'autres stratégies de contrôle de la vessie est recommandée dans le traitement de l'IU chez les femmes âgées.
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Élevée Femmes âgées avec IU	La REPP doit être offerte pour au moins 3 mois en première intention pour le traitement de l'IUE ou l'IUM chez les femmes (incluant les femmes âgées).	✓		Élevée	
ICUD – ICS [Abrams *et al.*, 2018] Élevée Personnes âgées avec IU ou IF†	Pour une population de personnes âgées sans atteintes cognitives avec de l'IU ou IF, la REPP peut être considérée.	✓*		Faible	
WHO 2017 [WHO, 2017] Élevée Femmes âgées avec de l'IU	La REPP, seule ou en combinaison avec des stratégies de contrôle de la vessie et auto-gérée peut être recommandée chez les femmes avec IU (IUU, IUM ou IUE).	✓‡		Élevée	

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality; EAU : European Association of Urology; ETS : rapport d'évaluation des technologies de la santé; ICS : International Continence Society; ICUD : International Consultation on Urological Diseases; IF : incontinence fécale; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU: incontinence urinaire par urgenturie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; WHO : World Health Organization.

Notes: Un ✓ indique que la REPP est recommandée; un ✗ indique que la REPP n'est pas recommandée.

* Thérapie comportementale, pouvant inclure en outre des changements dans les habitudes de vie, de la rééducation vésicale, des mictions à heures fixes, de la rétroaction biologique, des supports de la vessie (incluants pessaires), des cônes, etc.

† Personnes âgées fragiles (homme ou femme) sans atteintes cognitives.

‡ Seul ou accompagné de stratégie de rééducation vésicale et d'autosurveillance.

Tableau I-11 Résumé des recommandations concernant la rééducation périnéale et pelvienne comparée à une intervention chirurgicale

GUIDE (QUALITÉ)		DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
			R	É	FORCE	
Incontinence urinaire						
AUA-SUFU 2017 [Kobashi *et al.*, 2017] Femmes avec IU	Élevée	Les patientes avec IUE doivent se voir offrir des traitements en fonction de la disponibilité des soins (incluant la REPP et les interventions chirurgicales).		✓	Faible	Les interventions chirurgicales sont recommandées chez les femmes avec IU après l'échec des traitements conservateurs (incluant la REPP).
ICUD – ICS 2017 [Abrams *et al.*, 2018] Femmes avec IU	Élevée	Si la thérapie initiale échoue (incluant la REPP), les femmes avec IU peuvent se voir offrir une intervention chirurgicale pour IUE.		✓	nd	
SOGC 2020 [Dufour et Wu, 2020] Femmes avec IU	Modérée	La REPP doit être offerte de routine en priorité avant les traitements pharmacologiques ou chirurgicaux.		✓	nd	
Incontinence urinaire à l'effort						
ACOG & AUGS 2015 [ACOG et AUGS, 2015] Femmes avec IU	Modérée	Les interventions chirurgicales sont indiquées chez les femmes avec IUE qui n'arrivent pas à contrôler leurs symptômes avec les traitements conservateurs ou pour celles qui refusent les traitements conservateurs.		✓	nd	Les interventions chirurgicales sont recommandées chez les femmes avec IUE après l'échec des traitements conservateurs (incluant la REPP).
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Femmes avec IUE	Élevée	Les patientes qui ont exploré/échoué les traitements conservateurs peuvent se faire offrir un choix de procédures chirurgicales.	✓		Élevée	
NICE 2019 [NICE, 2019] Femmes avec IUE Femmes avec IUE + POP	Modérée	Si la prise en charge non-chirurgicale a échoué dans le traitement de l'IUE, les femmes peuvent se voir offrir des interventions chirurgicales.	✓		nd	
Incontinence urinaire mixte						
AUA-SUFU 2017 [Kobashi *et al.*, 2017] Femmes avec IU	Élevée	Les patientes avec de l'IUM prédominée par l'IUE doivent se voir offrir des traitements en fonction de la disponibilité des soins (incluant la REPP et les interventions chirurgicales).		✓	Faible	Les interventions chirurgicales peuvent être recommandées chez les femmes avec IUM après l'échec des traitements conservateurs (incluant la REPP).

GUIDE (QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
		R	É	FORCE	
Incontinence urinaire par urgenturie					
ACOG & AUGS 2015 [ACOG et AUGS, 2015] Modérée Femmes avec IUU	L'IUU est généralement traitée avec des traitements conservateurs, de la pharmacothérapie et des traitements non-chirurgicaux.		✗	nd	Certaines interventions chirurgicales peuvent être offertes aux femmes avec IUU qui sont réfractaires ou chez qui les traitements conservateurs n'ont pas fonctionné (incluant la REPP).
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Élevée Femmes avec IUU/HAV	Les femmes réfractaires aux thérapies conservatrices (REPP) qui ont de l'IUU et HAV peuvent se voir offrir des interventions chirurgicales.	✓		Élevée	
Femmes avec hyperactivité vésicale					
AUA-SUFU 2019 [Gormley *et al.*, 2019] Élevée Femmes avec HAV	Les interventions chirurgicales devraient être réservées aux rares patientes non-neurogènes qui ont échoué les autres options thérapeutiques et qui ont des symptômes intolérables.		✓	nd	Les interventions chirurgicales peuvent être recommandées chez les femmes avec HAV après l'échec des traitements conservateurs (incluant la REPP).
USANZ – UGSA 2016 [Tse *et al.*, 2016] Modérée Patients avec HAV	Les patients réfractaires aux thérapies comportementales et aux médications et qui désirent une autre thérapie peuvent être évalués pour une intervention chirurgicale en troisième ligne.		✓	nd	

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AUA : American Urological Association; AUGS : American Urogynecologic Society; EAU : European Association of Urology; HAV : hyperactivité vésicale; ICS : International Continence Society; ICUD : InternatIonal ConsultatIon on Urological Diseases; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; nd : non disponible; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; POP : prolapsus d'organes pelviens; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; SUFU : Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction; UGSA : Urogynaecological Society of Australasia; USANZ : Urological Society of Australia and New Zealand.

Notes : Un ✓ indique que la REPP est recommandée; un ✗ indique que la REPP n'est pas recommandée.

Tableau I-12 Résumé des recommandations concernant l'efficacité et les effets indésirables des interventions chirurgicales comparativement à la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement de l'incontinence chez la femme

GUIDE (QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É)			CONSTAT
		R	É	FORCE	
Efficacité de la REPP versus des interventions chirurgicales					
ACOG & AUGS 2015 [ACOG et AUGS, 2015] Modérée Femmes avec IU	Les traitements chirurgicaux sont associés à un taux de succès plus grand que les thérapies conservatrices, mais ils sont associés à plus de morbidité.		↑CHX	nd	Les interventions chirurgicales sont associées à une plus grande efficacité que les thérapies conservatrices incluant la REPP dans le traitement de l'IU chez la femme adulte. Cependant, la REPP pourrait être aussi efficace que les interventions chirurgicales pour la moitié des femmes avec IU.
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Élevée Femmes avec IUE	La chirurgie de bandelette mi-urétrale est supérieure à la REPP pour les femmes avec une IUE modérée à sévère.		↑CHX	Modérée	
NICE 2019 [NICE, 2019] Modérée Femmes avec IUE	Les preuves démontrent que la REPP est aussi efficace que les interventions chirurgicales pour environ la moitié des femmes avec IUE.	↑CHX		nd	

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AUGS : American Urogynecologic Society; CHX : intervention chirurgicale; EAU : European Association of Urology; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; nd : non disponible; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

Note : Un ↑ indique une efficacité plus grande des interventions chirurgicales.

ANNEXE J

Tableaux de résultats complémentaires – Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne

Tableau J-1 Proportion de femmes ayant rapporté un effet indésirable suite à une colposuspension rétrobupienne ouverte versus une rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort ou de l'incontinence urinaire mixte chez la femme adulte

RS	POPULATION	N	EFFETS INDÉSIRABLES	CHIRURGIE	REPP*	EFFET (IC 95 %)
Lapitan *et al*., 2017 Qualité de la RS : modérée	Femmes adultes souffrant de d'IUE ou d'IUM	29 (1 ECR)	N^{bre} de femmes avec une instabilité de novo du détrusor	6 % (1/16)	0 % (0/13)	RR = 2,47 (0,11, 56,03); *p* = 0,57
			N^{bre} de femmes avec une autre complication inhérente à l'intervention	19 % (3/16)	0 % (0/13)	RR = 5,76 (0,32, 102,44; *p* = 0,23
			• Douleur rétropubienne	6 % (1/16)	0 % (0/13)	
			• Hyperactivité du détrusor	6 % (1/16)	0 % (0/13)	
			• Douleur pelvienne persistante	6 % (1/16)	0 % (0/13)	
			• Dyspareunie persistante avec perte de libido	6 % (1/16)	0 % (0/13)	

ECR : essai clinique randomisé; IC : intervalle de confiance; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; N : nombre de participantes; Nbre : nombre; *p* : valeur *p*; RR : risque relatif; RS : revue systématique.

Note : Un modèle à effets fixes a été utilisé pour estimer l'effet.

* REPP comprenant des EPP et de l'électrostimulation dans le cas de l'étude présentée.

Tableau J-2 Synthèse des recommandations concernant l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne

GUIDE (QUALITÉ)		DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É)			CONSTAT
			R	É	FORCE	
ACOG & AUGS 2015 [ACOG et AUGS, 2015] Femmes avec IU	Modérée	Les traitements chirurgicaux sont associés à plus de morbidité, incluant le potentiel de développer des difficultés urinaires et de l'IUU.		↑CHX	nd	1. Il y a peu ou pas d'effet indésirable associé à la REPP. 2. Les interventions chirurgicales sont associées à plus d'effets indésirables majeurs et irréversibles que la REPP.
AUA-SUFU 2017 [Kobashi *et al.*, 2017] Femmes avec IU	Élevée	Les médecins doivent informer leurs patientes sur les complications potentielles et sur les options de traitement.		↑CHX	nd	
AUA-SUFU 2019 [Gormley *et al.*, 2019] Femmes avec HAV	Élevée	Les traitements additionnels comme les interventions chirurgicales présentent des risques majeurs et irréversibles.		↑CHX	nd	
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Femmes avec IUE	Élevée	La REPP est associée à un faible taux d'événements indésirables. L'efficacité et l'absence d'effet indésirable de la REPP doivent être considérés en fonction des complications et des effets attendus des interventions chirurgicales pour l'IUE.		∅REPP ↑CHX	Élevée	
NICE 2019 [NICE, 2019] Femmes avec IUE	Modérée	Même s'il y a de bonnes preuves que les interventions chirurgicales sont plus efficaces que la REPP pour la prise en charge de l'IUE, les risques des interventions chirurgicales et l'absence d'effet indésirable de la REPP doivent être considérés.		∅REPP ↑CHX	nd	
		Il existe une préoccupation publique autour des procédures de bandelettes. Il y a des preuves sur les bénéfices, mais peu sur les effets indésirables à long terme, et la prévalence réelle des complications à long terme n'est pas connue.		↑CHX	nd	

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AUA : American Urological Association; AUGS : American Urogynecologic Society; CHX : intervention chirurgicale; EAU : European Association of Urology; HAV : hyperactivité vésicale; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; nd : non disponible; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; SUFU : Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction.

Notes : Un ∅ indique que la REPP présente moins d'effets indésirables que les interventions chirurgicales; un ↑ indique une efficacité plus grande des interventions chirurgicales.

ANNEXE K

Tableaux de synthèse

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention (primaire et secondaire) de l'incontinence urinaire en période périnatale?
Population : Femmes enceintes sans symptômes d'incontinence urinaire

Source de l'information		Résultats d'intérêt	Efficacité spécifique de la REPP prénatale vs témoin (niveau de preuve : É, M, F, TF)	Forces et limites	Constats globaux	Énoncé(s) de preuve**
RS	[Woodley *et al*., 2020] Cochrane (10 ECR/quasi-ECR; qualité élevée) I : REPP (EPP ± autres thérapies physiques [rétroaction biologique, électrostimulation, exercices multimodaux] ou conseils [sauf rééducation vésicale]) C : pas de REPP[†], soins habituels[‡] ou contrôle non spécifié[§]	Prévalence de l'IU autodéclarée • en fin de grossesse • en début de post-partum (0-3 mois) • en milieu de post-partum (> 3-6 mois) • en fin de post-partum (> 6-12 mois) • à long terme (> 5 ans)	 [M]✓[RS] †‡ ✓[RS] †‡§ [É]✓[RS] †‡ [F]✗[RS]* ‡ ✗[RS]* ‡	Forces : • RS de qualité élevée incluant bon nombre d'études (≥ 10) et de participantes (≥ 400)[ǁ]. • Les RS n'ont inclus que des ECR et des quasi-ECR. • Analyses des résultats réalisées selon les différents moments de la période périnatale et types de comparateurs[ǁ]. Limites : • Niveau de supervision de l'intervention variable (allant de l'absence de supervision à la supervision soutenue par un physiothérapeute). • Mesures autodéclarées de l'IU : la définition de l'IU, la façon dont les questions ont été posées et la présentation des données varient. • Sévérité de l'IU : choix des mesures variables (dont beaucoup étant de validité inconnue); communication des données souvent incomplète (p. ex. estimations ponctuelles sans mesures de dispersion). • Courte durée de suivi après l'intervention; les résultats sont le plus souvent mesurés soit à la fin de grossesse, soit dans les 3 mois suivants la naissance; un suivi minimum de 6 mois après la naissance est probablement plus utile pour savoir si l'effet persiste dans le temps. • Les données à long terme sont difficiles à interpréter, car les groupes témoins peuvent avoir bénéficié d'une REPP avant que le résultat ne soit mesuré, les femmes peuvent avoir eu d'autres grossesses, etc.	Chez les femmes enceintes qui ne présentent pas de symptômes d'IU, les données scientifiques démontrent une efficacité de la REPP prénatale (comprenant minimalement des EPP), comparée à l'absence de REPP ou aux soins habituels, sur : • la prévalence de l'IU en fin de grossesse et jusqu'en milieu de post-partum; mais les données sont insuffisantes pour déterminer si ces effets se poursuivaient au-delà de 6 mois post-partum; • la qualité de vie liée à l'IU, la sévérité de l'IU autodéclarée et la perte d'urine lors d'un test d'effort en fin de grossesse; mais les résultats nécessitent une validation supplémentaire au sein d'un nombre plus grand d'études de bonne qualité et d'échantillons plus grands. Chez les femmes enceintes qui ne présentent pas de symptômes d'IU, les données scientifiques n'ont pas démontré une efficacité de la	Selon la littérature scientifique, la REPP prénatale chez les femmes enceintes continentes est efficace pour prévenir l'IU jusqu'en milieu de période postnatale (> 3 à 6 mois), et pourrait aider à maintenir une bonne qualité de vie liée à l'IU et à diminuer la sévérité de l'IU en fin de grossesse.
		Qualité de vie liée à l'IU • en fin de grossesse • en début de post-partum (0-3 mois)	 [M]✓[RS]* ‡ ✗[RS]* ‡			
		Sévérité de l'IU autodéclarée • en fin de grossesse • en début de post-partum (0-3 mois)	 ✓[RS] ‡ ✗[RS] †‡§			
		Perte d'urine lors d'un test d'effort (% de femmes avec un test positif) • en fin de grossesse • en début de post-partum (0-3 mois)	 ✓[RS]* † ✓[RS] † / ✗[RS] ‡			

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention (primaire et secondaire) de l'incontinence urinaire en période périnatale? **Population** : Femmes enceintes sans symptômes d'incontinence urinaire						
Source de l'information		**Résultats d'intérêt**	**Efficacité spécifique de la REPP prénatale vs témoin (niveau de preuve : É, M, F, TF)**	**Forces et limites**	**Constats globaux**	**Énoncé(s) de preuve****
				• La majorité des participantes des études en était à leur première grossesse.	REPP prénatale (comprenant minimalement des EPP) sur : • la prévalence de l'IU en fin de post-partum et à long terme; • la QdV en début de post-partum; • la sévérité de l'IU en début de post-partum; mais les résultats nécessitent une validation supplémentaire au sein d'un nombre plus grand d'études de bonne qualité et d'échantillons plus grands.	

C : comparateur; É : élevé; ECR : essai clinique randomisé; EPP : exercices du plancher pelvien; F : faible; I : intervention; IU : incontinence urinaire; M : modéré; N : nombre de participantes; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; TF : très faible; vs : versus.

Notes : Un ✓ indique une efficacité significative de la REPP; un ✕ indique une non-efficacité de la REPP.

* Résultats d'une seule étude primaire.

† Comparé à l'absence de REPP.

‡ Comparé aux soins habituels.

§ Comparé à un contrôle non spécifié.

‖ Force ou limite selon l'équipe de travail de l'INESSS.

** Niveau de preuve des énoncés disponible à l'annexe M.

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire en période périnatale? **Population** : Femmes enceintes ou en post-partum avec des symptômes d'incontinence urinaire							
Source de l'information		**Résultats d'intérêt**	**Efficacité spécifique (niveau de preuve : É, M, F, TF)**		**Forces et limites**	**Constats globaux**	**Énoncé(s) de preuve§**
			REPP prénatale	**REPP postnatale**			
RS	RS 1. [Woodley *et al.*, 2020] Cochrane (9 ECR; qualité élevée) RS 2. [Davenport *et al.*, 2018] (2 ECR; qualité faible) RS 3. [Gonzales *et al.*, 2021] (IUE; 1 ECR, 2 cohortes et 1 série de cas; méta-analyse cumulative; qualité très faible) I : REPP (EPP ± autres thérapies physiques [rétroaction biologique, électrostimulation, exercices multimodaux] ou conseils [sauf rééducation vésicale]); REPP ± exercices d'aérobie (RS 2); REPP supervisée ± électrostimulation (RS 3) C : pas de REPP†, soins habituels‡ (RS 1-2); absence de traitement (RS 3)	Prévalence de l'IU (autodéclarée dans la RS 1) • en fin de grossesse • en début de post-partum (0-3 mois) • en milieu de post-partum (> 3-6 mois) • en fin de post-partum (> 6-12 mois) • postnatale • à long terme (> 5 ans) • à très long terme (> 10 ans)	$^{TF}\times_{RS1}$ ‡ / $^{F}\times_{RS2}$ ‡ $\times_{RS1}$ ‡ $^{F}\times_{RS1}$* ‡ $^{TF}\times_{RS1}$ ‡	$^{F}(\checkmark)_{RS1}$ †‡ $\checkmark_{RS3}$ ‡ $\times_{RS1}$ ‡ $\times_{RS1}$ ‡	Forces : • Disponibilité d'une RS de qualité élevée avec bon nombre de participantes (≥ 400)[‖]. • Analyses des résultats réalisées selon les différents moments de la période périnatale et types de comparateurs (RS 1)[‖]. Limites : • Niveau de supervision de l'intervention variable. • Mesures autodéclarées de l'IU : la définition de l'IU, la façon dont les questions ont été posées et la présentation des données variables ou non spécifiées. • Sévérité de l'IU : validité des mesures parfois inconnue. • Les données à plus long terme sont difficiles à interpréter, car les groupes témoins peuvent avoir bénéficié d'une REPP avant que le résultat ne soit mesuré, les femmes peuvent avoir eu d'autres grossesses, etc. • Absence/impossibilité de sous-analyse en fonction des antécédents d'accouchement par césarienne ou par voie vaginale, de l'utilisation de forceps ou de ventouse, ou de l'épisiotomie. • Chevauchement entre les RS 1 et 2[‖] (mais moins important/absent entre ces RS et la RS 3 qui inclut des devis d'études différents). *Pour la RS 2 spécifiquement.*	Chez les femmes enceintes qui présentent des symptômes d'IU, les données scientifiques ne démontrent pas d'efficacité de la REPP prénatale (comprenant minimalement des EPP), comparée aux soins habituels, sur : • la prévalence de l'IU en fin de grossesse et dans l'année qui suit l'accouchement. Chez les femmes enceintes avec des symptômes d'IU, les données scientifiques semblent indiquer une efficacité de la REPP prénatale (comprenant minimalement des EPP), comparée aux soins habituels, sur : • la qualité de vie liée à l'IU et la sévérité de l'IU en fin de grossesse; mais les résultats nécessitent une validation supplémentaire au sein d'un nombre plus grand d'études de bonne qualité et d'échantillons plus grands. Chez les femmes en période postnatale qui présentent des symptômes d'IU, les données scientifiques ne	Selon la littérature scientifique, la REPP prénatale ne semble pas efficace pour traiter l'IU chez les femmes enceintes incontinentes. Par contre, il pourrait y avoir une certaine efficacité de la REPP pour réduire la sévérité des symptômes et améliorer la qualité de vie liée à l'IU en fin de grossesse. Selon la littérature scientifique, il semble y avoir une certaine efficacité de la REPP postnatale pour traiter l'IU chez les femmes incontinentes en post-partum, jusqu'à 12 mois après l'accouchement. Il n'y a cependant pas de preuves d'es effets à long terme.
		Qualité de vie liée à l'IU • en fin de grossesse • période non spécifiée (8-9 sem. post-tx)	$^{M}\checkmark_{RS1}$* ‡	$^{F}(\checkmark)_{RS1}$ ‡ / $\checkmark_{RS1}$ †			
		Sévérité de l'IU (autodéclarée dans la RS1-2) • prénatale (n^{bre} d'épisodes d'IU par jour) • postnatale (jusqu'à 12 mois)	$^{F}\checkmark_{RS2}$* ‡	$(\checkmark)_{RS1}$ †‡ / $\checkmark_{RS3}$			

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire en période périnatale? **Population** : Femmes enceintes ou en post-partum avec des symptômes d'incontinence urinaire							
Source de l'information		**Résultats d'intérêt**	**Efficacité spécifique (niveau de preuve : É, M, F, TF)**		**Forces et limites**	**Constats globaux**	**Énoncé(s) de preuve§**
			REPP prénatale	**REPP postnatale**			
					• Dans les 2 études primaires incluses, l'observance était faible ou non déclarée. *Pour la RS 3 spécifiquement.* • Faible qualité globale des études incluses. • Combinaison de différentes mesures de résultats et de périodes de mesures.	démontrent pas d'efficacité de la REPP postnatale (comprenant minimalement des EPP), comparée aux soins habituels, sur : • la prévalence à long terme ou à très long terme. Chez les femmes en période postnatale avec des symptômes d'IU, les données scientifiques semblent indiquer une efficacité de la REPP postnatale (comprenant minimalement des EPP), comparée aux soins habituels ou à l'absence de traitement/REPP, sur : • la prévalence de l'IU postnatale; • la qualité de vie liée à l'IU; • la sévérité de l'IU postnatale, mais les résultats ne sont pas toujours cohérents.	

É : élevé; ECR : essai clinique randomisé ; EPP : exercices du plancher pelvien; F : faible; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; M : modéré; N : nombre de participantes; n^{bre} : nombre; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; sem. : semaines; TF : très faible; tx : traitement.

Notes : Un ✓ indique une efficacité significative ou une recommandation positive de la REPP; un (✓) indique une efficacité positive mais avec une significativité marginale ou une tendance vers la significativité; un ✗ indique une non-efficacité ou une non-recommandation de la REPP. Une significativité marginale a été définie par une valeur $p \leq 0{,}06$ et une tendance a été définie par une valeur $p \leq 0{,}08$.

* Résultats d'une seule étude primaire.

† Comparé à l'absence de REPP.

‡ Comparé aux soins habituels.

§ Niveau de preuve des énoncés disponible à l'annexe M.

‖ Force ou limite selon l'équipe de travail de l'INESSS.

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme adulte?
Population : Femmes adultes avec des symptômes d'incontinence urinaire

Source de l'information		Résultats d'intérêt	Efficacité spécifique de la REPP vs témoin (niveau de preuve : É, M, F, TF)				Forces et limites	Constats globaux	Énoncé(s) de preuve[i]
			IU**	IUE	IUM	IUU			
RS	RS 1. [Dumoulin *et al.*, 2018] Cochrane (29 ECR/quasi-ECR; qualité élevée) RS 2. [Garcia-Sanchez *et al.*, 2019] (3 ECR; qualité faible) RS 3. [Moroni *et al.*, 2016] (2 ECR; qualité modérée) RS 4. [Nie *et al.*, 2017] (8 ECR/quasi-ECR; IUE/IUM; qualité très faible) I : REPP ([EPP seuls; RS 1-2], EPP ± autre(s) intervention(s) conservatrice(s) (RS 3) ou [EPP seuls ± brochure; RS 4]) C : Absence de traitement (RS 1-4), placébo (RS 1), traitement simulé (RS 1), traitements inactifs (RS 1-2), seulement des conseils sous forme de brochures sans supervision (RS 4), pré-intervention (RS 2).	Guérison symptomatique de l'IU (%) (perçue par les participantes) : • à la fin du traitement • 6-12 mois après l'arrêt du traitement	M✓RS1 ✓RS1*	É✓RS1			Forces : • Disponibilité de 4 RS. • Disponibilité d'une RS de qualité élevée avec un bon nombre d'études (≥ 10) et de participantes (> 400). • Les RS n'ont inclus que des ECR et des quasi-ECR. • Cohérence pour la majorité des résultats d'intérêt. • Disponibilité de certaines analyses par type d'IU[†]. Limites : • Chevauchement entre les RS[†]. • Peu de preuves pour les femmes atteintes d'IUU (1 ECR; N = 12) et d'IUM (1 ECR; N = 12) seulement et études à haut risque de biais. • Absence de description claire des programmes de REPP dans plusieurs essais. • Programmes de REPP variant considérablement dans leur contenu, leur intensité, leur durée (1 semaine à 6 mois) et leur niveau de supervision. • Variabilité entre les groupes témoin. Il peut être difficile de savoir si le groupe témoin a reçu des conseils sur les EPP ou s'il en a effectués à domicile. • Absence de suivi à long terme (≥ 1 an après l'arrêt du traitement); certains groupes témoin ont reçu un traitement après la fin de l'essai clinique. • Principales raisons ayant fait diminuer la qualité des preuves dans la	**Constats pour l'IUE** Chez les femmes adultes avec des symptômes d'IUE, les données scientifiques démontrent une efficacité de la REPP (comprenant minimalement des EPP) sur : • la guérison ou l'amélioration des symptômes à la fin du traitement; • les symptômes spécifiques de l'IU à la fin du traitement; • la QdV liée à l'IU; • le n[bre] d'épisodes d'IU; • la quantité d'urine mesurée par *pad test* court; • la quantité d'urine mesurée par *pad test* court; • la quantité de femmes guéries ou améliorées selon un *pad test*. Ainsi que : • la nécessité d'un traitement supplémentaire; • le sentiment d'auto-efficacité selon le GSE-UI; • l'amélioration 6-12 mois après l'arrêt du traitement; mais tous ces derniers résultats nécessitent une validation supplémentaire au sein d'un nombre plus grand d'études de bonne qualité et d'échantillons plus grands. **Constats pour l'IUM**	1. Selon la littérature scientifique, la REPP est efficace pour traiter l'IUE chez les femmes adultes. 2. Les données scientifiques ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité de la REPP pour traiter les femmes adultes souffrant exclusivement d'IUM. 3. Les données scientifiques ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité de la REPP pour traiter les femmes adultes souffrant exclusivement d'IUU. 4. Selon la littérature scientifique, la REPP est efficace pour traiter l'IU (sans distinction pour le type d'IU) chez les femmes adultes.
		Amélioration symptomatique partielle ou complète de l'IU (%) (perçue par les participantes) : • à la fin du traitement • 6-12 mois après l'arrêt du traitement	M✓RS1	M✓RS1 ✓RS1*					
		Perception de l'amélioration par les femmes mesurée à l'aide d'une VAS	✓RS1*						
		Sentiment d'auto-efficacité selon le GSE-UI[++]		✓RS1*					
		Proportion de femmes ayant besoin d'un traitement supplémentaire (p. ex. besoin d'aide, chirurgie, médicaments, REPP)	✓RS1*	✓RS1*					
		Symptômes spécifiques à l'IU (p. ex. sévérité, fréquence, quantité de perte urinaire, etc.) autodéclarés et mesurés par des scores de questionnaires validés : • à la fin du traitement • 6-12 mois après l'arrêt du traitement	M✓RS1 ✓RS4 ✓RS1*	M✓RS1	✓RS1*				
		QdV liée à l'IU (scores de questionnaires validés) • à la fin du traitement	F✓RS1 ✓RS4	F✓RS1 ✓RS3					

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme adulte?
Population : Femmes adultes avec des symptômes d'incontinence urinaire

Source de l'information	Résultats d'intérêt	Efficacité spécifique de la REPP vs témoin (niveau de preuve : É, M, F, TF)				Forces et limites	Constats globaux	Énoncé(s) de preuve[l]
		IU**	IUE	IUM	IUU			
						RS 1 : risque de biais[‡] élevé ou incertain relatif au processus de randomisation, à la dissimulation de l'affectation des participantes aux groupes d'étude ou à la comparabilité de base des groupes randomisés (biais de sélection); résultats imprécis (hétérogénéité due à la variation des résultats, bien que ceux-ci soient généralement en faveur de la REPP); résultats imprécis (car il s'agissait de mesures autodéclarées). • Risque de biais de publication significatif rapporté par la RS 2.	Chez les femmes adultes avec des symptômes d'IUM, les données scientifiques démontre une efficacité de la REPP (comprenant minimalement des EPP) sur : • l'amélioration symptomatique partielle ou complète de l'IUM; • les symptômes spécifiques de l'IU; • la QdV liée à l'IUM; mais tous ces résultats nécessitent une validation supplémentaire au sein d'un nombre plus grand d'études de bonne qualité et d'échantillons plus grands. **Constats pour l'IUU** Chez les femmes adultes avec des symptômes d'IUU, les données scientifiques ne sont pas suffisantes pour se prononcer sur l'efficacité de la REPP (comprenant minimalement des EPP). **Constats pour l'IU** Chez les femmes adultes avec des symptômes d'IU, les données scientifiques démontrent une efficacité de la REPP (comprenant minimalement des EPP) sur :	
	• 6-12 mois après l'arrêt du traitement	✓RS1*						
	Quantification des symptômes urinaires par les femmes :							
	• N^bre^ d'épisodes d'IU selon un calendrier mictionnel	M✓RS1 ✓RS4	M✓RS1 ✓RS3*		F✓RS1*			
	• N^bre^ de mictions durant la journée	✓RS1	✗RS1*		✗RS1*			
	• N^bre^ de mictions durant la nuit	✗RS1						
	Mesures objectives de l'IU :							
	• Quantité d'urine (g) mesurée par *pad test* court (jusqu'à 1 h) à la fin du traitement	M✓RS1 ✓RS4	M✓RS1 ✓RS2 ✗RS3*					
	• Quantité d'urine (g) mesurée par *pad test* long (24 h)							
	- à la fin du traitement	✗RS1	✗RS1*					
	- 6-12 mois après l'arrêt du traitement	✓RS1*						
	• Proportion de femmes guéries selon un *pad test* court à la fin du traitement		✓RS1					
	• Proportion de femmes guéries ou améliorées selon un *pad test* court à la fin du traitement		✓RS1					

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme adulte? **Population** : Femmes adultes avec des symptômes d'incontinence urinaire									
Source de l'information		**Résultats d'intérêt**	**Efficacité spécifique de la REPP vs témoin (niveau de preuve : É, M, F, TF)**				**Forces et limites**	**Constats globaux**	**Énoncé(s) de preuve**[i]
			IU**	**IUE**	**IUM**	**IUU**			
								• la guérison ou l'amélioration des symptômes à la fin du traitement; • la proportion de femmes ayant besoin d'un traitement supplémentaire; • les symptômes spécifiques de l'IU à la fin du traitement; • la QdV liée à l'IU; • le nbre d'épisodes d'IU; • le nbre de mictions par jour; • la quantité d'urine mesurée par *pad test* court; Ainsi que : • la guérison 6-12 mois après l'arrêt du traitement; • les symptômes spécifiques de l'IU 6-12 mois après l'arrêt du traitement; • la QdV liée à l'IU 6-12 mois après l'arrêt du traitement; • la quantité d'urine mesurée par *pad test* long 6-12 mois après l'arrêt du traitement; mais tous ces derniers résultats nécessitent une validation supplémentaire au sein d'un nombre plus grand d'études de bonne qualité et d'échantillons plus grands. Par contre, pour tous les résultats il est impossible de distinguer l'effet de l'intervention par types d'IU.	

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme adulte? **Population** : Femmes adultes avec des symptômes d'incontinence urinaire									
Source de l'information		**Résultats d'intérêt**	**Efficacité spécifique de la REPP vs témoin (niveau de preuve : É, M, F, TF)**				**Forces et limites**	**Constats globaux**	**Énoncé(s) de preuve‖**
			IU**	**IUE**	**IUM**	**IUU**			
								Chez les femmes adultes avec des symptômes d'IU, les données scientifiques ne démontrent pas d'efficacité statistiquement significative de la REPP (comprenant minimalement des EPP) sur : • le nbre de miction durant la nuit; • la quantité d'urine mesuré par *pad test* à long terme à la fin du traitement.	

C : comparateurs; É : élevé; ECR : essai clinique randomisé; EPP : exercices du plancher pelvien; F : faible; g : gramme; GSE-UI : Geriatric Self-Efficacy Index for Urinary Incontinence; h : heures; I : intervention; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; M : modéré; N : nombre de participantes; N^{bre} : nombre; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; TF : très faible; VAS : *visual analog scale*; vs : versus.

Notes : Un ✓ indique une efficacité significative de la REPP; un ✕ indique une non-efficacité de la REPP. Une significativité marginale a été définie par une valeur $p \leq 0{,}06$ et une tendance a été définie par une valeur $p \leq 0{,}08$.

* Résultats d'une seule étude primaire.

† Force ou limite selon l'équipe de travail de l'INESSS.

‡ Risque de biais fondé sur l'outil d'évaluation du risque de biais de Cochrane.

§ Thérapies comportementales incluant la rééducation vésicale, les stratégies de contrôle de la vessie, la REPP et la gestion de l'apport en liquides.

‖ Niveau de preuve des énoncés disponible à l'annexe M.

** Un éventail de diagnostics d'IU (femmes pouvant présenter une IUE, une IUU ou une IUM), mais les données n'ont pas été rapportées séparément en fonction de ces sous-groupes.

++ Ce questionnaire destiné à mesurer le niveau de confiance des adultes de plus de 65 ans dans la réduction ou la prévention d'IU.

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme plus âgée, péri- ou postménopausée? **Population** : Femmes âgées de ≥ 55 ans avec des symptômes d'incontinence urinaire						
Source de l'information		**Résultats d'intérêt**	**Efficacité spécifique de la REPP vs témoin**	**Forces et limites**	**Constats globaux**	**Énoncé(s) de preuve‡**
RS	[Fu *et al.*, 2019] (6 ECR; qualité faible) I : REPP étant part d'une intervention multifacettes (p. ex. combinés à des exercices généraux de fitness ou de la rétroaction biologique à l'aide d'une sonde vaginale ou à de la rééducation vésicale plus sensibilisation et partage d'information) C : contrôle (p. ex. brochure, absence de traitement, sensibilisation et partage d'information sur l'IU, non précisé)	Guérison de l'IU autodéclarée (%)	✓RS	Forces : • Disponibilité d'une RS regroupant un bon nombre de participantes (> 400)†. • Les RS n'ont inclus que des ECR. • Cohérence dans le durées de suivis entre les études incluses dans la RS (3 mois)†. Limites : • Disponibilité d'une seule RS de faible qualité avec synthèse narrative uniquement et manque de détails sur certains résultats†. • Indisponibilité des résultats par type d'IU dans les études primaires. • Il est rapporté un possible problème d'observance au traitement. • Le tiers des études primaires (2/6) n'ont pas précisé quel étaient leur résultat d'intérêt principal. • Aucune étude primaire de qualité élevée; études à risque élevé de biais (4/6) et à risque incertain (2/6); les auteurs de la RS affirment donc avoir une faible confiance dans la robustesse de ces résultats. • Les éléments ayant mené à un risque élevé de biais sont : les données incomplètes sur les résultats (biais d'attrition; 3 ECR); la sélection des résultats rapportés (biais de déclaration; 2 ECR), la dissimulation de l'affectation des participantes aux groupes d'étude non rapportée (biais de sélection; 1 ECR), l'insu des participantes et du personnel non rapporté (biais dû aux co-interventions; 1 ECR). • Critères d'inclusion des résultats d'intérêts de la RS mal définis†. • Possibilité d'un biais de publication (et de langage) soulevée par la RS (sans analyse statistique à l'appui), la majorité des études publiées rapportant des résultats significatifs. • Aucune information n'a été rapportée sur le fait que les différences de résultats étaient également cliniquement significatives.	Chez les femmes âgées de 55 ans et plus avec de l'IU, les données scientifiques démontrent une efficacité de la REPP lorsque celle-ci fait partie d'une intervention multifacettes (comprenant minimalement des EPP). Cela inclut : • la guérison de l'IU; • l'amélioration des symptômes d'IU tels que la fréquence urinaire élevée, l'urgenturie et la nycturie; • la mesure des symptômes spécifiques à l'IU par des questionnaires validés; • la QdV liée à l'IU; • le nombre d'épisodes d'IU; • le volume de perte d'urine (g). Ces résultats comportent cependant plusieurs limites et biais.	Selon la littérature scientifique, la REPP étant part d'une intervention multifacettes semble efficace pour traiter l'IU chez la femme âgée de 55 ans et plus.
		Amélioration des symptômes urinaires autodéclarée (%) :				
		• fréquence urinaire élevée (>8/j)	✓RS*			
		• urgenturie	✓RS*			
		• nycturie	✓RS*			
		Perception de l'amélioration par les femmes (VAS [cm] ou PGI-I [%])	✓RS			
		Symptômes spécifiques à l'IU (p. ex. présence, fréquence, quantité) mesurées par des scores de questionnaires validés (MESA, ICIQ-UI SF)	✓RS*			
		QdV liée à l'IU (scores de questionnaires validés [IIQ-7 et I-QOL])	✓RS			
		Quantification des symptômes urinaires selon un calendrier mictionnel :				
		• N^bre^ d'épisodes d'IU par jour ou sem.	✓RS			
		• N^bre^ de mictions par jour	✓RS*			
		Mesure objective de l'IU : quantité d'urine (g) mesurée par *pad test* (24 h)	✓RS*			

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme plus âgée, péri- ou postménopausée? **Population** : Femmes âgées de ≥ 55 ans avec des symptômes d'incontinence urinaire						
Source de l'information		**Résultats d'intérêt**	**Efficacité spécifique de la REPP vs témoin**	**Forces et limites**	**Constats globaux**	**Énoncé(s) de preuve‡**
				• Court temps de suivi des femmes (évaluation à ≤ 3 mois)†.		

C : comparateurs; cm : centimètres; ECR : essai clinique randomisé; EPP : exercices du plancher pelvien; g : grammes; h : heures; I : intervention; ICIQ-UI SF : *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form*; IIQ-7 : *Incontinence Impact Questionnaire Short Form*; I-QOL : *Incontinence Quality of Life Questionnaire*; IU : incontinence urinaire; j : jour; MESA : *Medical, Epidemiologic and Social Aspects of Ageing Questionnaire*; N : nombre de participantes; N^{bre} : nombre; PGI-I : *Patient Global Impression of Improvement*; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; sem. : semaines; VAS : *visual analog scale*; vs : versus.

Notes : Un ✓ indique une efficacité significative de la REPP.

* Résultats d'une seule étude primaire.

† Force ou limite selon l'équipe de travail de l'INESSS.

‡ Niveau de preuve des énoncés disponible à l'annexe M.

Question d'évaluation : Quelle est l'efficacité et l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne comparée aux interventions chirurgicales pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme adulte? **Population** : Femmes adultes avec des symptômes d'incontinence urinaire à l'effort ou mixte						
Source de l'information		**Résultats d'intérêt**	**Efficacité spécifique de la REPP vs les interventions chirurgicales**	**Forces et limites**	**Constats globaux**	**Énoncé(s) de preuve‡**
RS	[Lapitan *et al.*, 2017] (2 ECR; qualité modérée) I : colposuspension rétropubienne ouverte C : kinésithérapie/ physiothérapie (EPP ± électrostimulation)	Mesures objectives par le clinicien : • Femmes non guéries de l'IU dans la première année (%)	✕ Résultats SS en défaveur de la REPP	Forces : • Disponibilité d'une RS de qualité modérée†. Limites : • Un seul type d'intervention chirurgicale évalué†. • La preuve de l'efficacité repose sur 2 ECR de faible qualité méthodologique et de petite taille d'échantillon (N total = 97)†. • Les données d'innocuité reposent sur 1 seul ECR de faible qualité méthodologique et de petite taille d'échantillon (N = 29)†.	Chez les femmes adultes avec des symptômes d'IUE et IUM, les données scientifiques démontrent une efficacité supérieure de la colposuspention rétropubienne ouverte comparativement à la REPP (comprenant minimalement des EPP) sur : • la guérison de l'IU dans la première année mesurée objectivement par le clinicien; • la guérison ou l'amélioration des symptômes d'IU dans la première année selon la patiente. Chez les femmes adultes avec des symptômes d'IUE et IUM, les données scientifiques semblent démontrer une meilleure innocuité de la REPP (comprenant minimalement des EPP) comparativement à la colposuspention rétropubienne ouverte. Par contre, ces derniers résultats nécessitent une validation supplémentaire au sein d'un nombre plus grand d'études de bonne qualité et d'échantillons plus grands.	Selon la littérature scientifique, la colposuspension rétropubienne ouverte est plus efficace que la REPP pour traiter l'IUE et l'IUM. Par contre, la REPP semble engendrer moins d'effets indésirables.
		Mesures subjectives (autodéclarées) : • Femmes non guéries de l'IU dans la première année (%) • Cas d'IU non améliorés dans la première année (%)	✕ Résultats SS en défaveur de la REPP ✕ Aucune différence SS			
		Effets indésirables				
		• Femmes (%) avec une instabilité de novo du détrusor	(✕)* Aucune différence SS, mais aucun événement avec la REPP			
		• Femmes (%) présentant une autre complication inhérente à l'intervention (incluant la douleur rétropubienne, l'hyperactivité du détrusor, la douleur pelvienne persistante et la dyspareunie persistante avec perte de libido)	(✕)* Aucune différence SS, mais aucun événement avec la REPP			

C : comparateur; ECR : essai clinique randomisé; EPP : exercices du plancher pelvien; I : intervention; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; N : nombre de participantes; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; SS : statistiquement significatif; vs : versus.

Notes : Un (✕) indique une innocuité en faveur de la REPP mais non statistiquement significative; un ✕ indique une non-efficacité de la REPP.

* Résultats d'une seule étude primaire.

† Force ou limite selon l'équipe de travail de l'INESSS.

‡ Niveau de preuve des énoncés disponible à l'annexe M.

ANNEXE L

Appréciation du niveau de preuve

Tableau L-1 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne dans la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale

Énoncé de preuve	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve†
	Critères	Appréciation*	Commentaires	
Selon la littérature scientifique, la REPP prénatale chez les femmes enceintes continentes est efficace pour prévenir l'IU jusqu'en milieu de période postnatale (> 3 à 6 mois), et pourrait aider à maintenir une bonne qualité de vie liée à l'IU et à diminuer la sévérité de l'IU en fin de grossesse.	Qualité méthodologique des études de synthèse	Élevée	***Quantité de RS :*** 1 RS de qualité élevé ***Plans d'étude considérés dans les RS :*** ECR et quasi-ECR ***Niveaux de preuve dans les RS lorsque disponibles :*** modéré et élevé pour les résultats en fin de grossesse jusqu'en milieu de post-partum (> 3-6 mois); faible pour les résultats en fin de post-partum (> 6-12 mois) ***Risque de biais/limites méthodologiques :*** possible biais de confusion non différentiel pouvant sous-estimer la mesure d'effet (niveau de supervision de la REPP); possible biais de rappel (mesures autodéclarées); possible problème d'observance ***Précision :*** taille d'échantillon élevée de la RS pour la question de prévalence de l'IU autodéclarée en fin de grossesse, en début et en milieu de post-partum; taille d'échantillon modérée pour la prévalence de l'IU autodéclarée à long terme, la QdV liée à l'IU en fin de post-partum, la sévérité de l'IU autodéclarée en fin de grossesse et en début de post-partum, la perte d'urine lors d'un test d'effort en fin de grossesse et en début de post-partum; taille d'échantillon faible pour la prévalence de l'IU autodéclarée en fin de post-partum.	Élevé
	Cohérence	Modérée	Cohérence variable entre les différents résultats : cohérence élevée entre les différents résultats d'intérêt à la fin de la grossesse; cohérence faible entre les différents résultats d'intérêt pour la période en début de post-partum (0-3 mois).	
	Impact clinique de l'intervention	Élevée	Comparée à l'absence de REPP/soins habituels, la REPP a démontré une efficacité statistiquement significative avec un impact clinique globalement élevé pour : la prévalence de l'IU autodéclarée en fin de grossesse (↓62 %) et en début de post-partum (0-3 mois; ↓62 %), la perte d'urine à un test d'effort (% femmes avec un test positif) en fin de grossesse (↓64 %; vs absence de REPP) et en début de post-partum (0-3 mois; ↓91 %; vs absence de REPP), la prévalence de l'IU autodéclarée en milieu de post-partum (> 3-6 mois; ↓29 %) et la QdV liée à l'IU en fin de grossesse (score global de l'ICIQ-UI SF, ↓2,42). Comparée aux soins habituels, la REPP n'a pas démontré une efficacité statistiquement significative sur les résultats d'intérêt suivants : prévalence de l'IU autodéclarée en fin de post-partum (> 6-12 mois) et à long terme (> 5 ans), QdV liée à l'IU, sévérité de l'IU autodéclarée et perte d'urine à un test d'effort en début de post-partum (0-3 mois).	
	Généralisabilité	Élevée	Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés. La majorité des femmes en était à leur première grossesse. Possibilité de variation dans l'intervention.	
Selon la littérature scientifique, la REPP prénatale ne semble pas efficace pour traiter l'IU chez les femmes enceintes incontinentes. Par	Qualité méthodologique des études de synthèse	Faible	***Quantité de RS :*** 2 RS de qualité élevé et faible ***Plans d'étude considérés dans les RS :*** ECR ***Niveaux de preuve dans les RS lorsque disponibles :*** très faible à faible pour la prévalence de l'IU autodéclarée et la sévérité de l'IU autodéclarée; modéré pour la QdV liée à l'IU prénatale ***Risque de biais/limites méthodologiques :*** possible biais de confusion non différentiel pouvant sous-estimer la mesure d'effet (niveau de supervision de la REPP); possible biais de rappel (mesures autodéclarées); possible problème d'observance; forte hétérogénéité pour la plupart des résultats.	Faible

Énoncé de preuve	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve†
	Critères	Appréciation*	Commentaires	
contre, il pourrait y avoir une certaine efficacité de la REPP pour réduire la sévérité des symptômes et améliorer la qualité de vie liée à l'IU en fin de grossesse.			***Précision :*** taille d'échantillon élevée pour la prévalence de l'IU autodéclarée en fin de grossesse; taille d'échantillon modérée pour la prévalence de l'IU autodéclarée en début et milieu de post-partum; taille d'échantillon faible pour la QdV liée à l'IU en fin de grossesse et la sévérité de l'IU prénatale.	
	Cohérence	Faible	Cohérence élevée entre les constats globaux des 2 RS à l'effet que la REPP prénatale n'est pas efficace pour le traitement de l'IU chez la femme enceinte, malgré la significativité de certains résultats d'intérêt. Disparité dans la significativité des différents résultats d'intérêt. Cohérence élevée entre les niveaux de preuve accordés par les RS pour un même résultat d'intérêt.	
	Impact clinique de l'intervention	Faible	Comparée aux soins habituels, la REPP a démontré une efficacité statistiquement significative avec un impact clinique faible et élevé pour : la sévérité de l'IU autodéclarée en fin de grossesse (↓0,63 épisode d'IU par jour) et la QdV liée à l'IU en fin de grossesse (score de l'ICIQ-UI SF, ↓3,50), respectivement. Comparée aux soins habituels, la REPP n'a pas démontré une efficacité statistiquement significative sur la prévalence de l'IU autodéclarée prénatale.	
	Généralisabilité	Élevée	Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés. Possibilité de variation dans l'intervention.	
Selon la littérature scientifique, il semble y avoir une certaine efficacité de la REPP postnatale pour traiter l'IU chez les femmes incontinentes en post-partum, jusqu'à 12 mois après l'accouchement. Il n'y a cependant pas de preuves d'effets à long terme.	Qualité méthodologique des études de synthèse	Modérée	***Quantité de RS :*** 2 RS de qualité élevée et très faible ***Plans d'étude considérés dans les RS :*** ECR (majoritairement), cohorte, série de cas ***Niveaux de preuve dans les RS lorsque disponibles :*** faible et modéré pour la prévalence de l'IU; faible pour la QdV liée à l'IU ***Risque de biais/limites méthodologiques :*** possible biais de confusion non différentiel pouvant sous-estimer la mesure d'effet (niveau de supervision de la REPP); possible biais de rappel (mesure autodéclarée); possible problème d'observance; la plupart des résultats d'intérêt proviennent d'une seule étude. ***Précision :*** taille d'échantillon élevée pour la prévalence de l'IU autodéclarée en fin de post-partum, à long terme et à très long terme et pour la sévérité de l'IU autodéclarée; taille d'échantillon faible pour la QdV liée à l'IU.	Faible
	Cohérence	Modérée	Cohérence modérée entre les différents résultats d'intérêt pour la période postnatale.	
	Impact clinique de l'intervention	Faible	Comparée aux soins habituels ou à l'absence de REPP, la REPP a démontré une efficacité ou une tendance vers la significativité, avec un impact clinique globalement faible pour : la prévalence de l'IU postnatale à 6-12 mois (↓45 %), la QdV liée à l'IU (↓1,66 sur le questionnaire BFLUTS à 34 items; différence d'amélioration sur l'UDI; ↑4 à 7 points d'amélioration sur l'UDI [score maximal de 57]; ↑9,5 à 12,5 points d'amélioration sur l'IIQ [score maximal de 90], et la sévérité de l'IU (↓34% pour l'utilisation des pads absorbants; ↓0,80 sur une échelle VAS de la sévérité des fuites). Comparée aux soins habituels, la REPP n'a pas démontré une efficacité statistiquement significative sur prévalence de l'IU à long terme (> 5 ans) ou à très long terme (> 10 ans).	
	Généralisabilité	Élevée	Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés. Possibilité de variation dans l'intervention.	

BFLUTS : *British Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire*; ECR : essai clinique randomisé; ICIQ-UI SF : In*ternational Consultation on Incontinence-Short Form*; IIQ : *Incontinence Impact Questionnaire*; IU : incontinence urinaire; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; UDI : *Urogenital Distress Inventory*; VAS : *visual analog scale*; vs : versus.

* Pour les critères d'appréciation de la qualité des données d'efficacité, se référer au tableau D-2 de l'annexe D du document de méthodologie disponible sur le site Web de l'INESSS.

† Pour le détail de l'appréciation du niveau de preuve, se référer au tableau D-3 de l'annexe D du document de méthodologie disponible sur le site Web de l'INESSS.

Tableau L-2 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes

Énoncé de preuve	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
	Critères	Appréciation	Commentaires	
Selon la littérature scientifique, la REPP est efficace pour traiter l'IUE seule chez les femmes adultes.	Qualité méthodologique des études de synthèse	Élevée	***Quantité de RS :*** 3 RS de qualité élevée, modérée et faible ***Plans d'étude considérés dans les RS :*** ECR et quasi-ECR. ***Niveaux de preuve dans les RS lorsque disponibles :*** élevé et modéré pour la majorité des résultats d'intérêts (guérison ou amélioration de l'IUE, symptômes spécifiques de l'IU, nombre d'épisodes d'IU, quantité de perte d'urine); niveau de preuve faible pour la QdV liée à l'IUE. ***Risque de biais/limites méthodologiques :*** risque de biais de publication selon une des trois RS; possible biais de confusion non différentiel pouvant sous-estimer la mesure d'effet (niveau de supervision de la REPP); possible biais de rappel (mesure autodéclarée), possible problème d'observance. ***Précision :*** bonne taille d'échantillon globale pour le traitement; taille d'échantillon élevée pour : le nombre d'épisodes d'IU selon un calendrier mictionnel; taille d'échantillon modérée pour : la quérison symptomatique de l'IU à la fin du traitement, l'amélioration symptomatique partielle ou complète (guérison) de l'IU à la fin du traitement, les symptômes spécifiques à l'IU autodéclarés, la QdV liée à l'IU, la quantité d'urine (g) mesurée par *pad test* court (jusqu'à 1 h) à la fin du traitement, la proportion de femmes guéries selon un *pad test* court à la fin du traitement; taille d'échantillon faible pour : l'amélioration partielle ou complète (guérison) perçue par les participantes jusqu'à 1 an de suivi, le nombre de mictions pendant la journée, la proportion de femmes ayant besoin d'un traitement supplémentaire, le sentiment d'auto-efficacité selon le GSE-UI, la quantité d'urine (g) mesurée par *pad test* long (24 h) à la fin du traitement et la proportion de femmes guéries ou améliorées selon un *pad test* court à la fin du traitement.	Élevé
	Cohérence	Élevée	Cohérence élevée de la direction de l'effet entre les RS pour un même résultat d'intérêt. Grande diversité de résultats d'intérêt et d'instruments de mesure validés; cohérence élevée de la direction de l'effet pour les différents résultats d'intérêt.	
	Impact clinique de l'intervention	Élevée	Comparée à l'absence de traitement/traitement inactif, la REPP a démontré une efficacité statistiquement significative : • avec un impact clinique globalement élevé pour la guérison de l'IUE (↑8,4 fois), l'amélioration de l'IUE (↑5,3 fois à la fin du traitement et ↑27,9 fois à jusqu'à 1 an de suivi), la proportion de femmes ayant besoin d'un traitement supplémentaire (↓83 %), les symptômes spécifiques de l'IUE (score de sévérité du questionnaire KHQ ↓13,1; score de l'ICIQ-UI SF ↓3,45; score de l'UDI-6 ↓16), la QdV liée à l'IUE (score du KHQ limitation physique ↓11,9; score ICIQ-LUTSqol ↓5,3; score du I-QOL ↓24,6; score de l'IIQ-7 ↓19,7; score du KHQ et IIQ-7 combiné, DMS ↓1,24), le nombre d'épisodes d'IUE selon un calendrier mictionnel (↓1,2 en 24 h), la quantité de perte d'urine mesurée par *pad test* court à la fin du traitement (↓9,7 g et ↓2,3 g selon les RS); pour le sentiment d'auto-efficacité selon le GSE-UI (↓0,19 après le traitement et ↓0,15 à 1 an de suivi). Comparée à l'absence de traitement/traitement inactif, la REPP n'a pas démontré une efficacité statistiquement significative sur les résultats d'intérêt suivants : nombre de mictions durant la journée et perte d'urine mesurée par *pad test* long à la fin du traitement.	
	Généralisabilité	Élevé	Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés. Possibilité de variation dans l'intervention. Considérant le nombre de RS et d'études inclus, cela augmente la validité externe.	
Les données scientifiques ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité de la	Qualité méthodologique des études de synthèse	Faible	***Quantité de RS :*** 1 RS de qualité élevée ***Plans d'étude considérés dans les RS :*** ECR. ***Niveaux de preuve dans les RS lorsque disponibles :*** non disponible. ***Risque de biais/limites méthodologiques :*** La seule étude incluse dans la RS est à haut risque de biais en raison de l'attrition (proportion d'abandons ou de pertes au suivi très élevée [45 %] et plus importante dans le	Insuffisant

Énoncé de preuve	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
	Critères	Appréciation	Commentaires	
REPP pour traiter les femmes adultes souffrant exclusivement d'IUM.			groupe témoin) et de la non-comparabilité de base des groupes pour le résultat d'intérêt principal (ICIQ-UI SF; biais de sélection). ***Précision :*** La RS inclut une seule étude de faible taille d'échantillon (n = 12).	
	Cohérence	Sans objet	1 seule RS incluant 1 petite étude.	
	Impact clinique de l'intervention	Faible	Comparée à l'absence de traitement, la REPP a démontré une efficacité statistiquement significative avec un impact clinique élevé sur les symptômes spécifiques de l'IUM selon le score de l'ICIQ-UI SF (↓3,5), mais une différence entre les groupes étaient déjà présente à la base.	
	Généralisabilité	Faible	La faible taille d'échantillon et le manque d'études et de données probantes sur l'IUM seule ne permet pas de se prononcer sur la généralisablité.	
Les données scientifiques ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité de la REPP pour traiter les femmes adultes souffrant exclusivement d'IUU.	Qualité méthodologique des études de synthèse	Faible	***Quantité de RS :*** 1 RS de qualité élevée ***Plans d'étude considérés dans les RS :*** ECR. ***Niveaux de preuve dans les RS lorsque disponibles :*** faible. ***Risque de biais/limites méthodologiques :*** La seule étude incluse dans la RS est à haut risque de biais de détection (possible différence systématique entre les groupes comparés dans la façon de déterminer les résultats en raison de l'absence d'insu) et il y avait une différence dans les données de bases entre les groupes. ***Précision :*** La RS inclut une seule étude de faible taille d'échantillon (n = 12).	Insuffisant
	Cohérence	Sans objet	1 seule RS incluant 1 petite étude.	
	Impact clinique de l'intervention	Faible	Comparée à l'absence de traitement, la REPP a démontré une efficacité statistiquement significative avec un impact clinique élevé sur le nombre d'épisode d'IUU en 24 h (↓1,83), mais une différence entre les groupes étaient déjà présente à la base. Comparée à l'absence de traitement, la REPP n'a pas démontré une efficacité statistiquement significative sur le nombre de mictions durant la journée.	
	Généralisabilité	Faible	La faible taille d'échantillon et le manque d'études et de données probantes ne permet pas de se prononcer sur la généralisabilité.	
Selon la littérature scientifique, la REPP est efficace pour traiter l'IU (sans distinction pour le type d'IU) chez les femmes adultes.	Qualité méthodologique des études de synthèse	Modérée	***Quantité d'études :*** 1 RS de qualité élevée, 1 RS de qualité très faible ***Plans d'étude considérés dans les RS :*** ECR, quasi-ECR. ***Niveaux de preuve dans les RS lorsque disponibles :*** modéré pour la majorité des résultats d'intérêts (guérison et amélioration des symptômes, symptômes spécifiques à l'IU, nombre d'épisodes d'IU, quantité de perte d'urine); faible pour la QdV liée à l'IU. ***Risque de biais/limites méthodologiques :*** possible biais de confusion non différentiel pouvant sous-estimer la mesure d'effet (niveau de supervision de la REPP); possible biais de rappel (mesure autodéclaré), possible problème d'observance, possible biais de sélection, possible biais de répartition ***Précision :*** bonne taille d'échantillon globale. Taille d'échantillon élevée pour : le nombre d''épisodes d'IU selon un calendrier mictionnel; Taille d'échantillon modérée pour : la guérison symptomatique de l'IU à la fin du traitement et jusqu'à 1 an de suivi, l'amélioration symptomatique partielle ou complète (guérison) de l'IU à la fin du traitement, les symptômes spécifiques à l'IU autodéclarés, la qualité de vie liée à l'IU, le nombre de mictions pendant la journée et pendant la nuit; proportion de femmes ayant besoin d'un traitement supplémentaire et la quantité d'urine (g) mesurée par *pad test* court (jusqu'à 1 h) à la fin du traitement; Taille d'échantillon faible pour : la perception de l'amélioration par les femmes mesurée à l'aide d'une VAS et la quantité d'urine (g) mesurée par *pad test* long (24 h) à la fin du traitement et jusqu'à 1 an de suivi.	Modéré
	Cohérence	Élevée	Cohérence élevée entre les constats généraux des RS. Cohérence élevée de la direction de l'effet entre les RS pour un même résultat d'intérêt. Grande diversité de résultats d'intérêt et d'instruments de mesure validés.	

Énoncé de preuve	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve
	Critères	Appréciation	Commentaires	
			Cohérence élevée de la direction de l'effet pour les différents résultats d'intérêt.	
	Impact clinique de l'intervention	Élevée	Comparée à l'absence de traitement/traitement inactif, la REPP a démontré une efficacité statistiquement significative : • avec un impact clinique globalement élevé pour : la guérison de l'IU à la fin du traitement (↑5,3 fois) et à 1 an de suivi (↑23,8 fois), l'amélioration des symptômes d'IU (↑2,4 fois), la perception de l'amélioration (↑7,3 points sur une VAS), la proportion de femmes ayant besoin d'un traitement supplémentaire (↓81 %), les symptômes spécifiques de l'IU (score de l'UDI-6 ↓7,1 et ↓7,5 à la fin du traitement et ↓38,6 à 1 an de suivi; score de l'ICIQ-UI SF et de l'IIQ-7 combiné DMS ↓1,8), la QdV liée à l'IU (score I-QOL ↓28,9; score IIQ-7 ↓7,5; score IIQ ↓53,7 à la fin du traitement et ↓42,0 à 1 an de suivi), nombre d'épisodes d'IU (en 24 h ↓1,0), fréquence des épisodes d'IU mesurée selon divers calendriers mictionnels (DMS ↓1,53), nombre de mictions durant la journée (↓2,3), la quantité d'urine mesurée par *pad test* court (↓3,7 g), perte d'urine mesurée par *pad test* long à 1 an de suivi (↓30,5 g), pour le *pad test* d'effort (DMS ↓0,7). Comparée à l'absence de traitement/traitement inactif, la REPP n'a pas démontré une efficacité statistiquement significative sur les résultats d'intérêt suivants : nombre de mictions durant la nuit, quantité d'urine mesurée par *pad test* long à la fin du traitement.	
	Généralisabilité	Élevée	Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés. Possibilité de variation dans l'intervention.	

DMS : différence moyenne standardisée [REPP - témoin]; ECR : essai clinique randomisé; g : gramme; GSE-UI : *Geriatric Self-Efficacy Index for Urinary Incontinence*; h : heures; ICIQ-LUTSqol : *International Consultation on Incontinence Questionnaire Lower Urinary Tract Symptoms Quality of Life Module*; ICIQ-UI : *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form*; IIQ-7 : *Incontinence Impact Questionnaire*; I-QOL : *Incontinence Quality of Life Questionnaire*; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; KHQ : *King's Health Questionnaire*; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; UDI : *Urogenital Distress Index*; VAS : *visual analog scale*.

* Pour les critères d'appréciation de la qualité des données d'efficacité, se référer au tableau D-2 de l'annexe D du document de méthodologie disponible sur le site Web de l'INESSS.

† Pour le détail de l'appréciation du niveau de preuve, se référer au tableau D-3 de l'annexe D du document de méthodologie disponible sur le site Web de l'INESSS.

Tableau L-3 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes âgées ou périménopausées

Énoncé de preuve	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve†
	Critères	Appréciation*	Commentaires	
Selon la littérature scientifique, la REPP étant part d'une intervention multifacettes semble efficace pour traiter l'IU chez la femme âgée de 55 ans et plus.	Qualité méthodologique des études de synthèse	Faible	***Quantité de RS :*** 1 RS de qualité faible ***Plans d'étude considérés dans les RS :*** ECR ***Niveaux de preuve dans les RS lorsque disponibles :*** nd ***Risque de biais/limites méthodologiques :*** possible biais de confusion non différentiel pouvant sous-estimer la mesure d'effet (niveau de supervision de la REPP); possible biais de rappel (mesure autodéclarée); possible problème d'observance; possible biais de publication; plusieurs résultats avec seulement une étude primaire; pas de résultats combinés statistiquement, seulement une synthèse narrative; il est rapporté que la qualité des études primaires incluses est faible; possible biais de confusion (la REPP fait partie d'une intervention multifacettes) ***Précision :*** bonne taille d'échantillon globale; taille d'échantillon élevée pour : la perception d'amélioration par les femmes, les symptômes spécifiques à l'IU, la QdV liée à l'IU, le nombre d'épisodes d'IU selon un calendrier mictionnel, le nombre de mictions par jour selon un calendrier mictionnel et la quantité d'urine (g) mesurée par *pad test* (24 h); taille d'échantillon modérée pour : la guérison de l'IU autodéclarée; taille d'échantillon faible pour : l'amélioration des symptômes urinaires autodéclarée tels que la fréquence urinaire élevée, l'urgenturie et la nycturie.	Faible
	Cohérence	Modérée	Cohérence élevée entre tous les résultats d'intérêt en faveur de la REPP. Cohérence entre les résultats et les niveaux de preuve des RS impossible à évaluer, car il y a seulement une RS.	
	Impact clinique de l'intervention	Élevée	Comparée à l'absence de traitement ou à la sensibilisation et partage d'information, la REPP a démontré une efficacité statistiquement significative : avec un impact clinique globalement élevé pour : la proportion de femmes guéries de l'IU (↑5,8; ↑8,6; ↑26,9 fois), la perception de l'amélioration de l'IU (↑5,8 fois le nombre de femmes qui s'estiment mieux; ↑7,3 sur une échelle VAS à 10 cm), la fréquence d'épisodes d'IU (↓0,5 épisode/jour; ↓6,4 épisodes/semaine), proportion de femmes avec une réduction des symptômes de fréquence urinaire élevée (↑5,3 fois), de l'urgenturie (↑3,3 fois) et de la nycturie (↑17 fois), l'estimation des symptômes d'IU (score de ICIQ-UI SF ↓0,9), la fréquence des mictions quotidienne (↓1,3 miction/jour), la QdV liée à l'IU (score de IIQ-7 ↓3,9; score de I-QOL ↑5,1), l'évaluation des symptômes d'IU selon le questionnaire MESA (score de l'IUU ↓5,5; score de l'IUE ↓6,3) et la perte d'urine en 24 h (↓4,5 grammes).	
	Généralisabilité	Élevée	Similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés. Possibilité de variation dans l'intervention.	

cm : centimètres; g : grammes; h : heures; ICIQ-UI SF : *International Consultation on Incontinence – Urinary Incontinence Short Form*; IIQ-7 : *Incontinence Impact Questionnaire Short Form*; I-QOL : *Incontinence Quality of Life Questionnaire*; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; MESA : *Medical, Epidemiologic and Social Aspects of Ageing Questionnaire*; nd : non disponible; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; VAS : *visual analog scale*.

* Pour les critères d'appréciation de la qualité des données d'efficacité, se référer au tableau D-2 de l'annexe D du document de méthodologie disponible sur le site Web de l'INESSS.

† Pour le détail de l'appréciation du niveau de preuve, se référer au tableau D-3 de l'annexe D du document de méthodologie disponible sur le site Web de l'INESSS.

Tableau L-4 Appréciation du niveau de preuve scientifique concernant l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne comparée aux interventions chirurgicales dans le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme adulte

Énoncé de preuve	Appréciation de la qualité de la preuve			Niveau de preuve†
	Critères	Appréciation*	Commentaires	
Selon la littérature scientifique, la colposuspension rétropubienne ouverte est plus efficace que la REPP pour traiter l'IUE et l'IUM. Par contre, la REPP semble engendrer moins d'effets indésirables.	Qualité méthodologique des études de synthèse	Faible	***Quantité de RS :*** 1 RS de qualité modérée ***Plans d'étude considérés dans les RS :*** ECR ***Niveaux de preuve dans les RS lorsque disponibles :*** nd ***Risque de biais/limites méthodologiques :*** résultat limité à un seul type d'intervention chirurgical; seulement 2 petits ECR de faible qualité inclus dans la RS; possible biais de rappel (mesure autodéclarée); possible problème d'observance. ***Précision :*** faible taille d'échantillon globale et pour chacun des résultats d'intérêts.	Faible
	Cohérence	Modérée	Cohérence élevée de la direction de l'effet entre les résultats d'intérêts utilisés pour mesurer l'IU. Cohérence modérée pour la significativité de l'effet. Cohérence limitée par la présence d'une seule RS.	
	Impact clinique de l'intervention	Élevée	La colposuspension rétropubienne ouverte a démontré une efficacité statistiquement significative comparativement à la REPP avec un impact clinique globalement élevé pour la proportion de femmes non guéries de l'IU dans la première année mesurée objectivement par le clinicien (↓74%) ou rapportée par la patiente (↓76%). La colposuspension rétropubienne ouverte n'a pas démontré une efficacité statistiquement significative comparativement à la REPP, pour sur la proportion de cas d'IU non améliorés dans la première année. Par contre, même si la différence entre les 2 interventions n'était pas statistiquement significative (faible puissance), la REPP ne présente aucun événement indésirable.	
	Généralisabilité	Modérée	Intervention chirurgicale très spécifique. Possibilité de variation dans l'intervention de la REPP.	

ECR : essai clinique randomisé; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; nd : non disponible; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

* Pour les critères d'appréciation de la qualité des données d'efficacité, se référer au tableau D-2 de l'annexe D du document de méthodologie disponible sur le site Web de l'INESSS.

† Pour le détail de l'appréciation du niveau de preuve, se référer au tableau D-3 de l'annexe D du document de méthodologie disponible sur le site Web de l'INESSS.

ANNEXE M

Résultats des études, guides de pratiques cliniques et rapports d'évaluation des technologies en santé sur les modalités d'intervention de la rééducation périnéale et pelvienne

Tableau M-1 Synthèse des données sur la supervision de la rééducation périnéale et pelvienne et la durée de la séance avec le professionnel comme modérateur de l'efficacité

ÉTUDE	POP.	INTERVENTION ET COMPARATEURS	PARAMÈTRES DE RÉSULTATS (TEMPS DE MESURE)		RÉSULTATS				
					Intervention	Comparateur	Effet (IC 95 %), valeur *p*, hétérogénéité	Qualité de la preuve, N et n^bre^ d'études	Interprétation des auteurs
Gonzales *et al.*, 2021 Revue systématique et méta-analyse Qualité de la RS : très faible	Femmes en post-partum souffrant d'IUE	I : REPP supervisée par un kinésithérapeute/ physiothérapeute (+ EPP à domicile)* C : kinésithérapie/ physiothérapie à domicile (inclut un seul contact avec un kinésithérapeute/ physiothérapeute)†	Prévalence de l'IUE	Persistance/ prévalence de l'IUE postnatale évaluée au moyen de questionnaires validés ou de *pad tests* (à ≤ 1 an post-partum selon l'étude)	**Moyenne pondérée ± ET : 37,8 % ± 3,9 %**	**Moyenne pondérée ± ET : 52,9 % ± 8,6 %**	**nd (*p* < 0,05)**	N = nd; Intervention (3 études) Comparateur (1 étude)	La REPP supervisée a montré une diminution de la prévalence de l'IUE par rapport à la kinésithérapie/ physiothérapie à domicile, et donc une plus grande amélioration des symptômes.
Moroni *et al.*, 2016 Revue systématique et méta-analyse Qualité de la RS : modérée	Femmes adultes âgées ≥ 18 ans souffrant d'IUE (sans urgenturie)	I : REPP intensive avec un physiothérapeute (+ EPP à domicile)‡ C : REPP à domicile minimalement supervisée§	QdV liée à l'IU	Échelle Ditrovie	nd	nd	nd	N = 34; 1 ECR (score de Jadad : 3)	L'estimation de l'étude n'était pas suffisamment précise pour déterminer si la REPP intensive avec un physiothérapeute était plus efficace, moins efficace ou équivalente à la REPP à domicile minimalement supervisée.
				ICIQ-UI SF – amélioration du score	Médiane (étendue) : 8 (5-13)	Médiane (étendue) : 8 (6-12)	*p* = 0,7	N = 59; 1 ECR (score de Jadad : 3)	L'amélioration de la QdV liée à l'IU était équivalente dans les 2 groupes.
				I-QOL (score élevé meilleur)	**Médiane (étendue) : 89**	**Médiane (étendue) : 79**	***p* = 0,04**	**N = 44; 1 ECR (score de Jadad : 3)**	Il y a eu de meilleurs résultats dans le groupe REPP intensive avec un physiothérapeute.
			Mesure objective de la sévérité de l'IU	*Pad test* (g)	Médiane (EIQ[ll]) : 3,2 (1,2-8)	Médiane (EIQ[ll]) : 2,8 (1,5-8,5)	*p* = 0,78	N = 59; 1 ECR (score de Jadad : 3)	Pas de différence significative entre les groupes.

ÉTUDE	POP.	INTERVENTION ET COMPARATEURS	PARAMÈTRES DE RÉSULTATS (TEMPS DE MESURE)		RÉSULTATS				
					Intervention	**Comparateur**	**Effet (IC 95 %), valeur *p*, hétérogénéité**	**Qualité de la preuve, N et n^bre^ d'études**	**Interprétation des auteurs**
					Médiane : 3,2	Médiane : 15	***p* = 0,0018**	**N = 44; 1 ECR (score de Jadad : 3)**	Le groupe de REPP intensive avec un physiothérapeute avait significativement moins de perte d'urine lors du *pad test*.
			N^bre^ d'épisodes d'IU	nd	nd	nd	nd	N = 34; 1 ECR (score de Jadad : 3)	L'estimation n'était pas suffisamment précise pour déterminer si la REPP intensive avec un physiothérapeute était plus efficace, moins efficace ou équivalente à la REPP à domicile minimalement supervisée.
			Amélioration subjective	N^bre^ de femmes avec une amélioration ou une guérison (%)	**nd**	**nd**	***p* < 0,05**	**N = 155; 3 ECR (score de Jadad : 3, 3 et 3)**	Il y a un effet inférieur de la REPP à domicile minimalement supervisée par rapport à la REPP intensive avec un physiothérapeute, avec un n^bre^ significativement inférieur de femmes satisfaites dans le groupe REPP à domicile. Il y a une hétérogénéité élevée due à une étude. L'exclusion de cette étude ne change pas la conclusion.
Fitz *et al.*, 2020 ECR Qualité de l'étude : certaines préoccupations	Femmes adultes avec IUE ou IUM prédominée par IUE	I : REPP supervisée en clinique (24 séances) + EPP à domicile C : REPP minimalement supervisée à domicile (3 séances en clinique)	Guérison de l'IUE – mesure objective	Test à l'effort de 20 min (remplissage de la vessie 250 ml) positif (≥ 2 g)	**21/34 (61,8 %)**	**10/35 (28,6 %)**	**RC = 4,04 (1,47,11,07), *p* = 0,011** ITT	**N = 69**	Il y a une différence significative de la guérison en faveur des femmes qui ont eu de la REPP intense supervisée comparativement à celles qui ont fait de la REPP à domicile.
			Symptômes urinaires	*Pad test* (g)	**Moyenne : 3,1 ± 6,2**	**Moyenne : 12,8 ± 30,7**	***p* = 0,031**	**N = 56**	Il y a une différence significative de l'amélioration des symptômes urinaires en faveur des femmes qui ont eu de la REPP intense supervisée comparativement à celles qui ont fait de la REPP à domicile.
				Journal de pertes urinaires : n^bre^ d'épisodes d'incontinence par semaine	Moyenne : 0,6 ± 0,9	Moyenne : 1,4 ± 2,4	*p* = 0,703	N = 56	Il n'y a pas de différence entre les groupes sur le nombre d'épisode d'IU par semaine, les deux groupes présentant une amélioration.

ÉTUDE	POP.	INTERVENTION ET COMPARATEURS	PARAMÈTRES DE RÉSULTATS (TEMPS DE MESURE)		RÉSULTATS				
					Intervention	Comparateur	Effet (IC 95 %), valeur *p*, hétérogénéité	Qualité de la preuve, N et n^bre^ d'études	Interprétation des auteurs
			QdV liée à l'IU	I-QOL : Évitement et comportement limitatif	Moyenne : 140,3 ± 24,9	Moyenne : 139,2 ± 37,2	*p* = 0,576	N = 69	Il n'y a pas de différence entre les groupes pour aucun domaine de la QdV liée à l'IU.
				I-QOL : Impact psychosocial	171,6 ± 33,7	179,4 ± 37,6	*p* = 0,149	N = 69	
				I-QOL : Embarras social	59,8 ± 22,9	69,8 ± 30,7	*p* = 0,173	N = 69	

ÉTUDE	POP.	INTERVENTION ET COMPARATEURS	PARAMETRES DE RESULTATS (TEMPS DE MESURE)		RESULTATS				
					Sous-groupe	Effet de l'intervention (IC 95 %)	Différence entre les sous-groupes	Qualité de la preuve, N et n^bre^ d'études	Interprétation des auteurs
Garcia-Sanchez *et al.*, 2019 Revue systématique et méta-analyse Qualité de la RS : faible	Femmes ni enceintes ni en post-partum souffrant d'IUE	I : REPP (EPP seuls [en groupe ou individuels]) C : pré-REPP	Pertes urinaires	*Pad test* (g) (1 h ou 24 h) (à 6-24 sem.)	Séance ≥ 45 min	DMS = -0,96 (-1,35, -0,58)*; *p* < 0,05; I^2 = 36 %; effet modéré (0,7)	*p* = 0,12	N = 180; 6 ECR	Pas de différence statistiquement significative entre les sous-groupes (durée des séances de REPP : ≥ 45 min; < 45).
					Séance < 45 min	DMS = -2,48 (-4,33, -0,63)*; *p* < 0,05; I^2 = 94 %; grand effet (2,0)			

C : comparateurs; DMS : différence moyenne standardisée [intervention - comparateur]; ECR : essai clinique randomisé; EIQ : écart interquartile; EPP : exercices du plancher pelvien; ET : écart-type; g : grammes; h : heures; I : intervention; IC : intervalle de confiance; ICIQ-UI SF : *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form*; I-QOL : *Incontinence Quality of Life Questionnaire*; ITT : analyse par intention de traiter (*intent-to-treat*); IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; min : minutes; ml : millilitres; N : nombre de participantes; n^bre^ : nombre; nd : non disponible; *p* : valeur *p*; POP : population; QdV : qualité de vie; RC : rapport de cotes; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS revue systématique; sem. : semaines.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* > 1 visite avec un kinésithérapeute/physiothérapeute plus des EPP à domicile.

† 1 seule visite avec un kinésithérapeute/physiothérapeute suivie de l'exécution indépendante d'exercices sans supervision ni suivi.

‡ Séances de physiothérapie de 45-50 min 1-2 fois par semaine.

§ Dans chaque étude, il y a eu minimalement un contact initial avec un professionnel de la santé (généralement un physiothérapeute); ce contact pouvait aller jusqu'à 1 fois par mois (1 étude)[‖].

‖ Information extraite de l'étude originale et non de la revue systématique.

Tableau M-2 Résumé des recommandations concernant la supervision pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes

GUIDE (QUALITÉ)		DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
			R	É	FORCE	
Supervision de la REPP par un professionnel – adulte						
ÉTS : AHRQ 2018 [Balk *et al.*, 2018] Population adulte avec IU	Élevée	Il existe des preuves que la REPP supervisée est plus efficace que la REPP non supervisée.		✓	Faible	Il est recommandé que la REPP soit supervisée par un professionnel qualifié pour le traitement de l'IU, chez la femme en période périnatale, adulte ou chez les femmes âgées.
ÉTS : HQO 2021 [HQO, 2021] Femmes adulte avec IU	Élevée	Le traitement de première ligne pour le POP et l'IUE inclut les changements des habitudes de vie et les interventions comportementales, la REPP (supervisée par un professionnel qualifié, comme une infirmière clinicienne, une infirmière conseillère en continence, un médecin ou un physiothérapeute), et les pessaires vaginaux.		✓	nd	
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Femmes adultes avec IU	Élevée	Les traitements de haute intensité, supervisés confèrent de plus grands bénéfices chez la femme qui reçoit la REPP.	✓		Élevée	
ICUD & ICS 2018 [Abrams *et al.*, 2018] Femmes adultes avec IU	Élevée	Les traitements initiaux devraient inclure la REPP supervisée […]	✓		Modérée	
NICE 2019 (2006) [NICE, 2019] Femmes adultes avec IU	Modérée	Offrir la REPP supervisée comme traitement de première ligne.†	✓		nd	
SOGC 2020 [Dufour et Wu, 2020] Femmes adultes avec IU	Modérée	La REPP personnalisée et incluant l'examen digital des muscles du plancher pelvien est recommandée.	✓		Élevée	

GUIDE (QUALITÉ)		DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
			R	É	FORCE	
Supervision de la REPP par un professionnel – période périnatale						
ACOG 2018 [ACOG, 2018] Femmes en post-partum avec IU	Modérée	Déterminer la présence d'IU et orienter vers un physiothérapeute ou un urogynécologique si indiqué.		✓	nd	Il est recommandé que la REPP soit supervisé par un professionnel qualifié pour le traitement de l'IU chez les femmes en période périnatale.
CNGOF 2015 [Deffieux *et al.*, 2015] Femmes en post-partum avec IU	Modérée	Une supervision est recommandée avec au minimum 3 séances avec un thérapeute (kinésithérapeute ou sage-femme), accompagné d'exercices à domicile.	✓		Élevée	
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Femmes en période prénatale ou postnatale avec IU	Élevée	Offrir la REPP supervisée pour le traitement de l'IUE et l'IUM.	✓		Élevée	
Évaluation digitale						
SOGC 2020 [Dufour et Wu, 2020] Femmes avec de l'IU	Modérée	La REPP est recommandée (personnalisée et <u>incluant l'examen digital des muscles du plancher pelvien</u>) à toutes les femmes avec de l'IU.		✓	Élevée	Un examen digital devrait être réalisé pour évaluer la contraction des muscles du plancher pelvien lors de la REPP.
NICE 2019 [NICE, 2019] Femmes avec de l'IU	Modérée	Un examen digital de routine doit être réalisé pour confirmer la contraction adéquate des muscles du plancher pelvien avant de faire des EPP pour le traitement de l'IU.	✓		nd	
Évaluation personnalisée						
SOGC 2020 [Dufour et Wu, 2020] Femmes avec de l'IU	Modérée	La REPP personnalisée est recommandée. Il est suggéré que les thérapies complémentaires (rétroaction biologique, électrostimulation) soient réalisées sur une base individuelle.	✓		Élevée	La REPP devrait faire partie d'un programme personnalisé afin de répondre aux besoins individuels des patientes.
AUA-SUFU 2019 [Gormley *et al.*, 2019] Femmes avec HAV	Élevée	Les thérapies comportementales (incluant la REPP) incluent plusieurs composantes qui peuvent être personnalisées pour répondre aux besoins et capacités individuelles des patientes.		✓	nd	

GUIDE (QUALITÉ)	DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
		R	É	FORCE	
USANZ – UGSA 2016 [Tse *et al.*, 2016] Modérée Population adulte avec HAV non neurogène	Les médecins devraient toujours considérer les besoins spécifiques et personnalisés des patients lorsqu'ils considèrent les options de traitement.		✓	nd (conclusion)	
ICUD & ICS 2018 [Abrams *et al.*, 2018] Élevée Femmes avec de l'IU	Les experts reconnaissent que les algorithmes ne peuvent être appliqués à toutes les patientes et que la prise en charge de chaque patiente doit être personnalisée.		✓	nd	

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality; AUA : American Urological Association; EAU : European Association of Urology; CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; EPP : exercices du plancher pelvien; ÉTS : rapport d'évaluation des technologies de la santé; HAV : hyperactivité vésicale; HQO : Health Quality Ontario; ICS : International Continence Society; ICUD : International Consultation on Urological Diseases; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; nd : non disponible; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; POP : prolapsus d'organes pelviens; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada; SUFU : Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction; UGSA : Urogynaecological Society of Australasia; USANZ : Urological Society of Australia and New Zealand.

Notes : Un ✓ indique que la REPP est recommandée; un ✗ indique que la REPP n'est pas recommandée.

* Avant d'être référées à un spécialiste.

† La REPP devrait comprendre au moins 8 contractions réalisées 3 fois par jour.

Tableau M-3 Synthèse des données sur la durée du traitement de la rééducation périnéale et pelvienne comme modérateur de l'efficacité (dans les revues systématiques incluses pour l'évaluation de l'efficacité et l'innocuité)

ÉTUDE	POPULATION	INTERVENTION ET COMPARATEUR	PARAMÈTRES DE RÉSULTATS (TEMPS DE MESURE)	RÉSULTATS				
				Sous-groupe	Effet de l'intervention (IC 95 %)	Différence entre les sous-groupes	Qualité de la preuve, N et n^{bre} d'études	Interprétation des auteurs
Garcia-Sanchez *et al.*, 2019 Qualité de la RS : faible	Femmes ni enceintes ni en post-partum atteintes d'IUE	I : REPP (EPP seuls [en groupe ou individuels]) C : pré-REPP	Perte urinaire (g) mesurée par *pad test* (1 h ou 24 h) (à 6-24 sem.)	> 12 sem.	DMS = -1,08 (-1,55, -0,61)*; $p < 0,05$; $I^2 = 34$ %; grand effet (0,9)	$p = 0,51$	N = 293; 10 ECR	Pas de différence statistiquement significative entre les sous-groupes (durée de l'intervention : > 12 sem.; ≤ 12).
				≤ 12 sem.	DMS = -0,85 (-1,35, -0,34)*; $p < 0,05$; $I^2 = 84$ %; grand effet (0,9)			

C : comparateur; DMS : différence moyenne standardisée $_{[intervention - comparateur]}$; ECR : essai clinique randomisé; EPP : exercices du plancher pelvien;g : grammes; h : heures; I : intervention; IC : intervalle de confiance; I : intervention; IC : intervalle de confiance; IUE : incontinence urinaire à l'effort; N : nombre de participantes; n^{bre} : nombre; *p* : valeur *p*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; sem. : semaines.

Tableau M-4 Résumé des recommandations sur la durée de traitement de la rééducation périnéale et pelvienne comme modérateur pour le traitement de l'incontinence urinaire

GUIDE (QUALITÉ)		DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
			R	É	FORCE	
Femmes adultes						
CUA 2017 [Corcos *et al.*, 2017] Femmes avec HAV	Modérée	Une durée approximative de 8 à 12 semaines est nécessaire pour une évaluation complète des effets. Un minimum de 6 semaines de thérapie est recommandé comme dans les recommandations du NICE.	✓		Faible	Il est recommandé de faire de la REPP pour un minimum de 3 mois pour traiter l'IU.
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Femmes avec IUE, IUM	Élevée	Minimum 3 mois	✓		Élevée	
ICUD & ICS 2018 [Abrams *et al.*, 2018] Femmes avec IU	Élevée	Pour 12 semaines*		✓	nd	
NICE 2019 [NICE, 2019] Femmes avec IU	Modérée	Au moins 3 mois†	✓		nd	
Femmes en période périnatale						
CNGOF 2015 [Deffieux *et al.*, 2015] Femmes en post-partum avec IU	Modérée	Une supervision est recommandée avec au minimum 3 séances […]	✓		Faible	Il est recommandé qu'un minimum de 3 séances ou au moins 3 mois de REPP soit réalisé pour traiter l'IU chez les femmes en période périnatale.
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Femmes en période prénatale ou postnatale avec IU	Élevée	Offrir la REPP pour au moins 3 mois comme traitement de première ligne aux femmes avec IUE ou IUM (incluant les périodes prénatale et postnatale)	✓		Élevée	

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français; CUA : Canadian Urological Association; EAU : European Association of Urology; HAV : hyperactivité vésicale; ICS : International Continence Society; ICUD : International Consultation on Urological Diseases; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; nd : non disponible; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

Notes : Un ✓ indique que la REPP est recommandée; un ✗ indique que la REPP n'est pas recommandée.

* Avant d'être référées à un spécialiste

† La REPP devrait comprendre au moins 8 contractions réalisées 3 fois par jour.

Tableau M-5 Données des modalités appliquées dans des protocoles des études utilisées dans les analyses d'efficacité chez les femmes adultes

ÉTUDE	SÉANCES DE REPP SUPERVISÉES PAR UN PROFESSIONNEL		DURÉE DE CHAQUE SÉANCE	DURÉE TOTALE DU TRAITEMENT	POPULATION	PRÉSENTE DANS :
	NOMBRE DE SÉANCES	DÉTAIL DES SÉANCES				
Ahlund 2013	5	chaque 6 sem. (1 visite initiale, 3 visites et 1 à la fin)	nd†	6 mois	Femmes primipares en post-partum	Gonzales *et al.*, 2021
Aksac 2003	8	1x/sem.	nd (rétroaction biologique 20 min)	8 sem.	Femmes avec IUE	Garcia-Sanchez *et al.*, 2019, Dumoulin *et al.*, 2018
Aslan 2008	6-8	1x/sem.	nd†	6-8 sem.	Femmes âgées avec IU	Fu *et al*. 2019
Aukee 2002	5	0, 2, 4, 8, 12 sem.	nd	12 sem.	Femmes avec IUE	Garcia-Sanchez *et al.*, 2019
Bertotto 2017	8	2x/sem.	20 min	4 sem.	Femmes ménopausées avec IUE	Dumoulin *et al.*, 2018
Bidmead 2002	5	1, 3, 6, 10, 14 sem.	nd	14 sem.	Femmes avec IUE	Dumoulin *et al.*, 2018
Bo 1999	6	1x/mois	45 min	6 mois	Femmes avec IUE	Dumoulin *et al.*, 2018
Bo 1990	24	1x/sem.	45 min	6 mois (24 sem.)	Femmes avec IUE	Moroni *et al.*, 2016
Borello-Frances 2006	Moyenne : 8,4 ± 2,8 et 8,9 ± 3,0	Un kinésithérapeute/ physiothérapeute a déterminé le nombre maximal de visites sur la base d'une évaluation des calendriers mictionnels des sujets.	nd	9-12 sem.	Femmes avec IUE	Garcia-Sanchez *et al.*, 2019
Burgio 1998	4	chaque 2 sem.	nd†	8 sem.	Femmes âgées avec IUU ou IUM	Dumoulin *et al.*, 2018, Fu *et al.*, 2019
Burgio 2002	4	1x/2 sem.	nd†	8 sem.	Femmes âgées avec IUU	Fu *et al.* 2019

ÉTUDE	SÉANCES DE REPP SUPERVISÉES PAR UN PROFESSIONNEL		DURÉE DE CHAQUE SÉANCE	DURÉE TOTALE DU TRAITEMENT	POPULATION	PRÉSENTE DANS :
	NOMBRE DE SÉANCES	DÉTAIL DES SÉANCES				
Burns 1990	8	1x/sem.	20 min† (groupe de rétroaction biologique)	8 sem.	Femmes avec IUE ou IUM	Fu *et al*. 2019
Burns 1993	8	1x/sem.	nd†	8 sem.	Femmes âgées avec IUE prédominante	Dumoulin *et al*., 2018
Carneiro 2010	16	2x/sem.	30 min	8 sem.	Femmes avec IUE	Dumoulin *et al*., 2018
Celiker Tosun 2015	12	3x/sem. pour les 2 premières sem. + 1 suivi à 2, 4, 6, 8, 10, 12 sem.	30 min	12 sem.	Femmes avec IU	Dumoulin *et al*., 2018, Nie *et al*., 2017
Diokno 2010	2	0 et 2-4 sem. après	2 h†	8 sem.	Femmes avec IU	Dumoulin *et al*., 2018
Felicissimo 2010	16	2x/sem.	50 min	8 sem.	Femmes avec IUE	Moroni *et al*., 2016
Ferguson1990	nd	nd	nd	6 sem.	Femmes avec IUE	Garcia-Sanchez *et al*., 2019
Ferreira 2012	24	1x/sem.	45 min	6 mois (24 sem.)	Femmes avec IUE	Garcia-Sanchez *et al*., 2019, Moroni *et al*., 2016
Firra 2013	16	2x/sem.	60 min	8 sem.	Femmes avec IUE	Dumoulin *et al*., 2018
Fitz 2020	24 ou 3	2x/sem. ou 1x/mois	nd	12 sem.	Femmes avec IUE prédominant	s. o.
Hilde 2013 (post-partum)	16	1x/sem.	nd	16 sem.	Femmes primipares en post-partum	Gonzales *et al*., 2020
Hirakawa 2013	5	0, 2, 4, 8, 12 sem.	nd	12 sem.	Femmes avec IUE	Garcia-Sanchez *et al.,* 2019
Hofbauer 1990	48	2x/sem.	20 min	6 mois	Femmes avec IUE	Dumoulin *et al*., 2018
Hui 2006	8	1x/sem.	nd†	8 sem.	Femmes âgées avec IUE ou IUU	Fu *et al*. 2019
Kargar Jahromi 2013	8	1x/sem.	45 min	8 sem.	Femmes avec IUE	Dumoulin *et al*., 2018

ÉTUDE	SÉANCES DE REPP SUPERVISÉES PAR UN PROFESSIONNEL		DURÉE DE CHAQUE SÉANCE	DURÉE TOTALE DU TRAITEMENT	POPULATION	PRÉSENTE DANS :
	NOMBRE DE SÉANCES	DÉTAIL DES SÉANCES				
Kim 2007	24	2x/sem.	60 min†	12 sem.	Femmes avec IUE	Dumoulin *et al.*, 2018, Nie *et al.*, 2017, Fu *et al.* 2019
Kim 2011a	24	2x/sem.	60 min†	12 sem.	Femmes âgées avec IUE, IUU ou IUM	Dumoulin *et al.*, 2018
Kim 2011b	24	2x/sem.	60 min†	12 sem.	Femmes âgées avec IUE, IUU ou IUM	Dumoulin *et al.*, 2018
Konstantinidou 2007	12	1x/sem.	nd	12 sem.	Femmes avec IUE	Garcia-Sanchez *et al.,* 2019
Lagro-Janssen 1991a	nd	nd	nd	12 sem.	Femmes avec IUE	Dumoulin *et al.,* 2018, Nie *et al.*, 2017
Leong 2015	8	1x/sem. pour les 4 premières sem. + ½ sem. pour les sem. 5 à 12	30 min	12 sem.	Femmes avec IU	Dumoulin *et al.,* 2018, Fu *et al.* 2019
McLean 2013	12	1x/sem.	30 min	12 sem.	Femmes avec IUE	Dumoulin *et al.,* 2018, Nie *et al.*, 2017
Pereira-Baldon 2019	3	1x/mois	nd	8 sem.	Jeunes femmes continentes	s. o.
Sar 2009	1	Avec le professionnel, puis appel téléphonique chaque semaine (+5)	nd†	6 sem.	Femmes avec IU	Dumoulin *et al.*, 2018
Solberg 2016	12	1x/sem.	25 min (EPP + 20 min d'exercices généraux)	12 sem.	Femmes avec IUM	Dumoulin *et al.*, 2018
Sran 2016	12	1x/sem.	60 min (première semaine), 30 min sem. 2 à 12	12 sem.	Femmes avec IU	Dumoulin *et al.*, 2018
Wells 1999	5	1x/mois	nd†	5 mois	Femmes avec IUE ou IUM	Dumoulin *et al.*, 2018

ÉTUDE	SÉANCES DE REPP SUPERVISÉES PAR UN PROFESSIONNEL		DURÉE DE CHAQUE SÉANCE	DURÉE TOTALE DU TRAITEMENT	POPULATION	PRÉSENTE DANS :
	NOMBRE DE SÉANCES	DÉTAIL DES SÉANCES				
Yoon 2003	8	1x/sem.	30 min†	8 sem.	Femmes avec IU	Dumoulin *et al*., 2018
Zanetti 2007	24	2x/sem. (évaluation manuelle avec le physiothérapeute 1x/mois)	45 min	12 sem.	Femmes avec IUE	Moroni *et al*., 2016
Total : 40 études MÉDIANE (EIQ)	**10 (5-16) séances**		**45 (30-60) minutes**	**12 (8-12) sem.**		

EIQ : écart interquartile; EPP : exercices du plancher pelvien; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU : incontinence urinaire par urgenturie; min : minute; nd : non disponible; sem. : semaines; s. o. : sans objet. † La REPP est faite par un professionnel autre qu'un physiothérapeute ou un kinésithérapeute (infirmière, médecin, sage-femme).

Tableau M-6 Données des modalités appliquées dans des protocoles des études utilisés dans les analyses d'efficacité chez les femmes en période périnatale

ÉTUDE	SÉANCES DE REPP SUPERVISÉES PAR UN PROFESSIONNEL		DURÉE DE CHAQUE SÉANCE	DURÉE TOTALE DU TRAITEMENT	POPULATION	IU	PRÉSENTE DANS :
	NOMBRE DE SÉANCES	DÉTAIL DES SÉANCES					
Femmes enceintes							
Assis 2015	6	18, 22, 26, 30, 34 et 38 semaines de gestation		20 sem.	Femmes enceintes primipares	non	Woodley *et al*. 2020
Bo 2011	24	2-3x/sem.	60 min d'exercice incluant 15 min de REPP	12 sem.	Femmes enceintes primipares	non	Woodley *et al*. 2020
Cruz 2014	6	2x/sem.	nd	3 sem.	Femmes enceintes	oui (100 %)	Woodley *et al*. 2020
Fritel 2015	8	1x/sem.	20-30 min	8 sem.	Femmes enceintes nullipares	oui	Woodley *et al*. 2020
Frumenzio 2012	8	2x/sem.	nd	8 sem.	Femmes enceintes	oui	Woodley *et al*. 2020

ÉTUDE	SÉANCES DE REPP SUPERVISÉES PAR UN PROFESSIONNEL		DURÉE DE CHAQUE SÉANCE	DURÉE TOTALE DU TRAITEMENT	POPULATION	IU	PRÉSENTE DANS :
	NOMBRE DE SÉANCES	DÉTAIL DES SÉANCES					
Gorbea 2004	8	1x/sem.	60 min	8 sem.	Femmes enceintes nullipares	non	Woodley *et al*. 2020
Hilde 2013	16	1x/sem.	nd	16 sem.	Femmes enceintes primipares	oui	Woodley *et al*. 2020
Hughes 2001	2	1x au début et 1x entre 22 et 25 sem.	nd	nd	Femmes enceintes nullipares	oui	Woodley *et al*. 2020
Ko 2011	12	1x/sem.	45 min	12 sem.	Femmes enceintes nullipares	oui	Woodley *et al*. 2020
Kocaoz 2013	10		nd	nd	Femmes enceintes	non	Woodley *et al*. 2020
Meyer 2001	12	2x/sem.	REPP + 20 min de rétroaction biologique et 15 min d'électrostimulation	6 sem.	Femmes enceintes nullipares	oui	Woodley *et al*. 2020
Miquelutti 2013	5	Médiane 5 (2 à 10)	50 min	nd (environ 18-24 sem.)	Femmes enceintes nullipares	oui	Woodley *et al*. 2020
Morkved 2003	12	1x/sem.	60 min	12 sem.	Femmes enceintes nullipares	oui	Woodley *et al*. 2020
Reilly 2002	4	1x/mois entre 20 sem. et accouchement	nd	20 sem. maximum	Femmes enceintes primipares	non	Woodley *et al*. 2020
Sangsawang 2016	3	1x/2 sem.	45 min	6 sem.	Femmes enceintes primipares	non	Woodley *et al*. 2020
Stafne 2012	12	1x/sem.	60 min	12 sem.	Femmes enceintes	oui	Woodley *et al*. 2020

ÉTUDE	SÉANCES DE REPP SUPERVISÉES PAR UN PROFESSIONNEL		DURÉE DE CHAQUE SÉANCE	DURÉE TOTALE DU TRAITEMENT	POPULATION	IU	PRÉSENTE DANS :
	NOMBRE DE SÉANCES	DÉTAIL DES SÉANCES					
Szumilewicz 2019	18	3x/sem.	60 min (incluant de l'aérobie et des étirements)	6 sem.	Femmes enceintes nullipares	oui	Woodley *et al*. 2020
Woldringh 2007	4	3 visites entre 23 et 30 sem. + 1 visite à 6 sem. post-partum	30 min	Environ 6 mois	Femmes enceintes	oui	Woodley *et al*. 2020
Total prénatal traitement: 12 études Médiane (EIQ)	**10 séances (6 – 12)**		**50 minutes (38 – 60)**	**12 semaines (7 – 14)**			
Total prénatal prévention: 6 études Médiane (EIQ)	**7 séances (5 – 10)**		**45 minutes (30 – 53)**	**12 semaines (8 – 20)**			
Femmes en post-partum							
Ahlund 2013	5	chaque 6 sem. (1 visite initiale, 3 visites et 1 à la fin)	nd	6 mois	Post-partum - primipare	oui (100 %)	Woodley *et al*. 2020
Chiarelli 2002	2	2x sur 8 sem.	nd	8 sem.	Post-partum - toute parité	non	Woodley *et al*. 2020
Dumoulin 2004	8	1x/sem.	25 min REPP +15 min d'électrostimulation	8 sem.	Post-partum - toute parité	oui (100 %)	Woodley *et al*. 2020
Ewings 2005	3	0, 2, 4 mois post-partum	nd	4 mois	Post-partum - toute parité	oui	Woodley *et al*. 2020
Glazener 2001	3	à 5, 7 et 9 mois post-partum	nd	5 mois	Post-partum - toute parité	oui (100 %)	Woodley *et al*. 2020

ÉTUDE	SÉANCES DE REPP SUPERVISÉES PAR UN PROFESSIONNEL		DURÉE DE CHAQUE SÉANCE	DURÉE TOTALE DU TRAITEMENT	POPULATION	IU	PRÉSENTE DANS :
	NOMBRE DE SÉANCES	DÉTAIL DES SÉANCES					
Kim 2012	23	3x/sem.	60 min	8 sem.	Post-partum - toute parité	oui (100 %)	Woodley *et al*. 2020
Oakely 2016	4	semaines 6, 8, 10 et 12 post-partum	60 min	6 sem.	Post-partum - primipare	oui	Woodley *et al*. 2020
Wilson 1998	4	physiothérapie à 3, 4, 6 et 9 mois	nd	6 mois	Post-partum - toute parité	oui (100 %)	Woodley *et al*. 2020
Total post-partum traitement: 7 études Médiane (EIQ)	**4 séances (4 – 7)**		**60 minutes (50 – 60)**	**16 semaines (8 – 22)**			
Total post-partum prévention : 1 étude	**2 séances**		**20 minutes**	**8 semaines**			

EIQ : écart interquartile; IU : incontinence urinaire; min : minute; nd : non disponible; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; sem. : semaines.

Tableau M-7 Synthèse des données sur l'intensité du traitement de la rééducation périnéale et pelvienne comme modérateur de l'efficacité

ÉTUDE	POPULATION	INTERVENTION ET COMPARATEURS	PARAMÈTRES DE RÉSULTATS (TEMPS DE MESURE)		RÉSULTATS					
					Sous-groupe	Effet de l'intervention (IC 95 %)		Différence entre les sous-groupes	Qualité de la preuve, N et n^{bre} d'études	Interprétation des auteurs
Garcia-Sanchez *et al*., 2019 Revue systématique et méta-analyse Qualité de la RS : faible	Femmes ni enceintes ni en post-partum souffrant d'IUE	I : REPP (EPP seuls [en groupe ou individuels]) C : pré-REPP	Pertes urinaires (g) mesurées par *pad test* (1 h ou 24 h) (à 6-24 sem.)		**≥ 3 j/sem.**	**DMS = -1,62 (-2,68, -0,57)*; *p* < 0,05; I^2 = 91 %; grand effet (1,5)**		***p* = 0,05**	**N = 293; 10 ECR**	**Il y a moins de pertes urinaires lorsque la fréquence de la REPP est de ≥ 3 jours par sem. par rapport à moins de 3 jours par sem.**
					< 3 j/sem.	**DMS = -0,53 (-0,75, -0,31)*; *p* < 0,05; I^2 = 83 %; petit effet (0,4)**				
Nie *et al*., 2017 Revue systématique et méta-analyse Qualité de la RS : très faible	Femmes adultes non enceintes souffrant d'IUE ou d'IUM	I : REPP (EPP seuls) ± brochure C : aucun traitement; brochure sans supervision	Fréquence de l'IU	Fréquence de l'IU mesurée selon : • calendrier mictionnel de 7 jours (2 études); • calendrier mictionnel de 3 jours (2 études); • épisodes de fuites sur 24 h (1 étude)	Exercices à haute fréquence (≥ 3x par sem.)	**DMS = -2,29 (-4,45, -0,13)*; *p* < 0,00001**; I^2 = 96 %		Différence entre sous-groupes pour la fréquence : *p* = 0,11 I^2 = 60 %	N = 337; 5 ECR/ quasi-ECR Haute fréquence N = 151; 3 ECR/ quasi-ECR Basse fréquence N = 186; 2 ECR	La REPP peut diminuer la fréquence des IU. Les exercices à haute fréquence sont associés à une efficacité accrue. Pas de différence entre les sous- groupes (exercices à haute ou basse fréquence, *p* = 0,11)
					Exercices à basse fréquence (≤ 3x par sem.)	**DMS = -0,52 (-0,81, -0,23)*; *p* = 0,0005**; I^2 = 0 %				
Davenport *et al*., 2018 Revue systématique et méta-analyse Qualité de la RS : faible	Femmes enceintes	I : exercices pouvant inclure de la REPP C : aucun exercice ou exercice différent en fréquence, intensité, durée ou volume	Seuil minimal pour une réduction d'IU d'au moins 25 %	Analyse dose-réponse pour : • N^{bre} de min par séance • N^{bre} de jours par sem.	N^{bre} de min par séance	N : nd	N : nd	**27,2 min *p* < 0,001**	nd	Un seuil minimal pour atteindre un effet cliniquement significatif (25 % de réduction d'IU prénatal) équivaut à 27,2 minutes par séance, 4 jours par semaine.
					N^{bre} de jours par sem.			**4,0 exercices par sem. *p* < 0,001**	nd	

C : comparateurs; DMS : différence moyenne standardisée [intervention - comparateur]; ECR : essai clinique randomisé; EPP : exercices du plancher pelvien; g : grammes; h : heures; I : intervention; IC : intervalle de confiance; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; j : jour; min : minutes; N : nombre de participantes; n^{bre} : nombre; nd : non disponible; *p* : valeur *p*; sem. : semaines.
Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.
* Ajusté pour l'âge maternel, l'IMC avant grossesse, l'histoire d'accouchement, le nombre de grossesses, les antécédents d'interruption de grossesse, la constipation, l'IUE durant la grossesse et le mode d'accouchement à la naissance.

Tableau M-8 Résumé des recommandations concernant l'intensité du traitement pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes

GUIDE (QUALITÉ)		DÉTAILS	RECOMMANDATION (R)/ÉNONCÉ (É) (✓, ✗)			CONSTAT
			R	É	FORCE	
Femmes adultes						
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Femmes avec IUE, HAV, IUM	Élevée	Offrir la REPP intensive aux femmes avec IUE. La REPP à haute intensité, supervisée, donne de meilleurs résultats.	✓	✓	Modérée	Il est recommandé que les programmes de REPP soient le plus intensifs possible.
		S'assurer que les programmes de REPP soient le plus intenses possibles.	✓		Élevée	
SOGC 2020 [Dufour et Wu, 2020] Femmes avec de l'IU	Modérée	Les programmes supervisés les plus intensifs ont été les plus efficaces.		✓	nd	
NICE 2019 [NICE, 2019] Femmes avec de l'IU	Modérée	La REPP devrait comprendre au moins huit contractions réalisées trois fois par jour.		✓	nd	
Femmes en période périnatale						
EAU 2022 [Harding *et al.*, 2022] Femmes en période prénatale ou postnatale avec IU	Élevée	Offrir la REPP intensive pour le traitement de l'IUE et l'IUM.	✓		Élevée	Il est recommandé que la REPP soit la plus intensive possible pour traiter l'IU chez les femmes en période périnatale.

EAU : European Association of Urology; HAV : hyperactivité vésicale; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; nd : non disponible; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; SOGC : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

ANNEXE N

Résultats de l'évaluation de la qualité des études économiques

Tableau N-1 Évaluation de la qualité des études économiques selon la grille CASP

QUESTIONS	FEMMES EN PÉRINATALITÉ	FEMMES ADULTES (INCLUANT FEMMES ÂGÉES)				
	Brennen *et al.*, 2021	**Simpson *et al.*, 2019**	**Richardson et Sokol, 2014**	**Von Bargen et Patterson, 2015**	**Imamura *et al.*, 2010**	**HQO, 2021**
A. Cette évaluation économique est-elle valide?						
1- L'évaluation repose-t-elle sur une question bien définie?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
2- A-t-on fait une description complète des options comparées?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
3- L'article démontre-t-il l'efficacité de l'intervention? (l'innocuité de l'intervention est-elle acceptable?)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
4- Les effets de l'intervention ont-ils été identifiés, mesurés et évalués adéquatement?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
B. Comment a-t-on évalué et comparé les coûts et les conséquences?						
5- A-t-on identifié, mesuré avec les unités appropriées et évalué de façon vraisemblable toutes les ressources et tous les coûts importants et pertinents pour chaque option considérée?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
6- Les auteurs ont-ils ajusté les coûts et les conséquences en fonction du moment où ils se concrétiseront (actualisation)?	s. o.	s. o.	s. o.	Oui	Oui	Oui
7- Quels sont les résultats de l'évaluation?	REPP efficiente	REPP efficiente	REPP non efficiente	REPP non efficiente	REPP efficiente	REPP efficiente
8- Une analyse différentielle des conséquences et du coût a-t-elle été réalisée pour les options comparées?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
9- Une analyse de sensibilité en bonne et due forme a-t-elle été effectuée?	Partiellement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

QUESTIONS	FEMMES EN PÉRINATALITÉ	FEMMES ADULTES (INCLUANT FEMMES ÂGÉES)				
	Brennen *et al.*, 2021	**Simpson *et al.*, 2019**	**Richardson et Sokol, 2014**	**Von Bargen et Patterson, 2015**	**Imamura *et al.*, 2010**	**HQO, 2021**
C. Les résultats vont-ils permettre le remboursement de l'intervention pour la population locale?						
10- Le modèle aura-t-il la même efficacité dans le contexte québécois?	Difficile à dire	Difficile à dire	Non	Non	Oui	Oui
11- Les coûts sont-ils transposables au contexte québécois?	Non	Oui	Non	Non	Partiellement	Oui
12- L'utilisation du même modèle dans le contexte québécois est-elle justifiée?	Non	Non	Non	Non	Non	Oui

HQO : Health Quality Ontario; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; s. o. : sans objet.

ANNEXE O

Tableaux de synthèse -études économiques

Tableau O-1 Principaux éléments et résultats des études repérées concernant l'efficience de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

ÉTUDE (PAYS), PERSPECTIVE	POPULATION, INTERVENTION/COMPARATEUR	TYPE D'ANALYSE, MODÈLE, HORIZON	SOURCES D'INTRANTS	PRINCIPAUX RÉSULTATS*
Brennen *et al.*, 2021 (Australie) Perspective du payeur de soins	Femmes enceintes ou ayant accouché dans les 3 derniers mois Quatre modalités de REPP prénatale et postnatale : 1) REPP individuelle (cinq séances) chez les femmes enceintes en prévention de l'IU 2) REPP en groupe (12 séances) chez les femmes enceintes en prévention de l'IU 3) REPP individuelle (cinq séances) chez les femmes en période post-partum en traitement de l'IU 4) REPP individuelle (six séances) chez les femmes en période post-partum en prévention ou en traitement de l'IF†	Analyse coût-efficacité n. r. 3 mois	Méta-analyse basée sur la RS Cochrane de Woodley [2017] et des informations fournies par les cliniques médicales et les associations de professionnels en santé	• REPP individuelle chez les femmes enceintes en prévention de l'IU : 768 AU$ (668 $ CA) par cas d'incontinence évité. • REPP individuelle chez les femmes en période post-partum en traitement de l'IU : 1 970 AU$ (1 714 $ CA) par cas d'incontinence évité. • La REPP individuelle chez les femmes enceintes en prévention de l'IU domine (moins chère, plus efficace) que la REPP individuelle chez les femmes en période post-partum en traitement de l'IU (RCEI : - 1 202 AU$ (1 046 $ CA) par cas d'IU évité). • La REPP prénatale, réalisée en groupe, domine (moins chère, plus efficace) les autres types de REPP évalués lorsque les groupes sont constitués d'au moins 5 participantes. ○ Ce résultat est sensible aux variations du nombre de participantes par groupe, au coût de l'intervention et à la probabilité de développer une IU sans l'intervention.

AU$: dollar australien; $ CA : dollar candien; IF : incontinence fécale; IU : incontinence urinaire; n. r. : non rapporté; RCEI : ratio coût-efficacité incrémental; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

* Les coûts sont présentés en dollar canadien de 2021. Les coûts rapportés dans les études repérées ont été convertis et ajustés au moyen de l'outil de conversion CCEMG-EPPI-Centre Cost Converter [Shemilt *et al.*, 2010].

† Les résultats d'efficience de la REPP individuelle chez les femmes en période post-partum en prévention ou en traitement de l'IF ne sont pas discutés dans le présent avis.

Tableau O-2 Principaux éléments et résultats des études repérées concernant l'efficience de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes

ÉTUDE (PAYS), PERSPECTIVE	POPULATION, INTERVENTION/COMPARATEUR	TYPE D'ANALYSE, MODÈLE, HORIZON	SOURCES D'INTRANTS	PRINCIPAUX RÉSULTATS*
Richardson et Sokol, 2014 (États-Unis) Système de santé	Femmes adultes atteintes d'IUE (âge moyen : 50 ans) Intervention : REPP (quatre séances) Comparateurs : 1) Pessaire 2) Intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale)	Analyse coût-utilité Arbre décisionnel 1 an	Revue de la littérature et barème Medicare 2012	• La REPP n'est pas efficiente comparativement à l'intervention chirurgicale : o le RCEI de l'intervention chirurgicale, par rapport à la REPP, est estimé à 32 132 $ US (45 368 $ CA). • Les résultats d'efficience sont particulièrement sensibles aux variations des probabilités de succès associées aux interventions étudiées.
Von Bargen et Patterson, 2015 (États-Unis) Système de santé	Femmes adultes atteintes d'IUE (âge moyen : 45 ans) Cinq traitements comparés : 1) Traitement non actif 2) REPP (8 à 12 séances) 3) REPP avec électrostimulation (8 à 12 séances) 4) Pessaire 5) Intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale)	Analyse coût-utilité Modèle de Markov (cycles de 1 an) Horizon à vie (actualisation : 3 %)	Revue de la littérature, barème Medicare 2012 et opinion d'experts	• La REPP n'est pas efficiente comparativement au pessaire et à l'intervention chirurgicale : o à un seuil de 50 000 $ US par QALY gagné, il est estimé que le pessaire représente le traitement le plus coût-efficace, parmi ceux étudiés; o à un seuil de 60 000 $ US par QALY gagné, il est estimé que l'intervention chirurgicale est le traitement le plus coût efficace, parmi ceux étudiés. • Les résultats sont peu sensibles aux variations des principaux paramètres du modèle.
Simpson *et al.*, 2019 (Canada) Système de santé	Femmes adultes atteintes d'IUE chez qui les exercices Kegel ont échoué (âge moyen : n. r.) Quatre traitements non chirurgicaux comparés : 1) REPP (quatre à six séances) 2) Impressa[MC] (dispositif mécanique) 3) Uresta[MC] (dispositif mécanique) 4) Pessaire	Analyse coût-utilité Arbre décisionnel 1 an	Revue de la littérature, informations fournies par des fabricants et opinions d'experts	• Il est estimé que la REPP est le traitement le plus efficient parmi ceux évalués : o REPP : 0,89 QALY; 888 $ CA o Impressa[MC] : 0,88 QALY; 506 $ CA o Uresta[MC] : 0,88 QALY; 443 $ CA o Pessaire : 0,85 QALY; 81 $ CA • Les RCUI de la REPP, par rapport aux traitements comparateurs, varient entre 22 821 $ CA et 49 988 $ CA. • Les résultats sont particulièrement sensibles aux variations de la probabilité de succès de guérison des symptômes de l'IUE associée aux traitements et de leurs coûts.

ÉTUDE (PAYS), PERSPECTIVE	POPULATION, INTERVENTION/COMPARATEUR	TYPE D'ANALYSE, MODÈLE, HORIZON	SOURCES D'INTRANTS	PRINCIPAUX RÉSULTATS*

Imamura *et al.*, 2010 (Royaume-Uni)
 	
Système de santé
	Femmes adultes atteintes d'IUE (âge moyen : 45 ans)
	
	Six séquences de traitements comparées† :
	1) MHV combinées à une REPP (6 séances) → intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale)
	2) MHV combinées à une REPP (6 séances) → REPP intensive (12 séances) → intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale)
	3) MHV combinées à une REPP (6 séances) → EPP intensive (12 séances) → traitement pharmacologique (ISRS)
	4) MHV combinées à une REPP intensive (12 séances) → intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale)
	5) MHV combinées à une REPP intensive (12 séances) → traitement pharmacologique (ISRS) → intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale)
	6) MHV → intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale)
		Analyse coût-utilité
		
		Modèles de Markov (cycles de 3 mois) – 2 modèles selon le résultat d'intérêt considéré
		
		Horizon à vie (actualisation : 3,5 %)
			Revue de la littérature et méta-analyse (approche mixte), informations de fabricants et du NHS	• Modèle 1 (basé sur les taux de guérison des symptômes d'IUE) : La séquence de traitements dans laquelle la prise en charge de l'IUE est composée de MHV combinées à une REPP intensive (12 séances) est dominante (moins chère et plus efficace) par rapport aux autres séquences de traitements étudiées (bénéfices de santé : 16,2; coûts : £ 1 644 [3 563 $ CA]).
				
				• Modèle 2 (basé sur les taux d'amélioration des symptômes d'IUE) :
				  ○ La séquence de traitements constituée de MHV combinées à une REPP intensive (12 séances) est associée aux bénéfices les plus élevés (16,37 QALY) (1).
				  ○ La séquence de traitements faisant intervenir une combinaison de MHV et d'une REPP (6 séances) suivies d'une REPP intensive (12 séances) engendre les coûts les moins élevés (£ 1 795 [3 890 $ CA]) (2).
				RCUI (1) par rapport à (2): £ 2 383 (5 165 $ CA) par QALY gagné.
				• Les résultats des analyses d'efficience sont robustes aux analyses de sensibilité.

HQO, 2021 (Canada) Système de santé	Femmes adultes atteintes d'IUE ou de POP‡ (âge moyen : 50 ans et 66 ans, respectivement) Cinq séquences d'interventions évaluées† : 1) Pessaire → REPP (5 à 7 séances) → Intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale) 2) REPP (5 à 7 séances) → pessaire → intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale) 3) Pessaire → intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale)	Analyse coût-utilité Modèle de Markov (cycles de 6 mois) Horizon de 10 ans (actualisation : 1,5 %)	Revue de la littérature, informations fournies par le ministère de la Santé de l'Ontario, littérature et opinions d'experts	• La séquence de traitements « REPP→ pessaire → intervention chirurgicale » est dominante (moins chère et plus efficace) par rapport aux autres séquences de traitements évaluées (bénéfices de santé : 7,7 QALY; coûts : 1 262 $ CA). ○ À un seuil de 50 000 $ CA par QALY gagné, la probabilité que cette séquence de traitements soit efficiente s'élève à 56 %. • De façon générale, les résultats sont demeurés robustes aux analyses de sensibilité effectuées.

ÉTUDE (PAYS), PERSPECTIVE	POPULATION, INTERVENTION/COMPARATEUR	TYPE D'ANALYSE, MODÈLE, HORIZON	SOURCES D'INTRANTS	PRINCIPAUX RÉSULTATS*
	4) REPP (5 à 7 séances) → intervention chirurgicale (bandelettes sous-urétrales) 5) Intervention chirurgicale (bandelettes sous-urétrales)			

$ US : dollar américain; $ CA : dollar canadien; ISRS : inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline; HQO : Health Quality Ontario; IUE : incontinence urinaire à l'effort; MHV : modifications des habitudes de vie; NHS : National Health Service (organisme de santé publique britannique); n. r. : non rapporté; POP : prolapsus d'organes pelviens; QALY : année de vie en fonction de la qualité; RCEI : ratio coût-efficacité incrémental; RCUI : ratio coût-utilité incrémental; REPP : rééducation pelvienne et périnéale; US : américain.

* Les coûts sont présentés en dollar canadien de 2021. Les coûts rapportés dans les études repérées ont été convertis et ajustés au moyen de l'outil de conversion CCEMG-EPPI-Centre Cost Converter [Shemilt *et al.*, 2010].

† Le symbole « → » représente la progression vers une ligne de traitement subséquente causée par l'échec de l'intervention.

‡ Les résultats concernant l'efficience de la REPP pour le traitement du prolapsus (POP) ne sont pas discutés dans le présent avis.

ANNEXE P

Description des études économiques jugées non transférables au contexte clinique québécois

Richardson et Sokol [2014]

Richardson et Sokol [2014] ont réalisé une analyse coût-utilité afin d'évaluer l'efficience de la REPP (quatre séances), comparativement au pessaire et à l'intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale), pour le traitement initial de l'IU à l'effort (IUE) chez les femmes adultes selon la perspective du système de santé américain. L'analyse est basée sur un arbre décisionnel qui simule le parcours de soins d'une patiente sur un an. Dans le modèle développé, un nouveau traitement peut être amorcé à l'échec d'un traitement initial non chirurgical; les traitements subséquents sont alors constitués des options thérapeutiques non précédemment réalisées. Le modèle considère également trois complications associées à l'intervention chirurgicale, soit l'érosion, la rétention urinaire et l'urgenturie de novo. Les probabilités de guérison subjective des symptômes d'incontinence associées aux interventions étudiées à 12 mois, les taux de complications liés à l'intervention chirurgicale, ainsi que les valeurs d'utilité ont été extraites de la littérature. Les coûts directs associés aux interventions, tels que les coûts des séances médicales, de l'équipement, de la procédure chirurgicale et de la gestion de ses complications, ainsi que les honoraires des médecins spécialistes ont été estimés à partir du barème de remboursement Medicare 2012. Les résultats de santé ont été mesurés en QALY (année de vie ajustée en fonction de la qualité de vie*)*, et le seuil de 50 000 $ US par QALY gagné a été considéré afin de définir l'efficience d'une l'intervention.
Les auteurs ont estimé que l'intervention chirurgicale représentait l'intervention la plus coût-efficace parmi celles étudiées pour le traitement de l'IUE chez la femme adulte.
Les RCUI ont été estimés à 32 132 $ US (45 368 $ CA) et à 31 208 $ US (44 063 $ CA) par QALY gagné comparativement à la REPP et au pessaire, respectivement. Les résultats d'efficience étaient, toutefois, sensibles aux variations de différents paramètres cliniques et économiques, notamment l'efficacité clinique des interventions. En particulier, la REPP représentait le traitement le plus efficient parmi ceux étudiés lorsque son taux de guérison subjective était supérieur à 40,5 % (valeur de base : 32,9 %).

Von Bargen et Patterson [2015]

Von Bargen et Patterson [2015] ont réalisé une analyse coût-utilité afin de comparer l'efficience de la REPP (8 à 12 séances par année) avec et sans électrostimulation, rétroaction biologique ou cônes vaginaux à la prise en charge conservatrice (non chirurgicale), au pessaire et à l'intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale) pour le traitement de l'IUE chez la femme adulte. L'analyse a été réalisée selon la perspective sociétale et elle considère un horizon temporel à vie. Les résultats de santé, exprimés en QALY, ainsi que les coûts ont été actualisés à un taux de 3 %. L'analyse se base sur un modèle de Markov (cycle de un an). À chaque cycle, un nouveau traitement est amorcé advenant l'échec de l'intervention précédente, et ce, jusqu'au décès. Les probabilités de succès des interventions étudiées, basées sur des mesures objectives de guérison des

symptômes d'incontinence (suivi entre 6 et 24 mois), ainsi que le taux de complications associées à l'intervention chirurgicale ont été dérivées de la littérature. Le maintien de cette guérison à long terme semble avoir été assumé par les auteurs. Les valeurs d'utilité, différenciées selon le traitement réalisé, ont été dérivées de la littérature et de l'opinion d'experts consultés. Les coûts directs liés aux interventions, soit les coûts des visites médicales (consultation et suivi), des tests de laboratoire, ainsi que les coûts liés à la procédure chirurgicale et à la prise en charge de ses complications, ont été calculés à partir du barème de remboursement Medicare 2012. Les coûts indirects en perte de productivité n'ont pas été considérés. D'après les résultats obtenus, le pessaire et l'intervention chirurgicale représenterait les traitements avec les probabilités d'efficience les plus élevées à des seuils d'efficience de 50 000 et de 60 000 $ US par QALY gagné, respectivement. Il est ainsi estimé que la REPP avec et sans électrostimulation, rétroaction biologique ou cônes vaginaux n'est pas des interventions les plus coût-efficaces pour le traitement de l'IUE chez la femme adulte. Aucune analyse de sensibilité n'a toutefois été réalisée afin d'évaluer la robustesse de ces résultats.

Simpson et ses collaborateurs [2019]

Simpson et ses collaborateurs [2019] ont évalué l'efficience de la REPP (quatre à six séances) en comparaison à d'autres interventions non chirurgicales, soit l'utilisation d'un pessaire ou d'un dispositif mécanique (Impressa^{MC} ou Uresta^{MC}). Les coûts et les résultats de santé (QALY) ont été calculés à partir d'un arbre décisionnel et selon la perspective du système de soins de santé canadien. Le modèle développé considère l'amorce d'un nouveau traitement advenant un échec thérapeutique, et ce, jusqu'à la fin de l'horizon temporel considéré, soit un an. Les paramètres inclus dans l'analyse, notamment les probabilités de succès associées aux interventions basées sur des mesures subjectives de guérison des symptômes d'incontinence, ont principalement été dérivés de la littérature. Des informations fournies par des fabricants et des professionnels de la santé ont également été employées afin d'estimer les coûts directs liés aux interventions. Les résultats de l'analyse montrent que la REPP est un traitement efficient, en comparaison à d'autres interventions non chirurgicales, pour la prise en charge initiale de l'IUE chez les femmes adultes. Les bénéfices de santé associés à la REPP ont été estimés à 0,89 QALY, ce qui correspond à un incrément de 0,0078, 0,0123 et 0,0361 QALY par rapport l'Impressa^{MC}, à l'Uresta^{MC} et au pessaire, respectivement. Les ratios coût-utilité incrémentaux (RCUI) de la REPP, comparativement aux autres interventions chirurgicales, ont été estimés entre 22 821 $ CA et 49 988 $ CA, ce qui est inférieur au seuil d'efficience jugé acceptable par les auteurs. Ces derniers mentionnent toutefois que les résultats d'efficience sont particulièrement sensibles aux variations des probabilités de succès des interventions, et à leurs coûts.

ANNEXE Q

Analyses d'impact budgétaire

Intrants cliniques et économiques

Tableau Q-1 Intrants cliniques et économiques des analyses d'impact budgétaire

PARAMÈTRES	VALEUR	VALEURS POUR L'ANALYSE DE SENSIBILITÉ	DISTRIBUTION	SOURCES
Femmes en périnatalité				
Nombre de naissances biannuel au Québec	41 900	40 925 – 44 467	Normale	Institut de la statistique du Québec [ISQ, 2022]
Proportion de morts fœtales tardives (à plus 28 semaines)	0,4 %	-	-	[Statistique Canada, 2021]
Taux de participation à la REPP prénatale en prévention de l'IU	60 %	-	-	Avis d'experts
Prévalence de l'IU chez les femmes en post-partum	30 %	25,0 – 33,0 %	Beta	[Woodley *et al.*, 2020]
Effet de la REPP prénatale sur le risque d'IU postnatale (> 3-6 mois)	RR= 0,71	0,5 – 0,9	Beta	[Woodley *et al.*, 2020]
Nombre de séances, REPP prénatale en prévention de l'IU	Min. : 2 Max. : 4		-	Revue rapide de la littérature (section modalités)
Proportion de femmes en périnatalité atteinte d'IU qui consultent un professionnel de la santé pour la prise en charge de leur dysfonction	37 %	26,0 – 48,8 %	Beta	[Shaw *et al.*, 2020], [Herschorn *et al.*, 2008]
Probabilité de succès, MHV	28 %	-	Beta	[Woodley *et al.*, 2020] (calculée à partir de la prévalence postnatale [> 6-12 mois] groupe témoin)
Taux de participation à la REPP postnatale chez les femmes en périnatalité	90 %	85,0 – 100,0 %	Beta	Avis d'experts
Probabilité de succès, REPP postnatale en traitement de l'IU	45 %	0,0 – 71,0 %	Beta	[Woodley *et al.*, 2020] (calculée à partir de la prévalence postnatale [> 6-12 mois] groupe REPP)
Nombre de séances, REPP postnatale en traitement de l'IU	Min. : 4 Max. : 7		-	Revue rapide de la littérature (section 10 de l'Avis)
Femmes adultes				
Population de femmes adultes (20 ans et plus) au Québec, par année	3 416 000	-	-	Institut de la statistique du Québec [ISQ, 2020]
Prévalence de l'IU chez les femmes adultes	23,7 %	5,0 – 30,0 %	Beta	[Shaw *et al.*, 2020]

PARAMÈTRES	VALEUR	VALEURS POUR L'ANALYSE DE SENSIBILITÉ	DISTRIBUTION	SOURCES
Incidence biannuelle de l'IU chez les femmes adultes	1,65 %	0,5 – 5,5 %	Beta	[Legendre *et al.*, 2015]
Proportion de femmes adultes souffrant d'IU qui consultent un professionnel de la santé pour la prise en charge de leur dysfonction	37 %	26,0 – 48,8 %	Beta	[Shaw *et al.*, 2020], [Herschorn *et al.*, 2008]
Taux de participation à la REPP chez les femmes adultes	90 %	85 – 100 %	Beta	Avis d'experts
Proportion de femmes adultes qui souhaitent recevoir une intervention chirurgicale à la suite de l'échec aux MHV et à la REPP	50%	33 – 62 %	Beta	Avis d'experts et [Brazzelli *et al.*, 2019]
Proportion de femmes adultes qui souhaitent recevoir une 2e intervention chirurgicale	75 %	50,0 – 78,0 %	78 %	Avis d'experts, [HQO, 2021], [Brazzelli *et al.*, 2019] et [Kilonzo *et al.*, 2004]
Probabilité de succès, MHV	6,2 %	5,0 – 11,0 %	Beta	[Legendre *et al.*, 2015] (taux de rémission annuel)
Probabilité de succès, REPP	73,9 %	44,2 – 95,0 %	Beta	[Dumoulin *et al.*, 2018] (amélioration des symptômes d'incontinence [IUE spécifique] à la fin du traitement)
Probabilité de succès, 1ère intervention chirurgicale	83,3 %	82,8 – 83,8 %	Beta	[Ford *et al.*, 2015] (guérison subjective à court terme [< 1 an])
Probabilité de succès, 2e intervention chirurgicale	79,2 %	78,9 – 79,5 %	Beta	[Van der Doelen *et al.*, 2015]
Nombre de séances, REPP en traitement	Min. : 5 Max. : 10		-	Revue rapide de la littérature (section 10 de l'avis)
Nombre maximal d'interventions chirurgicales (première intention) réalisées annuellement	3 300	1 800 à 4 300	Normale	Données clinico-administratives (RAMQ, années financières 16-17 à 19-20) et manuel de facturation des médecins spécialistes (codes : 6021, 6362 et 6412) [RAMQ, 2021]

PARAMÈTRES	VALEUR	VALEURS POUR L'ANALYSE DE SENSIBILITÉ	DISTRIBUTION	SOURCES
Intrants économiques				
Coût d'une consultation médicale	28 $	± 10 %	Gamma	Circulaire 2021-021, code de service 4 [MSSS, 2021]
Coût d'une séance de REPP auprès d'un physiothérapeute	105 $	± 10 %	Gamma	[MSSS AS-471, 2020]
Coût d'une première intervention chirurgicale pour le traitement de l'IU	3 678 $	± 10 %	Gamma	Manuel de facturation des médecins spécialistes (codes : 06002, 06038, 06306, 09162, 09164) [RAMQ, 2021], rapports statistiques et financiers annuels des établissements de santé ([MSSS AS-471, 2020] et [MSSS AS-478, 2020])
Coût d'une seconde intervention chirurgicale pour le traitement de l'IU	3 208 $	± 10 %	Gamma	Calculs basés sur HQO [2021]

HQO : Health Quality Ontario; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; max. : maximum; MHV : modifications des habitudes de vie; min. : minimum; MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux; RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec; REPP : rééducation pelvienne et périnéale.

Population cible et résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

Tableau Q-2 Nombre attendu de femmes, sur cinq ans, pour chaque traitement inclus dans l'algorithme de prise en charge considérée dans l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

TRAITEMENT	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL
Scénario actuel						
REPP prénatale	0	0	0	0	0	0
MHV	9 400	9 400	9 400	9 400	9 400	47 200
MSS	3 400	6 800	6 800	6 800	6 800	30 500
Nouveaux scénarios						
REPP prénatale	50 500	50 500	50 500	50 500	50 500	252 500
MHV	7 800	7 800	7 800	7 800	7 800	39 000
MSS	2 800	5 600	5 600	5 600	5 600	25 300

MHV : modifications des habitudes de vie; REPP : rééducation pelvienne et périnéale; MSS : meilleurs soins de soutien.
Les volumétries sont arrondies à la centaine près.

Tableau Q-3 Résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité sur cinq ans

TRAITEMENT	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL
Scénario actuel						
REPP	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $
MHV	264 000 $	264 000 $	264 000 $	264 000 $	264 000 $	1 322 000 $
MSS	95 000 $	190 000 $	190 000 $	190 000 $	190 000 $	856 000 $
TOTAL	359 000 $	455 000 $	455 000 $	455 000 $	455 000 $	2 178 000 $
Nouveaux scénarios						
REPP prénatale (2 séances)						
REPP	10 621 000 $	10 621 000 $	10 621 000 $	10 621 000 $	10 621 000 $	53 105 000 $
MHV	218 000 $	218 000 $	218 000 $	218 000 $	218 000 $	1 092 000 $
MSS	79 000 $	157 000 $	157 000 $	157 000 $	157 000 $	707 000 $
TOTAL	10 918 000 $	10 996 000 $	10 996 000 $	10 996 000 $	10 996 000 $	54 903 000 $
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)	**10 558 000 $**	**10 542 000 $**	**10 542 000 $**	**10 542 000 $**	**10 542 000 $**	**52 726 00 $**
Analyses de sensibilité probabilistes (impact net)					Borne minimale*	42 508 000 $
					Borne maximale*	63 967 000 $

TRAITEMENT	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL
REPP prénatale (4 séances)						
REPP	21 242 000 $	21 242 000 $	21 242 000 $	21 242 000 $	21 242 000 $	106 209 000 $
MHV	218 000 $	218 000 $	218 000 $	218 000 $	218 000 $	1 092 000 $
MSS	79 000 $	157 000 $	157 000 $	157 000 $	157 000 $	707 000 $
TOTAL	21 539 000 $	21 617 000 $	21 617 000 $	21 617 000 $	21 617 000 $	108 008 000 $
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)	**21 179 000 $**	**21 163 000 $**	**21 163 000 $**	**21 163 000 $**	**21 163 000 $**	**105 830 000 $**
Analyses de sensibilité probabilistes (impact net)					Borne minimale*	85 087 000 $
					Borne maximale*	128 548 000 $
Nombre de cas d'IU évités grâce à la réalisation de l'intervention	**4 400**	**4 400**	**4 400**	**4 400**	**4 400**	**22 000**

IU : incontinence urinaire; MHV : modifications des habitudes de vie; MSS : meilleurs soins de soutien; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.
Les volumétries et les coûts sont arrondis à la centaine et au millier près, respectivement.
* Les bornes correspondent à un intervalle de confiance à 95 %.

Population cible et résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

Tableau Q-4 Nombre attendu de femmes, sur cinq ans, pour chaque traitement inclus dans l'algorithme de prise en charge considérée dans l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

TRAITEMENT	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL
Scénario actuel						
MHV	9 400	9 400	9 400	9 400	9 400	47 200
REPP postnatale	0	0	0	0	0	0
MSS	3 100	6 100	6 100	6 100	6 100	27 500
Nouveaux scénarios						
MHV	9 400	9 400	9 400	9 400	9 400	47 200
REPP postnatale	8 500	8 500	8 500	8 500	8 500	42 500
MSS	2 300	5 400	5 400	5 400	5 400	24 100

MHV : modifications des habitudes de vie; MSS : meilleurs soins de soutien; REPP : rééducation pelvienne et périnéale.
Les volumétries sont arrondies à la centaine près.

Tableau Q-5 Résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

TRAITEMENT	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL
Scénario actuel						
MHV	264 000 $	264 000 $	264 000 $	264 000 $	264 000 $	1 322 000 $
REPP	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $
MSS	86 000 $	171 000 $	171 000 $	171 000 $	171 000 $	771 000 $
Total	350 000 $	436 000 $	436 000 $	436 000 $	436 000 $	2 092 000 $
Nouveaux scénarios						
REPP postnatale (4 séances)						
MHV	264 000 $	264 000 $	264 000 $	264 000 $	264 000 $	1 322 000 $
REPP	3 575 000 $	3 575 000 $	3 575 000 $	3 575 000 $	3 575 000 $	17 876 000 $
MSS	75 000 $	150 000 $	150 000 $	150 000 $	150 000 $	674 000 $
Total	3 914 000 $	3 989 000 $	3 989 000 $	3 989 000 $	3 989 000 $	19 871 000 $
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)	**3 564 000 $**	**3 554 000 $**	**3 554 000 $**	**3 554 000 $**	**3 554 000 $**	**17 779 000 $**
Analyses de sensibilité probabilistes (impact net)				Borne minimale*		11 699 000 $
				Borne maximale*		25 064 000 $
REPP postnatale (7 séances)						
MHV	264 000 $	264 000 $	264 000 $	264 000 $	264 000 $	1 322 000 $
REPP	6 256 000 $	6 256 000 $	6 256 000 $	6 256 000 $	6 256 000 $	31 281 000 $
MSS	75 000 $	150 000 $	150 000 $	150 000 $	150 000 $	674 000 $
Total	6 595 000 $	6 670 000 $	6 670 000 $	6 670 000 $	6 670 000 $	33 277 000 $
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)	**6 246 000 $**	**6 235 000 $**	**6 235 000 $**	**6 235 000 $**	**6 235 000 $**	**31 185 000 $**
Analyses de sensibilité probabilistes (impact net)				Borne minimale*		20 271 000 $
				Borne maximale*		44 062 000 $
Nombre de cas d'IU évités grâce à la réalisation de l'intervention	**400**	**800**	**800**	**800**	**800**	**3 400**

IU : incontinence urinaire; MHV : modifications des habitudes de vie; MSS : meilleurs soins de soutien; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.
Les volumétries et les coûts sont arrondis à la centaine et au millier près, respectivement.

* Les bornes correspondent à un intervalle de confiance à 95 %.

Population cible et résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes

Analyse principale

Tableau Q-6 Nombre attendu de femmes, sur cinq ans, pour chaque traitement inclus dans l'algorithme de prise en charge considérée dans l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

TRAITEMENT	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL
Scénario actuel						
MHV	323 900	42 200	42 200	42 200	42 200	492 500
REPP	0	0	0	0	0	0
1ère intervention chirurgicale	1 600	3 300	3 300	3 300	3 300	14 800
2ème intervention chirurgicale	0	400	400	400	400	1 700
En attente d'une intervention chirurgicale (cumulatif)	12 600	92 000	98 700	105 300	111 900	111 900
Nouveaux scénarios						
MHV	323 900	42 200	42 200	42 200	42 200	492 500
REPP	255 600	35 600	35 600	35 600	35 600	398 000
1ère intervention chirurgicale	1 600	3 300	3 300	3 300	3 300	14 800
2ème intervention chirurgicale	0	400	400	400	400	1 700
En attente d'une intervention chirurgicale (cumulatif)	140 400	305 400	338 400	371 000	404 300	404 300

MHV : modifications des habitudes de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.
Les volumétries sont arrondies à la centaine près.

Tableau Q-7 Résultats de l'analyse secondaire d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes

TRAITEMENT	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL
Scénario actuel						
MHV	18 137 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	27 580 000 $
REPP	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $
1ère intervention chirurgicale	6 062 000 $	12 124 000 $	12 124 000 $	12 124 000 $	12 124 000 $	54 558 000 $
2ème intervention chirurgicale	0 $	1 325 000 $	1 325 000 $	1 325 000 $	1 325 000 $	5 298 000 $
Total	24 199 000 $	15 810 000 $	15 810 000 $	15 810 000 $	15 810 000 $	87 437 000 $
Nouveaux scénarios						
REPP (5 séances)						
MHV	18 137 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	27 580 000 $
REPP	134 448 000 $	18 721 000 $	18 721 000 $	18 721 000 $	18 721 000 $	209 331 000 $
1ère intervention chirurgicale	6 062 000 $	12 124 000 $	12 124 000 $	12 124 000 $	12 124 000 $	54 558 000 $
2ème intervention chirurgicale	0 $	1 325 000 $	1 325 000 $	1 325 000 $	1 325 000 $	5 298 000 $
Total	158 647 000 $	34 530 000 $	34 530 000 $	34 530 000 $	34 530 000 $	296 768 000 $
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)	**134 448 000 $**	**18 721 000 $**	**18 721 000 $**	**18 721 000 $**	**18 721 000 $**	**209 331 000 $**
Analyses de sensibilité probabilistes (impact net)				Borne minimale*		86 542 000 $
				Borne maximale*		407 557 000 $
REPP (10 séances)						
MHV	18 137 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	27 580 000 $
REPP	286 897 000 $	37 441 000 $	37 441 000 $	37 441 000 $	37 441 000 $	418 662 000 $
1ère intervention chirurgicale	6 062 000 $	12 124 000 $	12 124 000 $	12 124 000 $	12 124 000 $	54 558 000 $
2ème intervention chirurgicale	0 $	1 325 000 $	1 325 000 $	1 325 000 $	1 325 000 $	5 298 000 $
Total	293 095 000 $	53 251 000 $	53 251 000 $	53 251 000 $	53 251 000 $	506 099 000 $
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)	**286 897 000 $**	**37 441 000 $**	**37 441 000 $**	**37 441 000 $**	**37 441 000 $**	**418 662 000 $**
Analyses de sensibilité probabilistes (impact net)				Borne minimale*		172 857 000 $
				Borne maximale*		814 071 000 $
Nombre d'IU traitées grâce à la réalisation de l'intervention	189 000	26 300	26 300	26 300	26 300	294 300

MHV : modifications des habitudes de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RCEI : ratio coût-efficacité incrémental.
Les volumétries et les coûts sont arrondis à la centaine et au millier près, respectivement.
* Les bornes correspondent à un intervalle de confiance à 95 %.

Analyse secondaire

Tableau Q-8 Nombre attendu de femmes, sur cinq ans, pour chaque traitement inclus dans l'algorithme de prise en charge considérée dans l'analyse secondaire* d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

TRAITEMENT	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL
Scénario actuel						
MHV	323 900	42 200	42 200	42 200	42 200	492 500
REPP	0	0	0	0	0	0
1ère intervention chirurgicale*	152 900	19 800	19 800	19 800	19 800	221 100
2ème intervention chirurgicale*	0	19 000	2 500	2 500	2 500	26 500
Nouveaux scénarios						
MHV	323 900	42 200	42 200	42 200	42 200	492 500
REPP	255 600	35 600	35 600	35 600	35 600	398 000
1ère intervention chirurgicale*	14 200	37 600	6 600	6 600	6 600	71 600
2ème intervention chirurgicale*	0	6 100	800	800	800	8 600

MHV : modifications des habitudes de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.
Les volumétries sont arrondies à la centaine près.
* L'analyse ne tient pas compte de la capacité actuelle du réseau de la santé et des services sociaux.

Tableau Q-9 Résultats de l'analyse secondaire* d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes

TRAITEMENT	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL
Scénario actuel						
MHV	18 137 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	27 580 000 $
REPP	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $
1ère intervention chirurgicale*	522 321 000 $	72 728 000 $	72 728 000 $	72 728 000 $	72 728 000 $	813 235 000 $
2ème intervention chirurgicale*	0 $	61 037 000 $	7 946 000 $	7 946 000 $	7 946 000 $	84 874 000 $
Total	540 458 000 $	136 126 00 $	83 035 000 $	83 035 000 $	83 035 000 $	925 689 000 $
Nouveaux scénarios						
REPP (5 séances)						
MHV	18 137 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	27 580 000 $
REPP	134 448 000 $	18 721 000 $	18 721 000 $	18 721 000 $	18 721 000 $	209 331 000 $
1ère intervention chirurgicale*	52 232 000 $	138 259 000 $	24 324 000 $	24 324 000 $	24 324 000 $	263 464 000 $
2ème intervention chirurgicale*	0 $	19 483 000 $	2 657 000 $	2 657 000 $	2 657 000 $	27 455 000 $
Total	204 817 000 $	178 823 000 $	48 063 000 $	48 063 000 $	48 063 000 $	527 830 000 $
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)	**(335 641 000) $**	**42 697 000 $**	**(34 972 000) $**	**(34 972 000) $**	**(34 972 000) $**	**(397 859 000) $**
REPP (10 séances)						
MHV	18 137 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	2 361 000 $	27 580 000 $
REPP	286 897 000 $	37 441 000 $	37 441 000 $	37 441 000 $	37 441 000 $	418 662 000 $
1ère intervention chirurgicale*	52 232 000 $	138 259 000 $	24 324 000 $	24 324 000 $	24 324 000 $	263 464 000 $
2ème intervention chirurgicale*	0 $	19 483 000 $	2 657 000 $	2 657 000 $	2 657 000 $	27 455 000 $
Total	339 265 000 $	197 544 000 $	66 784 000 $	66 784 000 $	66 784 000 $	737 160 966 $
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)	**(201 193 000) $**	**61 417 000 $**	**(16 251 000) $**	**(16 251 000) $**	**(16 251 000) $**	**(188 528 000) $**
Nombre d'IU traitées grâce à la réalisation de l'intervention	189 000	26 300	26 300	26 300	26 300	294 200
Nombre d'intervention chirurgicales évitées grâce à la réalisation de l'intervention*	137 700	s. o. (augmentation de 4 900)	14 800	14 800	14 800	177 300

MHV : modifications des habitudes de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; s. o. : sans objet.
Les volumétries et les coûts sont arrondis à la centaine et au millier près, respectivement.

* L'analyse ne tient pas compte de la capacité actuelle du réseau de la santé et des services sociaux.

RÉFÉRENCES

Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. Neurourol Urodyn 2018;37(7):2271-2.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care. Obstet Gynecol 2018;131(5):e140-50.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) et American Urogynecologic Society (AUGS). ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary incontinence in women. Obstet Gynecol 2015;126(5):e66-e81.

Balk EM, Adam GP, Corsi K, Mogul A, Trikalinos TA, Jeppson PC. Adverse events associated with nonsurgical treatments for urinary incontinence in women: A systematic review. J Gen Intern Med 2019;34(8):1615-25.

Balk EM, Adam GP, Kimmel H, Rofeberg V, Saeed I, Jeppson P, Trikalinos T. Nonsurgical treatments for urinary incontinence in women: A systematic review update. Comparative Effectiveness Review No. 212. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2018. Disponible à : https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cer-212-urinary-incontinence-updated_1.pdf.

Bazi T, Takahashi S, Ismail S, Bo K, Ruiz-Zapata AM, Duckett J, Kammerer-Doak D. Prevention of pelvic floor disorders: International Urogynecological Association Research and Development Committee Opinion. Int Urogynecol J 2016;27(12):1785-95.

Brazzelli M, Javanbakht M, Imamura M, Hudson J, Moloney E, Becker F, et al. Surgical treatments for women with stress urinary incontinence: The ESTER systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2019;23(14):1-306.

Brennen R, Frawley HC, Martin J, Haines TP. Group-based pelvic floor muscle training for all women during pregnancy is more cost-effective than postnatal training for women with urinary incontinence: Cost-effectiveness analysis of a systematic review. J Physiother 2021;67(2):105-14.

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ 2010;182(18):E839-42.

Corcos J, Przydacz M, Campeau L, Gray G, Hickling D, Honeine C, et al. CUA guideline on adult overactive bladder. Can Urol Assoc J 2017;11(5):E142-73.

Davenport MH, Nagpal TS, Mottola MF, Skow RJ, Riske L, Poitras VJ, et al. Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med 2018;52(21):1397-404.

Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, Thubert T. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015;44(10):1141-6.

Dinc A, Kizilkaya Beji N, Yalcin O. Effect of pelvic floor muscle exercises in the treatment of urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009;20(10):1223-31.

Dufour S et Wu M. No. 397 – Conservative care of urinary incontinence in women. J Obstet Gynaecol Can 2020;42(4):510-22.

Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2018;10:CD005654.

Dumoulin C, Lemieux MC, Bourbonnais D, Gravel D, Bravo G, Morin M. Physiotherapy for persistent postnatal stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2004;104(3):504-10.

Fitz FF, Gimenez MM, de Azevedo Ferreira L, Perreira Matias MM, Tezelli Bortolini MA, Castro RA. Pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence: A randomised control trial comparing home and outpatient training. Int Urogynecol J 2020;31(5):989-98.

Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Ogah J. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2015;(7):CD006375.

Fu Y, Nelson EA, McGowan L. Multifaceted self-management interventions for older women with urinary incontinence: A systematic review and narrative synthesis. BMJ Open 2019;9(8):e028626.

Garcia-Sanchez E, Avila-Gandia V, Lopez-Roman J, Martinez-Rodriguez A, Rubio-Arias JA. What pelvic floor muscle training load is optimal in minimizing urine loss in women with stress urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health 2019;16(22):4358.

Gonzales AL, Barnes KL, Qualls CR, Jeppson PC. Prevalence and treatment of postpartum stress urinary incontinence: A systematic review. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2021;27(1):e139-45.

Gormley EA, Lightner DJ, Burgio K, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. Linthicum, MD : American Urological Association (AUA)/Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction (SUFU); 2019. Disponible à : https://www.auanet.org//guidelines-and-quality/guidelines/overactive-bladder-(oab)-guideline.

Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence—Study limitations (risk of bias). J Clin Epidemiol 2011;64(4):407-15.

Harding CK, Lapitan MC, Arlandis S, Bø K, Cobussen-Boekhorst H, Constantini E, et al. EAU Guidelines on management of non-neurogenic female lower urinary tract symptoms (LUTS). Arnhem, Pays-Bas : European Association of Urology (EAU); 2022. Disponible à : https://uroweb.org/guidelines/non-neurogenic-female-luts.

Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, Schulz JA. Guideline No. 411: Vaginal pessary use. J Obstet Gynaecol Can 2021;43(2):255-66.e1.

Health Quality Ontario (HQO). Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse or stress urinary incontinence: A health technology assessment. Ont Health Technol Assess Ser 2021;21:1-155.

Herschorn S, Gajewski J, Schulz J, Corcos J. A population-based study of urinary symptoms and incontinence: The Canadian Urinary Bladder Survey. BJU Int 2008;101(1):52-8.

Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. Health Technol Assess 2010;14(40):1-188, iii-iv.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). Naissance, décès et mariages par mois et par trimestre, Québec, 2010-2022 [site Web]. Québec, Qc : ISQ; 2022. Disponible à : https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/naissances-deces-et-mariages-par-mois-et-par-trimestre-quebec (consulté le 9 février 2022).

Institut de la statistique du Québec (ISQ). Estimations et projections de population selon le territoire, le sexe et l'année d'âge, au 1er juillet, 1996 à 2041. Québec, Qc : ISQ; 2020. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001617/ (consulté le 9 février 2022).

Kilonzo M, Vale L, Stearns SC, Grant A, Cody J, Glazener CM, et al. Cost effectiveness of tension-free vaginal tape for the surgical management of female stress incontinence. Int J Technol Assess Health Care 2004;20(4):455-63.

Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR, Ginsberg DA, Goldman HB, Gomelsky A, et al. Surgical treatment of female stress urinary incontinence: AUA/SUFU guideline. J Urol 2017;198(4):875-83.

Lapitan MC, Cody JD, Mashayekhi A. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2017;7:CD002912.

Legendre G, Ringa V, Panjo H, Zins M, Fritel X. Incidence and remission of urinary incontinence at midlife: A cohort study. BJOG 2015;122(6):816-24.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS AS-471). Rapports financiers annuels des établissements 2020-2021 [site Web]. Base de données du système M30. Québec, Qc : MSSS; 2020. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003077/ (consulté le 2 février 2022).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS AS-478). Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC 2019-2020 [site Web]. Québec, Qc : MSSS; 2020. Disponible à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002739/ (consulté le 2 février 2022).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Normes et pratiques de gestion, Tome II, Circulaire 2021-021. Code de service 4. Québec, Qc : MSSS; 2021. Disponible à : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/2e9594aae98e1795852586cd003f8c5f?OpenDocument (consulté le 9 février 2022).

Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, Castro RA, Brito LG. Conservative treatment of stress urinary incontinence: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. Rev Bras Ginecol Obstet 2016;38(2):97-111.

Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras V, Gray C, et al. No. 367-2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2018;40(11):1528-37.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: Management. [H] Evidence reviews for lifestyle and conservative management options for pelvic organ prolapse. NICE guideline NG123. Londres, Angleterre : NICE; 2019. Disponible à : https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/evidence/evidence-review-h-lifestyle-and-conservative-management-options-for-pelvic-organ-prolapse-pdf-6725287413.

Nie XF, Ouyang YQ, Wang L, Redding SR. A meta-analysis of pelvic floor muscle training for the treatment of urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet 2017;138(3):250-5.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Manuel des médecins spécialistes – Rémunération à l'acte [site Web]. Québec, Qc : RAMQ; 2021. Disponible à : https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ListeCirculaire.aspx.

Richardson ML et Sokol ER. A cost-effectiveness analysis of conservative versus surgical management for the initial treatment of stress urinary incontinence. Am J Obstet Gynecol 2014;211(5):565.e1-6.

Shaw C, Cahill J, Wagg A. The current state of continence in Canada: A population representative epidemiological survey. Can J Urol 2020;27(4):10300-5.

Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ 2017;358:j4008.

Shemilt I, Thomas J, Morciano M. A web-based tool for adjusting costs to a specific target currency and price year. Evidence and Policy 2010;6(1):51-9.

Simpson AN, Garbens A, Dossa F, Coyte PC, Baxter NN, McDermott CD. A cost-utility analysis of nonsurgical treatments for stress urinary incontinence in women. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2019;25(1):49-55.

Statistique Canada. Mortalité périnatale (morts fœtales tardives et décès néonatals précoces). Ottawa, ON : Statistique Canada; 2021. Disponible à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310071401 (consulté le 2 février 2022).

Sterne JA, Savovic J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ 2019;366:l4898.

Tse V, King J, Dowling C, English S, Gray K, Millard R, et al. Conjoint Urological Society of Australia and New Zealand (USANZ) and Urogynaecological Society of Australasia (UGSA) Guidelines on the management of adult non-neurogenic overactive bladder. BJU Int 2016;117(1):34-47.

Van der Doelen MJ, Withagen MI, Vierhout ME, Heesakkers JP. Results of primary versus recurrent surgery to treat stress urinary incontinence in women. Int Urogynecol J 2015;26(7):997-1005.

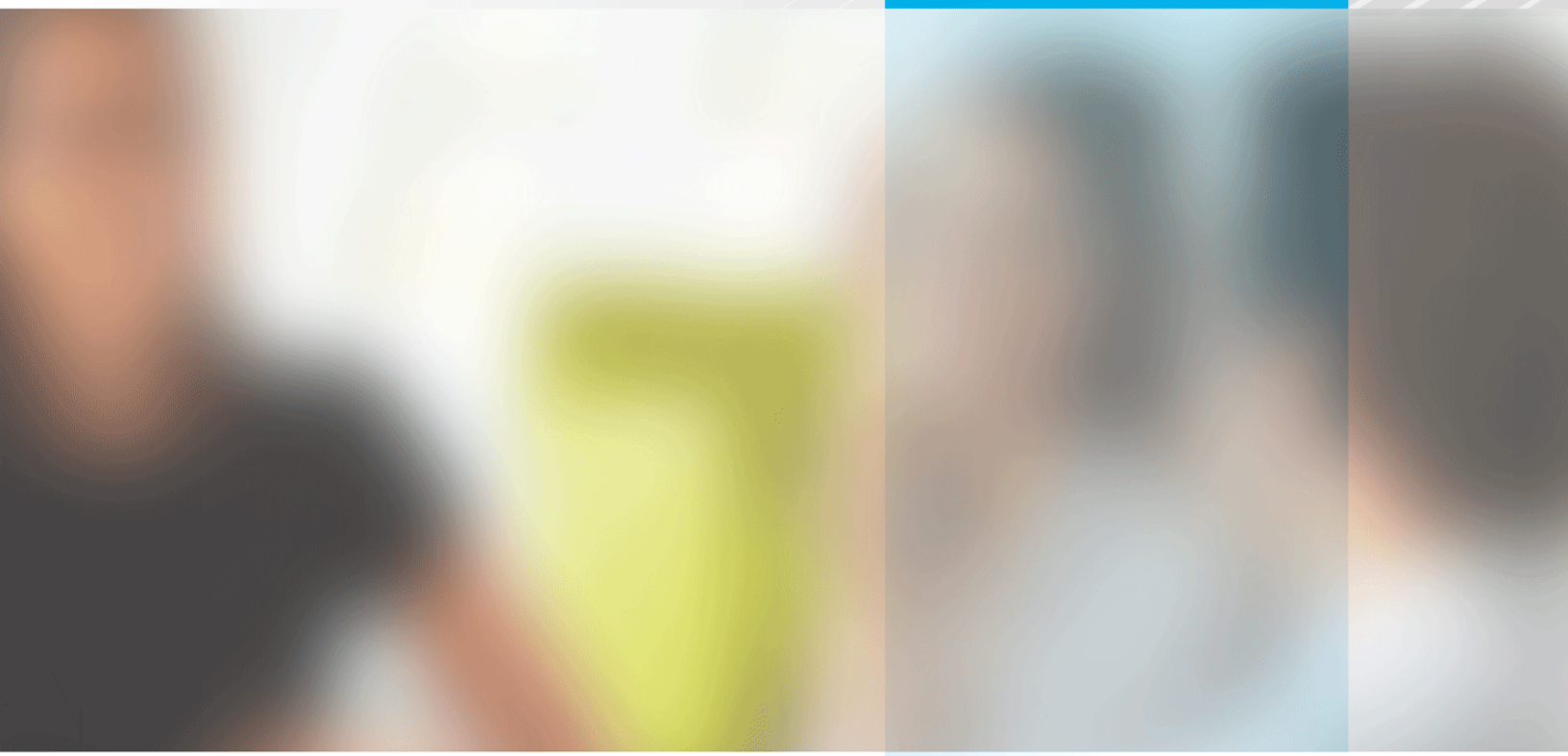
Von Bargen E et Patterson D. Cost utility of the treatment of stress urinary incontinence. Female Pelvic Med Reconstr Surg 2015;21(3):150-3.

Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev 2020;5(5):CD007471.

Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev 2017;12(12):CD007471.

World Health Organization (WHO). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genève, Suisse : WHO; 2017. Disponible à : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf.

Zhu D, Xia Z, Yang Z. Effectiveness of physiotherapy for lower urinary tract symptoms in postpartum women: Systematic review and meta-analysis. Int Urogynecol J 2022;33(3):507-21.



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec