

MAI 2023

AVIS

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

Perspective des patientes

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



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

Perspective des patientes

Rédaction

Marilyn Fortin
Stéphanie Roberge
Cathy Gosselin

Collaboration

Louis Lochhead
Olivier Demers-Payette
Marie-Hélène Raymond

Coordination scientifique

Caroline Turcotte
Véronique Gagné

Direction

Catherine Truchon
Ann Lévesque
Élisabeth Pagé

Le présent produit de connaissance a été présenté au Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 16 décembre 2022.

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

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Marilyn Fortin, Ph. D.
Stéphanie Roberge, Ph. D.
Cathy Gosselin, M. Sc.

Collaboratrice et collaborateurs internes

Louis Lochhead, M.B.A.
Olivier Demers-Payette, Ph. D.
Marie-Hélène Raymond, Ph. D.

Collaboratrice externe

Chantale Dumoulin, Ph. D.

Coordonnatrices scientifiques

Caroline Turcotte, Ph. D.
Véronique Gagné, M. Sc.

Adjointe à la directrice

Élisabeth Pagé, Ph. D., M.B.A.

Directrice adjointe, volets transversal et scientifique

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Mathieu Plamondon, M.S.I.
Bin Chen, *tech. doc*

Soutien administratif

Lolita Haddad

Équipe de l'édition

Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Littera Plus, révision linguistique
Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023
ISBN 978-2-550-94506-2 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2023

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images ou figures peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). La rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien – Perspective des patientes. Avis rédigé par Marilyn Fortin, Stéphanie Roberge et Cathy Gosselin. Québec, Qc : INESSS; 2023. 142 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité d'experts sont :

M^{me} Sarah Bergeron, sage-femme, Maison de naissance de l'Estrie, CIUSSSE-CHUS

D^{re} Anne Gosselin Brisson, médecin de famille, Clinique familiale des Basses Laurentides

M^{me} Claudia Brown, physiothérapeute, professeure, Faculté de médecine de l'Université McGill

D^{re} Marie-Ève Charrette, médecin de famille, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

D^{re} Caroline Delisle, médecin de famille, Hôpital Charles-Le Moyne, chef de service de l'Unité mère-enfant, Longueuil, professeure en enseignement clinique

M^{me} Chantale Dumoulin, physiothérapeute, professeure titulaire, directrice du microprogramme de second cycle en rééducation périnéale et pelvienne, Université de Montréal

D^{re} Martine Jolivet, urologue, CHUM, neuro-urologie

M^{me} Mélanie Morin, physiothérapeute, professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

D^{re} Barbara Reichetzer, gynécologue obstétricienne, spécialiste en urogynécologie, professeure adjointe de clinique, CHUM, Université de Montréal

M^{me} Christine Trudel, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

M^{me} Sarah Bergeron, sage-femme, Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ)

D^{re} Sylvie Bouvet, gynécologue obstétricienne, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M^{me} Josée-Anne Goupil, directrice générale adjointe aux orientations et programmes relatifs aux clientèles spécifiques et à l'action communautaire, MSSS

M^{me} Stéphanie Grégoire, physiothérapeute, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)

D^r Claude Guimond, médecin de famille, directeur de la formation professionnelle à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)

Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

M^{me} Stéphanie Bernard, physiothérapeute, Université de l'Alberta, Université Laval

D^{re} Marianne Boutet, urogynécologue au CHU de Québec, professeure de clinique; Université Laval

D^{re} Évelyne Gentilcore-Saulnier, psychiatre, CHUM

Comité de patientes collaboratrices

Pour ce rapport, les membres du comité de patientes collaboratrices sont :

M^{me} Suzanne Blais

M^{me} Myriame Larose

M^{me} Mélanie Lussier

M^{me} Josée Maltais

M^{me} Audrey Paradis

M^{me} Isabelle Rodrigue

Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé

M^{me} Danielle Boucher, infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes, volet néphrologie, CHU de Québec – Université Laval

D^{re} Maryse Cayouette, microbiologiste-infectiologue, médecin-conseil en maladies infectieuses en santé publique, Direction de santé publique du CISSS de Lanaudière

M. Benoit Cossette, professeur adjoint, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

M^{me} Sylvie Desgagné, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Lucie Deshaies, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Pierre-Luc Désilets, directeur, Gestion de la main-d'œuvre, Commission de la construction du Québec

M. Serge Dumont, professeur émérite, Faculté des sciences sociales, Université Laval

D^r Pierre Ernst, pneumologue, professeur titulaire de médecine, Université McGill

M. Daniel La Roche, directeur de la qualité, de l'évaluation, de l'éthique et des affaires institutionnelles, CHU de Québec – Université Laval

M^{me} Aude Motulsky, professeure adjointe, Département de gestion, évaluation et politique de santé, École de santé publique de l'Université de Montréal, Centre de recherche du CHUM (CRCHUM)

M. Thomas Poder, professeur sous octroi agrégé, Département de gestion, évaluation et politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

M. Jean-François Proteau, conseiller en formation, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université Laval

D^re Nadia Roumeliotis, pédiatre intensiviste, clinicienne chercheuse, CHU Sainte-Justine, professeure adjointe de clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal

D^re Elise Sirois-Giguère, médecin spécialiste en chirurgie générale, professeure adjointe d'enseignement clinique, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Déclaration d'intérêts

Les auteures de ce rapport et leurs collaborateurs internes déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce rapport.

Les membres du comité consultatif et du comité de suivi ont déclaré les situations mentionnées ci-dessous.

M^{me} Claudia Brown a déclaré être copropriétaire de la Clinique de physiothérapie Concorde et copropriétaire de la clinique et de l'organisme privé Physio Uro-Santé.

M^{me} Chantale Dumoulin a déclaré avoir reçu des subventions provinciales et fédérales pour des recherches sur la rééducation périnéale et pelvienne (REPP).

M^{me} Mélanie Morin a déclaré avoir reçu des subventions provinciales et fédérales pour des recherches sur la REPP.

Les autres membres des comités n'ont déclaré aucune situation qui pourrait potentiellement les placer en conflit d'intérêts.

Responsabilité

L'Institut assume l'entièvre responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées dans le cadre de ce dossier.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES	I
GLOSSAIRE	II
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE.....	2
1.1 Consultation au Québec	2
1.1.1 Collecte de données	2
1.1.2 Confidentialité et aspects éthiques	3
1.2 Revue de la littérature.....	3
1.2.1 Stratégie de recherche.....	3
1.2.2 Processus de sélection	3
1.3 Analyse des données.....	4
1.3.1 Évaluation de la qualité de la littérature	4
2 RÉSULTATS	5
2.1 Consultation au Québec	5
2.1.1 Profil sociodémographique des répondantes	5
2.1.2 Profil clinique des répondantes	6
2.1.3 Impacts des dysfonctions du plancher pelvien.....	7
2.1.4 Expérience de soins.....	8
2.1.5 Rééducation périnéale et pelvienne	9
2.1.6 Avantages et inconvénients de la rééducation périnéale et pelvienne	11
2.1.7 Défis et éléments facilitateurs en lien avec la rééducation périnéale et pelvienne	12
2.1.8 Accessibilité et qualité des services	12
2.1.9 Pistes de solution pour mieux répondre aux besoins des personnes à risque ou touchées par les dysfonctions du plancher pelvien.....	13
2.2 Revue de la littérature.....	14
2.2.1 Impacts de l'incontinence urinaire et autres dysfonctions sur la qualité de vie et de santé	15
2.2.2 Expérience de soins.....	16
2.2.3 Connaissance et avantages perçus de la rééducation périnéale et pelvienne	18
2.2.4 Barrières et facilitateurs	20
FORCES ET LIMITES	25
CONCLUSION	26
RÉFÉRENCES.....	27
ANNEXE A.....	30
Questionnaire en ligne.....	30
ANNEXE B.....	70
Stratégie de repérage de l'information scientifique	70

ANNEXE C	72
Résultats complémentaires de la consultation en ligne.....	72
ANNEXE D.....	84
Diagramme de flux	84
Évaluation de la qualité des études.....	85
ANNEXE E.....	93
Caractéristiques principales des études retenues	93
ANNEXE F	97
Analyse des données qualitatives	97
Extraction des données quantitatives.....	111

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Information sur la situation actuelle des répondantes	6
Tableau 2	Information sur la condition clinique des répondantes	7
Tableau 3	Types de professionnels rencontrés.....	8
Tableau 4	Perception de l'amélioration des symptômes par la rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir l'aggravation des symptômes	10
Tableau 5	Perception de l'amélioration des symptômes par la rééducation périnéale et pelvienne comme approche préventive	10
Tableau 6	Perception de l'amélioration des symptômes par la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement.....	10
Tableau 7	Perception de l'amélioration du bien-être par la rééducation périnéale et pelvienne	11
Tableau 8	Perception de la reprise d'activités par la rééducation périnéale et pelvienne	11
Tableau B-1	Stratégie de repérage de l'information scientifique pour la recherche sur la perspective des patientes	70
Tableau C-1	Profil sociodémographique des répondantes.....	72
Tableau C-2	Autres symptômes rapportés par les répondantes.....	73
Tableau C-3	Fréquence et durée des symptômes.....	74
Tableau D-1	Évaluation de la qualité des études à devis qualitatif, quantitatif ou mixte avec l'outil d'évaluation <i>Mixed Method Appraisal Tool</i> (MMAT).....	85
Tableau D-2	Évaluation de la qualité des études avec l'outil d'évaluation <i>Mixed Method Appraisal Tool</i> (MMAT) (suite).....	89
Tableau D-3	Évaluation de la qualité des revues avec l'outil d'évaluation CASP.....	91
Tableau E-1	Sommaire des caractéristiques des études retenues	93
Tableau F-1	Grands thèmes et sous-thèmes identifiés dans les études à devis qualitatif	97
Tableau F-2	Citations pour illustrer le grand thème Expérience de soins.....	98
Tableau F-3	Citations des participantes et auteurs pour illustrer le grand thème Qualité de vie et de santé	100
Tableau F-4	Citations pour illustrer le grand thème Connaissance et compréhension	102
Tableau F-5	Citations pour illustrer le grand thème Obstacles et facilitateurs	105

Tableau F-6 Tableaux d'extraction des données des études à devis mixtes et quantitatives – <i>perspective des patientes</i>	111
--	-----

LISTE DES FIGURES

Figure D-1 Diagramme de flux concernant la littérature scientifique sur la perspective des patientes	84
---	----

SIGLES ET ACRONYMES

CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CRSSS	Centre régional de santé et de services sociaux
DNR	Données non rapportées
DSP	Directeur des services professionnels
GMF	Groupe de médecine de famille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MMAT	<i>Mixed Method Appraisal Tool</i>
POP	Prolapsus des organes pelviens
PFME	<i>Pelvic floor muscle exercises</i>
REPP	Rééducation périnéale et pelvienne

GLOSSAIRE

Dysfonction du plancher pelvien

Les troubles pelvipérinéaux impliquent une activité ou fonction anormale de la musculature du plancher pelvien. Les troubles peuvent inclure une activité augmentée (hypertonicité) ou diminuée (hypotonicité) ou une coordination inappropriée des muscles du plancher pelvien. Les aspects cliniques peuvent être urologiques, gynécologiques, colorectaux, seuls ou en concomitance¹.

Femme

En tant qu'institut gouvernemental, l'INESSS joue un rôle actif pour reconnaître la grande diversité des identités de genre et des expressions de genre². Dans le cadre du présent avis, la REPP peut s'appliquer à un éventail de personnes. Cependant, afin d'assurer l'uniformité et la cohérence avec la littérature, le terme « femme » sera employé pour désigner les personnes ayant le sexe féminin, peu importe leur identité de genre.

Incontinence urinaire (IU)

Émission d'urine involontaire, parfois inconsciente, par le méat urinaire^{Erreur ! Signet non défini.}.

Prolapsus des organes pelviens

Le prolapsus des organes pelviens (POP) fait référence à la descente, au glissement ou au déplacement partiel ou complet vers le bas d'un organe pelvien. Les organes pelviens incluent l'utérus, les différents organes vaginaux ainsi que la vessie, le rectum ou les intestins [Haylen *et al.*, 2016].

Rééducation périnéale et pelvienne

Approche qui traite des dysfonctions du plancher pelvien comme l'incontinence, la descente d'organe, certains troubles de la sexualité ou encore les douleurs des régions pelvipérinéale, anorectale et de la ceinture lombopelvienne³. La REPP comprend un grand nombre d'activités visant à améliorer la fonction musculaire, l'amplitude du mouvement, la souplesse, l'endurance, la détente ou une combinaison de ces paramètres [Bo *et al.*, 2017].

¹ National Library of Medicine (NIH). *Pelvic floor dysfunction* [site Web]. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559246/> (consulté le 25 avril 2022).

² Gouvernement du Canada. *Identité de genre et expression de genre* [site Web]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2016/05/identite-de-genre-et-expression-de-genre.html> (consulté le 10 avril 2022).

³ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) : *Rééducation périnéale et pelvienne : 5 fausses croyances* [site Web]. Disponible à : <https://oppq.qc.ca/bloque/reeducation-perineale-et-pelvienne-fausses-croyances/> (consulté le 11 août 2021).

INTRODUCTION

Dans le but d'explorer l'expérience de soins et l'impact de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) sur la qualité de vie des femmes présentant des dysfonctions du plancher pelvien, une consultation au Québec auprès de personnes à risque ou souffrant de dysfonctions du plancher pelvien a été conduite, ainsi qu'une revue de la littérature, afin de répondre aux questions d'évaluation suivantes :

- 1) Quel est l'impact de la REPP sur la qualité de vie des personnes de sexe féminin présentant des dysfonctions du plancher pelvien et celle de leurs proches?
- 2) Quelle est l'expérience de soins des personnes de sexe féminin présentant des dysfonctions du plancher pelvien et celle de leurs proches?

Ce document présente les résultats de l'analyse descriptive et thématique de A) la consultation au Québec, et B) la revue de la littérature, ce qui a permis de mettre en parallèle les résultats issus de la consultation avec les données internationales.

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Consultation au Québec

Dans le cadre de ce projet, des consultations individuelles en ligne (enquête par questionnaire) ont été réalisées afin de rassembler de l'information contextuelle et expérientielle complémentaire et essentielle à la compréhension de la problématique dans son ensemble. L'enquête par questionnaire semi-qualitatif consiste à poser à un ensemble de répondants une série de questions relatives à leur situation personnelle, sociale, familiale, professionnelle, clinique, à leur perspective, opinion ou attitude face à un enjeu ou une problématique, à leurs attentes face à cet enjeu et à leur niveau de connaissance du problème [Van Campenhoudt et Quivy, 2011].

1.1.1 Collecte de données

Plusieurs modalités de recrutement ont été employées pour inviter des personnes de sexe féminin, tous genres confondus, touchées par la problématique au Québec à répondre à un questionnaire en ligne disponible via la plateforme Web Survey Monkey. Cette plateforme inclut le site Web de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et le réseau social Facebook (du 23 décembre 2020 au 28 janvier 2021), les membres experts du comité consultatif (leurs cliniques et centres de recherche), les départements/unités/services ou cliniques externes d'obstétrique-gynécologie rattachés aux établissements publics sélectionnés⁴ pour leur situation géographique (régions périphériques ou éloignées), leurs clientèles (p. ex. plus à risque, issues de communautés multiethniques, défavorisées ou de minorités visibles) ou leur expertise (entre autres offrant un suivi d'obstétrique gynécologie⁵, les maisons de naissance et les maternités de Salluit, Puvirnituq et Inukjuak via les sages-femmes responsables des établissements, les Maisons bleues et les cliniques privées de physiothérapie⁶. Certains professionnels de la santé non rattachés aux établissements susmentionnés ou services privés/communautaires (p. ex. regroupements pour les jeunes mamans, aide à l'allaitement, etc.) qui exercent dans le domaine de l'obstétrique-gynécologie, de l'accompagnement à la naissance ou de la physiothérapie ont également contacté l'équipe de projet lors de notre appel de recrutement.

⁴ Le CRSSS de la Baie-James, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, CISSS de la Gaspésie, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CHU de Québec – Université Laval, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, CISSS de l'Outaouais et le CISSS des Laurentides ont été choisis selon les critères énumérés plus haut. Ce sont des établissements non représentés par nos experts du comité consultatif également engagés dans le recrutement.

⁵ L'appui du directeur des services professionnels (DSP) de chacun des établissements publics a préalablement été demandé avant toute sollicitation de recrutement de femmes dans les établissements pour la réponse au questionnaire en ligne.

⁶ Toutes les cliniques de physiothérapie privées offrant de la rééducation périnéale et pelvienne (information accessible sur les sites Web des cliniques) ont été contactées par courriel afin de les inviter à partager l'offre de recrutement avec leur clientèle.

Le questionnaire ([annexe A](#)) comprenait 54 questions de nature nominale, ordinale ou catégorielle (échelle Likert à quatre points) et des questions plus ouvertes. Les questions étaient réparties en quatre volets : 1) Information personnelle et clinique, 2) Prise en charge et trajectoire de soins, 3) Rééducation périnéale et pelvienne (REPP), et 4) Accès aux soins et services et besoins non comblés. De nombreuses questions ont permis de choisir parmi diverses options de réponse, et certaines d'entre elles offraient la possibilité de laisser un commentaire. D'autres questions invitaient les répondantes à partager leur expérience en quelques lignes dans un espace réservé à cette fin. Les commentaires et réponses aux questions ouvertes sont présentés dans l'avis, sous forme qualitative. Enfin, des questions pouvaient ne pas s'appliquer à certaines femmes. Par conséquent, le nombre total de répondantes est plus faible pour certaines parties du questionnaire. Avant de remplir le questionnaire en ligne, toutes les participantes ont préalablement consenti à participer au présent avis et à transmettre à l'INESSS des données anonymes issues de leurs réponses au questionnaire.

1.1.2 Confidentialité et aspects éthiques

Toute information de nature personnelle ou médicale recueillie auprès des répondantes a été anonymisée afin de protéger l'identité des participantes. Diverses modalités ont été mises en œuvre afin de favoriser un consentement libre et éclairé, mais aussi d'assurer la confidentialité et d'éviter tout conflit d'intérêts potentiel.

1.2 Revue de la littérature

1.2.1 Stratégie de recherche

En parallèle à la consultation en ligne au Québec, une stratégie de recherche a été élaborée en collaboration avec un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) afin d'explorer la littérature internationale sur la problématique et de répondre aux questions d'évaluation. La recherche a été effectuée dans les bases de données bibliographiques Pubmed, Embase, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment, NHS Evaluation Database), PEDro, CINAHL et PsycINFO pour les articles scientifiques (voir l'[annexe B](#) pour exemple). La recherche a inclus les articles publiés entre 2015 et 2020. Seule la littérature publiée en français ou en anglais a été conservée. Les bibliographies des publications jugées pertinentes ont également été consultées afin de compléter la recherche documentaire au besoin.

1.2.2 Processus de sélection

Deux professionnelles scientifiques ont participé à toutes les étapes de la sélection des articles. Les papiers pertinents ont été sélectionnés à l'aide des titres et des résumés et subséquemment après lecture des articles complets. L'extraction des données des études a été faite par une professionnelle scientifique et validée par une deuxième évaluateuse. Les discordances ont été résolues par consensus ou à l'aide d'une tierce

partie. L'historique des décisions, conflits, raisons d'inclusion et d'exclusion a été conservé.

1.3 Analyse des données

Le contenu qualitatif issu du questionnaire en ligne et de la revue de la littérature a été retranscrit et analysé par une professionnelle scientifique attitrée au dossier (MF) à partir du logiciel Nvivo12 [NVivo, 2018]. L'analyse qualitative a été appuyée par une approche inductive exploratoire [Blais et Martineau, 2006; Paillé et Mucchielli, 2003] permettant 1) de traiter un grand nombre de données brutes et faisant émerger des catégories, thèmes et sous-thèmes interreliés dans un modèle global; 2) de condenser des données brutes, variées et nombreuses dans un format résumé; 3) d'établir des liens entre les questions d'évaluation et les catégories découlant des données brutes; et 4) de développer un cadre de référence ou un modèle à partir des nouvelles catégories émergentes.

Parallèlement, les données quantitatives issues du questionnaire en ligne ont été rapportées de manière descriptive à l'aide de la fréquence, la moyenne, le pourcentage ou l'étendue, selon le cas, et regroupées selon les thèmes étudiés via les logiciels Excel et SPSS version 25 [Excel., 2018; SPSS, 2017]. L'extraction des données quantitatives (devis quantitatifs et mixtes) a quant à elle été effectuée de façon systématique à l'aide d'une grille préétablie, et validée par l'équipe de projet.

1.3.1 Évaluation de la qualité de la littérature

L'évaluation de la qualité méthodologique des études retenues a été réalisée par une professionnelle scientifique. Les discordances ont été résolues avec l'aide d'une tierce partie. Les outils validés suivants ont été utilisés :

- CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) : pour les revues de la littérature et systématiques sur la perspective de la patiente;
- MMAT (*Mixed Method Appraisal Tool*)⁷ : pour les études à devis qualitatif, quantitatif ou mixte sur la perspective des patientes.

⁷ MMAT (*Mixed Method Appraisal Tool*) [site Web]. Disponible à : <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com> (consulté le 15 décembre 2021).

2 RÉSULTATS

2.1 Consultation au Québec

Au total, 383 femmes ont consulté la plateforme Web Survey Monkey afin de remplir le questionnaire, soit 364 femmes francophones et 19 femmes anglophones. Parmi ces femmes, 15 ont abandonné la complétion du questionnaire dès le départ (14 femmes francophones et une anglophone) et une répondante anglophone ne répondait pas aux critères d'inclusion pour cette consultation. L'échantillon final était ainsi de 367 répondantes, issues de 17 régions administratives du Québec.

2.1.1 Profil sociodémographique des répondantes

La majorité des femmes qui ont répondu à la consultation venaient de la Capitale-Nationale, de Montréal, de l'Estrie et de la Montérégie. Les femmes se situaient majoritairement dans le groupe d'âge de 25-34 ans et 35-44 ans (44 % et 36 %), et avaient un niveau de scolarité élevé (81 % ayant un diplôme universitaire) (voir [annexe C](#) pour résultats complémentaires).

Parmi les répondantes, 51 % ($n = 188$) de notre échantillon total ont rapporté exercer une profession dans le domaine de la santé, et moins de 5 % ($n = 16$) ont dit avoir déjà pris publiquement position par rapport à la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) (p. ex. avoir écrit une lettre ouverte sur le sujet dans un journal, avoir publié son opinion sur un réseau social ou avoir accordé une entrevue dans les médias) (données non rapportées [DNR]). Également, moins de 5 % ($n = 17$) ont rapporté avoir un lien personnel, financier ou professionnel avec une clinique, un laboratoire ou un projet de recherche, une association ou un regroupement de patients en lien avec la REPP au cours des douze derniers mois (DNR). Compte tenu du faible nombre et de l'impact minime que cela pourrait avoir sur les résultats, ces participantes ont quand même été retenues.

Le tableau 1 présente la situation personnelle des répondantes au moment de la complétion du questionnaire en ligne. La moyenne se résumait à deux des situations indiquées ci-dessous par personne. La grande majorité (86 %) des répondantes ont rapporté avoir un ou plusieurs enfants. Plusieurs répondantes ont aussi rapporté avoir accouché il y a plus de 3 mois. Plus de 10 % étaient en période périménopause, la même proportion étaient actuellement enceintes, et 6 % ont rapporté avoir subi une chirurgie dans la région pelvienne.

Tableau 1 Information sur la situation actuelle des répondantes

SITUATION DES RÉPONDANTES*	TOTAL (N = 367)
Sans enfants ou jamais été enceinte	N (%) 27 (7)
Avec un ou plusieurs enfants	316 (86)
Actuellement enceinte	42 (11)
Femme ayant récemment accouché (1-3 mois)	29 (8)
Femme ayant accouché depuis plus de 3 mois	165 (45)
Femme en période pérимénopause†	47 (13)
Athlète de haut niveau‡	8 (2)
Femme ayant subi une chirurgie dans la région pelvienne	22 (6)
Autres situations§	11 (3)
<i>Nbre de situations (moy.)</i>	2

* Plusieurs réponses sont possibles par répondante.

† Personne en préménopause (début d'une baisse de la production d'œstrogène) ou ménopausée (arrêt complet de la production d'œstrogène durant au moins 12 mois)

‡ Une athlète de haut niveau est une personne qui est engagée dans un sport de façon continue, à intensité élevée et à une fréquence d'entraînement très régulière. Certains sports de haut niveau sont plus sujets à mettre à risque une personne de développer des dysfonctionnements du plancher pelvien comme la course à pied (y compris les marathons et triathlons), les sports impliquant des sauts (gymnastique, trampoline, basketball, entre autres), l'athlétisme, le tennis ou le squash.

§ Par exemple avoir eu une césarienne, une diastase de la symphyse pubienne post-accouchement, être en attente d'une chirurgie du plancher pelvien, porter un stérilet, avoir eu une ménopause précoce, avoir pratiqué un sport durant plusieurs années (patinage artistique, course à pied, crossfit), tendance à la constipation, utilisation d'un pessaire et de bandelettes.

2.1.2 Profil clinique des répondantes

Plus de 70 % des répondantes ont rapporté avoir des symptômes urinaires, suivis de 31 % qui ont éprouvé de la douleur périnéale et pelvienne, 29 % des symptômes liés à la fonction sexuelle (ou trouble de la fonction sexuelle), 25 % un prolapsus des organes pelviens (descente d'organe)⁸ et 23 % des symptômes fécaux. Les répondantes avaient en moyenne deux symptômes (ou conditions). Quelques répondantes ont aussi souligné vivre avec d'autres symptômes qui ne figuraient pas dans la liste de choix de réponses (voir [annexe C](#), tableau B-2). Les femmes présentaient en moyenne deux symptômes cliniques, et la majorité ressentaient les symptômes hebdomadairement (30 %), c'est-à-dire à quelques reprises durant la semaine, mais pas tous les jours, ou quotidiennement (20 %).

⁸ Dans le cadre des questionnaires auxquels ont répondu des femmes, le terme « descente d'organe » a été employé pour faire référence au prolapsus des organes pelviens comme terme courant et afin d'être mieux compris de la population générale. Dans un souci de cohérence, le terme « prolapsus des organes pelviens » sera employé dans le document.

Tableau 2 Information sur la condition clinique des répondantes

ÉNONCÉS*	TOTAL (N = 367)
J'ai des symptômes urinaires (p. ex. incontinence à l'effort, d'urgence, etc.)	n (%)
	238 (71)
J'ai des symptômes fécaux (p. ex. incontinence, constipation, diarrhée aigüe, etc.)	
	79 (23)
J'ai une descente d'organes [†] (p. ex. de la vessie, de l'utérus, du rectum, etc.)	
	85 (25)
J'ai une douleur périnéale et pelvienne (p. ex. aigüe, chronique, généralisée, localisée, etc.)	
	106 (31)
J'ai des symptômes liés à la fonction sexuelle ou un trouble de la fonction sexuelle	
	97 (29)
Je n'ai aucun symptôme, mais j'ai une condition ou je vis une situation qui pourrait augmenter mon risque de développer des dysfonctions du plancher pelvien	
	35 (10)
J'ai d'autres symptômes [‡]	
	26 (8)
Ne s'applique pas/je ne sais pas	
	5 (1)
Ne veux pas répondre/données manquantes	
	30 (8)
<i>Nbre de conditions (moyenne)</i>	2

* Plusieurs réponses sont possibles par répondante.

† Prolapsus des organes pelviens 3b.

‡ Autres symptômes rapportés par les répondantes, qui ne figuraient pas dans les choix de réponses. Voir [annexe C](#), tableau C-2.

2.1.3 Impacts des dysfonctions du plancher pelvien

Quelques questions ont été posées aux répondantes afin d'estimer l'impact des dysfonctions du plancher pelvien dans leur vie au quotidien et celle de leur famille.

Premièrement, l'équipe a demandé aux répondantes « Comment leur condition ou symptômes liés à leur dysfonction du plancher pelvien affectaient leur vie ? ». Plus de 85 % des répondantes ont expliqué en quelques lignes l'impact de leur dysfonction sur leur quotidien. De grands constats ont émané des réponses (voir l'[annexe C](#) pour résultats complémentaires) :

- Les dysfonctions du plancher pelvien dont souffrent les femmes touchent leur santé physique et psychologique. Les femmes ressentent de l'inconfort, une sensation de lourdeur, une gêne physique et beaucoup de douleur. Elles vivent aussi de l'anxiété, une diminution de leur confiance en soi et une dégradation de leurs relations sociales qui touche leur moral.
- Les dysfonctions du plancher pelvien dont souffrent les femmes compromettent également leurs relations intimes et sexuelles avec leur conjoint.
- Elles portent aussi atteinte à leurs projets de famille et limitent ou diminuent les activités et sports au quotidien.
- Elles ont également un impact sur l'hygiène corporelle des femmes, qui nécessite de porter des sous-vêtements adaptés, d'augmenter la fréquence des bains/douches en cas de fuites ou d'organiser les sorties en fonction de la disponibilité de toilettes à proximité.

2.1.4 Expérience de soins

Parmi les répondantes, 79 % ont rapporté avoir déjà consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour discuter de leurs symptômes ou de leur condition.

Tableau 3 Types de professionnels rencontrés

TYPE DE PROFESSIONNEL*	N (%)
Médecin de famille	121 (42)
Omnipraticien	10 (3)
Gynécologue	67 (23)
Physiothérapeute	227 (79)
Kinésithérapeute	8 (3)
Infirmière(r)ière	6 (2)
Autre [†]	9 (3)
Ne s'applique pas/données manquantes	80 (28)

* Plusieurs réponses sont possibles par répondante.

† Ostéopathe, acupuncteur, urologue ou chirurgien urologue, psychiatre, dermatologue, sage-femme ou professionnel dans une maison de naissance.

Les principales motivations soulignées par les répondantes pour aborder le sujet avec un professionnel de la santé sont, par ordre d'importance :

- présence de symptômes, d'inconfort ou de douleur;
- afin de prévenir l'apparition d'un symptôme ou pour prévenir l'aggravation d'un symptôme présent;
- abordé ou recommandé par un professionnel;
- afin de régler le problème, recherche de conseils, solutions et/ou traitements;
- pour ma santé globale et retrouver ma santé, ma qualité de vie et mon bien-être;
- parce que c'est une condition limitative pour la reprise d'activités.

Parmi ces répondantes, 11 % ont souligné avoir eu de la difficulté à aborder le sujet avec le ou les professionnel(s) consulté(s). Les raisons indiquées sont, entre autres :

- de la gêne ou de l'anxiété ressentie à aborder le sujet, de la difficulté à obtenir des services ou des rendez-vous avec un médecin de famille ou un spécialiste, une mauvaise prise en charge ressentie, et la minimisation ou la banalisation des symptômes par le professionnel de la santé.

Parmi les femmes qui ont *spécifiquement consulté un médecin* pour discuter des symptômes liés à leur dysfonction du plancher pelvien ou à leur condition, 62 % ont reçu une ordonnance ou une orientation médicale pour un traitement (préventif ou curatif) :

- 20 % ont reçu une ordonnance pour un traitement pharmacologique;
- 10 % pour un traitement chirurgical;
- **87 % pour un traitement de REPP⁹.**

Aucune ordonnance reçue

Les femmes qui n'ont jamais reçu d'ordonnance ou d'orientation médicale en REPP (n = 32) ont pour la plupart tout de même décidé de commencer des séances de rééducation par elles-mêmes ou souhaitent l'essayer éventuellement (soit, respectivement, entre 63 % et 84 %). Les principales raisons pour n'avoir jamais consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour discuter des symptômes liés à leur dysfonction du plancher pelvien ou de leur condition sont, entre autres, la gêne, l'oubli, l'incapacité d'obtenir un rendez-vous, la tolérance ou la normalisation des symptômes, des raisons financières, ou ces femmes ne souhaitaient pas commencer un traitement.

2.1.5 Rééducation périnéale et pelvienne

Pour l'ensemble des répondantes, 62 % (n = 227) ont déjà reçu ou reçoivent actuellement des traitements de REPP en prévention ou pour soulager des symptômes liés à l'incontinence urinaire et autres dysfonctions.

- Les répondantes ont principalement reçu leur traitement de rééducation après l'accouchement (40 %), 13 % durant la grossesse, un autre 13 % à la fois pendant et après l'accouchement, et deux répondantes durant la période périmenopause (moins de 1 % de notre échantillon).
- La très grande majorité des répondantes ont reçu ou reçoivent les traitements de rééducation dans une clinique privée; deux répondantes en clinique externe d'obstétrique-gynécologie, deux en groupe de médecine de famille (GMF), et 14 sous une autre forme¹⁰.

Perception face à la rééducation périnéale et pelvienne

a. Prévention des symptômes

La presque totalité des répondantes (97 %) croient que la REPP permet de prévenir l'aggravation des symptômes, et 70 % y sont fortement favorables ([tableau 4](#)) :

⁹ 16 % pour un autre traitement (données non rapportées).

¹⁰ Par exemple en ligne, par une sage-femme en France, dans une clinique d'ostéopathie ou à l'occasion d'un projet de recherche universitaire.

Tableau 4 Perception de l'amélioration des symptômes par la rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir l'aggravation des symptômes

3 %	9 %	14 %	70 %
affirment que le traitement n'a pas permis du tout de prévenir l'aggravation des symptômes	affirment que le traitement a permis un peu de prévenir l'aggravation des symptômes	affirment que le traitement a permis moyennement de prévenir l'aggravation des symptômes	affirment que le traitement a beaucoup permis de prévenir l'aggravation des symptômes

La presque totalité des répondantes (95 %) qui ont reçu ou qui reçoivent actuellement des traitements de REPP croient que cette dernière permet de prévenir les symptômes :

- dont 57 % ont affirmé que le traitement a beaucoup permis de prévenir d'éventuels symptômes ou l'apparition de nouveaux symptômes ([tableau 5](#))

Tableau 5 Perception de l'amélioration des symptômes par la rééducation périnéale et pelvienne comme approche préventive

5 %	8 %	20 %	57 %
affirment que le traitement n'a pas permis du tout de prévenir d'éventuels symptômes ou l'apparition de nouveaux symptômes	affirment que le traitement a permis un peu de prévenir d'éventuels symptômes ou l'apparition de nouveaux symptômes	affirment que le traitement a permis moyennement de prévenir d'éventuels symptômes ou l'apparition de nouveaux symptômes	affirment que le traitement a beaucoup permis de prévenir d'éventuels symptômes ou l'apparition de nouveaux symptômes

b. Traitement des symptômes

Les femmes qui ont reçu ou reçoivent actuellement des traitements de REPP ont eu une réponse positive à 96 % quant à l'utilisation de l'approche comme traitement;

- dont 59 % ont affirmé que le traitement a beaucoup permis de soulager les symptômes ([tableau 6](#)).

Tableau 6 Perception de l'amélioration des symptômes par la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement

4 %	11 %	22 %	59 %
ont rapporté que, globalement, le traitement n'a pas permis du tout de soulager les symptômes	ont rapporté que, globalement, le traitement a permis un peu de soulager les symptômes	ont rapporté que, globalement, le traitement a permis moyennement de soulager les symptômes	ont rapporté que, globalement, le traitement a beaucoup permis de soulager les symptômes

c. *Bien-être au quotidien*

La majorité des répondantes (95 %) croient à l'utilité de la REPP pour améliorer leur bien-être;

- dont 62 % ont affirmé que l'approche a eu un effet positif *important* sur leur bien-être au quotidien ([tableau 7](#))

Tableau 7 Perception de l'amélioration du bien-être par la rééducation périnéale et pelvienne

5 %	8 %	19 %	62 %
ont rapporté que, globalement, le traitement <i>n'a pas permis du tout d'améliorer leur bien-être au quotidien</i>	ont rapporté que, globalement, le traitement a <i>permis d'améliorer un peu leur bien-être au quotidien</i>	ont rapporté que, globalement, le traitement a <i>permis d'améliorer moyennement leur bien-être au quotidien</i>	ont rapporté que, globalement, le traitement a <i>beaucoup permis d'améliorer leur bien-être au quotidien</i>

d. *Reprise d'activités*

Une grande proportion des répondantes (89 %) croient que la REPP a permis la reprise d'activités qu'il était devenu impossible de réaliser depuis la survenue de leur incontinence urinaire ou d'autres dysfonctions. Cependant, moins de la moitié (41 %) ont eu une réponse très positive concernant son utilité à cet égard ([tableau 8](#)).

Tableau 8 Perception de la reprise d'activités par la rééducation périnéale et pelvienne

11 %	9 %	21 %	41 %
ont rapporté que, globalement, le traitement <i>n'a pas permis du tout la reprise de certaines activités qu'il était devenu impossible d'exécuter</i>	ont rapporté que, globalement, le traitement a <i>permis un peu la reprise de certaines activités qu'il était devenu impossible d'exécuter</i>	ont rapporté que, globalement, le traitement a <i>permis moyennement la reprise de certaines activités qu'il était devenu impossible d'exécuter</i>	ont rapporté que, globalement, le traitement a <i>beaucoup permis la reprise de certaines activités qu'il était devenu impossible d'exécuter</i>

2.1.6 Avantages et inconvénients de la rééducation périnéale et pelvienne

Selon les femmes consultées, la REPP a plusieurs avantages. Entre autres, elle permettrait :

- de mieux connaître son corps et ses besoins;
- d'avoir des outils pour se prendre en charge seule à la maison (et à long terme);
- de prévenir ou de régler un problème de dysfonction du plancher pelvien et les symptômes associés;
- de reprendre les activités physiques et quotidiennes;
- d'améliorer sa condition physique, sa qualité de vie, sa santé sexuelle ou sa relation de couple;

- d'être accompagnée par une ou un physiothérapeute qui adapte le programme de rééducation selon les besoins des femmes (approche individualisée).

Certaines répondantes (14 %) ont également relevé des inconvénients associés à l'approche conservatrice. Les principaux concernent les coûts liés aux traitements, la longue liste d'attente pour obtenir un rendez-vous et le temps que requiert le traitement, y compris le déplacement pour se rendre à la clinique.

2.1.7 Défis et éléments facilitateurs en lien avec la rééducation périnéale et pelvienne

Près de 60 % des répondantes ont rapporté qu'au cours des traitements elles ont vécu des situations qui pouvaient compromettre l'effet positif du traitement, comme :

- une perte de motivation à long terme;
- de la difficulté à faire les exercices, surtout s'ils sont longs et complexes;
- de la difficulté à trouver un moment pour exécuter le programme;
- du découragement, surtout si leur condition ne s'améliore pas;
- maintenir une bonne relation avec le ou la physiothérapeute.

Éléments qui aident à poursuivre le programme de rééducation :

- des traitements ou des cours en groupe qui permettent de garder la motivation;
- être encouragée et suivie par un physiothérapeute spécialisé en REPP disponible en tout temps;
- avoir le soutien de son conjoint ou de sa famille;
- avoir une assurance qui couvre les frais de traitement;
- la participation d'autres professionnels dans le processus de soins, comme la sage-femme ou le médecin de famille.

2.1.8 Accessibilité et qualité des services

Afin d'optimiser l'accessibilité et la qualité des services offerts aux personnes à risque ou qui ont des dysfonctions du plancher pelvien, 57 % des répondantes ont proposé des suggestions ou apporté des commentaires. Par ordre d'importance :

- 1) une meilleure sensibilisation du public et des femmes concernées, et parallèlement des médecins et professionnels de la santé en ce qui concerne les dysfonctions du plancher pelvien et la REPP;
- 2) une meilleure prise en charge durant la période périnatale, par exemple être suivie par une équipe multidisciplinaire impliquant la présence de physiothérapeutes spécialisés en rééducation;

- 3) une meilleure offre de services en général (prévention primaire et secondaire) et lorsqu'un traitement est requis (par exemple durant la période postnatale);
- 4) diminution du coût des traitements (pour une meilleure équité);
- 5) offre de traitements reconnus par des professionnels qualifiés.

2.1.9 Pistes de solution pour mieux répondre aux besoins des personnes à risque ou touchées par les dysfonctions du plancher pelvien

Finalement, l'équipe a demandé aux répondantes si elles avaient des *pistes de solution* pour que les services actuellement offerts puissent mieux répondre aux besoins des personnes à risque ou qui ont une dysfonction du plancher pelvien. De nombreux éléments en commun avec la question précédente ont été soulignés par 85 %¹¹ (n = 311) des répondantes, entre autres en ce qui a trait à l'accessibilité des traitements, au suivi pré et postnatal, et au remboursement des traitements pour un meilleur accès.

Les nouveaux éléments, par thèmes, soulignés par les répondantes et qui permettent de complémer la question précédente et d'apporter des solutions concrètes afin de répondre aux besoins des femmes sont rapportés.

En ce qui concerne l'accès à la REPP, les répondantes proposent, par exemple :

- d'avoir un « guichet unique », ou une modalité d'accès qui facilite la prise des rendez-vous (par exemple via une plateforme Web);
- de mieux savoir à quel professionnel s'adresser pour une orientation (médecin de famille, spécialiste, physiothérapeute directement, autres?);
- que les physiothérapeutes soient accessibles directement sans consultation médicale préalable advenant un remboursement public;
- d'avoir une liste de professionnels et de cliniques disponibles par région, qui se spécialisent en REPP;
- que l'information des groupes de soutien associés aux dysfonctions du plancher pelvien ou à la REPP soit facilement diffusée et accessible aux nouvelles mamans;
- la création d'un regroupement de professionnels spécialisés dans le domaine pour faciliter l'orientation des femmes vers le traitement approprié.

¹¹ 16 % ne veulent pas répondre/question qui ne s'applique pas.

En ce qui concerne l'approche et/ou le traitement de REPP, les répondantes suggèrent, par exemple :

- que l'accompagnement en rééducation soit en fonction de la motivation et de la sévérité des symptômes d'une personne – programme motivationnel afin d'optimiser l'adhésion au traitement;
- d'inclure des approches ou exercices qui améliorent la compréhension et l'autonomisation (*empowerment*) des femmes face à leur corps – également pour une meilleure adhésion au traitement à long terme et la reprise d'exercices par les femmes elles-mêmes ultérieurement, au besoin;
- que les physiothérapeutes emploient diverses approches pour aider les femmes à mieux comprendre et visualiser leur corps et à bien exécuter les exercices – les explications sont parfois rapidement données en clinique.

En ce qui concerne la formation et la sensibilisation des médecins et professionnels de la santé, les répondantes proposent, entre autres :

- que l'association des physiothérapeutes organise des séances d'information, propose une formation initiale ou de la formation continue aux professionnels de la santé susceptibles de faire un suivi auprès des femmes (médecins de famille, spécialistes, autres);
- de faire plus de publicité auprès des professionnels de la santé pour défaire le tabou entourant les dysfonctions du plancher pelvien et informer de l'importance de la REPP dans la vie des femmes.

2.2 Revue de la littérature

En parallèle à la consultation au Québec, une revue de la littérature – *perspective patientes* – a été conduite afin d'identifier des études qui explorent l'expérience de soins et l'impact de la REPP sur la qualité de vie des femmes qui présentent des dysfonctions du plancher pelvien et celle de leurs proches, et mettre en parallèle les résultats avec les données issues de la consultation au Québec.

Au total, 1 285 enregistrements ont été répertoriés dans les bases de données entre 2015 et 2020. De ce nombre, 18 articles ont été inclus par consensus entre les professionnels scientifiques – voir le diagramme de flux et qualité des études retenues en [annexe D](#). Des tableaux-synthèses des données qualitatives et quantitatives préparés à partir des grilles d'extraction sont présentés aux annexes [E](#) et [F](#).

Les études à devis qualitatif – n = 5; entrevues, observations, groupes de discussion ou revue de la littérature qualitative [Grant et Currie, 2020; Terry et al., 2020; Reynolds et Wilson, 2019; Wagg et al., 2017; Hay-Smith et al., 2015] ont exploré les défis, préoccupations, perceptions, croyances, l'acceptabilité et l'expérience de soins de femmes enceintes (n = 15), de femmes qui avaient accouché durant les cinq dernières années (n = 49), et de femmes qui avaient spécifiquement reçu des traitements de REPP (n = 15). L'analyse thématique de ces études a permis de relever quatre grands thèmes

relativement à l'incontinence urinaire et autres dysfonctions du plancher pelvien, ou associés à la REPP, soit :

- la qualité de vie et de santé;
- l'expérience de soins;
- la connaissance et la compréhension – de l'incontinence urinaire, d'autres dysfonctions et de la REPP;
- les barrières et facilitateurs (de la REPP).

Les études à devis quantitatif et mixte avaient des objectifs similaires à ceux des devis qualitatifs, soit d'explorer les attitudes, perceptions et connaissances des femmes envers les dysfonctions et la REPP, et les défis d'implantation d'un programme de rééducation ou les facteurs d'adhésion au traitement. Cette section présente les résultats de la revue à partir des grands thèmes énoncés ci-dessus, et par l'intégration des résultats des études à devis quantitatif et mixte afin de discuter des résultats en tenant compte des données issues de la consultation au Québec (section précédente).

2.2.1 Impacts de l'incontinence urinaire et autres dysfonctions sur la qualité de vie et de santé

Comme relevé dans la consultation au Québec, la littérature souligne que plusieurs femmes sont préoccupées par l'incontinence urinaire et la perte de tonus dans la région pelvienne, ce qui touche leur image, leur confiance en elles, leur féminité, leurs relations sexuelles et leur relation avec leur conjoint [Hay-Smith et al., 2015]. L'image de soi, ou la confiance en soi, et en conséquence les relations intimes, sont également compromises lorsqu'une femme présente également un prolapsus des organes pelviens [Rada et al., 2020]. La peur de ne pas pouvoir satisfaire son conjoint, et conséquemment qu'il y ait relations extraconjugales, est une préoccupation réelle des femmes [Hay-Smith et al., 2015].

« My husband might have no feeling. I was worried about not being attractive, and he might go out to find other women. If my husband had an extramarital affair it would be my fault. » [Hay-Smith et al., 2015].

Des femmes en période périménopause rapportent des frustrations comme conséquences de l'incontinence urinaire, de la sécheresse vaginale et de la douleur durant les relations intimes, ce qui diminue leur désir, leur satisfaction sexuelle et leur qualité de vie en général : « *It really disturbed me. Urinary incontinence impacts my sexual life. I fear leakage occurring during sex and want to finish it quickly. This annoys me. Why did this happen to me? So that's been a definite turn off. The feelings of not being in control of your body and not able to stop leakage, upset me and I sometimes think I am useless* [Hay-Smith et al., 2015] ».

2.2.2 Expérience de soins

Le grand thème de l'expérience de soins explore la prise en charge et le suivi professionnel des femmes à risque ou atteintes d'incontinence urinaire ou d'autres dysfonctions du plancher pelvien, ainsi que la relation et la communication avec le professionnel de la santé.

Prise en charge et suivi professionnel

Comme l'ont souligné plusieurs femmes interrogées à l'occasion de la consultation au Québec, les résultats de la revue systématique relèvent un manque de suivi et de soins destinés aux femmes qui souffrent d'incontinence urinaire ou d'autres dysfonctions après l'accouchement [Grant et Currie, 2020]. Comme le rapporte cette femme interrogée dans une étude [Grant et Currie, 2020] – mais également dans d'autres études [Reynolds et Wilson, 2019] –, la santé du bébé semble être plus au cœur des préoccupations après l'accouchement que la santé physique et psychologique de la maman : « *I think if the health visitor had more sign posting information about, like, keeping yourself well and, like, how to get you back to being physically active and things, that would've helped ... the health visitor did focus primarily on the health of the baby and your mental health* [Grant et Currie, 2020] ».

Certaines femmes ont également expérimenté la réticence des professionnels de la santé à les orienter vers un physiothérapeute spécialisé en REPP, par méconnaissance des dysfonctions du plancher pelvien comme l'incontinence urinaire ou de la REPP, ou la méconnaissance de la pertinence de cette rééducation pour prévenir ou traiter l'incontinence urinaire¹².

On rapporte que, lorsqu'elles ont des fuites urinaires, les femmes se voient offrir de porter des serviettes hygiéniques [Wagg et al., 2017], plus faciles d'accès qu'un traitement de REPP ou que d'autres types de traitement.

Bien que certaines tendent à attendre avant de demander de l'aide lorsqu'elles présentent des symptômes d'incontinence urinaire ou d'autres dysfonctions du plancher pelvien (donc obtiennent une prise en charge tardive [Grant et Currie, 2020], selon certains auteurs [Wagg et al., 2017], la plupart des femmes semblent consulter un médecin ou une infirmière lorsqu'elles en ressentent le besoin. C'est ce qui a également été observé dans la consultation au Québec.

En ce qui concerne la prise en charge et le suivi des femmes par une ou un physiothérapeute spécialisé en REPP en post-partum, les femmes interrogées dans les études ne s'entendent pas toutes sur le moment adéquat pour recevoir les traitements; certaines suggèrent après six semaines, et d'autres plutôt à la fin du troisième mois [Grant et Currie, 2020]. Mais, quel que soit le moment, le suivi semble être apprécié et valorisé. D'ailleurs, selon certains auteurs, un encadrement plus officiel en REPP après

¹² Une étude rapporte aussi un manque d'information concernant l'incontinence urinaire chez une grande proportion de médecins de famille [Dufour et al., 2019], et une méconnaissance de la REPP ainsi que des professionnels qui peuvent offrir cette intervention comme approche de remplacement des médicaments et de la chirurgie aux femmes touchées par l'incontinence urinaire.

l'accouchement serait apprécié par les femmes [Terry et al., 2020], au-delà d'une conversation « légère » avec le médecin ou la sage-femme lors du rendez-vous de routine en obstétrique [Reynolds et Wilson, 2019]. C'est une demande qui a également été faite par les répondantes de la consultation au Québec.

Selon l'analyse qualitative des études, l'expérience de soins en ce qui concerne la prise en charge et le suivi des femmes par une ou un physiothérapeute spécialisé en REPP semble être exclusivement vécue durant la période post-partum. Une revue systématique souligne [Salmon et al., 2020] parallèlement qu'une évaluation et un suivi en REPP ne sont pas automatiquement implantés dans les cliniques prénatales, bien que cela soit recommandé par des lignes directrices internationales. Plusieurs raisons expliquent cela, entre autres l'augmentation des responsabilités et de la charge de travail des infirmières et sages-femmes dans les cliniques prénatales, le manque de formation à cet égard, et le manque de modèles d'implantation d'une telle approche. Comme observé dans les consultations au Québec, l'étude souligne que les maternités devraient offrir un service personnalisé de REPP impliquant l'intervention de physiothérapeutes spécialisés en fonction des besoins des femmes, de leur culture, leur langue et leur ethnie jusqu'à la période post-partum. Les défis associés à une telle implantation demeurent, entre autres en ce qui concerne l'acceptation par les femmes et les professionnels d'un tel service, surtout si les professionnels de la santé ne sont pas à l'aise avec l'examen du vagin durant la grossesse ou lors du suivi post-partum [Dickinson et Briscoe, 2017].

Relation et communication avec le professionnel

L'incontinence urinaire et les autres dysfonctions du plancher pelvien ne sont pas un sujet facile à aborder avec les professionnels de la santé [Wagg et al., 2017], et certains d'entre eux semblent les évoquer rapidement : « *The midwife asked “so you know all about pelvic floor exercises then”? The patient replied “I do” and there was no further discussion* [Terry et al., 2020] ». Ces mêmes auteurs soulignent que de nombreuses occasions de discussion entre les femmes et leur professionnel traitant sont manquées, par gêne, embarras, intérêt ou par manque de temps : « *women did not initiate a discussion of UI (urinary incontinence) or PFME (pelvic floor muscle exercises). In interviews, both women and midwives described opportunities in appointments where a fuller discussion of PFME could potentially have taken place, which may have been missed or not fully utilised* [Terry et al., 2020] ». La relation de confiance entre la femme et le professionnel de la santé est donc fondamentale afin d'aborder un sujet aussi sensible; comme l'ont observé d'autres auteurs, « *it was clear that it was not any easy subject to talk about, and it took time to develop relationships* [Wagg et al., 2017] ».

Le manque de temps pour bâtir une bonne relation entre les femmes et les professionnels, surtout lorsque la langue ou la culture engendrent des difficultés de communication, n'aide pas les femmes à aborder les sujets de santé sensibles qui les concernent [Salmon et al., 2020]. Cette gêne, cet embarras et la difficulté de communication ont également été rapportés par un certain nombre de femmes consultées au Québec.

Les auteurs ont remarqué que des suppositions peuvent nuire à la communication entre les femmes et les professionnels de la santé [Terry *et al.*, 2020]. Par exemple, des femmes peuvent penser que la sage-femme n'a pas abordé le sujet de l'incontinence urinaire par manque de temps et parce que le sujet n'est pas aussi important que la santé du bébé (en suivi post-partum). À l'inverse, des sages-femmes et autres professionnels de la santé peuvent ne pas vouloir aborder ce sujet sensible avec les femmes afin de conserver leurs relations avec leurs patientes, ou user de stratégies qui prennent du temps avant d'engager la conversation [Salmon *et al.*, 2020].

2.2.1 Connaissance et avantages perçus de la rééducation périnéale et pelvienne

Information reçue

Selon les auteurs des études retenues, comme observé dans la consultation au Québec, plusieurs femmes interrogées n'étaient pas informées de l'existence et du mécanisme d'action des muscles du plancher pelvien [Hay-Smith *et al.*, 2015], surtout lors d'une première grossesse [Reynolds et Wilson, 2019]. Plusieurs femmes ne savaient pas comment contracter les muscles pelviens [Hay-Smith *et al.*, 2015], ou n'avaient pas fait le lien entre la force de ces muscles du plancher pelvien et l'incontinence urinaire [Reynolds et Wilson, 2019].

Certains auteurs soulignent que les femmes reçoivent parfois de l'information contradictoire venant de diverses sources (famille, amis, professionnels, médias) [Reynolds et Wilson, 2019] en ce qui concerne la santé pelvienne, ou de l'information parcellaire et non représentative sur les options de prise en charge et de traitements en raison d'un manque d'éducation en santé féminine chez les professionnels de la santé [Wagg *et al.*, 2017] : « *Attitudes of (...) health professionals were often coloured by poor educational knowledge, for example, giving pads as a quick solution. This was seen by the groups as negative and disempowering for the women* [Wagg *et al.*, 2017]. » Les discours contradictoires « *have a profound effect on the women, causing uncertainty and reducing confidence in the effectiveness of the exercises* » [Wagg *et al.*, 2017].

L'étude systématique de Salmon et ses collaborateurs [2020] souligne aussi la méconnaissance des professionnels de la santé concernant l'incontinence urinaire et les autres dysfonctions du plancher pelvien ainsi que les options de traitement, y compris la rééducation. Cela a également été rapporté par plusieurs répondantes de la consultation au Québec. Selon la revue de Dickinson et Briscoe [2017], le manque de formations des professionnels de la santé dans ce domaine résulte en une variation considérable de techniques de rééducation proposées aux femmes, qui ne sont pas toujours efficaces. Parallèlement, il a été rapporté dans cette étude que certains médecins de famille (ou omnipraticiens) croient que la discussion et l'éducation entourant la REPP reviennent aux sages-femmes, bien que plusieurs femmes auraient aimé en discuter avec leur médecin traitant, surtout si le problème n'avait pas été observé durant la période périnatale. Dans l'étude de Bo et ses collaborateurs [2020], les femmes ont reçu de l'information par rapport à la rééducation principalement par l'entremise d'un

professionnel de la santé autre que leur médecin traitant (59 %), ou via les médias hors hôpital (35 %). Aucune d'entre elles n'a discuté de la REPP avec son médecin.

Puisque la discussion entourant l'incontinence urinaire ou d'autres dysfonctions n'est pas systématique entre les femmes et leurs professionnels de la santé durant la période périnatale, entre autres, comme observé dans la littérature et dans la consultation au Québec, certaines femmes sont contraintes de s'informer différemment, soit par l'entremise d'amis ou par Internet [Reynolds et Wilson, 2019], mais « *certainly not from a midwife point of view or a doctor point of view* ». D'autres soulignent que « *the only time that PFMEs (pelvic floor muscle exercises) were discussed in the ante-natal period, was during the ante-natal classes, and even then, the exercises were not explained or practised, and there was a lack of clarity about the reasons for carrying out the exercises* [Reynolds et Wilson, 2019] ». Près de 60 % des femmes interrogées dans une étude incluse dans la revue de la portée de Dickinson et Briscoe (2017) [Dickinson et Briscoe, 2017] soulignent avoir espéré discuter davantage de la REPP lors de leur rendez-vous anténatal, et près de 80 % auraient aimé recevoir un cours de rééducation par leur sage-femme. Les sages-femmes soulignent toutefois que ce sont les physiothérapeutes spécialisés en rééducation qui devraient accompagner les femmes. L'information reçue quant aux options de traitement, y inclus la rééducation et l'information quant à son efficacité pour prévenir ou traiter les dysfonctions du plancher pelvien, semble être insuffisante ou inadéquate, en particulier en période périnatale [Wagg et al., 2017].

Dans une étude transversale réalisée auprès de femmes adultes enceintes suivies dans une clinique prénatale [Bo et al., 2020], seulement 28 % de ces femmes ont répondu correctement aux questions concernant la REPP destinées à évaluer leur connaissance et compréhension de cette approche. Parmi ces femmes, 93 % et 79 %, respectivement, ont souligné connaître les avantages et les inconvénients du traitement, et la presque totalité des femmes ont rapporté avoir confiance en cette approche thérapeutique (sécurité). Dans une autre étude portant sur des femmes en post-partum, la connaissance de l'approche de rééducation était d'un peu moins de 40 % [Sacomori et al., 2020b]. La presque totalité des femmes en période post-partum interrogées par Moosdorff-Steinhauser et ses collaborateurs [2015] auraient également souhaité recevoir de l'information sur les dysfonctions du plancher pelvien par un professionnel de la santé afin de prévenir celles-ci, et 75 % d'entre elles en particulier avant l'accouchement. L'étude de Muhammad et ses collaborateurs [2019] rapporte aussi une faible connaissance des avantages de la rééducation pour prévenir ou traiter l'incontinence urinaire, ainsi que de la manière dont doivent être exécutés les exercices de renforcement.

Intérêts et avantages perçus

Parmi les études retenues, plusieurs femmes interrogées ont souligné l'importance de discuter davantage des bienfaits de la REPP et de susciter l'intérêt envers cette approche thérapeutique dans la société pour prévenir ou traiter les dysfonctions du plancher pelvien [Grant et Currie, 2020; Terry et al., 2020], mais certaines femmes n'y voient pas toujours une utilité [Zoorob et al., 2017]. La consultation au Québec a relevé le

même besoin. Les femmes qui ont reçu des traitements de rééducation interrogées dans les études y voient un grand avantage pour leur santé physique et le contrôle spécifique des muscles du plancher pelvien (et comment mieux gérer les symptômes), et cela augmente leur confiance en elles [Hay-Smith *et al.*, 2015]. D'autres précisent que les bienfaits de la rééducation sont proches de l'activité physique, soit des avantages psychologiques et de santé mentale [Grant et Currie, 2020]. Tous ces avantages sont également soulignés par une grande proportion des femmes qui ont participé à la consultation en ligne au Québec. Parallèlement, la santé sexuelle est une préoccupation très importante chez les femmes interrogées, dans la littérature [Hay-Smith *et al.*, 2015] et au Québec, non négligeable par rapport à la santé globale des femmes, à leur qualité de vie et leurs relations de couple.

Certaines femmes soulignent toutefois ne pas avoir de symptômes suffisamment sévères pour commencer un traitement, et elles supposent que d'autres femmes dans la même situation peuvent être trop timides pour consulter et discuter des bienfaits de la rééducation [Terry *et al.*, 2020].

2.2.3 Barrières et facilitateurs

Défis et éléments facilitants

Quatre études abordent les défis et les éléments facilitants relativement à la REPP [Grant et Currie, 2020; Terry *et al.*, 2020; Wagg *et al.*, 2017; Hay-Smith *et al.*, 2015]. Premièrement, le manque de temps, la fatigue et le fait d'oublier d'effectuer les exercices sont les principales contraintes rapportées par les femmes interrogées dans les études à devis qualitatif, surtout les jeunes mamans qui doivent s'occuper d'un bébé. Ce fait a été également souligné par les professionnels de la santé comme les sages-femmes [Terry *et al.*, 2020]. Ces raisons expliquant le manque d'adhésion au traitement sont aussi observées dans d'autres études [Venegas *et al.*, 2018; Dickinson et Briscoe, 2017; Zoorob *et al.*, 2017; Moossdorff-Steinhauser *et al.*, 2015] et dans la consultation au Québec. L'oubli (61 %), le manque de temps (52 %) et la nécessité de s'occuper du bébé et des autres enfants dans la maisonnée (57 %) étaient aussi les contraintes principales qui empêchaient de bien adhérer au traitement, selon l'étude longitudinale de Sacomori et ses collaborateurs [2020b]. Comme le soulignent Wagg *et al.* [Wagg *et al.*, 2017], « *It was suggested that regular reminders regarding exercises and enquiring about symptoms would be empowering and reduce barriers* » [Wagg *et al.*, 2017]. Cela aiderait certainement à augmenter l'engagement des femmes dans leur programme de rééducation [Salmon *et al.*, 2020].

Comme rapporté dans la consultation au Québec, le fait de ne pas savoir si les exercices sont bien exécutés (exercices pas clairs, difficiles à exécuter ou manque de confiance), et de ne pas recevoir d'aide professionnelle ou sous d'autres formes (support numérique, groupe d'aide, etc.) [Grant et Currie, 2020; Wagg *et al.*, 2017] constitue une préoccupation soulignée par les femmes : « *Some participants initially found it difficult, until they indentified the feeling and the techniques of PFME* [Hay-Smith *et al.*, 2015]; “*I find it a very difficult exercise to know how to do, I tend to squeeze my stomach in and*

think “oh i’m not doing it right?” “No-one can really watch you doing it, so you kinda presume you’re doing it right.” » [Grant et Currie, 2020]; « Women were often not confident that they were correctly performing PFME: “For me because I don’t have a lot of confidence in my own abilities I would probably want somebody else to check” » [Terry et al., 2020].

Ce manque d'accès à un suivi spécialisé en REPP (y compris les encouragements) peut diminuer l'adhésion au traitement à long terme [Salmon et al., 2020; Muhammad et al., 2019]. Certaines femmes ont rapporté avoir consulté dans des cliniques privées afin de demander de l'aide à un professionnel qualifié en cette matière, ce qui a engendré des coûts importants qui ne peuvent être payés par toutes les femmes [Grant et Currie, 2020]. Cette problématique fait écho aux résultats observés dans la consultation au Québec.

Beaucoup d'information reçue au même moment, souvent durant la grossesse et sous forme de dépliant, ou d'information contraire reçue à la fois par des professionnels de la santé, des tiers et la famille, surchargent également les femmes, brouille le discours entourant le programme de rééducation et limite la capacité à commencer un traitement efficacement [Terry et al., 2020; Wagg et al., 2017]. Selon Muhammad et ses collaborateurs [2019], Hay-Smith et ses collaborateurs [2015] et Dickinson et Briscoe [2017], le manque d'information, ou le fait de recevoir de l'information divergente sur la REPP, est le facteur le plus contraignant par rapport à l'adhésion à un traitement de rééducation, surtout chez les jeunes femmes à leur première grossesse qui sont issues de milieux défavorisés, puisque l'accès à l'information est parfois plus difficile.

La méconnaissance du corps féminin, en particulier de la zone génitale et des muscles associés, et la méconnaissance d'options de traitement pour remédier au problème de dysfonctions du plancher pelvien sont aussi des barrières relevées par des revues [Salmon et al., 2020; Dickinson et Briscoe, 2017] et soulignées par des femmes dans la littérature [Hay-Smith et al., 2015] et dans la consultation au Québec.

Une étude longitudinale a démontré que l'adhésion à moyen terme à un programme de REPP (après 3 mois) était corrélée avec la confiance en soi avant le traitement et un âge plus élevé – puisque les femmes plus âgées ne travaillent généralement pas [Sacomori et al., 2020a]. Des résultats similaires ont été observés dans l'étude transversale de Venegas et ses collaborateurs [2018] chez 61 femmes traitées pour de l'incontinence urinaire. Mais la confiance en soi était le seul prédicteur significatif de l'adhésion au traitement, ce qui démontre qu'une connaissance minimale du traitement est importante pour favoriser l'adhésion (savoir dès le départ comment bien exécuter les exercices) et permettre l'évaluation des attentes de départ en fonction des résultats obtenus.

L'on observe dans la littérature que plus une femme présente des symptômes sévères d'incontinence et plus il est difficile de vivre avec la condition (perception subjective de son expérience avec l'incontinence) et d'être motivée à commencer un programme de rééducation ou un autre traitement (attitude positive envers le traitement) [Te West et al., 2017]. La littérature est toutefois contradictoire à cet égard : certaines études ont plutôt démontré que les femmes aux symptômes les plus sévères sont plus enclines à

participer à un programme de rééducation, surtout dans les cas d'incontinence urinaire et de prolapsus des organes pelviens [Moosdorff-Steinhauser *et al.*, 2015].

D'autres études ont démontré que, plus la personne prône des valeurs de santé dans sa vie (valeurs intrinsèques ou valeurs personnelles d'être engagé dans sa santé personnelle), et plus cette personne adhérera au traitement de REPP [Reed *et al.*, 2020; Osborne *et al.*, 2017; Moosdorff-Steinhauser *et al.*, 2015]. Osborne et ses collaborateurs [2017] ont aussi relevé que les valeurs de « travail » (vouloir retourner au travail) ou de « réussite », de « spiritualité » et « d'indépendance » (vouloir se sentir bien dans son corps et prendre le contrôle de son corps – proches du concept d'autonomisation – prédisaient la présence assidue des femmes aux séances de rééducation. Le concept d'autonomisation (*empowerment*) a aussi été rapporté lors de la consultation au Québec, démontrant une volonté d'appropriation de son corps et de sa vie par les femmes à risque ou souffrant d'incontinence urinaire et d'autres dysfonctions. Et selon Hay-Smith et ses collaborateurs [Hay-Smith *et al.*, 2015], plus une femme démontre des compétences par rapport au contrôle de son corps et envers les exercices du programme (autonomisation), et plus elle aura une réponse favorable d'adhésion au traitement. Une réponse positive à un traitement aide ensuite les femmes à prioriser les séances d'exercices dans leur vie de tous les jours et à continuer à suivre le programme à long terme.

Plus globalement, il a aussi été souligné dans la littérature que les croyances et attitudes, plus fortes dans certains groupes socioéconomiques (transmission intergénérationnelle et maternelle de la culture) augmentent les défis de communication de l'information en ce qui concerne l'incontinence urinaire et les autres dysfonctions ainsi que les options de traitement destinées aux femmes [Salmon *et al.*, 2020]. Cette situation peut demander l'éducation de toute la famille en ce qui concerne la problématique afin d'optimiser l'adhésion au traitement des femmes concernées. Mais, en plus, selon la revue de Dickinson et Briscoe [2017], l'éducation joue un rôle important dans la réduction de l'incontinence urinaire au niveau populationnel et dans l'adhésion à un traitement. Et lorsqu'une femme adhère correctement à un programme de rééducation avant et après une grossesse, elle a tendance, naturellement, à recommencer par elle-même un traitement de rééducation pour prévenir une dysfonction lors de ses grossesses subséquentes ou lors d'événements potentiellement à risque d'incontinence urinaire ou de dysfonction dans le futur (période pérимénopause, par exemple), tirant ainsi profit de ses connaissances obtenues antérieurement [Dickinson et Briscoe, 2017].

Stigmatisation et tabous

Quatre études [Grant et Currie, 2020; Terry *et al.*, 2020; Wagg *et al.*, 2017; Hay-Smith *et al.*, 2015] ont couvert les sous-thèmes de la stigmatisation et des tabous. Le fait que certaines femmes subissent de la réprobation sociale, puisqu'elles présentent un symptôme qui n'est pas la « norme sociale attendue » chez une femme – soit, ici, un symptôme d'incontinence urinaire ou de dysfonction du plancher pelvien qui viendrait plus tôt qu'attendu, soit normalement avec l'âge ou la maladie comme la démence –

entraîne les femmes à endurer leurs symptômes et les empêche d'en discuter sérieusement avec un professionnel de la santé :

« Some women preferred to discuss with a close relative, some a close friend. There was a strong feeling that 'getting on with it' was the required programme: It's a problem we've got to deal with ourselves and just get on with it, another burden like periods and things like that » [Wagg et al., 2017].

« I think a lot people think that it doesn't affect them - it's in later life, it's incontinence, it comes with dementia » [Terry et al., 2020].

« They felt the benefits of PFMT were not widely discussed because of taboo issues: "It's something that a bit of a weird taboo in society, speaking about women's private parts and it's a shame, because if women talk about bladder problems and what happens early on. Then maybe you'd do something to stop that from happening. Whereas, it's only kind of mentioned to you when you start having babies ..." » [Grant et Currie, 2020].

La revue systématique de Salmon et ses collaborateurs [2020] souligne aussi que l'incontinence urinaire est vue comme un tabou par plusieurs femmes, et dans certaines cultures en particulier, ce qui engendre des difficultés émotionnelles et sociales plus importantes pour discuter du problème avec un professionnel de la santé et optimiser l'implantation d'un programme de REPP dans les cliniques.

Perception et normalisation

La stigmatisation et les tabous entourant les dysfonctions du plancher pelvien dans la société et dans les médias banalisent la problématique et minimisent les symptômes [Wagg et al., 2017] – bien qu'ils soient fréquents [Grant et Currie, 2020] –, ce qui a des conséquences importantes dans la vie des femmes touchées et sur les avenues de traitement :

« A combination of assumptions, societal stigmatisation and a normalisation of UI during pregnancy and childbirth, together with embarrassment (either actual or assumed), could have affected communication between midwives and women relating to PFME and UI » [Terry et al., 2020].

« Both HCPs (health care professionals) and women alluded to an assumption that pregnancy and childbirth inevitably leads to UI (urinary incontinence) [...] » [Terry et al., 2020].

Selon les femmes, « comments by friends and relatives may encourage normalisation of the symptoms, unbeknown to the health professional » [Wagg et al., 2017].

Conséquemment, les femmes touchées par l'incontinence urinaire ou d'autres dysfonctions du plancher pelvien peuvent elles-mêmes banaliser le problème et penser que les fuites urinaires sont inévitables après un accouchement et doivent être endurées. Plusieurs répondantes de la consultation au Québec ont également rapporté le problème de banalisation des fuites urinaires dans la société, et la perception qu'elles sont inévitables (et non traitables) à la suite d'une grossesse. Cela est également relevé par Salmon et ses collaborateurs [2020] : « *perceptions and experiences of urinary symptoms in relations or peers were worrying and implied that incontinence was inevitable and permanent* » [Wagg et al., 2017].

Les auteurs, tout comme les répondantes de la consultation au Québec, soulignent que les médias ont une grande influence dans le processus de normalisation, « (...) *encouraging pads rather than help seeking* » [Wagg et al., 2017]. Conséquemment, le discours entourant l'incontinence urinaire et les dysfonctions du plancher pelvien semble confus, puisqu'il normalise les symptômes les plus légers. Ainsi, comme observé dans les études, « *most participants did not consider the condition of UI to be sufficiently severe, as a result they did not seek professional help* » [Hay-Smith et al., 2015]. Cela « (...) *affected (the) communication between midwives and women relating to PFME and UI (urinary incontinence)* » [Terry et al., 2020], et les options de traitement qui s'offrent aux femmes touchées par la problématique.

FORCES ET LIMITES

La méthode de consultation et d'analyse de la littérature employée dans le présent projet, qui avait pour but de recueillir des données contextuelles et expérientielles auprès des personnes concernées par la problématique, a permis de relever les principaux enjeux cliniques et organisationnels associés à l'implantation d'un programme de remboursement de la REPP au Québec. Les données recueillies démontrent des perspectives favorables à cet égard, et également en ce qui a trait à l'impact positif de la REPP sur la qualité de vie liée à la santé des femmes à risque ou atteintes d'une dysfonction du plancher pelvien.

En ce qui concerne la consultation en ligne, la méthode d'échantillonnage a permis de joindre un nombre substantiel de répondantes partout au Québec (367 consultations individuelles par questionnaire), et il en résulte une richesse d'information pour répondre adéquatement aux questions d'évaluation. Cependant, l'analyse descriptive a démontré un biais de représentation des femmes concernées par la problématique. En effet, une grande proportion des femmes qui ont participé à la consultation en ligne étaient déjà sensibilisées aux conséquences des dysfonctions du plancher pelvien, et favorables à la REPP. Par conséquent, même si le nombre total de répondantes consultées a été jugé plus que suffisant, il est impossible d'affirmer que les données recueillies représentent l'ensemble des points de vue et expériences vécues au Québec relativement à la trajectoire de soins des femmes à risque ou atteintes de dysfonctions du plancher pelvien. La description de chaque idée associée à chacun des thèmes et l'analyse transversale de ces idées entre répondantes ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Malgré cela, même si le nombre total de répondants aux diverses consultations ne peut être complètement représentatif de l'opinion de tous les individus interpellés par la problématique à l'étude dans un avis, pour ce projet, un nombre suffisant de personnes concernées par la problématique ont été rencontrées (femmes, patientes collaboratrices, experts) pour recueillir un consensus de constats, d'idées et/ou de questions par rapport aux dysfonctions du plancher pelvien et à la REPP, d'autant plus que l'approche qualitative préconisée dans ce projet a permis d'obtenir une certaine profondeur dans les propos des répondantes et de confirmer les données issues de la littérature scientifique [Creswell, 1998; Morse, 1994].

CONCLUSION

Les dysfonctions du plancher pelvien entraînent des sensations d'inconfort et de la douleur, et réduisent significativement la qualité de vie des femmes touchées, ce qui compromet leur bien-être psychologique, social et sexuel. Bien que prévalentes, les dysfonctions du plancher pelvien sont peu comprises et sous-rapportées, en raison, notamment, du potentiel de stigmatisation qui y est associé et de l'embarras qu'elles représentent pour les personnes touchées.

Au Québec, la majorité des femmes consultées soulignent avoir pu aborder facilement le sujet des dysfonctions du plancher pelvien et de la santé pelvienne avec leur professionnel de la santé. Malgré cela, la réprobation sociale, la minimisation du problème, les tabous et la normalisation des dysfonctions du plancher pelvien dans les médias entraînent les femmes à endurer leurs symptômes et les empêchent d'en discuter avec un professionnel de la santé. Ces résultats semblent conformes à ceux de la littérature scientifique consultée dans le cadre de ce projet.

Comme approche conservatrice, la REPP est favorablement accueillie par les femmes concernées par la problématique. Les femmes rapportent le grand avantage de l'intervention en prévention et comme traitement. Mais, puisque l'offre en REPP dans le réseau public au Québec est très limitée, que les frais associés ne sont pas toujours remboursés par les assurances privées et qu'on rapporte des délais d'attente importants dans certaines régions pour obtenir un premier rendez-vous en consultation privée, plusieurs femmes ont mentionné ne pas avoir pu se prévaloir de la REPP. L'iniquité d'accès à cette rééducation peut aggraver les symptômes de dysfonctions du plancher pelvien, et subséquemment nécessiter la prise de médicaments ou se solder par une chirurgie, laquelle est reconnue pour avoir des effets indésirables et augmenter les coûts de santé. Par conséquent, bien que l'ensemble des femmes consultées soient favorables au remboursement de la REPP, il semble important de préconiser diverses modalités d'offres de soins et services pour mieux répondre aux besoins non comblés des femmes et aux défis organisationnels propres au Québec.

RÉFÉRENCES

- Blais M et Martineau S. L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives* 2006;26
- 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.
- Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 2017;28(2):191-213.
- Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Sage Publications, Inc. éd 1998.
- Dickinson B et Briscoe L. Why is education for pelvic floor muscle exercises a neglected public health issue? *British Journal of Midwifery* 2017;25(11):724-9.
- Dufour S, Hondronicols A, Flanigan K. Enhancing Pelvic Health: Optimizing the Services Provided by Primary Health Care Teams in Ontario by Integrating Physiotherapists. *Physiother Can* 2019;71(2):168-75.
- Excel. MCM. 2018.
- Grant A et Currie S. Qualitative exploration of the acceptability of a postnatal pelvic floor muscle training intervention to prevent urinary incontinence. *BMC Womens Health* 2020;20(1):9.
- Hay-Smith J, Dean S, Burgio K, McClurg D, Frawley H, Dumoulin C. Pelvic-floor-muscle-training adherence "modifiers": A review of primary qualitative studies-2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper III of IV. *Neurourol Urodyn* 2015;34(7):622-31.
- Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J* 2016;27(2):165-94.
- Moosdorff-Steinhauser HF, Albers-Heitner P, Weemhoff M, Spaanderman ME, Nieman FH, Berghmans B. Factors influencing postpartum women's willingness to participate in a preventive pelvic floor muscle training program: a web-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;195:182-7.
- Morse JM. Designing funded qualitative research. . Dans : Lincoln NKDYS, réd. *Handbook of qualitative research*. Sage Publications, Inc. éd 1994 : pp. 220–35.

Muhammad J, Muhamad R, Husain NRN, Daud N. Pelvic Floor Muscle Exercise Education and Factors Associated with Implementation among Antenatal Women in Hospital Universiti Sains Malaysia. Korean J Fam Med 2019;40(1):45-52.

NVivo QIPL. NVivo (Version 12). 2018;

Osborne LA, Whittall CM, Hanratty H, Emery S, Reed P. Health, work and spirituality values predict attendance at pelvic floor muscle training sessions. Journal of Pelvic, Obstetric & Gynaecological Physiotherapy 2017;(121):45-52.

Paillé P et Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin éd. Paris, France 2003 :.

Rada MP, Jones S, Falconi G, Milhem Haddad J, Betschart C, Pergialiotis V, et al. A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies on pelvic organ prolapse for the development of core outcome sets. Neurourol Urodyn 2020;39(3):880-9.

Reed P, Whittall CM, Osborne LA, Emery S. Impact of Strength and Nature of Patient Health Values on Compliance and Outcomes for Physiotherapy Treatment for Pelvic Floor Dysfunction. Urology 2020;136:95-9.

Reynolds N et Wilson IM. "There was no real importance put on them". Experiences of multiparous women and pelvic floor muscle exercise (PFME) prescription. A qualitative study. Physiotherapy Practice & Research 2019;40(2):135-43.

Sacomori C, Berghmans B, de Bie R, Mesters I, Cardoso FL. Predictors for adherence to a home-based pelvic floor muscle exercise program for treating female urinary incontinence in Brazil. Physiother Theory Pract 2020a;36(1):186-95.

Sacomori C, Zomkowski K, Dos Passos Porto I, Cardoso FL, Sperandio FF. Adherence and effectiveness of a single instruction of pelvic floor exercises: a randomized clinical trial. Int Urogynecol J 2020b;31(5):951-9.

Salmon VE, Hay-Smith EJC, Jarvie R, Dean S, Terry R, Frawley H, et al. Implementing pelvic floor muscle training in women's childbearing years: A critical interpretive synthesis of individual, professional, and service issues. Neurourol Urodyn 2020;39(2):863-70.

SPSS I. Statistics for Windows Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp. éd 2017.

Te West NI, Parkin K, Hayes W, Costa DS, Kasparian NA, Moore KH. Does motivation predict outcome of pelvic floor muscle retraining? Neurourol Urodyn 2017;36(2):316-21.

Terry R, Jarvie R, Hay-Smith J, Salmon V, Pearson M, Boddy K, et al. "Are you doing your pelvic floor?" An ethnographic exploration of the interaction between women and midwives about pelvic floor muscle exercises (PFME) during pregnancy. Midwifery 2020;83:102647.

Van Campenhoudt L et Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. Dunod éd.
Paris, France : 2011.

Venegas M, Carrasco B, Casas-Cordero R. Factors influencing long-term adherence to pelvic floor exercises in women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2018;37(3):1120-7.

Wagg AR, Kendall S, Bunn F. Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: a grounded theory study. *Prim Health Care Res Dev* 2017;18(5):448-62.

Zoorob D, Higgins M, Swan K, Cummings J, Dominguez S, Carey E. Barriers to Pelvic Floor Physical Therapy Regarding Treatment of High-Tone Pelvic Floor Dysfunction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2017;23(6):444-8.

ANNEXE A

Questionnaire en ligne



La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin Mise en contexte

Introduction

Le MSSS a mandaté [l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux \(INESSS\)](#) afin d'évaluer la pertinence d'inclure la rééducation périnéale et pelvienne à la gamme de services publics pour la prévention ou le traitement des dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin et, le cas échéant, la faisabilité de mettre en place un programme universel.

Les **dysfonctions du plancher pelvien** se manifestent principalement par de l'incontinence urinaire, mais aussi par de la douleur périnéale, de la dyspareunie (douleur durant l'acte sexuel), de l'incontinence fécale, de la constipation fonctionnelle ou un prolapsus (descente) des organes. Plusieurs facteurs peuvent augmenter les risques de dysfonctions, incluant l'âge, la grossesse et la parité (nombre total d'accouchements), la préménopause ou la ménopause, les habitudes de vie et la pratique d'activités physiques.

Plusieurs approches peuvent être envisagées pour traiter les dysfonctions du plancher pelvien, incluant des traitements physiologiques, comportementaux, pharmacologiques, chirurgicaux et la rééducation périnéale et pelvienne. La **rééducation périnéale et pelvienne**, généralement réalisée par un physiothérapeute accrédité, consiste en une variété d'exercices de renforcement et de détente des muscles du plancher pelvien, qui peuvent être accompagnés ou non de rétroaction biologique (*biofeedback*), de stimulations électriques, d'une approche éducative, comportementale ou manuelle, et soutenue par des outils comme des cônes vaginaux ou pessaires.

Votre participation

L'INESSS souhaite recueillir, auprès de personnes de sexe féminin peu importe leur identité de genre a) vivant avec une dysfonction du plancher pelvien, ou b) ayant une condition qui pourrait augmenter le risque de développer une dysfonction du plancher pelvien, ou c) être enceinte ou désirant avoir un enfant, ou d) étant dans une période péri-ménopause, ET utilisant, ayant utilisé ou ayant envisagé d'utiliser la rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir ou traiter une condition, **de l'information sur leur expérience avec leur condition (clinique ou physique) et les soins et services dont elles ont bénéficié.**

Bénéfices et avantages pour les répondantes

En remplissant ce questionnaire, vous ne recevrez aucun incitatif monétaire ni avantage direct pour votre participation. En revanche, les réponses serviront à mieux comprendre les besoins des personnes ayant ou à risque de développer une dysfonction du plancher pelvien, et les soins et services qui leur sont offerts au Québec, notamment en rééducation périnéale et pelvienne.

Risques et inconvénients pour les répondantes

Votre participation ne présente aucun risque et le seul inconvénient est le temps que vous y consacrerez.

Votre consentement

Aucune information personnelle permettant de vous identifier ne sera utilisée ni partagée à des tiers. Seule l'équipe de professionnels attribués au projet aura accès aux informations colligées par le questionnaire et les informations seront détruites à la fin du projet. Le fait de remplir ce questionnaire et de le retransmettre en ligne sera considéré comme l'expression de votre consentement libre et éclairé à participer au projet. Notez que vous êtes libre de vous retirer du projet à tout moment sans que cela vous porte préjudice.

Votre collaboration est précieuse pour nous. Nous tenons à vous remercier pour le temps et l'attention que vous portez à nos travaux. Pour toutes questions, veuillez contacter :

Marilyn Fortin, Ph. D.

Professionnelle scientifique en santé

Courriel : marilyn.fortin@inesss.qc.ca

Équipe projet – La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien – INESSS

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Admissibilité

Qui peut remplir le questionnaire

Pour répondre au questionnaire, vous devez :

- Être une personne de sexe féminin, peu importe l'identité de genre;
- Avoir 18 ans ou plus;
- **Présenter actuellement** une condition* ou être dans une situation ou une période de vie qui a mené ou pourrait mener à **une dysfonction du plancher pelvien** (par ex. être enceinte, en période péri-ménopause ou être une athlète de haut niveau**) **ET pour laquelle la rééducation périnéale et pelvienne a été ou aurait pu être indiquée**;

OU

- **Avoir eu antérieurement** une condition* ou être dans une situation ou une période de vie qui a mené ou pourrait avoir mené à **une dysfonction du plancher pelvien** (par ex. être enceinte, en période péri-ménopause ou être une athlète de haut niveau*) **ET pour laquelle la rééducation périnéale et pelvienne a été ou aurait pu être indiquée**.

*La condition ne doit pas être d'origine neurologique, cognitive ou psychologique affectant la moelle épinière, le cerveau ou la condition générale de la personne (par ex. maladie de Parkinson, troubles cognitifs, sclérose en plaques, syndrome du nerf périphérique, atrophie des systèmes multiples, accidents vasculaires cérébraux, spina-bifida, démence, traumatisme physique ou psychologique).

***Une athlète de haut niveau est une personne qui est engagée dans un sport de façon continue, à intensité élevée et à une fréquence d'entraînement très régulière. Certains sports de haut niveau sont plus sujets à mettre à risque une personne de développer des dysfonctions du plancher pelvien tels que la course à pied (incluant les marathons et triathlons), les sports impliquant des sauts (gymnastique, trampoline, basketball entre autres), l'athlétisme, le tennis ou le squash.*

****Il n'est pas nécessaire d'avoir essayé la rééducation périnéale et pelvienne pour remplir le questionnaire.*



La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Démarche

Comment remplir le questionnaire

Un seul questionnaire par personne peut être rempli. Si vous ne pouvez compléter le questionnaire en une même séance, il est possible d'enregistrer vos réponses et de finaliser le tout ultérieurement en vous reconnectant via le lien Survey Monkey ET **en utilisant le même appareil que lors de votre première connexion** (c'est-à-dire le même ordinateur, le même portable, ou le même téléphone intelligent). Le temps requis pour remplir le questionnaire en ligne est estimé à environ 45 minutes. Les données seront recueillies sur une plateforme d'enquête sécurisée.

Le présent questionnaire comporte une cinquantaine de questions réparties en quatre parties.

La première partie du questionnaire porte sur vos informations personnelles. Elles sont requises afin de nous permettre de mieux connaître les répondantes de notre questionnaire et par souci de transparence. De plus, cette section inclut des questions relatives aux conflits d'intérêts puisque l'INESSS demande que tous les participants à un processus d'évaluation fassent état de leurs conflits d'intérêts, et ce, dans le but d'assurer l'objectivité et la crédibilité du processus. Précisons que ces informations ne sont pas utilisées pour rejeter des questionnaires ou de l'information fournie.

Dans le questionnaire, de nombreuses questions permettent de choisir parmi diverses options de réponses et certaines d'entre elles offrent la possibilité de laisser un commentaire. Un [glossaire](#) est aussi à votre disposition afin de mieux comprendre certaines questions comportant des termes scientifiques ou cliniques spécifiques.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à communiquer avec la personne responsable : marilyn.fortin@inesss.qc.ca

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Consentement

* 1. Avant de débuter, vous confirmez que vous avez lu et compris l'information qui vous a été transmise ci-dessus et que vous acceptez de répondre à ce questionnaire de manière libre et éclairée.

Oui

Non

* 2. Vous confirmez également que vous êtes une personne de sexe féminin peu importe votre identité de genre ayant une condition ou étant dans une situation ou période de vie qui pourrait augmenter le risque de développer des dysfonctions du plancher pelvien, OU avec ou ayant eu des symptômes de dysfonctions du plancher pelvien.

Oui

Non

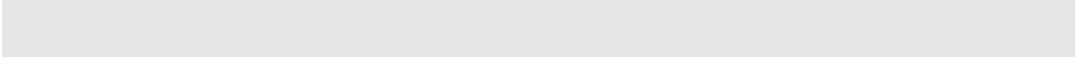


La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Déclaration de conflits d'intérêts et de rôles

En accord avec la politique de l'INESSS sur les conflits d'intérêts, nous vous demandons de répondre à ces questions. Un conflit d'intérêts survient lorsqu'une personne se trouve dans une situation où elle peut influencer le processus d'évaluation en favorisant ses intérêts (personnels, financiers ou en lien avec ses activités professionnelles) au-delà des intérêts de la mission de l'INESSS.

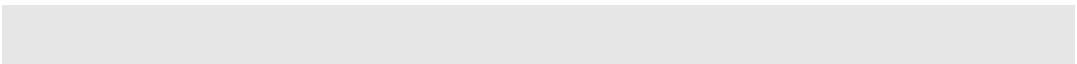
* 3. Comment avez-vous entendu parler de cette consultation à l'INESSS?

- Réseaux sociaux (Facebook ou LinkedIn);
- INESSS express;
- Votre clinique d'obstétrique/gynécologique;
- Votre maison de naissance ou sage-femme;
- Votre clinique de médecine familiale ou GMF;
- Votre clinique de physiothérapie;
- Laboratoire de recherche/universités;
- Autre (veuillez préciser):


* 4. Au cours des deux dernières années, avez-vous un lien personnel, financier ou professionnel avec une clinique, un laboratoire ou un projet de recherche, une association ou un regroupement de patients en lien avec la rééducation périnéale et pelvienne?

Par exemple, rémunération, financement, dons, cadeaux, participation à une conférence ou un comité, honoraires pour des activités de représentation, etc.

- Oui
- Non

Si oui, veuillez préciser


* 5. Avez-vous un lien avec un membre du personnel de l'INESSS?

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser

* 6. Avez-vous déjà pris publiquement position par rapport à la rééducation périnéale et pelvienne?

Par exemple, lettre ouverte dans un journal, publication sur un réseau social, entrevue dans les médias, etc.

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Information sur la répondante (1/2)

* 7. Votre région/ville de résidence:

* 8. Cochez la situation qui se rapporte à vous.

Plusieurs réponses sont possibles.

- Je suis une personne n'ayant jamais eu d'enfants;
- Je suis une personne ayant eu un/des enfant(s);
- Je suis actuellement enceinte;
- Je viens d'accoucher (1 à 3 mois);
- J'ai accouché il y a plus de 3 mois;
- Je suis une personne en préménopause (début d'une baisse de production d'œstrogène) ou ménopausée (arrêt complet de production d'œstrogène sur au moins 12 mois);
- Je suis une sportive de haut niveau;
- Je suis une personne ayant subi une chirurgie dans la région du plancher pelvien à la suite d'une condition médicale;
- Je ne veux pas répondre.
- Autre (veuillez préciser):

9. Si vous avez déjà été enceinte, combien de grossesse(s) à terme avez-vous eue(s)?

* 10. Votre groupe d'âge:



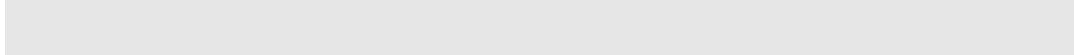
* 11. Votre dernier niveau de scolarité complété:



* 12. Exercez-vous ou avez-vous déjà exercé une profession dans le domaine de la santé?

- Oui
- Non
- Je ne veux pas répondre.

Si oui, veuillez préciser:

A horizontal grey rectangular box used to redact sensitive information.

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Information sur la répondante (2/2)

Note. Voir le [glossaire](#) pour la définition de certains symptômes.

* 13. Parmi les symptômes ci-dessous de dysfonctions du plancher pelvien les plus fréquents, lesquels se rapportent ou se rapportaient à vous?

Une ou plusieurs réponses sont possibles:

- J'ai des symptômes urinaires (p. ex. incontinence à l'effort, incontinence d'urgence, etc.);
- J'ai des symptômes fécaux (p. ex. incontinence, constipation, diarrhée aiguë, etc.);
- J'ai une descente d'organes (p. ex. de la vessie, de l'utérus, du rectum, etc.);
- J'ai une douleur périnéale et pelvienne (p. ex. aiguë, chronique, généralisée, localisée, etc.);
- J'ai des symptômes liés à la fonction sexuelle ou trouble de la fonction sexuelle;
- Je n'ai aucun symptôme, mais j'ai une condition ou je vis une situation qui pourrait augmenter mon risque de développer des dysfonctions du plancher pelvien;
- Ne s'applique pas/je ne sais pas.
- J'ai d'autres symptômes. Veuillez préciser:

14. Est-ce que vos symptômes sont présents:

Autre (veuillez préciser):

15. Depuis combien de temps ressentez-vous vos symptômes?

Années

Mois

Semaines

Veuillez préciser le nombre:

16. Depuis combien de temps vivez-vous avec une condition ou une situation qui pourrait augmenter votre risque de développer des dysfonctions du plancher pelvien?

Années

Mois

Semaines

Veuillez préciser le nombre:

17. Comment votre condition ou vos symptômes liés à votre dysfonction du plancher pelvien affectent votre vie au quotidien?

Expliquez votre réponse.

18. Comment votre condition ou vos symptômes liés à votre dysfonction du plancher pelvien affectent la vie des membres de votre famille ou de vos proches?

Expliquez votre réponse.

19. Avez-vous déjà eu besoin de vous absenter du travail à cause de votre condition ou de vos symptômes?

Oui

Non

Expliquez votre réponse au besoin:

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Prise en charge et trajectoire de soins

La prise en charge et la trajectoire de soins des personnes souffrant de dysfonctions du plancher pelvien incluent l'**évaluation** (soit l'historique de la patiente, l'examen clinique, les examens et les tests), le **diagnostic**, la **prévention** de l'aggravation des symptômes et le **traitement**. Elle peut être assurée par divers professionnels de la santé de différentes disciplines. Il s'agit généralement de médecins (de famille, omnipraticiens ou spécialistes), de physiothérapeutes/kinésithérapeutes, d'infirmiers, et (ou) de sages-femmes, selon les pays.

Note. Les questions suivantes concernent votre prise en charge et votre trajectoire de soins pour votre problème de dysfonction du plancher pelvien actuel ou passé.

* 20. Avez-vous déjà consulté **un médecin ou un autre professionnel de la santé** pour discuter de vos symptômes liés à votre dysfonction du plancher pelvien ou votre condition qui pourrait augmenter votre risque de développer des dysfonctions du plancher pelvien?

Oui

Non

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Prise en charge et trajectoire de soins

* 21. Si oui, quel(s) type(s) de professionnel(s) avez-vous consultés?

- Médecin de famille;
- Omnipraticien;
- Gynécologue;
- Physiothérapeute;
- Infirmier(ière);
- Kinésithérapeutes;
- Autre (veuillez préciser):

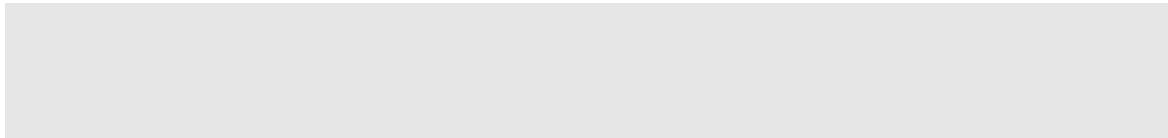
* 22. Qu'est-ce qui vous a motivé à aborder le sujet avec un professionnel de la santé?

* 23. Avez-vous eu de la difficulté à aborder le sujet avec le(s) professionnel(s) consulté(s)?

Oui

Non

Expliquez votre réponse au besoin:



La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Prise en charge et trajectoire de soins

* 24. Si vous avez **spécifiquement déjà consulté un médecin** pour discuter de vos symptômes liés à votre dysfonction du plancher pelvien ou votre condition, avez-vous reçu une prescription ou une référence médicale pour un traitement (préventif ou curatif)?

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Prise en charge et trajectoire de soins (traitements)

* 25. Si oui, quel(s) traitement(s) vous a(ont) été prescrit(s)?

- Pharmacologique;
- Chirurgical;
- Rééducation périnéale et pelvienne;
- Autre (veuillez préciser):

* 26. Si vous avez débuté le traitement prescrit et que celui-ci n'était pas de la rééducation périnéale et pelvienne, est-ce que ce traitement a permis d'améliorer vos symptômes liés à votre dysfonction du plancher pelvien ou de prévenir l'apparition de symptômes?

Cette question s'applique aussi si vous avez eu plus d'un traitement.

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Ne s'applique pas



Expliquez votre réponse au besoin:

* 27. En plus de ce(s) traitement(s), avez-vous tenté par vous-même d'autres traitements/approches non prescrits par un médecin pour vous soulager?

Oui

Non

Ne s'applique pas

Si oui, quel(s) traitement(s)/approche(s):

* 28. Si oui, est-ce que ce(s) traitement(s)/approche(s) a(ont) permis d'améliorer vos symptômes liés à votre dysfonction du plancher pelvien ou de prévenir l'apparition de symptômes?

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Ne s'applique pas



Expliquez votre réponse au besoin:

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Prise en charge et trajectoire de soins

* 29. Si vous avez déjà consulté un **professionnel de la santé autre qu'un médecin** pour discuter de vos symptômes liés à votre dysfonction du plancher pelvien ou votre condition pouvant vous prédisposer à développer des dysfonctions du plancher pelvien, que vous a conseillé ce professionnel pour prévenir ou soulager les symptômes (**excluant la rééducation périnéale et pelvienne**)?

- Ne s'applique pas
- Expliquez votre réponse:

* 30. Si vous avez mis en pratique ce que le professionnel vous a conseillé, est-ce que cela a permis de prévenir ou améliorer vos symptômes?

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Ne s'applique pas



Expliquez votre réponse au besoin:

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Prise en charge et trajectoire de soins

31. Si vous n'avez jamais consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour discuter de vos symptômes liés à votre dysfonction du plancher pelvien ou votre condition vous prédisposant à développer des dysfonctions du plancher pelvien, quelles en sont les raisons?

- Ne s'applique pas

Veuillez préciser:

* 32. Si vous n'avez jamais reçu de prescription ou de référence médicale en rééducation périnéale et pelvienne, avez-vous tout de même décidé de débuter des séances de rééducation par vous-même?

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

Expliquez votre réponse au besoin:

* 33. Si vous n'avez jamais essayé la rééducation périnéale et pelvienne, aimeriez-vous éventuellement essayer cette approche thérapeutique?

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

Expliquez votre réponse au besoin:



La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Rééducation périnéale et pelvienne

Note. Cette section doit être remplie seulement par les personnes ayant reçu OU recevant actuellement des traitements de rééducation périnéale et pelvienne en prévention ou pour soulager des symptômes liés aux dysfonctions du plancher pelvien.

* 34. Avez-vous déjà reçu ou recevez-vous actuellement des traitements de rééducation périnéale et pelvienne en **prévention** ou pour **soulager** des symptômes liés aux dysfonctions du plancher pelvien?

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Rééducation périnéale et pelvienne

Si vous avez déjà reçu ou recevez actuellement des traitements de rééducation périnéale et pelvienne, pouvez-vous préciser:

35. À quel moment avez-vous débuté les traitements?

Veuillez préciser le nombre:

Depuis X
jours/semaines/
mois/années:

ET/OU

Après X
consultations
auprès d'un
médecin ou d'un
autre
professionnel de
la santé:

* 36. De quel endroit avez-vous reçu ou recevez-vous vos traitements?

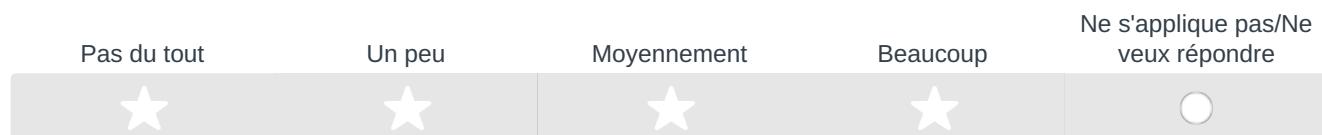
- Clinique privée de physiothérapie (ou autre)
- Clinique externe (par ex. d'obstétrique-gynécologie)
- Hôpital
- CLSC
- GMF
- Autre (veuillez préciser):


* 37. Combien de séries de traitements avez-vous reçu?

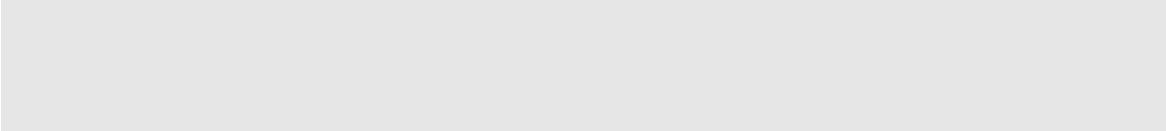
Par exemple, 1 série de 15 traitements, ou 2 séries de 5 traitements, etc.



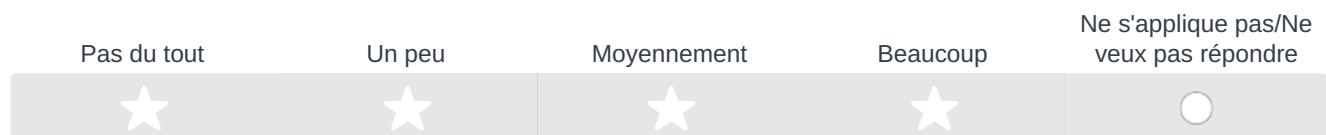
* 38. Diriez-vous que globalement vos traitements ont permis de prévenir d'éventuels symptômes de dysfonctions du plancher pelvien?



Expliquez votre réponse au besoin:

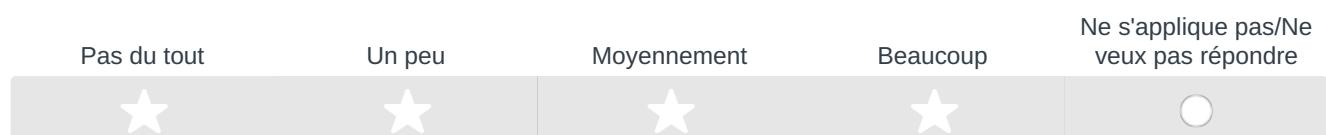


* 39. Diriez-vous que globalement vos traitements **ont soulagé ou soulagent** vos symptômes?



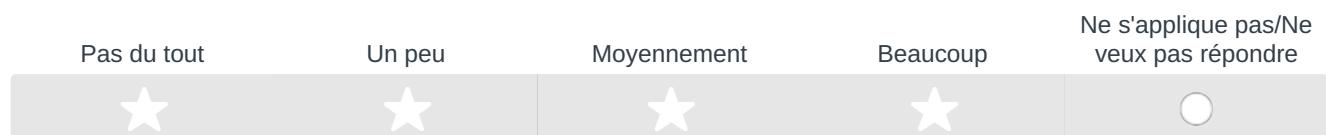
Expliquez votre réponse au besoin:

* 40. Diriez-vous que globalement vos traitements ont permis de **prévenir l'aggravation** des symptômes liés à votre dysfonction du plancher pelvien?



Expliquez votre réponse au besoin:

* 41. Diriez-vous que globalement vos traitements ont amélioré ou soulagent votre bien-être au quotidien?



Expliquez votre réponse au besoin:

* 42. Diriez-vous que globalement vos traitements de rééducation périnéale et pelvienne vous ont permis ou vous permettent de refaire certaines activités qui étaient devenues impossibles pour vous?

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Ne s'applique pas/Ne veux pas répondre



Expliquez votre réponse au besoin:

* 43. Pour vous, quels ont été ou sont les avantages de la rééducation périnéale et pelvienne dans la prévention ou le traitement des dysfonctions du plancher pelvien?

Expliquez votre réponse:

* 44. Vos traitements de rééducation périnéale et pelvienne vous ont-ils occasionné des inconvénients et des effets négatifs?

Oui

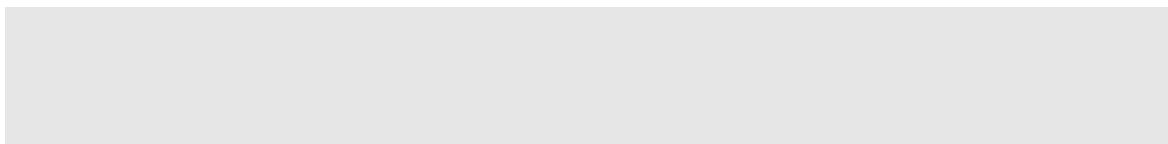
Non

Expliquez votre réponse:

45. Est-ce qu'au cours de vos traitements de rééducation périnéale et pelvienne vous avez vécu ou vivez des contraintes ou défis liés au traitement tels que du découragement, des difficultés à comprendre les exercices à effectuer, des difficultés à conserver votre motivation à effectuer les exercices, ou encore à faire les exercices sans l'aide de votre professionnel, etc.?

- Oui
- Non

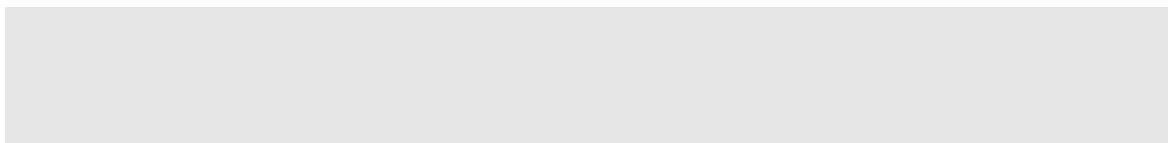
Expliquez votre réponse:



46. Y a-t-il des éléments qui vous ont aidé à poursuivre vos traitements de rééducation périnéale et pelvienne tels que le soutien du conjoint, le soutien de votre professionnel, l'appartenance à un groupe de soutien ou des traitements offerts en groupe?

- Oui
- Non

Expliquez votre réponse:



La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Accès aux soins et services et besoins non comblés

* 47. Avez-vous des assurances qui couvrent en partie ou en totalité les frais de traitements de physiothérapie?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

* 48. Peu importe si vous avez des assurances ou non qui couvrent les frais de traitements de physiothérapie, est-ce que les coûts associés à la rééducation périnéale et pelvienne ont été ou sont un frein pour débuter ou poursuivre un traitement de physiothérapie?

- Oui
- Non

Expliquez votre réponse:

* 49. Est-ce que votre lieu de résidence a été ou est un frein pour envisager un traitement de physiothérapie?

Par exemple, éloignement, accès difficile à un physiothérapeute spécialisé, etc.

Oui

Non

Expliquez votre réponse:

* 50. En fonction de votre expérience de soins vécue et selon les diverses approches ou traitements reçus jusqu'à maintenant, avez-vous toujours des besoins liés à votre condition qui demeurent non comblés?

Oui

Non

Expliquez votre réponse:

* 51. Avez-vous des suggestions ou commentaires à faire relativement à l'accessibilité et la qualité des services qui s'adressent aux personnes ayant des dysfonctions du plancher pelvien, soit la rééducation périnéale et pelvienne ou autre?

Oui

Non

Expliquez votre réponse:

* 52. Comment les services actuellement offerts pourraient mieux répondre aux personnes comme vous qui présentent ces conditions?

Expliquez votre réponse:



La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Conclusion

En terminant, nous aimerions connaitre votre opinion par rapport à ce questionnaire.

* 53. Avez-vous trouvé le questionnaire trop long?

- Oui
- Non
- Un peu
- Ne veux pas répondre

* 54. Avez-vous d'autres commentaires par rapport à ce questionnaire, les dysfonctions du plancher pelvien ou la rééducation périnéale et pelvienne?

Oui

Non

Commentaires:

Consultation de groupe

Dans ce projet, il n'est pas exclu de mettre en place une deuxième consultation sous forme de discussion de groupe auprès de personnes de sexe féminin peu importe leur identité de genre ayant des dysfonctions du plancher pelvien afin d'échanger avec elles plus spécifiquement sur leur expérience de soins, les contraintes et défis d'accès aux soins, de comprendre davantage ce qui est important pour elles quant aux soins reçus et à leurs besoins liés à leur condition.

- Le groupe de discussion, animé par l'équipe projet de l'INESSS probablement en visioconférence et d'une durée approximative de deux heures, pourrait être tenu à l'hiver ou au printemps 2021 (date à déterminer).
- Puisque les places seraient limitées, seules les personnes sélectionnées seraient contactées par courriel préalablement avant la rencontre.
- Les personnes seraient sélectionnées dans l'objectif d'assurer une bonne diversité des participantes. Une compensation financière serait également remise à toutes les participantes et les frais de déplacement (s'il y a lieu) seraient remboursés.

* 55. Advenant la mise en place d'une deuxième consultation de type discussion de groupe, aimeriez-vous y participer?

Oui, je veux participer

Non, je ne veux pas participer



La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien chez les personnes de sexe féminin

Consultation ultérieure

56. Si cela vous intéresse d'être contactée pour participer à une consultation de type discussion de groupe, veuillez nous donner votre nom, prénom, et coordonnées.

Prénom et Nom:

Courriel:

Téléphone:

ANNEXE B

Stratégie de repérage de l'information scientifique

Tableau B-1 Stratégie de repérage de l'information scientifique pour la recherche sur la perspective des patientes¹³

PubMed (NLM)	
Date du repérage : mai 2020	
Limites : 2010-; anglais, français	
#1	Female[mh] OR Women[mh]
#2	female*[tiab] OR girls[tiab] OR woman[tiab] OR women[tiab]
#3	female*[ot] OR girls[ot] OR woman[ot] OR women[ot]
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	Pelvic Floor[mh] OR Pelvic Floor Disorders[mh] OR Pelvic Organ Prolapse[mh] OR Perineum[mh]
#6	diaphragma pelvis[tiab] OR pelvic diaphragm*[tiab] OR pelvic floor[tiab] OR pelvic ground[tiab] OR pelvis diaphragm*[tiab] OR perineal[tiab] OR perineum[tiab] OR regio perinealis[tiab]
#7	colpoptosis[tiab] OR complete external prolapse[tiab] OR complete procidentia[tiab] OR complete prolapse[tiab] OR genital procidentia[tiab] OR genital prolapse[tiab] OR genital-urinary prolapse[tiab] OR genito-urinary prolapse[tiab] OR genitourinary prolapse[tiab] OR overt prolapse[tiab] OR pelvic descent[tiab] OR pelvic organ descent[tiab] OR pelvic organ prolapse[tiab] OR pelvic prolapse[tiab] OR total procidentia[tiab] OR uro-genital prolapse[tiab] OR urogenital prolapse[tiab] OR vagina eversion[tiab] OR vagina prolapse[tiab] OR vaginal descensus[tiab] OR vaginal descent[tiab] OR vaginal procidentia[tiab] OR vaginal prolapse[tiab] OR vaginal ptosis[tiab] OR vaginal vault prolapse[tiab] OR vaginal wall descent[tiab] OR vaginal wall prolapse[tiab] OR (POP[tiab] AND (pelvic[tiab] OR prolapse[tiab]))
#8	diaphragma pelvis[ot] OR pelvic diaphragm*[ot] OR pelvic floor[ot] OR pelvic ground[ot] OR pelvis diaphragm*[ot] OR perineal[ot] OR perineum[ot] OR regio perinealis[ot]
#9	colpoptosis[ot] OR complete external prolapse[ot] OR complete procidentia[ot] OR complete prolapse[ot] OR genital procidentia[ot] OR genital prolapse[ot] OR genital-urinary prolapse[ot] OR genito-urinary prolapse[ot] OR genitourinary prolapse[ot] OR overt prolapse[ot] OR pelvic descent[ot] OR pelvic organ descent[ot] OR pelvic organ prolapse[ot] OR pelvic prolapse[ot] OR total procidentia[ot] OR uro-genital prolapse[ot] OR urogenital prolapse[ot] OR vagina eversion[ot] OR vagina prolapse[ot] OR vaginal descensus[ot] OR vaginal descent[ot] OR vaginal procidentia[ot] OR vaginal prolapse[ot] OR vaginal ptosis[ot] OR vaginal vault prolapse[ot] OR vaginal wall descent[ot] OR vaginal wall prolapse[ot] OR (POP[ot] AND (pelvic[ot] OR prolapse[ot]))
#10	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9
#11	Exercise Therapy[mh] OR Muscle Contraction[mh]
#12	exercise*[tiab] OR muscle action[tiab] OR muscle activity[tiab] OR muscle contracting activity[tiab] OR muscle contraction recording[tiab] OR muscle function[tiab] OR muscle performance[tiab] OR muscle reaction[tiab] OR muscle training[tiab] OR muscle shortening[tiab] OR muscular activity[tiab] OR muscular contraction[tiab] OR muscular contraction recording[tiab] OR myocontraction[tiab] OR physical therapy[tiab] OR physical treatment[tiab] OR program*[tiab] OR skeletal muscle contraction[tiab]
#13	((kinesitherapeutic*[tiab] OR kinesitherapeutic*[tiab]) AND (intervention[tiab] OR method[tiab] OR methodology[tiab] OR procedure[tiab] OR technique[tiab] OR treatment[tiab])) OR kinesiotherapy[tiab] OR kinesitherapy[tiab] OR (SKTM[tiab] AND specialized kinesitherapeutic[tiab])
#14	readaptation[tiab] OR re-adjustment[tiab] OR readjustment[tiab] OR re-education[tiab] OR reeducation[tiab] OR rehabilitation[tiab] OR rehabilitative treatment[tiab] OR re-learning[tiab] OR relearning[tiab] OR re-training[tiab] OR retraining[tiab]
#15	exercise*[ot] OR muscle action[ot] OR muscle activity[ot] OR muscle contracting activity[ot] OR muscle contraction recording[ot] OR muscle function[ot] OR muscle performance[ot] OR muscle reaction[ot] OR muscle training[ot] OR muscle shortening[ot] OR muscular activity[ot] OR muscular contraction[ot] OR muscular contraction recording[ot] OR myocontraction[ot] OR physical therapy[ot] OR physical treatment[ot] OR program*[ot] OR skeletal muscle contraction[ot]
#16	((kinesitherapeutic*[ot] OR kinesitherapeutic*[ot]) AND (intervention[ot] OR method[ot] OR methodology[ot] OR procedure[ot] OR technique[ot] OR treatment[ot])) OR kinesiotherapy[ot] OR kinesitherapy[ot] OR (SKTM[ot] AND specialized kinesitherapeutic[ot])

¹³ Cette annexe présente la stratégie effectuée dans le moteur PubMed seulement, à titre d'exemple. La stratégie a aussi été lancée dans les bases de données Embase, EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessment, NHS Evaluation Database), PEDro, CINAHL et PsycINFO.

#17	readaptation[ot] OR re-adjustment[ot] OR readjustment[ot] OR re-education[ot] OR reeducation[ot] OR rehabilitation[ot] OR rehabilitative treatment[ot] OR re-learning[ot] OR relearning[ot] OR re-training[ot] OR retraining[ot]
#18	#11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
#19	PFMT[tiab] OR PFMT[ot]
#20	#10 AND #18
#21	#19 OR #20
#22	#4 AND #21
#23	accept[tiab] OR acceptability[tiab] OR acceptable[tiab] OR acceptance[tiab] OR accepted[tiab] OR adheren*[tiab] OR adoption[tiab] OR attitude*[tiab] OR barrier*[tiab] OR belie*[tiab] OR choice*[tiab] OR choose*[tiab] OR choosing[tiab] OR collaborat*[tiab] OR complian*[tiab] OR concerns[tiab] OR decide*[tiab] OR deciding[tiab] OR decision*[tiab] OR dissatisf*[tiab] OR elicit*[tiab] OR empower*[tiab] OR engag*[tiab] OR expect*[tiab] OR experienc*[tiab] OR facilitat*[tiab] OR feedback[tiab] OR input*[tiab] OR involv*[tiab] OR needs[tiab] OR nonadheren*[tiab] OR opinion*[tiab] OR particip*[tiab] OR perceive*[tiab] OR perception*[tiab] OR perspective*[tiab] OR prefer[tiab] OR preference*[tiab] OR preferred[tiab] OR prefers[tiab] OR priorit*[tiab] OR reported[tiab] OR satisf*[tiab] OR self-efficacy[tiab] OR valuation[tiab] OR value[tiab] OR values[tiab] OR view[tiab] OR views[tiab] OR voice*[tiab] OR willing*[tiab] OR wish*[tiab]
#24	Focus Groups[mh] OR Surveys and Questionnaires[mh]
#25	focus group*[tiab] OR nonrespondent*[tiab] OR questionnaire*[tiab] OR randomized response techni*[tiab] OR respondent*[tiab] OR survey*[tiab] OR qualitative study[tiab]
#26	#23 OR #24 OR #25
#27	#22 AND #26
#28	Algorithms[mh] OR Clinical Conference[pt] OR Clinical Protocols[mh] OR Critical Pathways[mh] OR Consensus[mh] OR Consensus Development Conference, NIH[pt] OR Consensus Development Conference[pt] OR Consensus Development Conferences, NIH as topic[mh] OR Consensus Development Conferences as Topic[mh] OR Guideline[pt] OR Guidelines as Topic[mh:noexp] OR Health Planning Guidelines[mh] OR Practice Guideline[pt] OR Practice Guidelines as Topic[mh]
#29	algorithm*[tiab] OR best evidence[tiab] OR best practice*[tiab] OR (best[ti] AND practice*[ti]) OR clinical path[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR clinical paths[tiab] OR clinical protocol*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR consensus[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR evidence base*[tiab] OR evidence report*[tiab] OR evidence synthes*[tiab] OR gold standard*[tiab] OR guidance*[tiab] OR guideline*[tiab] OR guide line*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR practical guide*[tiab] OR practice based evidence[tiab] OR practice parameter*[tiab] OR practice pathway*[tiab] OR practice protocol*[tiab] OR practice standard*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR research evidence*[tiab] OR standard*[ti] OR standard care*[tiab] OR standard practice*[tiab] OR standard of care[tiab] OR standard of practice*[tiab] OR standards of care[tiab]
#30	Meta-Analysis[mh] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analysis as Topic[mh] OR Systematic Review[pt] OR Technology Assessment, Biomedical[mh]
#31	HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR integrative literature review*[tiab] OR integrative overview*[tiab] OR integrative review*[tiab] OR met analy*[tiab] OR meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR meta regression*[tiab] OR metaregression*[tiab] OR meta review*[tiab] OR metareview*[tiab] OR meta synthesis[tiab] OR metasythesis[tiab] OR methodologic overview*[tiab] OR methodologic review*[tiab] OR methodological overview*[tiab] OR methodological review*[tiab] OR overview of review*[tiab] OR overviews of review*[tiab] OR quantitative review*[tiab] OR quantitative overview*[tiab] OR quantitative synthes*[tiab] OR (review[tw] AND (medline[tiab] OR pubmed[tiab]) AND (cinahl[tiab] OR cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR psycinfo[tiab])) OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab])) OR technology appraisal*[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology overview*[tiab] OR technology reassessment*[tiab] OR umbrella review*[tiab]
#32	Case Reports[pt] OR Comment[pt] OR Editorial[pt] OR Letter[pt] OR case report*[ti] OR comment*[ti] OR reply[ti] OR replies[ti] OR editorial*[ti] OR letter*[ti]
#33	#28 OR #29 OR #30 OR #31
#34	#33 NOT #32
#35	#27 AND #34
#36	#27 NOT #35

ANNEXE C

Résultats complémentaires de la consultation en ligne

Profils sociodémographiques des répondantes

Le tableau C-1 rapporte les données sociodémographiques recueillies auprès de répondantes issues de 17 régions administratives du Québec, dont une majorité venaient de la Capitale-Nationale, de Montréal, de l'Estrie et de la Montérégie. Les femmes se situaient majoritairement dans le groupe d'âge des 25-34 ans et 35-44 ans (44 % et 36 %), et elles avaient un niveau de scolarité élevé (81 % ayant un diplôme universitaire).

Tableau C-1 Profil sociodémographique des répondantes

	TOTAL (N = 367)	N (%)
<i>Régions administratives</i>		
Bas-Saint-Laurent	12 (3)	
Saguenay–Lac-Saint-Jean	27 (7)	
Capitale-Nationale	85 (23)	
Mauricie	< 5 (1)	
Estrie	49 (13)	
Montréal	61 (17)	
Outaouais	9 (2)	
Abitibi-Témiscamingue/Côte-Nord/Nord du Québec/Gaspésie	9 (2)	
Chaudière-Appalaches	25 (7)	
Laval	13 (4)	
Lanaudière	13 (4)	
Laurentides	20 (5)	
Montérégie	35 (10)	
Centre-du-Québec	6 (2)	
<i>Âge</i>		
18-24 ans	5 (1)	
25-34 ans	161 (44)	
35-44 ans	131 (36)	
45-54 ans	37 (10)	
55 ans+	33 (9)	
<i>Niveau de scolarité</i>		
Diplôme d'études secondaires ou d'études professionnelles	17 (5)	
Diplôme collégial	49 (13)	
Diplôme universitaire (certificat, baccalauréat, études supérieures)	297 (81)	
Je ne veux pas répondre	< 5 (1)	

Profil clinique des répondantes

Quelques répondantes ont aussi souligné vivre avec d'autres symptômes qui ne figuraient pas dans la liste des choix de réponses (voir tableau 2B).

Tableau C-2 Autres symptômes rapportés par les répondantes

Béance

Constipation avec hémorroïdes

Diastase des grands droits (séparation superficielle des muscles abdominaux)

Difficulté à retenir les gaz

Difficulté de transit intestinal

Diminution de l'appétit

Douleur pelvienne préovulatoire

Douleur à la symphyse pubienne

Douleur au coccyx

Douleur lombaire

Douleur aux nerfs dans la région périnéale et pelvienne

Impression de présence de selle

Lourdeur périnéale et pelvienne lors des règles, couchée, assise, debout

Pas de force de traction dans la région pelvienne

Pression dans la région périnéale et pelvienne

Sensation de lourdeur

Quant à la fréquence des symptômes, la majorité des répondantes (29 %) ont rapporté ressentir des symptômes à quelques reprises durant la semaine, mais pas tous les jours, suivies d'un cinquième qui en ressentaient tous les jours. Près de 10 % ont souligné ressentir des symptômes en tout temps (c.-à-d. sans arrêt durant la journée). Parmi celles qui ont estimé en *nombre d'années* depuis combien de temps elles vivaient avec leur condition ou leurs symptômes, la moyenne se situait à huit années, avec une étendue entre une et trente années. Chez celles qui ont rapporté en *nombre de mois* depuis combien de temps elles ressentaient leurs symptômes, la moyenne était de six mois, avec une étendue allant jusqu'à 24 mois¹⁴.

¹⁴ La durée des symptômes rapportés par les répondantes en nombre de mois chevauche la mesure en nombre de semaines, c.-à-d. que les répondantes qui ont rapporté vivre avec des symptômes depuis plus de quatre semaines auraient pu être compilées en nombre de mois. Nous avons ici conservé la mesure d'origine privilégiée par les répondantes, d'autant plus que le nombre de répondantes qui ont choisi la mesure par semaine est plus faible ($n = 6$) que les deux autres catégories par mois ($n = 73$) et par année ($n = 187$).

Tableau C-3 Fréquence et durée des symptômes

	TOTAL (N = 367)
<i>Fréquence des symptômes</i>	n (%)
En tout temps	31 (8)
Quotidiennement*	75 (20)
Hebdomadairement†	107 (29)
À l'occasion‡	56 (15)
Quelques fois au cours de l'année	38 (10)
Ne s'applique pas/données manquantes	60 (16)
	moy./étendue (n)
<i>Durée des symptômes</i> §	
Nbre d'années	8/1-30 (187)
Nbre de mois	6/1-24 (73)
Nbre de semaines	24/3-40 (6)
Ne s'applique pas/données manquantes	(101)

* À l'occasion, mais tous les jours.

† À quelques reprises durant la semaine, mais pas tous les jours.

‡ 2 à 3 fois par mois.

§ Les répondantes étaient invitées à rapporter depuis combien de temps elles ressentaient des symptômes en nombre d'années, de mois ou de semaines. On rapporte ici la moyenne selon l'échelle choisie, l'étendue ainsi que le nombre de personnes qui ont répondu à la question par catégorie. Les répondantes qui n'avaient aucun symptôme n'ont pas répondu à cette question, et celle-ci comporte plusieurs données manquantes.

Impacts des dysfonctions du plancher pelvien

Voici des résultats complémentaires aux résultats présentés dans le document principal sur l'impact des dysfonctions du plancher pelvien. Plus de 85 % de répondantes ont expliqué en quelques lignes l'impact de leur dysfonction sur leur quotidien. De grands thèmes ont émané des réponses. Par ordre d'importance :

Inconfort, sensation de lourdeur et gêne

« *Sensation de lourdeur de la région périnéale en fin d'après-midi ou de soirée, qui me limite dans mes activités (et) rend inconfortables* » ; « *Chaque jour mon col d'utérus est descendu, lourdeur très présente* » ; « *Inconfort, nécessité de m'asseoir pour alléger le poids du plancher pelvien lors de mes règles. Impossibilité de sortir ou d'être en position debout trop longtemps.* » ; « *Gêne à propos de tous ces symptômes* ».

Impacts sur les relations intimes avec le conjoint, les relations sexuelles et les projets de famille

« *Diminution de la libido, affecte ma relation avec mon partenaire puisque nous avons diminué le nombre de relations sexuelles par mois* » ; « *Difficulté à avoir des relations sexuelles, parce que douloureuses, donc la conception de mes deux enfants a été difficile, baisse de libido* » ; « *Ma condition affecte ma vie sexuelle et conjugale. Les relations sexuelles avec pénétration sont douloureuses. C'est un sujet de tension dans mon couple.* »

La douleur touche également énormément les femmes; elle est intrinsèquement liée à l'inconfort, à la lourdeur et aux rapports sexuels :

« J'ai peur de faire l'amour, car douleur extrême à la fin, lors de menstruation des douleurs extrêmes au niveau du muscle pelvien. Je dois parfois m'arrêter de faire quoi que ce soit et me concentrer à respirer » ; « douleurs aux relations sexuelles, douleurs abdominales. Tout cela interfère dans les activités de la vie quotidienne » ; « j'ai de la douleur au périnée lorsque je suis debout plus d'une heure et demie et j'ai parfois de la difficulté à prendre mon bébé sans douleur ».

L'arrêt des activités quotidiennes et sportives ou le fait d'être limitées dans l'exécution des activités est un autre impact important pour les femmes, qui diminue leur qualité de vie :

« Impossibilité de reprendre la course à pied et d'autres sports » ; « Je me suis empêchée de faire certaines activités sportives ou sorties familiales si la station debout prolongée était impliquée (ex. : files d'attente, festivals) durant plusieurs années » ; « Je ne cours plus, je ne saute plus, je danse sur place sans faire trop de mouvement. Je ne tolère pas la station debout de longue période. Je marche avec un inconfort...voir une douleur. »

Impact sur l'**hygiène personnelle** et sur l'augmentation de la fréquence des fuites ou la peur d'avoir une fuite :

« Je dois parfois changer de sous-vêtements dans la journée, inconfort et peur d'odeur lorsque je ne peux pas me changer » ; « Je dois porter une protection 24h/24h, 7 jours sur 7. Je dois aussi mettre un piqué dans mon lit puisqu'il m'arrive de m'échapper la nuit. Je dois avoir des toilettes proches » ; « Changements de pantalon. Vêtement de rechange en tout temps. Peur de me mouiller en public » ; « Doit mettre des serviettes contre fuites urinaires ou pessaire si activité physique prévue. Souvent peur d'avoir des fuites urinaires lors d'effort non "prévu" (par ex. courir pour ne pas manquer l'autobus alors qu'on n'a pas mis de serviette ou de pessaire). Le pessaire ne réduit pas à 100% les fuites malgré l'essai d'au moins 20 sortes! »

Parallèlement aux fuites, plusieurs répondantes ont souligné être **gênées par de la constipation, de la diarrhée ou des gaz** qui s'accompagnent d'un inconfort, de douleurs et de troubles intestinaux :

« Diarrhée après marche ou activité » ; « Prise de laxaday ou autre de façon régulière, parfois eu des maux de ventre causés par l'irrégularité. Fissures occasionnelles, etc. » ; « Maintenant j'ai de la constipation de façon quasi permanente » ; « constipation au quotidien ce qui engendre une descente d'utérus ».

Les répondantes rapportent aussi de l'**anxiété** par rapport à leur condition à court ou à long terme, que cela **affecte leur moral ou leur santé psychologique, diminue leur confiance en soi ou dégrade leurs relations sociales** :

« Cela m'inquiète, car je connais les risques à long terme, et le risque d'incontinence urinaire créé parfois un peu d'anxiété sociale » ; « Ça affecte mon moral, ma gestion du stress, mon poids, bref bien-être physique et psychologique » ; « L'incontinence est très dérangeante d'un point de vue social et occasionne beaucoup de craintes lors de sorties » ; « Diminution de la confiance en moi. Malaise de me mettre nue devant mon mari. Conséquences multifactorielles ».

En plus des impacts énumérés ci-dessus, des femmes ont rapporté vivre avec une **grande fatigue chronique**, avoir une **perte de sensibilité** dans la zone pelvienne, être énormément **incommodes** par les fuites urinaires qui surviennent dans des situations banales de la vie courante (par exemple éternuer), devoir recevoir divers **traitements** ou passer plusieurs **examens médicaux** pour tenter de trouver une solution à leur problème.

Ensuite, nous avons demandé aux répondantes « *comment leur condition ou symptôme liés à votre dysfonction du plancher pelvien affectent la vie des membres de leur famille ou de leurs proches?* »¹⁵.

Une des conséquences principales rapportées par les répondantes, qui rejoint ce qui a été rapporté dans la question précédente, est l'impact sur les **relations intimes et sexuelles** vécu par le conjoint :

« Mon mari est affecté par ma condition lors de nos rapprochements sexuels » ; « Les douleurs lors des relations sexuelles ont nui à ma vie de couple, influençant la qualité de notre vie sexuelle » ; « Mon conjoint n'osait plus tenter de rapprochement de peur de me faire mal » ; (...) il culpabilise alors que ce n'est pas de sa faute » ; « Rapports sexuels quasi inexistants, conversations quotidiennes ».

Les dysfonctions peuvent également toucher la **vie familiale et les activités**, et peuvent amener de la tristesse ou de l'incompréhension chez les membres de la famille ou les amis :

« Je dois parfois limiter mes activités lorsque je joue avec les enfants (par exemple courir seulement sur une courte distance) afin d'éviter les symptômes » ; « je ne participe pas aux activités extérieures en famille. Plus de sédentarité (donc) santé mentale compromise » ; « Comme je dois prendre des pauses (quand) que je vis de l'inconfort, je dois parfois mettre fin à certaines activités (que) je participe avec des amies ou de la famille ».

¹⁵ Taux de réponse de 82 %.

Augmentation de la **charge familiale du conjoint ou des membres de la famille** et diminution de l'estime de soi en ce qui concerne les compétences parentales :

« Obligation pour les autres membres de ma famille de prendre le relai, d'en faire plus pendant que je me repose » ; « Selon les moments, il peut m'être impossible de donner le bain à mon enfant ou de lui offrir les soins de base (changement de couche, déposer dans le lit à barreau, soulever du sol). C'est difficile pour le deuxième parent et c'est difficile mentalement pour moi » ; « Je sens mes compétences parentales diminuées et mon moral est au plus bas depuis mon accouchement ».

Finalement, certaines répondantes soulignent que les membres de la famille peuvent être **inquiets ou gênés** par rapport à leurs dysfonctions :

« Ma mère (ça) l'inquiète (...) elle a peur que (ce) soit irréversible » ; « Gêne de mes enfants si j'ai une incontinence en jouant avec eux ou s'ils savent que j'ai mis une protection » ; je sais que cela embarrasse mon conjoint lorsque je dois uriner sans attendre ».

Absentéisme au travail

Les dysfonctions du plancher pelvien peuvent aussi augmenter l'absentéisme au travail. Dans notre échantillon, 7 % des répondantes ($n = 27$) ont rapporté avoir déjà eu besoin de s'absenter du travail à cause de leur condition ou des symptômes liés à leur dysfonction du plancher pelvien. Les raisons principales des absences sont pour des rendez-vous médicaux ou des traitements (chirurgie ou physiothérapie, entre autres) liés à la condition ou aux symptômes, pour changer les vêtements mouillés à cause de fuites trop importantes, ou pour des douleurs ou de l'inconfort.

Expériences de soins

Ordonnance médicale et traitements/approches alternatives

Parmi les femmes qui ont *spécifiquement consulté un médecin* (de famille, omnipraticien ou spécialiste) pour discuter des symptômes liés à leur dysfonction du plancher pelvien ou à leur condition, 62 % ($n = 122$)¹⁶ des répondantes ont reçu une ordonnance ou une orientation médicale vers un traitement (préventif ou curatif)^{17,18}. Parmi ces répondantes, 20 % ont reçu une ordonnance pour un traitement pharmacologique, 10 % pour un traitement chirurgical, 87 % pour un traitement de rééducation périnéale et pelvienne, et 16 % pour un autre¹⁹ traitement.

¹⁶ Nous avons calculé les pourcentages sur les 198 femmes qui ont affirmé avoir consulté soit un médecin de famille, un omnipraticien ou un gynécologue. Cette statistique ne tient pas compte des autres médecins ou spécialistes rapportés dans la catégorie « Autre » du tableau 3, à la page 8 du document.

¹⁷ À noter que plusieurs réponses étaient possibles parmi les choix de type de traitement prescrit.

¹⁸ Ne s'applique pas/ne veux pas répondre/données manquantes = 166.

¹⁹ Naturopathie, ostéopathie, pessaire, cônes vaginaux, consultation en sexologie, traitement des fissures anales, psychothérapie, exercice de Kegel.

Parmi ces femmes, 35 % (n = 43) ont tout de même tenté par elles-mêmes d'autres traitements ou approches pour se soulager, par exemple :

- des massages
- des changements au style de vie
- l'ostéopathie
- la naturopathie
- l'acupuncture
- le changement de position pour dormir
- la perte de poids
- le yoga
- l'abandon de la pilule contraceptive
- l'abandon de l'anneau vaginal
- les cônes vaginaux ou pessaires
- l'huile d'émeu ou des huiles essentielles
- les œufs de Yoni
- la ceinture pelvienne
- l'entraînement et la musculation
- les boules chinoises
- des laxatifs
- des suppléments de vitamines (C, Oméga 3, 6, 9, Zinc, et autres)
- la thérapie somatique en mouvement
- ou s'informer sur le sujet

Consultation d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin

Nous avons demandé aux répondantes si elles avaient également déjà consulté un professionnel de la santé *autre qu'un médecin* pour discuter des symptômes liés à leur dysfonction du plancher pelvien ou à leur condition, qui pourraient les prédisposer à développer des dysfonctions du plancher pelvien. Près de 40 % (n = 134) ont répondu par l'affirmative,²⁰ et ont reçu comme conseils :

- de commencer un programme de rééducation périnéale et pelvienne (à la maison ou en groupe);
- de faire des exercices de renforcement ou de musculation à la maison (p. ex. dans la région pelvienne ou abdominale);

²⁰ Répondantes qui ne désiraient pas répondre/des données manquantes, n = 87.

- de changer leurs habitudes de vie (p. ex. changer l'alimentation, la posture);
- d'appliquer une méthode pour mieux évacuer les selles;
- d'utiliser un pessaire;
- de commencer un traitement alternatif (p. ex. ostéopathie);
- de faire des massages du périnée;
- de prendre des bains, d'utiliser la chaleur;
- de faire des exercices de respiration;
- d'examiner la situation plus en profondeur avec un médecin ou un spécialiste (p. ex. gynécologue, sexologue, psychologue);
- d'utiliser des crèmes hydratantes et/ou lubrifiantes;
- d'utiliser des médicaments (p. ex. laxaday, bentylol);
- d'envisager la chirurgie;
- de pratiquer l'abstinence;
- aucun conseil.

Rééducation périnéale et pelvienne

Pour l'ensemble des répondantes du questionnaire, 62 % ($n = 227$) ont déjà reçu ou reçoivent actuellement des traitements de rééducation périnéale et pelvienne en prévention ou pour soulager des symptômes liés aux dysfonctions du plancher pelvien.

Les répondantes ont principalement commencé leur traitement de rééducation après l'accouchement ($n = 90$). Plusieurs ont aussi rapporté avoir eu des traitements durant la grossesse ($n = 29$), ou à la fois en pré ou post-partum ($n = 29$). Seulement deux répondantes ont souligné avoir reçu des traitements durant la période de périménopause. Quelques répondantes soulignent avoir commencé des traitements à un moment qui n'est pas lié à la grossesse, l'accouchement ou la ménopause – par exemple après une chirurgie, un traitement contre le cancer, ou quelques années après une grossesse, en prévention ($n = 7$) –, et un nombre important de répondantes ne précisent pas à quel moment exactement leurs traitements ont commencé ($n = 71$). À noter que les réponses ne sont pas mutuellement exclusives et que certaines répondantes ont amorcé des traitements à plusieurs moments dans leur vie. La très grande majorité des répondantes ont reçu ou reçoivent leurs traitements en consultation privée. Deux répondantes ont rapporté avoir reçu ou actuellement recevoir des traitements en consultation externe d'obstétrique-gynécologie, deux en groupe de médecine de famille, et 14 répondantes sous une autre forme – p. ex. en ligne, par une sage-femme en France, dans une clinique d'ostéopathie ou via un projet de recherche universitaire²¹.

²¹ 2 % ne veulent pas répondre aux questions 35, 36, 37.

Couverture des frais de rééducation périnéale et pelvienne et besoins non comblés

Une majorité des répondantes ont dit avoir des assurances qui couvrent en partie ou en totalité les frais des traitements de physiothérapie (soit 69 % de l'échantillon total²²), et 47 %²³ ont rapporté que les coûts associés aux traitements de rééducation périnéale et pelvienne, avec ou sans assurance, étaient un frein pour commencer ou poursuivre un traitement. Les répondantes soulignent aussi que la couverture varie grandement d'une compagnie d'assurance à une autre, que la rééducation spécialisée est plus chère que la physiothérapie conventionnelle, et qu'un programme de rééducation peut nécessiter l'intervention d'autres professionnels (comme des psychologues). Cela a pour effet d'augmenter considérablement les frais totaux pour recouvrir la santé globale, surtout si la compagnie d'assurance ne couvre pas les frais. Plusieurs répondantes venaient également tout juste d'accoucher, donc étaient en arrêt de travail. Comme elles le soulignent, lors de cette période où les femmes sont particulièrement à risque d'incontinence ou d'autres dysfonctions, elles ne peuvent pas toujours payer les frais élevés de rééducation, surtout si le revenu est grandement diminué lors du congé de maternité.

Seulement 8 % des répondantes ont affirmé que leur lieu de résidence est ou a été un frein pour envisager un traitement de rééducation périnéale et pelvienne²⁴.

En fonction de l'expérience de soins vécue par les répondantes et selon les diverses approches ou traitements reçus, 43 %²⁵ ont indiqué avoir toujours des besoins non comblés liés à leur condition, entre autres :

- **perte des acquis du programme** à long terme, qui fait régresser la condition ou l'état de santé de la femme;
- **ne pas avoir trouvé le bon programme et physiothérapeute** en rééducation périnéale et pelvienne;
- incontinence ou autres symptômes toujours présents, qui nécessitent tout de même la **prise de médicaments**;
- **symptômes toujours présents** à la fin du traitement;
- **apparition d'autres symptômes** à long terme;
- **réévaluation nécessaire** avec l'âge;
- **arrêt des traitements à cause des frais élevés**, mais besoins toujours présents;
- besoin d'essayer d'autres **approches thérapeutiques** en physiothérapie;
- besoin de **traitements plus spécifiques** dans les cas de conditions/états complexes;
- manque de **ressources**;
- besoin d'être suivies en **présentiel**.

²² 16 % ne veulent pas répondre/question qui ne s'applique pas.

²³ 16 % ne veulent pas répondre/question qui ne s'applique pas.

²⁴ 16 % ne veulent pas répondre/question qui ne s'applique pas.

²⁵ 16 % ne veulent pas répondre/question qui ne s'applique pas.

Accessibilité et qualité des services

Parmi les répondantes, 57 %²⁶ (n = 210) ont proposé des suggestions ou apporté des commentaires. Voici les résultats complémentaires des données principales, présentés par ordre d'importance.

Amélioration de l'information transmise et sensibilisation en ce qui concerne les dysfonctions du plancher pelvien et la rééducation périnéale et pelviennes

Pour le grand public et les femmes concernées

« Nous devons faire plus de publicité parce que ça touche beaucoup plus de gens que nous le croyons »; « Informer les jeunes et le monde en général sur les possibles problèmes suite à l'accouchement et quoi faire pour les prévenir »; « Au lieu d'avoir des pubs de couches pour incontinence à (la) télé mettant en scène des femmes de 50 ans, nous devrions avoir plus de pub de rééducation périnéale! »

Pour les médecins et professionnels de la santé

« Assurément le manque de connaissance des professionnels en santé de la femme pour orienter les femmes vers les professionnels »; « Tous les médecins et infirmières devraient faire de la prévention à cet égard. J'ai été extrêmement déçue de constater que c'est tabou »; « Sensibiliser les médecins aux traitements autres que médicaux ».

Une meilleure prise en charge durant la période périnatale

Durant le suivi prénatal et postnatal

« Ça devrait faire partie d'un suivi périnatal régulier pour aider à l'accouchement et pour les suites. La physio a été beaucoup plus aidante que la gynécologue et m'a bien expliqué les choses »; « Il serait important d'ajouter un segment prévention dans les cours prénataux, dans le mieux vivre ainsi que dans le post accouchement. Les mamans ayant accouchés 2-3 fois et + ont majoritairement besoin de ce service et les membres de la famille pour supporter ne sont plus aussi proche qu'avant »; « Donner une série de questions obligatoires en lien avec les symptômes des dysfonctions du plancher pelvien à l'obstétricien qui fait le suivi de 6 semaines post-partum »; « Offrir une évaluation systématique du plancher pelvien en postnatal pour toutes les femmes »; « Faire un suivi 6 mois à un an après l'accouchement par un physio. »

Suivi par une équipe multidisciplinaire

« Avoir une alliance entre les médecins de suivi de grossesse et post-partum et les physiothérapeutes »; « Les suivis sage-femme devraient être plus long que 6 semaines pour permettre aux sages-femmes de faire la rééducation périnéale comme en France ».

²⁶ 16 % ne veulent pas répondre/question qui ne s'applique pas.

Offre de services

(En général (prévention primaire et secondaire, et traitement))

« Toutes les femmes du Québec devraient avoir accès gratuitement à de l'éducation et des traitements préventifs et curatifs lors de leurs grossesses. Les avantages sont immenses pour les femmes, leurs familles, les couples et pour prévenir des soins de santé coûteux. En fait c'est de la prévention de base qui n'est pas faite par le système de santé qui est orienté vers le curatif et cela pénalise les femmes »; « Le service doit être offert à toutes les femmes qui présentent des symptômes ou qui sont en risque. C'est trop difficile avoir une vie normale avec ce sentiment d'inconfort. Je ne peux pas profiter 100% avec ma famille parce que j'ai peur tout le temps d'avoir une fuite »; « Je crois que ce service devrait être offert à toutes les femmes dans le besoin, puisque l'incontinence urinaire n'est pas l'évolution naturelle suite à une grossesse et ces symptômes peuvent être évités ».

Durant la période postnatale

« C'est absolument essentiel que ces services soient offerts automatiquement à toutes les femmes après un accouchement! Plusieurs n'oseront jamais s'informer ou le demander »; « Il faudrait que l'accessibilité soit assurée pour tous, surtout après un accouchement »; « La rééducation devrait être offerte systématiquement et GRATUITEMENT à toutes les femmes en postnatal. Mieux vaut prévenir que guérir (ça générera moins de problèmes plus importants et coûteux au fil du temps) ».

Diminuer les coûts des traitements (pour une meilleure équité)

« Les coûts sont le plus gros frein pour la rééducation périnéale (...) »; « Que celui-ci soit davantage connu et couvert, il s'agit d'une importante injustice à mes yeux que les femmes doivent opter pour des soins privés afin de traiter des difficultés qui sont connues d'une possible majorité de femmes »; « Je souhaite sincèrement que les frais soient couverts en totalité par la RAMQ. C'est extrêmement injuste que les femmes vivent avec l'incontinence ou la douleur lors des relations sexuelles parce qu'elles ont porté un enfant. S'il s'agissait d'un bras coupé, la RAMQ porterait attention »; « Peut-être, moduler les frais selon le revenu? »

Offrir des traitements reconnus, donnés par des professionnels qualifiés

« Accès insuffisant à de bonnes ressources »; « Il serait très important de discuter avec les praticiens praticienne de l'approche qu'ils doivent adopter. Une mauvaise expérience pour une patiente peut avoir de très grandes répercussions. Il faudrait beaucoup plus de professionnels offrant ce service et plus de variété dans le traitement : méthode CMP (connaissance et maîtrise du périnée) est très très intéressante »; « Il peut être difficile de trouver un physiothérapeute formé pour la rééducation périnéale. J'ai eu la chance d'avoir une référence de la part de mon sexologue, mais je n'aurais pas su quelle clinique contacter autrement ».

Bonification de l'offre des services de rééducation périnéale et pelvienne

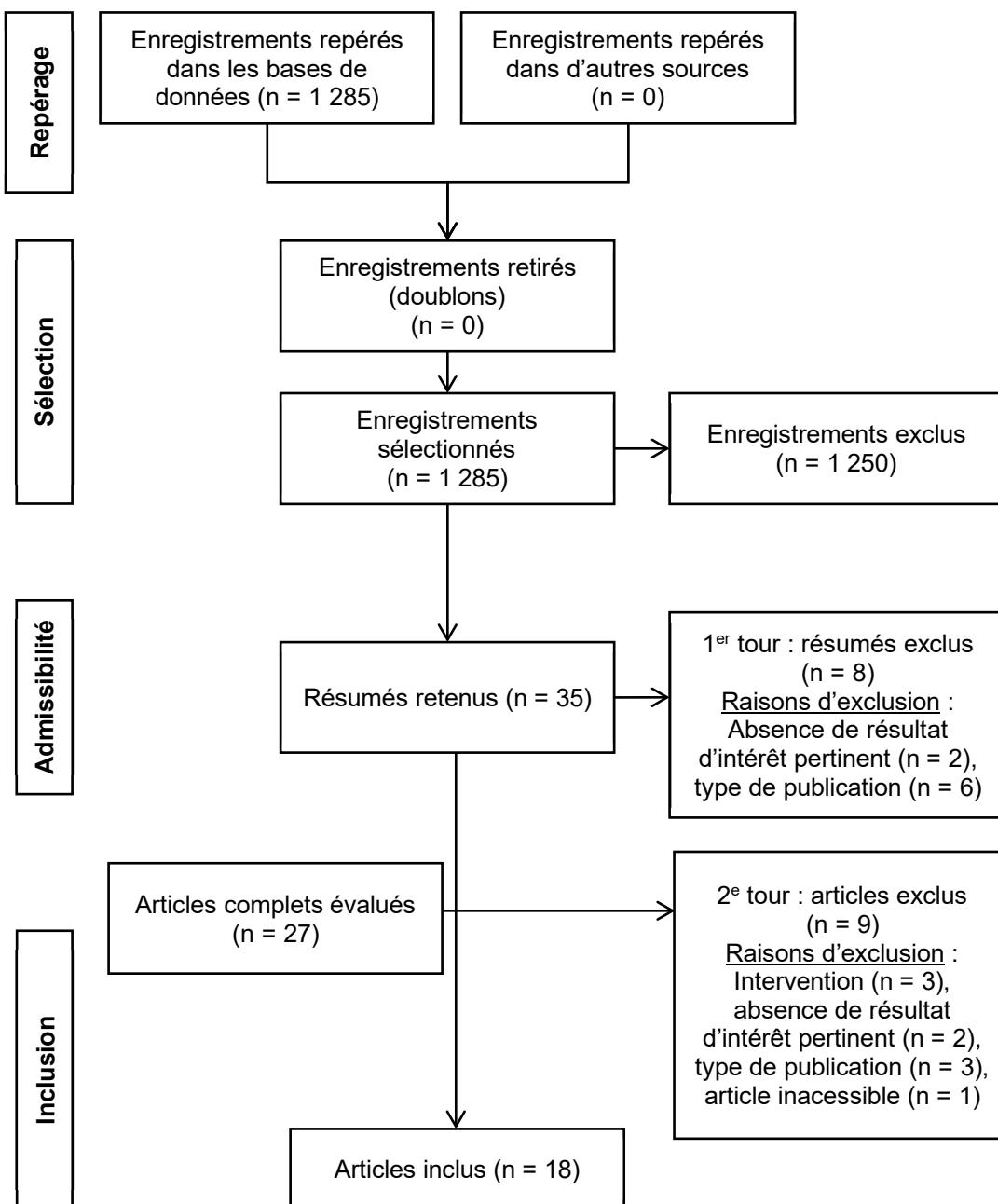
« Trop peu d'offres de service à ce sujet »; « Il est difficile de trouver des rendez-vous avec un physio qui sont très occupés »; « Promouvoir les services en physiothérapie, assurer leurs accessibilités, former plus de physiothérapeutes ».

Également, comme souligné par des répondantes : « Les mères sont [...] beaucoup plus actives que par le passé et souhaitent retrouver leurs activités prénatales rapidement ». Ainsi, « (inclure) ces services aux soins couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), (améliorerait la) capacité des femmes à enfanter et à demeurer actives sans inconfort et malaise qui est en jeu ». La rééducation périnéale et pelvienne « éviterait (aussi) l'emploi de médicaments avec de nombreux effets secondaires et interactions médicamenteuses », « une chirurgie (qui) coûte cher et pourrait avoir des conséquences graves », ou permettrait d'améliorer la condition d'une femme à la suite d'un accouchement difficile.

ANNEXE D

Diagramme de flux

Figure D-1 Diagramme de flux concernant la littérature scientifique sur la perspective des patientes



Évaluation de la qualité des études

Tableau D-1 Évaluation de la qualité des études à devis qualitatif, quantitatif ou mixte avec l'outil d'évaluation *Mixed Method Appraisal Tool (MMAT)*²⁷

ÉLÉMENTS	[Terry et al., 2020]	[Temanakitsaisan et al., 2020]	[Sacomori et al., 2020a]	[Sacomori et al., 2020b]	[Reed et al., 2020]	[Grant et al., 2020]	[Reynold et al., 2019]	[Muhammad et al., 2019]	[Venegas et al., 2018]	[Zoorob et al., 2017]
	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (x)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)
Questions préliminaires										
1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Ne sais pas
2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Études qualitatives										
3. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?	X					X	X			
4. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche?	X					X	X			

²⁷ <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>.

ÉLÉMENTS	[Terry et al., 2020]	[Temanaktipaisan et al., 2020]	[Sacomori et al., 2020a]	[Sacomori et al., 2020b]	[Reed et al., 2020]	[Grant et al., 2020]	[Reynold et al., 2019]	[Muhammad et al., 2019]	[Venegas et al., 2018]	[Zoorob et al., 2017]
	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (x)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)
5. Les résultats émanent-ils adéquatement des données?	X					X	X			
6. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données?	X					X	Ne sais pas			
7. Y a-t-il une cohérence entre les sources, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives?	X					X	X			
Études quantitatives à répartition aléatoire										
8. La répartition au hasard des participantes (<i>randomisation</i>) est-elle effectuée de manière appropriée?			X	X						
9. Les groupes sont-ils comparables au début de l'étude (avant l'intervention)?			X	X						
10. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?			X	X						

ÉLÉMENTS	[Terry et al., 2020]	[Temanakitsaisan et al., 2020]	[Sacomori et al., 2020a]	[Sacomori et al., 2020b]	[Reed et al., 2020]	[Grant et al., 2020]	[Reynold et al., 2019]	[Muhammad et al., 2019]	[Venegas et al., 2018]	[Zoorob et al., 2017]
	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (x)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)
11. Est-ce que l'évaluation est effectuée à l'aveugle (les évaluateurs ne savent pas qui reçoit quel traitement)?			X	X						
12. Les participantes ont-elles reçu l'intervention qui leur a été assignée?			X	X						
Études quantitatives sans répartition aléatoire										
13. Les participantes constituent-elles un échantillon représentatif de la population cible?								X		
14. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?								X		
15. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?								X		
16. Les facteurs de confusion sont-ils pris en considération dans la								X		

ÉLÉMENTS	[Terry et al., 2020]	[Temanakitsaisan et al., 2020]	[Sacomori et al., 2020a]	[Sacomori et al., 2020b]	[Reed et al., 2020]	[Grant et al., 2020]	[Reynold et al., 2019]	[Muhammad et al., 2019]	[Venegas et al., 2018]	[Zoorob et al., 2017]
	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (x)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)
conception de l'étude et l'analyse des données?										
17. Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?								X		
Études quantitatives descriptives										
18. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche?		X			X				X	X
19. L'échantillon est-il représentatif de la population cible?		X			X				X	X
20. Les mesures sont-elles appropriées?		X			X				X	Ne sais pas
21. Le risque de biais et de non-réponse est-il faible?		X			X				X	Non
22. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?		X			X				X	X

Tableau D-2 Évaluation de la qualité des études avec l'outil d'évaluation *Mixed Method Appraisal Tool* (MMAT) (suite)

ÉLÉMENTS	[Wagg et al., 2017]	[te West et al., 2017]	[Osborne et al., 2017]	[Moosdorff-Steinhauser et al., 2015]
	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)
Questions préliminaires				
1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X	X	X	X
2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X	X	X	X
Études qualitatives				
3. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?	X			
4. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche?	X			
5. Les résultats émanent-ils adéquatement des données?	X			
6. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données?	X			
7. Y a-t-il une cohérence entre les sources, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives?	X			
Études quantitatives à répartition aléatoire				
8. La répartition au hasard des participants (<i>randomisation</i>) est-elle effectuée de manière appropriée?				
9. Les groupes sont-ils comparables au début de l'étude (avant l'intervention)?				
10. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?				
11. Est-ce que l'évaluation est effectuée à l'aveugle (les évaluateurs ne savent pas qui reçoit quel traitement)?				

ÉLÉMENTS	[Wagg et al., 2017]	[te West et al., 2017]	[Osborne et al., 2017]	[Moosdorff-Steinhauser et al., 2015]
	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)
12. Les participantes ont-elles reçu l'intervention qui leur a été assignée?				
Études quantitatives sans répartition aléatoire				
13. Les participantes constituent-elles un échantillon représentatif de la population cible?				
14. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?				
15. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?				
16. Les facteurs de confusion sont-ils pris en considération dans la conception de l'étude et l'analyse des données?				
17. Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?				
Études quantitatives descriptives				
18. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche?		X	X	X
19. L'échantillon est-il représentatif de la population cible?		X	X	X
20. Les mesures sont-elles appropriées?		X	X	Ne sais pas
21. Le risque de biais de non-réponse est-il faible?		Non	Non	X
22. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?		X	X	X

Tableau D-3 Évaluation de la qualité des revues avec l'outil d'évaluation CASP

ÉLÉMENTS	[Salmon et al., 2020]	[Rada et al., 2020]	[Hay-Smith et al., 2015]
	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)
Questions préliminaires			
1. La revue repose-t-elle sur une question bien définie?	X	X	X
2. Les auteurs ont-ils cherché le bon type d'articles?	X	X	X
3. Croyez-vous que les études importantes et pertinentes ont été incluses?	X	X	X
4. Les auteurs en ont-ils fait assez pour évaluer la qualité des études retenues?	Ne sais pas	X	X
5. Si les résultats de la revue ont été combinés, cette combinaison était-elle raisonnable?	X	X	X
6. Quels sont, dans l'ensemble, les résultats de la revue?	<p>PFMT research needs to move beyond individuals to explore and understand implementation issues at system level</p> <p>Numerous factors constrain women's and HCPs capacity to implement PFMT. It is unrealistic to expect women and HCPs to implement PFMT without reforming policy and service delivery</p> <p>The implementation of PFMT during pregnancy, as recommended by antenatal care and UI management guidelines, requires policymakers, organizations, HCPs, and women to value the prevention of incontinence throughout women's lives by using low risk, low-cost, and proven strategies as part of women's reproductive health</p>	<p>The study revealed five superordinate themes, recurrently encountered in qualitative studies on POP:</p> <p>awareness of POP (6 studies), communication (9 studies), treatments (10 studies), effects on quality of life (6 studies), and self-image (3 studies).</p> <p>Five out of 10 quality criteria were met by all the studies included, based on an assessment performed using the critical appraisal skills program</p>	<p>Individuals' experience substantial difficulties with capability (particularly knowledge and skills), motivation (especially associated with the considerable cognitive demands of PFMT), and opportunity (as external factors generate competing priorities) when adopting and maintaining a PFMT program</p> <p>The authors make clinical and research recommendations. Voir annexe D.</p>

ÉLÉMENTS	[Salmon et al., 2020]	[Rada et al., 2020]	[Hay-Smith et al., 2015]
	Oui (X)	Oui (X)	Oui (X)
	Need to recognize social and emotional constraints around discussing these concerns including sensitivity to the social and cultural impact of UI for women from different ethnic and social backgrounds		
7. Dans quelle mesure les résultats sont-ils précis?	Ne sais pas	X	X
8. Les résultats peuvent-ils s'appliquer à la population d'ici?	X	X	X
9. Les résultats importants ont-ils tous été pris en considération?	X	X	X

ANNEXE E

Caractéristiques principales des études retenues

Tableau E-1 Sommaire des caractéristiques des études retenues

	Études	Objectifs/hypothèses	Pays/région	Pop/Nb	Devis	Méthode de collecte de données	Méthode d'analyse
1	Terry <i>et al.</i> , 2020	Explore challenges, opportunities and concerns for women and health care professionals (HCPs), related to the implementation of PFME training for women in current antenatal care	Royaume-Uni Milieu rural, banlieue et urbain	-15 femmes enceintes recevant des soins prénataux -16 ans et plus (pas de dysfonctions <i>a priori</i>)	Qualitatif	Approche ethnographique : ▪ Observation ▪ Entrevues semi-structurées (12/15 femmes interrogées avant et après l'accouchement) ▪ Collecte de données par autres médiums : documents pertinents, notes, photographies	Approche inductive et déductive
2	Temtanakitpaisan <i>et al.</i> , 2020	To assess knowledge, attitude, and practices (KAP) of pelvic floor muscle training (PFMT) among Thai pregnant women	Thaïlande	110 femmes enceintes (pas de dysfonctions <i>a priori</i>)	Quantitatif	Résultats d'intérêt via un questionnaire (aspects physiques, psychologiques et sociaux) développé à partir d'un FG de 10 femmes enceintes	Analyses statistiques
3	Salmon <i>et al.</i> , 2020	This review synthesizes evidence that exposes challenges, opportunities, and concerns regarding the implementation of PFMT during the childbearing years, from the perspective of individuals, healthcare professionals (HCPs), and organizations	Royaume-Uni	Femmes enceintes et en post-partum (avec une expérience de REPP – dysfonction probablement présente)	Mixte	Revue systématique	Synthèse critique interprétative
4	Sacomori <i>et al.</i> , 2020a	Assess the effect of a single pelvic floor muscle exercise (PFME) session immediately postpartum in preventing urinary incontinence (UI) in a 3-month postpartum period with good adherence rates	Brésil	202 femmes en post-partum (avec ou sans dysfonctions)	Quantitatif – étude longitudinale et ECR	Résultats d'intérêt via un questionnaire validé (qualité de vie - <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form</i> ; adhésion, obstacles via	Analyses statistiques

	Études	Objectifs/hypothèses	Pays/région	Pop/Nb	Devis	Méthode de collecte de données	Méthode d'analyse
						sondage par téléphone/cellulaire)	
5	Sacomori <i>et al.</i> , 2020b	To assess predictors for adherence to a home-based pelvic floor muscle exercise (PFME) program supplemented with three physical therapy sessions in women with urinary incontinence (UI).	Brésil	72 femmes adultes (avec IU)	Quantitatif	Données secondaires Résultats d'intérêt via un questionnaire validé (adhésion)	Analyses statistiques secondaires
6	Reed <i>et al.</i> , 2020	To determine whether patient values impact on compliance and outcome for physiotherapy treatment for pelvic floor dysfunction	Royaume-Uni	218 femmes adultes en clinique d'urogynécologie avec traitements de physiothérapie (avec dysfonction)	Quantitatif – étude observationnelle prospective	Résultats d'intérêt via un questionnaire validé (pratique et valeurs personnelles - Oxford Grading System, and Queensland Pelvic Floor Questionnaire, and values were assessed using the Personal Values Questionnaire (PVQ-II))	Analyses statistiques
7	Rada <i>et al.</i> , 2020	To collect and systematically analyse data from primary qualitative studies on pelvic organ prolapse (POP), to identify patient-centered perspectives on the natural course of POP. Information acquired in this study may be useful for ongoing research towards the development of core outcome sets (COS) in pelvic floor disorders	Royaume-Uni	497 femmes	Qualitatif	Revue systématique et métá-analyse	Synthèse thématique
8	Grant et Currie, 2020	Aimed to explore perceptions and acceptability of a postnatal physical activity and PFMT intervention with postnatal women in Scotland	Royaume-Uni (Écosse)	31 femmes qui ont donné naissance au cours des 5 dernières années	Qualitatif	<i>Focus group</i> en ligne et face-à-face	Analyse thématique
9	Reynolds et Wilson, 2019	To understand multiparous women's experience of incontinence and the	Irlande	6 femmes qui ont eu plus d'un enfant (multipares)	Qualitatif	Entrevues semi-structurées	Analyse thématique

	Études	Objectifs/hypothèses	Pays/région	Pop/Nb	Devis	Méthode de collecte de données	Méthode d'analyse
		prescription of pelvic floor muscle exercise (PFME) in the ante and post-natal period on their first pregnancy, and the differences, if any, that they experienced on subsequent pregnancies					
10	Muhammad et al., 2019	This study assessed the knowledge of, attitudes towards, and use of pelvic floor muscle exercise among antenatal women before and after educational classes. The study also determined factors associated with exercise practice	Malaisie	121 femmes enceintes jusqu'à leur période post-partum	Quantitatif - longitudinal	Résultats d'intérêt via un questionnaire validé (connaissance, attitude, pratique)	Analyses statistiques
11	Venegas et al., 2018	To identify the factors that influence long-term adherence to pelvic floor exercises in women with UI	Chili	61 femmes traitées pour incontinence urinaire	Quantitatif – étude transversale observationnelle	Résultats d'intérêt via un questionnaire validé (<i>self-rated treatment adherence, patient-related factors</i>)	Analyses statistiques
12	Zoorob et al., 2017	The objective of this study was to identify the barriers preventing patients from following through with the first-line management, physical therapy	États-Unis	70 femmes avec un diagnostic de dysfonction du plancher pelvien et douleur pelvienne	Quantitatif – sondage par téléphone	Résultats d'intérêt (obstacles et facilitateurs de l'adhésion au traitement)	Analyses statistiques
13	Wagg et al., 2017	This study aimed to explore, describe and enhance understanding of women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and also sought to understand the perceptions of health professionals of these issues	Royaume-Uni	15 femmes qui ont donné naissance au cours des 12 dernières semaines avec symptômes d'incontinence urinaire	Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevues ▪ <i>Focus group</i> (pour les professionnels) ▪ Observation 	Approche inductive Théorisation ancrée
14	te West et al., 2017	The aim of the present study was to examine the relationship between the Incontinence Treatment Motivation Questionnaire	Australie	53 femmes avec incontinence urinaire de stress	Quantitatif	Résultats d'intérêt via un questionnaire validé (sévérité, motivation)	Analyses statistiques

	Études	Objectifs/hypothèses	Pays/région	Pop/Nb	Devis	Méthode de collecte de données	Méthode d'analyse
		(ITMQ) scores and treatment success					
15	Osborne <i>et al.</i> , 2017	The aim was to provide a preliminary illumination of the values held by this patient group, and explore any relationship between these values and PFMT attendance. The assumption was that any common sets of values emerging from the two different questionnaires across the studies would be the critical ones to focus on in future work	Royaume-Uni	Première cohorte : 96 femmes avec diverses dysfonctions du plancher pelvien Deuxième cohorte : 36 femmes avec diverses dysfonctions du plancher pelvien	Quantitatif – deux études de cohortes prospectives	Résultats d'intérêt via un questionnaire validé (valeurs personnelles des patientes, valeurs de vie, impacts sur le traitement)	Analyses statistiques
16	Dickinson <i>et al.</i> , 2017	To try and understand more about pelvic floor exercises	Royaume-Uni	Femmes avec ou sans IU, période prénatale ou postnatale	Mixte	Revue de la littérature -Résultats d'intérêt : éducation, information reçue, obstacles, facilitateurs, adhésion	Revue narrative
17	Moosdorff-Steinhauser <i>et al.</i> , 2015	Our aim was to analyze willingness to participate (WTP) in an intensive preventive pelvic floor muscle training (PFMT) program and influencing factors, from the perspective of postpartum women, for participation.	Pays-Bas	169 femmes en post-partum	Quantitatif – sondage en ligne	Résultats d'intérêt via un sondage (connaissance, expérience)	Analyses statistiques
18	Hay-Smith <i>et al.</i> , 2015	This review aims to locate and summarize the findings of qualitative studies exploring the experience of and adherence to pelvic floor muscle training (PFMT) to recommend future directions for practice and research.	Nouvelle-Zélande	13 études Femmes ayant déjà reçu de la rééducation périnéale et pelvienne	Qualitatif	Revue systématique de la littérature Résultats d'intérêt : expérience, adhésion	Analyse thématique

IU : incontinence urinaire; UI : *urinary incontinence*

ANNEXE F

Analyse des données qualitatives

Tableau F-1 Grands thèmes et sous-thèmes identifiés dans les études à devis qualitatif

Études	Expérience de soins		Qualité de vie et de santé		Connaissance et compréhension		Obstacles et facilitateurs		
	Prise en charge et suivi professionnel	Communication avec le professionnel	Besoins non comblés	Impacts sur la vie	Information reçue	Intérêts et avantages	Défis et éléments facilitants	Stigmatisation et tabous	Perception et normalisation
1	x	x				x	x	x	x
8	x	x	x		x		x	x	x
9	x	x	x		x				x
13	x	x	x	x	x		x	x	x
18				x	x	x	x	x	x

1 = Terry *et al.*, 2020; 8 = Grant et Currie, 2020; 9 = Raynolds et Wilson, 2019; 13 = Wagg *et al.*, 2017; 18 = Hay-Smith *et al.*, 2015. Nombres qui correspondent aux études présentées à l'annexe E, et réutilisés pour le report des verbatims dans l'analyse thématique ci-dessous.

Tableau F-2 Citations pour illustrer le grand thème Expérience de soins

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
Prise en charge et suivi professionnel	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Some participants suggested a physiotherapist check should replace the GP check at 6 weeks post-birth, as they felt a recommendation and sign posting to physical activity and teaching a PFMT contraction would be better than the current GP service. "...I saw a GP who did nothing, you know that (a physiotherapist) would be far more beneficial just to check, I dunno like your muscles are healing and everything correctly and have some sort of antenatal maternity check. I feel like they totally didn't have anything at all." (FG 2, P1) [8] ❖ The check-up is quite soon after you have a baby isn't it, you're just 'Oh I survived, I'm alright, I'm looking after this baby, I think ok,' at six weeks you're not really thinking about yourself and getting back into fitness yet are you? But at 12 weeks you probably are more thinking of that. [8] ❖ Yeah 12 weeks would definitely be more realistic for getting your head round, cos yeah six weeks in you aren't back to thinking about your own body yet. You're just still just coping, just getting through, very much still living day-to-day at that stage." [8] ❖ Others felt 6 to 8 weeks was an appropriate time "I think maybe six/eight weeks after is maybe a good time". (FG 6, P3) [8] ❖ The women were reminded of the PFMEs either verbally ("my first memory..... I was leaving the hospital and the midwife said, 'make sure and do your pelvic floor exercises'." (P6)), or in a leaflet, which most participants considered was not an effective method of educating mothers, and did not help the women adhere to carrying out PFMEs. [9] ❖ "I got a leaflet, it was a very specific timeline, very specific amount to do, how many times to do it, and I got stuck in straight away then and I brought it home and did it at home religiously" (P4) [9] ❖ "the midwife mentioned it briefly, but again it was just general chit chat, or it was mentioned at appointments, but it was brushed over, there was no real importance put on it" (P6) "I think if I had been more aware... I didn't see the physio after my first baby at all. Pelvic floor? it was very much left to your own devices." (P4) [9] ❖ "I don't know how frequently it needs to be brought up, I mean, I guess it's quite an easy thing to do, to bring it up. Obviously the first time you bring it up you have the conversation about how and why and when and where and all that stuff, and then future conversations might just be a, "Are you doing them?" which I guess would be quite an easy, just another thing added to the check list. I don't know whether it would require more than that, then?" (Harriet, first baby, antenatal) [1] ❖ Some admitted not doing the exercises, whereas others did if symptoms increased: Not as often as I should. (FUSS Score 10, moderate) Hadn't done them properly, noticed an improvement within about a week. (FUSS Score 10, moderate) Guilt was experienced at not doing them: I do forget, and I'm lying in bed thinking oh my God I didn't do them again. (FUSS Score 10 moderate) Some were doing them incorrectly: I normally do my exercise when I'm there in the toilet. (FUSS Score 16 moderate) Others 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ There was consensus that generally women do not know how to do a pelvic floor contraction and therefore, were unsure if they were doing a correct contraction when they tried to engage in PFMT. [8] ❖ Some participants reported receiving a physiotherapy support after the birth of their child. This assessment involved checking their abdominal muscles and ensuring they knew how to do a correct PFMT contraction [8] ❖ [...] women were known to be reluctant to disclose symptoms and often delayed seeking help until the children were older or on return to work. [13] ❖ Women did not feel that they understood how to do PFME any better but they knew that they should be doing them. The exact technique was still unclear for all the women but it was apparent from informal sources that it was something that should be done to help with "leaking" [9] ❖ Most women opted to see a general practitioner or practice nurse if help was needed. [13]

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p>kept going for a long time without seeking help: it's almost 6 months now and I'm thinking well how long [13]</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ “ [...] in Glasgow a physio sees you after, sees everybody in the postnatal ward. So a physio came to see me, checked my abs and checked that I knew how to do pelvic floor but because my son was so ill she was like 'oh you don't need to be worrying about this right now." (FG 2, P5) [8] ❖ [...] « confidence » [1] ❖ “I thought I was doing them brilliantly. However, when I had a bit of help from the physio [...] I did find once that she'd guided me a bit just verbally doing it that I felt that everything was tighter. [...] So even someone who thinks they're doing it properly isn't necessarily doing it properly” [...] (Sara, antenatal interview, fourth baby) [1] 	
	<p><u>Professionnels de la santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ “if people are saying that it's happening on a regular occurrence, and it's not necessarily stress related where they cough or they sneeze, then that would be something that I would then want to refer on to a physio [...], they need, kind of, expert, not expert, but they need more specialist support in that area” (Helen, midwife) [1] 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ In the antenatal clinics, midwives sometimes provided brief explanations of how to do PFME, but did not check whether women thought they were performing these correctly [1] ❖ Midwives admitted to using shortcuts to access care for women with continence issues. Continence nurses were keen to educate women and staff but were seldom contacted. [13] ❖ general practitioner was concerned that women did not consult and 'put up with symptoms for ages'. [13] ❖ There was confusion about where to refer women with continence issues, this varied, depending on local service packages. Midwives admitted to using shortcuts to access care for women with continence issues. Continence nurses were keen to educate women and staff but were seldom contacted. National changes to midwifery-led care and amalgamation of midwifery units meant changes in education, this was perceived as an opportunity to effect change. [13]
Relation et communication avec le professionnel	<ul style="list-style-type: none"> ❖ “I didn't get any support after I had (first child) with pelvic floor or even any discussion. Then when we moved to West Lothian, and then I had (child named), and West Lothian do a, they come round, the physios when you're in your bed after you've had the baby and talk about pelvic floor and go through a sheet of exercises with you so I went home with that, so I think that was really helpful ...” (FG 2, P3) [8] ❖ [...] Yeah. They're kind of like lecturing you about something you already know about. And then they're not telling you about things that you do need to get educated on, that you haven't really caught onto yet.” (FG 4) [8] ❖ “the public health nurse might have said something to me..... have you any leakage or anything?.....I was more concerned about speaking to her about the baby and feeding and me.....it wasn't part of the conversation” (P1) [9] ❖ Other assumptions may also have affected communication between women and midwives about PFME in the antenatal period, for example, women may not have initiated the topic because they assumed that 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ There was a general feeling that incontinence is taboo and by having support women would be more likely to talk about it and feel less isolated. [8] ❖ The midwife asked “so you know all about pelvic floor exercises then”? The patient replied “I do” and there was no further discussion. [1] ❖ women did not initiate a discussion of UI or PFME. In interviews, both women and midwives described opportunities in appointments where a fuller discussion of PFME could potentially have taken place, which may have been missed or not fully utilised [1] ❖ It was clear that it was not an easy subject to talk about, and it took time to develop relationships in Primary Health Care Research & Development [13]

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p>midwives were too busy to discuss the topics that were pertinent to the woman: "I'm not a shy, I'm not embarrassed about anything, so I'm probably a bit different, but even I found it quite difficult to get a word in edgeways with the midwife. [...] And the whole time saying to me, "Oh, I'm so busy. I'm so busy." And you're like, "Ok, you don't really wanna hear what I've got to say, so I'm gonna go now." (Melissa, antenatal interview, 2nd baby) [1]</p> <p><i>Professionnels de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ women did not initiate a discussion of UI or PFME. In interviews, both women and midwives described opportunities in appointments where a fuller discussion of PFME could potentially have taken place, which may have been missed or not fully utilised: "...so I think there is definitely the opportunity for midwives to have those discussions at that point [antenatally], it may not as I say be at that very early booking stage but certainly at followon clinic appointments or visits or whatever" (Bethan, midwife). [1] ❖ Midwives reported that when reminding women to carry out PFME, pre and postnatally, women often did not understand what they were being asked to do, or why: "... we broach it again postnatally and probably every time we see them we say to them "And are you doing your pelvic floor?" And, you know, how to do it, cos as I said to you, some mums look at you as if you're, you know, you've got two heads" (Belinda, midwife) [1] 	

Tableau F-3 Citations des participantes et auteurs pour illustrer le grand thème Qualité de vie et de santé

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
Besoins non comblés	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ... I didn't really get any advice or anything like that, and after I had (baby named) I had huge pelvic floor issues, I ended up with a, ehm mild prolapse after having (baby named), so I really could've done with support and I had actually went to my GP and said 'look something's not right, I need a referral to a physio or something' and she said 'oh we don't do that' so I ended up seeing someone private to get advice and everything." (FG 4, P1) [8] ❖ "I think if the health visitor had more sign posting information about, like, keeping yourself well and, like, how to get you back to being physically active and things, that would've helped ... the health visitor did focus primarily on the health of the baby and your mental health..." (FG 3, P3) [8] ❖ The check-up is quite soon after you have a baby isn't it, you're just 'Oh I survived, I'm alright, I'm looking after this baby, I think ok,' at six weeks you're not really thinking about yourself and getting back into fitness yet are you? But at 12 weeks you probably are more thinking of that. [8] ❖ Yeah 12 weeks would definitely be more realistic for getting your head 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ There was a consensus view that there is a lack of aftercare for women after childbirth and in particular, with PFMT. [8] ❖ [...] women were known to be reluctant to disclose symptoms and often delayed seeking help until the children were older or on return to work. [13]

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p>round, cos yeah six weeks in you aren't back to thinking about your own body yet. You're just still just coping, just getting through, very much still living day-to-day at that stage."</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ I was more concerned about speaking to her about the baby and feeding and me.....it wasn't part of the conversation" (P1) [9] ❖ Three women already wore pads all the time, none had sought help, thin pads were preferred as they were easily available and not obvious: even just walking around I permanently wear like a panty liner, I'm always sort of leaking. [13] 	
Impacts sur la vie	<ul style="list-style-type: none"> ❖ I have to be very selective with the type and color of clothes. Most are dark, because I worry about the urine leakage wetting my pants, and others seeing it. In that situation I will feel very embarrassed. (Lillian) [18] ❖ Several women reported that incontinence and/or vaginal laxity lead to sexual avoidance. Participants stated they had UI since perimenopause. They felt frustrated that leakage may occur during sex and feared to have sex, which in turn led to a reduction in their sexual desire. This negatively affected their sexual satisfaction and intimate relationship: It really disturbed me. UI impacts my sexual life. I fear leakage occurring during sex and want to finish it quickly. This annoys me. Why did this happen to me? So that's been a definite turn off. The feelings of not being in control of your body and not able to stop leakage, upset me and I sometimes think I am useless. (Liz) [18] ❖ I think my underneath (vaginal) became loose after giving birth which was as wide as a freeway. My husband might have no feeling. I was worried about not being attractive, and he might go out to find other women. If my husband had an extramarital affair it would be my fault. (Betty) [18] ❖ Most participants were postmenopausal and complained of a dry vagina. This common effect of menopause leads to painful and uncomfortable sexual intercourse further reducing sexual desire: I don't have any sexual interest or desire since menopause. I feel pain and seldom have sex with my husband because of dryness or feeling less lubrication during sex. This disturbed me a lot. My husband saw my pain and he didn't want sex at all. Therefore, we had almost no sex life. I think sex is not that important at my age. I don't want to talk about sex with my husband or others. (Gina) [18] 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Changes in body shape post-childbirth and the ageing process left them feeling less feminine, less confident and impacted their daily lives. [18] ❖ Some women reported that UI had affected their body image, and as a consequence, they changed their style of clothing: [18] ❖ Several women discussed doing the exercises with the intention to tighten their vaginal muscles and improve their own sexual pleasure. [18] ❖ They were taught that practicing PFME during sexual intercourse increased tightness [18] ❖ [...] friction, leading to greater pleasure for both. They gained different experiences and were encouraged by their husbands: [18] ❖ Participants reported that UI and loose vaginal muscles affected their body image, sexual satisfaction and relationship. [18] ❖ Issues such as being pre-occupied meant concentration was poor and time was limited which may have led to inadequate performance of PFME. [13] ❖ Faecal incontinence can occur and is distressing and difficult to with. It was assumed that women were more likely to consult however: They're much more likely to mention that. [13] ❖ Clearly these women remain very concerned about hiding evidence of their UI and the potential for embarrassment due to leakage. Such changes only act to exacerbate feelings of unattractiveness and lack of femininity. [18] ❖ Concern was raised if symptoms did not go away, and how to cope: the boys like me to play football with them, won't be able to do that. [13] ❖ Concerns about not being able to sexually satisfy their husbands during intercourse were very real, and led to fear of their husbands seeking sex outside of the marriage. The centrality of sexual intercourse in these women's relationships was therefore highlighted. [18]
	<u>Professionnels de la santé</u> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Staffing problems can be an issue here: you've got a midwife that's looking after 2 or 3 women which happens and one is a bit more complicated, so 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Retention of urine can cause lifetime problems, the continence nurse spoke of a woman who catheterises daily following current immediate

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	eventually get to one and say have you been to the loo and she won't have thought about it cos she's in pain [13]	postnatal care with handover limited to comments in the baby's record. [13]

Tableau F-4 Citations pour illustrer le grand thème Connaissance et compréhension

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
Information reçue sur les dysfonctions et la REPP	<ul style="list-style-type: none"> ❖ “I don’t think I did them when I was pregnant, I don’t think I really knew about them. I don’t remember ever thinking about it or it wasn’t until I think they came to see me after I’d had my baby to tell me that I should be doing pelvic floor exercises and I got a leaflet. I think that was maybe the first time I’d ever heard about them.” (FG 3, P2) [8] ❖ Could they be contracted? I didn’t even know where they were. I couldn’t feel them, because they could not be touched and also, you are not touching them. (Lillian) [18] ❖ All six women admitted that they never understood the relationship between PFME and UI. They did not recall the word “incontinence” being mentioned in any of their ante or post-natal care on either their first or subsequent pregnancies. Although all women remember hearing about “pelvic floor exercises”, none of them recall being told the reason for PFMEs, or about incontinence. “not incontinence, no. I knew about pelvic floor exercises and it was important to do them straight afterwards, that was it. [pause] I still didn’t understand why I was even having to do them”. (P5) [9] ❖ “the midwife mentioned it briefly, but again it was just general chit chat, or it was mentioned at appointments, but it was brushed over, there was no real importance put on it” (P6) “I think if I had been more aware... I didn’t see the physio after my first baby at all. Pelvic floor? it was very much left to your own devices.” (P4) [9] ❖ “I was definitely more aware from talking to my friends and from googling that the connection was there between the two things [PFME and leaking] on my second [child], but certainly not from a midwife point of view or a doctor point of view...” (P4) [9] ❖ It was apparent from all six interviews that the women did not have a clear understanding of either urinary incontinence or the role of PFME in relation to managing the condition. Most of the participants thought that urinary incontinence after child birth was normal, and related to having children: “you’ve had kids and that just happens, you know that’s what I thought” (P5). They also felt that other women, and society in general, felt that UI was normal and “if you have babies at all, that you will leak, and this is a normal part of having children” (P6). [9] ❖ The first category uncovered issues regarding knowledge of treatment and its effectiveness, accessing care and the national policies which impinged upon delivery. Everyone knew PFME were important but knowledge of 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ All but one participant was aware they should be doing PFMT after having a baby. Most of these participants reported they were told they should engage in PFMT once they were pregnant. This was usually by their midwife who told them they should be doing PFMT and provided a leaflet. [8] ❖ Prior to the PFME programme most of the participants were unaware of pelvic floor muscles (PFM). [18] ❖ They had never learned to contract their PFM before and were uncertain of PFM contraction. Through learning PFME women became aware of their PFM, their function, dysfunction and the advantages of PFME. [18] ❖ Most participants did not know of the existence of PFM, and were unable to perform correct PFM contractions prior to the PFME class. [18] ❖ Participants revealed that they had paid little attention to their pelvic health. Women play a multiple role, they gave first priority to family and a low priority to themselves. [18] ❖ All six interviewees felt that they were more aware of incontinence and the term “pelvic floor exercises” on second or subsequent pregnancies. This was not because of better education from health professionals, who could be considered experts, and who have had formal training, but rather from informal sources such as family, friends and media. [9] ❖ Women were often unclear about the purpose or effectiveness of the exercises or the importance. [13] ❖ Two women recall hearing the word “leakage”, one from her GP at a post-natal appointment after her second child, and one from a public health nurse after her first child. They did not recall, however, a link between reducing or preventing leaking and PFMEs, nor the importance of PFMEs [9] ❖ When asked whether they felt that they were treated differently on their first pregnancy compared to subsequent pregnancies from a PFME perspective, there was a mixed response with some women believing that they were better educated and given more information on subsequent pregnancies, and others who thought that there was no difference between information received during the first or subsequent pregnancies. [9] ❖ Women were reminded about the PFMEs: “it was just always that

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p>performance and effectiveness differed. I didn't realise about the exercises because I thought the pelvic floor exercise was clenching the muscles and releasing but I didn't realise you also had to do it and hold for 10 seconds. (HV1) [13]</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ This could mean receiving disturbing messages from relatives. These messages were not necessarily correct but could have a profound effect on the women, causing uncertainty and reducing confidence in the effectiveness of the exercises: 'it'll never be the same after you have the baby' and 'after having babies it happens and it's got worse with age'. [13] ❖ The women did not recall any education about pelvic floor exercises: "I don't recall them actually going through it" (P3), and they were told that "it was just that your pelvic floors would be weak after giving birth" (P4). The only time that PFMEs were discussed in the ante-natal period, was during the ante-natal classes, and even then, the exercises were not explained or practised, and there was a lack of clarity about the reasons for carrying out the exercises: "They talked about an elevator going up and down.... I didn't really take it in" (P2). [9] ❖ Women were reminded about the PFMEs: "it was just always that reminder to do them and a tick box exercise, but nobody really put any emphasis on it from pregnancy one to pregnancy four" (P6), but it was very clear from all interviewees that they felt that there was insufficient detail regarding how to perform PFMEs, and the importance of carrying out the exercises was not emphasised enough, as illustrated below, by two of the women. [9] 	<p>reminder to do them and a tick box exercise, but nobody really put any emphasis on it from pregnancy one to pregnancy four" (P6), but it was very clear from all interviewees that they felt that there was insufficient detail regarding how to perform PFMEs, and the importance of carrying out the exercises was not emphasised enough, as illustrated below, by two of the women. [9]</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Conversely, the practice nurse was already asking women about symptoms and was keen to refer on. Attitudes of other health professionals were often coloured by poor educational knowledge, for example, giving pads as a quick solution. This was seen by the groups as negative and disempowering for the women. [13] ❖ [...] not knowing what was normal and when to seek help. It was clear everyone knew women had inadequate information, however, not everyone was asking the right questions. [13] ❖ The findings revealed that both antenatally and postnatally women may or may not be provided with information about PFME, which are external messages. [13] ❖ The findings indicated that at times women sought clarity from other sources. [13] ❖ One woman preferred to ring NHSDirect, whereas others gathered information opportunistically, for example, several asked the researcher questions. [13]
	<p><i>Professionnels de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ lack of confidence amongst midwives that they had adequate knowledge and skills to teach or assess PFME, or had been sufficiently trained to teach women about the exercises: "Oh, well, I suppose my problem is I don't necessarily feel I'm sufficiently trained to be talking about pelvic floor exercises" (Stacey, midwife) [1] ❖ In addition, although existing UK guidelines suggest that PFME should be discussed early in pregnancy, a lack of clarity amongst midwives regarding the content and availability of standardised advice proved to be an additional challenge: "there's no standard guidelines or no standard advice that we would give –no national guidance [...] and the different websites I went on to all gave different ways and different amounts of time, different lengths of time, so there's nothing standardised" (Josie, Midwife) [1] ❖ midwives also felt that many women lacked even very basic anatomical knowledge about PFME: "There's a real general ignorance about the pelvic floor. A lot of women we are booking in, you'd say to them, "pelvic floor exercise," and they look at you blankly, like, "What's that?" (Rhianna, midwife). One observation particularly supported this possibility; in an antenatal appointment a midwife asked a woman about her "pelvic floor" and the woman responded "what are they?" [1] ❖ The second category 'clarifying education' revealed a lack of understanding of the educational requirements and provision for the 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ The continence nurses expressed frustration that women were too pre-occupied in the postnatal period when they spoke to groups and a brief leaflet in the discharge package was old and often ignored. [13] ❖ However, other than the continence nurses few seemed to have a structured approach to continence. Some health professionals were unsure of the scale of the issue. [13] ❖ In addition, some had personal issues about preparedness for the education role relevant to postnatal women, particularly with regard to updating knowledge. This was frustrating and disempowering for the health professional and will have consequent effects on the women. [13] ❖ Education sessions organised by continence nurses had been cancelled due to poor bookings. This could lead to inappropriate referrals without prior investigation. [13] ❖ While there is National Health Service (NHS) information that should be provided to all [13]

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p>women. One health visitor stated: I see a lot of mums with new babies. ... it wasn't actually anything I'd thought about until you brought the subject up and then I found I was interested. [13]</p>	
Intérêts et avantages perçus	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Several participants experienced the benefits of improved PFM strength and felt a strong desire to share their new knowledge and awareness of PFM with their friends or relatives. This was both in terms of the potential to treat or prevent UI, and also to improve their sexual lives: I found the condition of urine leakage improve a lot. So, I taught my friends how to perform PFME. It was not that easy for them to perform PFME correctly in the beginning. After I shared my experience and technique of PFME and the benefits, they became very interested. (Grace) [18] ❖ I must teach my daughter, she just married last month. It is very important for her and the relationship with her husband. This is a very important exercise. PFME not only prevents urine leakage post childbirth, but also strengthens vaginal muscles, and this might improve their sex life. (Silvia) [18] ❖ This is also view as another way of confidence for some women: I had to work, and take care of my family when I was young. There was no time to pay more attention to myself. However, PFME has other advantages for women's health. PFME brought several tangible benefits to me. My physique is looking better, most importantly, my underneath (vagina) strengthened. I can control my muscles for leakage and have no more fear of it happening. That's made me more confident. (Tess) [18] ❖ "I, well, just, "Oh yeah, I should probably do that," but then you kind of just don't because it's a ...I don't know why you don't". (Harriett, antenatal interview, first baby) [1] ❖ women often reported that they would be willing to undergo more invasive assessments, particularly if they had experienced UI: "Right now [experiencing UI] I would find that [a vaginal examination] totally acceptable. But again because I am quite symptomatic - then again I don't know how other people would feel about that" (Sara, antenatal interview, 4th baby) [1] ❖ Women may therefore not have been made fully aware of the benefits of doing PFME, and the consequences of not doing them. This lack of awareness therefore continued to act as a barrier to women's prioritisation of PFME: "I guess I just consider myself to be too busy and I don't sufficiently prioritise it. I suppose I probably don't believe that it's really gonna make a difference to my quality of life. But I could be wrong, couldn't I?" (Phillipa, antenatal interview, first baby) [1] ❖ The most frequently reported facilitators of engagement in physical activity were the psychological benefits of improving mental health and having "me-time" and the impact of physical activity on weight loss. "... my biggest motivation is just wanting to be more toned and get back to normal again." (FG 3, P2) [8] 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ All participants felt that the benefits of PFMT should be more widely discussed in society, specifically with women before they have children, and that information should be more readily available. [8] ❖ Many women reported an interest in learning about PFME and felt that they "should" do these exercises. [1] ❖ As they experienced control over their PFM, the strength improved and their UI reduced. The women became more confident of gaining control and were willing to share their experiences with others. [18] ❖ Through learning PFME women were able to feel and become aware of PFM. [18] ❖ They found PFME has more advantages; such as UI improvement, better physique and better quality of life [18] ❖ By becoming aware of PFM and doing PFME, not only are the symptoms of PFD improved, they can also control PFM. This results in increased sexual desire, pleasure, and sense of femininity. The liberation from fear of UI and personal autonomy results in empowerment. [18] ❖ It was suggested that regular reminders regarding exercises and enquiring about symptoms would be empowering and reduce barriers. [13] ❖ A number of participants referenced PFME as having a positive effect on their sex lives. [18] ❖ Through voluntary contraction of PFM, vaginal sensation was enhanced during sexual intercourse. They started to discuss the different experiences during sex. Some women expressed more sexual satisfaction and enjoyment. Due to the heightened pleasure during sex as another effect of PFME, the participants felt greater empowerment in their sexuality. [18]

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p><i>Professionnels de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ The theme of ideological commitment reflected an acknowledgement amongst midwives and other HCPs of the importance of PFME teaching: "I certainly wouldn't have an issue with it [teaching PFMEs] myself and I don't think any of my colleagues, close colleagues, would, because I think it is an important, you know, as a woman, it is an important thing to be doing" (Meghan, midwife) [1] 	

Tableau F-5 Citations pour illustrer le grand thème Obstacles et facilitateurs

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
Défis et éléments facilitants (temps disponible, fatigue, comment exécuter les exercices, grandes sources d'information)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ "I find it a very difficult exercise to know how to do, I tend to squeeze my stomach in and think "oh i'm not doing it right?" "No-one can really watch you doing it, so you kinda presume you're doing it right." (FG 1, P1 and P2) [8] ❖ [...] women themselves acknowledged how busy antenatal appointments could be: "I don't know if they'd have the time, bless them, they've got, like, so much else to have to go through, like, not just for you but, like, the baby as well, isn't it, [...] and it's always a very short, they've got lots of women to see, haven't they?" (Greta, antenatal interview, 2nd baby) [1] ❖ This concern was reflected by the women, who may have felt overwhelmed by the volume of information that was provided to them: "I've got loads of information you've gotta bring back - cos, obviously if..., it's the pregnancy brain, innit it? You forget sometimes and I'm just..., you know, in my own world" (Hannah antenatal interview, first baby) [1] ❖ Throughout all focus groups time was consistently identified as the biggest barrier to physical activity. "Time is a huge thing obviously ... you just don't have the same time." (FG 2, P1) [8] ❖ And "I think time is a big barrier to me at the moment ... working it all around bed times and feeding and all that kind ofstuff, it's a bit tricky." (FG3, P2) [8] ❖ Women also mentioned fatigue, physical pain (including arthritis and back pain), prolapse, body image and confidence as barriers to engagement in physical activity. "I don't want to go to the gym because I'm embarrassed about the size I am; I've not really got the confidence to go there." (FG3, P1) [8] ❖ Participants who received a leaflet were never taught the correct PFMT contraction and some found this a barrier to engaging and maintaining PFMT. "I was given a leaflet, ehm nobody really demonstrated or kind ofshowed you how to do the pelvic floor exercises." (FG 3, P4) [8] ❖ [...] and were unable to perform correct PFM contractions prior to the PFME class. PFM are almost unknown muscles for most participants, as they did not realize these muscles could be voluntarily contracted through training and practice: At my age, I had never heard of PFM and I didn't 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Some [women] admitted not doing the exercises, whereas others did if symptoms increased: Not as often as I should. Hadn't done them properly, noticed an improvement within about a week. Guilt was experienced at not doing them: I do forget, and I'm lying in bed thinking oh my God I didn't do them again. [13] ❖ Amongst midwives and women, this ideological commitment to teaching or carrying out PFME was undermined by a number of challenges and concerns. The most pervasive challenge related to a 'lack of time'. [1] ❖ Justification for doing nothing was often related to the exercises, not doing them enough, or no other help was available. [13] ❖ All participants felt a free NHS approved or branded app would be very useful. The participants explained that everyone has a smartphone and generally has them quite close by. In three focus groups there was at least one participant who had experience of the squeezee app. (This is an app recommended by physiotherapists to remind people to do their PFMT contractions. Women can set the app to remind them to do PFMT at convenient times of day and modify their regimen as their muscles become stronger. It is not free and participants paid £3.99). [8] ❖ Other participants had not heard of the app and incorrectly assumed it taught a correct contraction however upon learning it only reminded women to do their PFMT exercises felt the app would still be useful if they could also be taught a correct PFMT contraction. There was consensus about the features of an app to support PFMT, suggesting features such as: explaining why PFMT is important, the benefits of maintaining a regimen, diagrams of the muscles involved and recording of PFMT regimen so progress can be monitored. As one participant explained this would allow women to compete against themselves: [8] ❖ It was suggested that regular reminders regarding exercises and enquiring about symptoms would be empowering and reduce barriers. [13]

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p>Know their location. I never experienced the contraction of muscles (PFM) before. Also, I am not sure how to do the correct contraction. You know, I have no feeling of my underneath (vagina). (Sarah) [18]</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Some participants initially found it difficult, until they identified the feeling and the techniques of PFME. [18] ❖ Women were often not confident that they were correctly performing PFME: "For me because I don't have a lot of confidence in my own abilities I would probably want somebody else to check". (Heather, antenatal interview, first baby) [1] ❖ This concern was reflected by the women, who may have felt overwhelmed by the volume of information that was provided to them: "I've got loads of information you've gotta bring back - cos, obviously if.., it's the pregnancy brain, innit it? You forget sometimes and I'm just.., you know, in my own world" (Hannah antenatal interview, first baby) [1] ❖ This could mean receiving disturbing messages from relatives. These messages were not necessarily correct but could have a profound effect on the women, causing uncertainty and reducing confidence in the effectiveness of the exercises: 'it'll never be the same after you have the baby' and 'after having babies it happens and it's got worse with age'. [13] ❖ Some were unsure about the legitimacy of their concerns: you don't know how bad it is compared to somebody else. Certain life events would trigger action: I will go and see someone, I can't possibly have this when I am teaching. [13] ❖ Women may also have 'taken the lead' from midwives when prioritising PFME; because midwives did not emphasise PFME and these were not visible in other forms of information provided, women may have felt that they did not need to be prioritised in comparison to other health issues, such as diet or smoking: "I think if you had more information and it was given to you as though it was as important [...], you would probably remember it a little bit more [...] I do think that they could give more information just to make it a little bit feel a bit more important". (Heather, antenatal interview, first baby) [1] ❖ [...] paying privately to access appropriate care: [8] ❖ And another participant paid privately for this service: "...with both of them, after I got to the point of being able to exercise, I went for a full postnatal check-up with the physio, cos I think like when, you know, you're worried about your back, I think that gave me reassurance that everything was okay to exercise and that back problems are normal until you build up your core, ehm, I think that helped me be more confident in doing it and not so worried that something was going to happen to me." (FG 3, P4) [8] ❖ [...] « you spend time on your phone and it's the reminder that reminds me, And it teaches you how to do them, it kind of gives you step by step what to do it times you records you've done it ...Its great... Yeah » [8] 	
	<p><i>Professionnels de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [...] The most pervasive challenge related to a 'lack of time'. For example, in spite of recognising the importance of teaching PFME to antenatal 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Field notes of observations also highlighted that many issues and topics had to be discussed and dealt with, including blood tests and results, fundal growth, women's domestic situations, diet, birth plans

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p>women, midwives felt unable to prioritise doing this: "Lack of time, I think. I mean, we've got so many other things we have to discuss now. You know, I'm sure you've seen the notes and what we have to discuss? There's so many things you gotta discuss". (Rhianna, midwife) [1]</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ A further challenge was the lack of 'higher level' commitment to prioritising PFME: "one of the big challenges is midwives are going to say they just haven't the time to do more than they are doing at the moment. [...] so I think you'd have to have commitment from all levels to be able to take that on board" (Sally, clinical specialist physio) [1] ❖ They also indicated the need to take steps to reduce embarrassment, stigma and taboo and to challenge any assumptions about UI amongst HCPs and women: "I suppose before people become pregnant you might see them, you know, if midwifery-taught pelvic floor education becomes the norm and then you see people before they are pregnant you'd obviously reassure them it's not a big deal, it's going to do them some, possibly some short term good, probably some long term good so it's just got to get culturally accepted hasn't it. The women would be absolutely fine having it [a vaginal examination for a PFM contraction] done [...] if you've seen a midwife several times and you trusted her and she said 'look you don't have to have this done but it's standard management now just to check your pelvic floor". (Edward, obstetrician) [1] ❖ A further challenge was the lack of 'higher level' commitment to prioritising PFME: "one of the big challenges is midwives are going to say they just haven't the time to do more than they are doing at the moment. [...] so I think you'd have to have commitment from all levels to be able to take that on board" (Sally, clinical specialist physio) [1] ❖ Amongst midwives and women, this ideological commitment to teaching or carrying out PFME was undermined by a number of challenges and concerns. [1] ❖ Amongst midwives and women, this ideological commitment to teaching or carrying out PFME was undermined by a number of challenges and concerns. [1] ❖ Midwives sometimes expressed concern that a fuller discussion of PFME may be overwhelming for women: "I would like to think it's something that people mention, but again, I'm not sure with the kind of, the overload of information that women get at booking" (Miranda, midwife) [1] ❖ Midwives reported that when reminding women to carry out PFME, pre and postnatally, women often did not understand what they were being asked to do, or why: "... we broach it again postnatally and probably every time we see them we say to them "And are you doing your pelvic floor?" And, you know, how to do it, cos as I said to you, some mums look at you as if you're, you know, you've got two heads" (Belinda, midwife) [1] ❖ Although midwives felt that women often did not understand the relevance or significance of PFME for their health, in the observations of antenatal clinics, additional information tended to be only brief verbal endorsements or warnings, as described above. [1] ❖ a lack of confidence amongst midwives that they had adequate knowledge and skills to teach or assess PFME, or had been sufficiently 	<p>and many other issues [1]</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Observations of clinic settings also indicated a lack of PFME prioritisation. [1] ❖ Conversely, the practice nurse was already asking women about symptoms and was keen to refer on. Attitudes of other health professionals were often coloured by poor educational knowledge, for example, giving pads as a quick solution. This was seen by the groups as negative and disempowering for the women. [13] ❖ There appeared to be some assumption amongst midwives that interest in and knowledge of PFME varied between women [1] ❖ Observations of clinic settings also indicated a lack of PFME prioritisation. For example, noticeboards often had empty space on them; boards displayed numerous other topics related to pregnancy and birth, but not PFME. [1] ❖ One observation particularly supported this possibility; in an antenatal appointment a midwife asked a woman about her "pelvic floor" and the woman responded "what are they?" [1]

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p>trained to teach women about the exercises: "Oh, well, I suppose my problem is I don't necessarily feel I'm sufficiently trained to be talking about pelvic floor exercises" (Stacey, midwife) [1]</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ In addition, although existing UK guidelines suggest that PFME should be discussed early in pregnancy, a lack of clarity amongst midwives regarding the content and availability of standardised advice proved to be an additional challenge: "there's no standard guidelines or no standard advice that we would give –no national guidance [...] and the different websites I went on to all gave different ways and different amounts of time, different lengths of time, so there's nothing standardised" (Josie, Midwife) [1] ❖ the available time to teach may have been undermined by the need to contend with numerous other pressing issues; midwives faced varied challenges or barriers to the effective communication of a wide range of issues: "... there's a lot of language barriers, a lot of safeguarding, a lot of young parents. There's not very many of your typical white middle-class English ladies there. So, you're always fighting, trying to compete with other barriers, language barriers, all the other barriers –very very health complex issues (Josie, midwife) [1] ❖ midwives also felt that many women lacked even very basic anatomical knowledge about PFME: "There's a real general ignorance about the pelvic floor. A lot of women we are booking in, you'd say to them, "pelvic floor exercise," and they look at you blankly, like, "What's that?"(Rhianna, midwife) [1] ❖ Both midwives discussed the pelvic floor postnatally, but found little time in the antenatal period. [13] ❖ [...] time was limited which may have led to inadequate performance of PFME. According to one of the midwives difficulties dealing with continence issues at work were a major trigger for seeking help. One continence nurse also said: it's usually when the children are about 5, just going to school and Mum gets back to normal, going to the gym etc. and finds there is a problem. [13] 	
Stigmatisation et tabous	<ul style="list-style-type: none"> ❖ "I think there is a bit of a stigma about it all and it's also - I mentioned in the first interview that I think a lot people think that it doesn't affect them - it's in later life, it's incontinence, it comes with dementia, it comes with, and it doesn't - it doesn't at all. Because I said before my friend after having her child had chronic incontinence and she still does. She has to wear incontinence pants when she goes running and stuff, she's a fitness buff and people just naturally assume that as you get older it's part of life. It can be but it shouldn't be, it doesn't need to be at all it can be dealt with yeah so I think they push the products too much. I think they should be pushing advice through the health system". (Danielle, postnatal interview, first baby). [1] ❖ Some women preferred to discuss with a close relative, some a close friend. There was a strong feeling that 'getting on with it' was the required programme: It's a problem we've got to deal with ourselves and just get on with it, another burden like periods and things like that. [13] 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ [...] stigma [1] ❖ Sex remains a taboo topic for many of the participants due to cultural norms. Prior to PFME, the women were unaware of their PFM and only some noticed their PFM after menarche or post partum. They associated the vagina with their sex life. While talking about the change in their sexuality related to PFME, several women described their embarrassment talking about sex. [18] ❖ Friends who had enduring symptoms tended to joke about them as did most of the women when asked. [13] ❖ There was a general feeling that incontinence is taboo and by having support women would be more likely to talk about it and feel less isolated. [8] ❖ Women conceded that embarrassment may prohibit discussion about UI and treatment options such as PFME and referred to the stigma surrounding the discussion of these topics and the assumptions made

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ They felt the benefits of PFMT were not widely discussed because of taboo issues: "It's something that a bit of a weird taboo in society, speaking about women's private parts and it's a shame, because if women talk about bladder problems and what happens early on. Then maybe you'd do something to stop that from happening. Whereas, it's only kind of mentioned to you when you start having babies ..." (FG 1, P2) [8] <p><u>Professionnels de la santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ HCPs often assumed that women were reluctant to engage in discussions about UI, due to embarrassment, stigma and taboo: [1] ❖ "Oh embarrassment, total embarrassment. It's a very taboo subject for people. It's getting more freely - a bit more open nowadays, I think, but on the whole it's still a huge embarrassment and of course the less people who come forward, the more people who think they're the only person in the world who suffers except old ladies". (Bridget, physio) [1] ❖ They also indicated the need to take steps to reduce embarrassment, stigma and taboo and to challenge any assumptions about UI amongst HCPs and women: "I suppose before people become pregnant you might see them, you know, if midwifery-taught pelvic floor education becomes the norm and then you see people before they are pregnant you'd obviously reassure them it's not a big deal, it's going to do them some, possibly some short term good, probably some long term good so it's just got to get culturally accepted hasn't it. The women would be absolutely fine having it [a vaginal examination for a PFM contraction] done [...] if you've seen a midwife several times and you trusted her and she said 'look you don't have to have this done but it's standard management now just to check your pelvic floor". (Edward, obstetrician) [1] ❖ There was discussion around the taboo nature of incontinence, one of the clinical nurse specialists opined: they talk about drugs, sex and sexually transmitted diseases and whatever else but we don't talk about pooing and wee ing. [13] ❖ Reasons for not seeking help included fear of examination: don't want to be fiddled about with anymore. Or embarrassment: it's too embarrassing to walk into the Health Centre and say I'm having trouble with my bladder. [13] 	<p>[1]</p>
Perception et normalisation	<ul style="list-style-type: none"> ❖ "I was quite down when I had my son about what was going on. And I thought that it would only sort of happen to very few people. But it was only after that and going to the GP that you realise how common it is." (FG 1, P1) [8] ❖ Both HCPs and women alluded to an assumption that pregnancy and childbirth inevitably leads to UI: "Yeh, cos I don't wanna leak [laughs]. I know it will probably happen but if I could do it now, I hope my chances are a little bit higher!" (Hannah, antenatal interview, first baby) [1] ❖ Perceptions and experiences of urinary symptoms in relations or peers were worrying and implied that incontinence was inevitable and permanent. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Media influence was considered important; often negatively, encouraging pads rather than help seeking. This category identified a desire to do the 'right thing' but a lack of clarity as to what that was and who would be responsible for it. [13] ❖ [...] the presentation, and the interpretation the women place upon this information indicated the internal message received could be different to that intended or perceived by the health professional. [13] ❖ Based on inquiries about the experience of PFME, participants revealed their perceptions of UI, vaginal laxity, and the impact on their lives. They believed that UI and/or vaginal laxity were just part of

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p>Television was a powerful influence: 'I get paranoid just seeing the advert you know for Poise' [13]</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Three women already wore pads all the time, none had sought help, thin pads were preferred as they were easily available and not obvious: even just walking around I permanently wear like a panty liner, I'm always sort of leaking. [13] ❖ Both HCPs and women alluded to an assumption that pregnancy and childbirth inevitably leads to UI: "Yeh, cos I don't wanna leak [laughs]. I know it will probably happen but if I could do it now, I hope my chances are a little bit higher!" (Hannah, antenatal interview, first baby) [1] ❖ In describing their experiences of UI and vaginal laxity, several participants stated that vaginal laxity was a normal consequence of childbirth and ageing. The participants believed that nothing could be done to improve their condition: In my opinion, there is a strong correlation with UI and advancing age. The body is like a machine, when we get old our muscles become weaker. Can you return to the age of twenty? No, you can't. Right? So it's a normal process, at least that's what I really think. (Gina) [18] ❖ I think it's normal to have urine leakage when you've given birth to so many children. Also it's a normal process of ageing to have a loose underneath (vagina). My husband once said a woman's there (vagina) becomes loose after childbirth, and was not as tight as before childbirth. (Linda) [18] ❖ "I remember after having my second [child] a friend came in and she was laughing, and she said to me 'oh you'll never laugh the same again!'. I said, 'what you mean?' and she said, 'you'll always leak!.....oh yeah, never the same!' "(P5) [9] ❖ Several women declared they would answer direct questions but would not volunteer information. Part of this was being unaware what was normal, not wanting to make a fuss or be told to get on with exercises. [13] ❖ In particular, comments by friends and relatives may encourage normalisation of the symptoms, unbeknown to the health professional. [13] ❖ Symptoms were often minimised: it's only a little bit, not like oh I've wet my pants. [13] 	<p>getting old and related to childbirth for women. [18]</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ [...] assumptions [1] ❖ A combination of assumptions, societal stigmatisation and a normalisation of UI during pregnancy and childbirth, together with embarrassment (either actual or assumed), could have affected communication between midwives and women relating to PFME and UI. [1] ❖ Most participants did not consider the condition of UI to be sufficiently severe, as a result they did not seek professional help. [18] ❖ All women were aware of the possibility of "leaking" during or after subsequent pregnancies, and five women still believed leaking was "normal" because of the informal education they received. [9] ❖ « normalisation » [1]
	<p><u>Professionnels de la santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Some highlighted the possible effects of media advertising for incontinence pads, and, whilst possibly reducing taboo and stigma of UI, felt that it may contribute to the societal assumption that UI was normal, rather than challenging its inevitability: "I think possibly because in the past it's a taboo subject, a little bit. At least now, with all those TENA pads, maybe it's, although I don't, it's horrible, they don't put on 'Do your pelvic floor', they just give you pads, maybe because it's more out there, we can now speak about it a little bit more, maybe (Katy, midwife) [1] ❖ "I see a lot of women [...] especially with second children and they'll tell me that they've had some incontinence – especially when you bring up pelvic floor and they're like, "Oh, yeah, I should be doing it because I have incontinence," and things like that, and it's almost as if they just cope with it 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ There appeared to be some assumption amongst midwives that interest in and knowledge of PFME varied between women [1] ❖ Midwives may have also assumed that a reminder of the importance of doing PFME would be enough to prompt women to do them, and that they would be performed correctly. [1] ❖ HCPs felt that this assumption of 'normality' may have reduced their motivation to engage in PFME: [1] ❖ HCPs highlighted the need to normalize PFME education and assessment of a pelvic floor contraction, during or prior to pregnancy, rather than normalise the inevitability of UI. [1]

SOUS-THÈMES	CITATIONS DES FEMMES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	ANALYSE ET OBSERVATIONS DES AUTEURS
	<p>instead of doing anything about it, if that makes sense? Which is quite sad really, but yeah, I feel like women just think it's normal, if that makes sense?" (Grace, midwife) [1]</p> <p>❖ [...] when something goes wrong ladies will almost just get on with it and think oh it's normal I've just had a baby and all my friends say they leak or the advertising we see on TV and like 'oh everybody's got oops moments' and almost see that as being normal and fine" (Davina, senior women's health physio) [1]</p>	

Extraction des données quantitatives

Tableau F-6 Tableaux d'extraction des données des études à devis mixtes et quantitatives – perspective des patientes

Temptanakitpaisan et al., 2020	
Objectifs	To assess knowledge, attitude, and practices (KAP) of pelvic floor muscle training (PFMT) among Thai pregnant women
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> One hundred and ten voluntary pregnant women who presented at the antenatal clinic (convenient sampling) from October 2014 to April 2015 were recruited Participants were singleton pregnant women aged over 18 years old
Critères d'exclusion	Participants with an high-risk conditions: <ul style="list-style-type: none"> preeclampsia, premature membrane rupture, twin pregnancy, placenta previa, preterm labor, antepartum hemorrhage, history of preterm labor, history of antepartum hemorrhage, and those not understanding Thai language
Méthodologie	A cross-sectional study was conducted at Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, Thailand
Questionnaires ou autres instruments	<ul style="list-style-type: none"> Self administered anonymous questionnaires at the antenatal clinic on the day of the visit The questionnaire was based on the conceptual framework (physical, psychosocial, and cultural aspects) derived from focus-group interviews with 10 Thai pregnant women, modified and tested in other 10 Thai pregnant women <p>The questionnaires comprise three parts: knowledge, attitudes, and practices.</p> <ul style="list-style-type: none"> The knowledge part dealt with four questions relating to the pelvic floor exercise (PFE) anatomy, techniques, and usefulness. Participants were classified as perceptive if they could recognize PFMT and correctly answer all questions The attitude part dealt with 12 questions designed to investigate subjects' attitudes towards pregnancy outcomes, the effects of pelvic floor functions and the sources influencing their decision about whether to perform PFMT The practice section constituted a question about the frequency of PFE practice

Temptanakitpaisan et al., 2020	
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Normality testing was conducted using Kolmogorov–Smirnov testing Demographic data were expressed as percentage, mean (for parametric data) or Median (for non-parametric data), and minimum and maximum range. Chi-square tests for correlation were used for categorical variables Bivariate analysis was performed to evaluate the relationship between women's responses to the questions and their opinion on PFMT. For the purposes of this analysis, Chi-square tests were used for categorical variables and t-tests were used for continuous variables
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> mean \pmSD of age was 30.5 ± 5.4 years/gestational age at the time of enrolment was 20.8 ± 10.8 weeks <p><i>Connaissance :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sixty-one of the patients (55.5%) possessed the knowledge of the pelvic floor muscle training. However, after being tested for the knowledge of PFMT, only seventeen (27.9%) knew the correct answers, who were classified as the perceptive. Of the 61 participants recognizing PFMT, fifty-seven (93.4%) realized the advantages of PFMT and forty-eight (78.7%) realized the disadvantages of PFMT. Fifty-nine (96.7%) possessed the understanding that they could undergo PFMT with safety during pregnancy <p>78.7% believed that PFMT could facilitate delivery 57.4% believed that PFMT could reduce vaginal trauma during vaginal birth</p> <ul style="list-style-type: none"> The majority of women in aware group believed that PFMT could improve all aspects of pelvic floor dysfunction such as sexual dysfunction, pelvic pain, urinary incontinence, voiding dysfunction, pelvic organ prolapse symptoms, constipation, fecal incontinence, and overall quality of life <p><i>Source d'information :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Healthcare providers (58.8%) and media outside hospital (35.3%). No subjects received information directly from physicians <p><i>Pratique :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Only 10.7% of the aware women performed PFMT but irregularly during pregnancy <p>Voir table 3 p. 298 pour plus d'information</p>
Limites	As this was a cross-sectional study, we asked only about compliance without evaluating PFMT techniques, which is the limitation of our study
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	<p>IRB approval</p> <p>All participants provided written informed consent, and that this study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki</p>

Temtanakitpaisan et al., 2020	
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> The findings suggest that only half of the subjects were aware of PFMT, but they rarely practiced regularly Almost all women felt that PFMT has positive effects on health, emotions, sex, and quality of life. Thus, it is recommended to provide essential education or motivation in order to raise importance of PFMT practice in pregnant Thai women

Salmon et al., 2020	
Objectifs	This review synthesizes evidence that exposes challenges, opportunities, and concerns regarding the implementation of PFMT during the childbearing years (in routine maternity services), from the perspective of individuals, healthcare professionals (HCPs), and organizations
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> Sources were included if they reported direct experiences, attitudes, beliefs or behaviors of women or HCPs regarding PFMT, and presented either a contemporary view of PFMT for women during childbearing years or retrospective views of women who had previously given birth or been offered PFMT during pregnancy
Critères d'exclusion	N/A
Méthodologie	<ul style="list-style-type: none"> Critical interpretive synthesis of systematically identified primary quantitative or qualitative studies or research syntheses of women's and HCPs attitudes, beliefs, or experiences of implementing PFMT
Questionnaires ou autres instruments	N/A
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Interpretive approach to systematic review to synthesize evidence. Titles and abstracts were screened for eligibility by two independent reviewers (VS, MP) Critical appraisal (using the MixedMethods Appraisal Tool [MMAT]21) and data extraction (using a structured form) were conducted by two independent reviewers (VS, RJ) Sources were uploaded to NVivo for Teams (QSR International) and coded using a framework based on the initial research questions. Codes representing existing constructs presented across all sources were inspected and analysed by four reviewers, patterns and themes were identified, and new (synthetic) constructs generated Data were synthesized across sources, transformed into new explanatory themes, and developed into a synthesized argument. This method facilitated critique, reflexivity and debate amongst the research team and our patient and public involvement (PPI) group, with whom we held a series of meetings.
Résultats	<p>N=50 études : 5 commentaries, 2 cohort studies, 4 mixed-method studies, 1 Q-methodology study, 17 qualitative studies, 19 surveys, 1 implementation report, and 1 systematic review of qualitative research</p> <p>Quatre thèmes principaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> Challenges and opportunities in maternity service provision for PFMT <p>Routine provision of PFMT, as recommended by UK15 and international guidance,^{13,14} is not part of antenatal services where midwives have increasing responsibilities and large workloads.</p>

	<p>Included sources :</p> <ul style="list-style-type: none"> – did not consider the impact of competing national policies and directives, – lack of professional training, – or revised maternity service and funding models on PFMT implementation • women's may be constrained by ad hoc service provision or challenges accessing services need multiple access options for PFMT • services need to be individualized and include provision for language, literacy, and ethnic/cultural diversity • need physiotherapists specialized in maternity = now unclear professional responsibility for antenatal PFMT + poor access to specialist services • postnatal women would appreciate an assessment to ensure they are performing a correct PFMC • No evidence of : – assessment of PFMC as part of antenatal or postnatal service provision – acceptability of antenatal objective assessment (femme ou professionnels) – sages-femmes peuvent s'opposer à la prise en charge de l'évaluation impliquant une examination du vagin durant la grossesse • lack of guidances • poor quality of information • lack of continuity of, care • plus grande clarté des rôles entre les professionnels • restriction d'implantation chez les sages-femmes à cause du manque de ressources + doit être guidé par les protocoles ou guides nationaux (plutôt qu'approche/besoins individuelle) • besoin de support organisationnel <p>2) Formation and shaping of knowledge and understanding about PFMT</p> <ul style="list-style-type: none"> • knowledge and understanding of women and HCPs may be formed and shaped by the availability and quality of information about PFMT, social and cultural norms, and attitudes and beliefs = influence les priorités, l'implantation, les pratiques cliniques • women report limited knowledge about UI and PFMT [...] constraining their ability to try out, adopt and maintain regular PFMT during their childbearing years • UI is framed as a postnatal issue, displacing it as priority from antenatal care for women [...] some women believe that PFMT only needs to be done after their baby is born • culturally-sensitive resources must be considered where literacy and language may be an additional challenge • HCPs also express concerns regarding limited knowledge and understanding about UI and PFMT, lack of awareness of guidelines, and inadequate skills for teaching PFMT • PFMT they require additional training. Training should also explore socioeconomic, ethnic, and cultural factors to facilitate engagement with different ethnic groups
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • midwives report a lack of time; they require organizational support to attend training, and regular updates and peer support <p>3) Challenges and opportunities for engaging and participating in PFMT</p> <ul style="list-style-type: none"> • divers degrés d'engagement des femmes et des professionnels • the predominant narrative is that women experience several intrapersonal challenges and concerns for engaging and participating in PFMT • lack of access to HCP-supervised PFMT may reduce women's ability to adopt and maintain a training program. PFMC self-efficacy is a significant predictor of PFM behavior during pregnancy, with the potential to induce feelings of empowerment and control with PFMT • insufficient time within clinical practice is a commonly cited challenge for implementing interventions, including PFMT • lack of time to build a good relationship, particularly with young mothers, and socio-cultural barriers including language and communication difficulties, also impacts on midwives' ability to engage women with public health topics • requires dedication and commitment <p>4) Social and emotional challenges and opportunities</p> <ul style="list-style-type: none"> • UI is often thought of as a normal, inevitable consequence of pregnancy and childbirth, with many people viewing this condition as taboo • difficult to raise and talk about the topic of UI, limiting their ability to fully engage with implementing PFMT • many women are either unaware of prevention/treatment options or do not want to bother a HCP for a problem they perceive as inevitable, minor, temporary or incurable • if not asked directly, women may not raise concerns about symptoms for fear of being a burden to the health service • midwives may have concerns about raising sensitive emotional subjects, fearing that this could negatively impact their relationship with women • HCPs may need to ask several times before a woman felt comfortable talking about UI and engaging in conversation about its prevention and treatment • ethnic minority women face additional social and emotional challenges. For example, maintaining cleanliness for prayer is a key concern for Muslim women, and a woman with UI may have feelings of shame and sinfulness that they do not wish to disclose to others. = language and cultural challenges when discussing public health issues • midwives working with lower socioeconomic groups also believe that cultural attitudes can be difficult to overcome. Beliefs promulgated by strong maternal influences in large, close families, may not align with the information provided by HCPs.= educate the whole family
--	---

Salmon et al., 2020	
Limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. Key issues for quantitative studies included small sample size and no evidence of sample size calculation, minimal information about reasons for declining participation, lack of psychometric robustness for survey tools/ outcome measures, and variable response rates 2. Reports of qualitative studies often did not consider how findings related to the context in which data were collected, or did not demonstrate reflexivity
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	A full protocol for the review has been published. ²²
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> • PFMT research needs to move beyond individuals to explore and understand implementation issues at system level • Numerous factors constrain women's and HCPs capacity to implement PFMT. It is unrealistic to expect women and HCPs to implement PFMT without reforming policy and service delivery • The implementation of PFMT during pregnancy, as recommended by antenatal care and UI management guidelines, requires policymakers, organizations, HCPs, and women to value the prevention of incontinence throughout women's lives by using low risk, low-cost, and proven strategies as part of women's reproductive health • Need to recognize social and emotional constraints around discussing these concerns including sensitivity to the social and cultural impact of UI for women from different ethnic and social backgrounds

Sacomori et al., 2020a	
Objectifs	Assess the effect of a single pelvic floor muscle exercise (PFME) session immediately postpartum in preventing urinary incontinence (UI) in a 3-month postpartum period with good adherence rates
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Two hundred two women were approached for this randomised controlled trial and randomly assigned to two groups: the control group and experimental group • The sample included 202 women who gave birth between September and December 2011 and agreed to join the study
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • The exclusion criteria were women who : • had previous UI due to neurological disorders, (2) had a history of cancer in the genitourinary tract, (3) had a previous diagnosis of a neurological disease, (4) were blind, (5) were illiterate, (6) had drug addiction problems, or (7) mentioned not having a telephone/mobile phone number
Méthodologie/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • A longitudinal and parallel group randomised controlled study was conducted in the postpartum division of a public maternity hospital in Florianópolis, SC, Brazil • The retrospective prospective design assessed three time points. Data regarding before pregnancy (T0) and the 3rd trimester of pregnancy (T1) were assessed retrospectively, i.e., collected after delivery and before hospital discharge. The prospective assessment (T2) occurred 3 months after parturition. Neither participants nor the assessors were blinded • The intervention comprised a visual assessment of PFM contraction, a single PFME instruction session supervised by a physical therapist, and an educational approach through distribution of brochures about homebased PFME exercises (without supervision)

Sacomori et al., 2020a	
Questionnaires ou autres instruments	<ul style="list-style-type: none"> Involuntary urinary loss and quality of life (QoL) were evaluated using the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (main outcome). Sociodemographic and clinical information was collected. <p>Adherence and barriers were assessed via telephone/mobile phone surveys (secondary outcomes)</p> <ul style="list-style-type: none"> To assess adherence and barriers to PFME, a telephone/mobile phone interview was conducted in the 3rd month postpartum using a structured questionnaire based on previous research Adherence was classified according to the length of time dedicated to the exercises. Performance of the exercises over the first 3 postpartum months, reported in the 3-month followup, was named “short-term adherence”.
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Descriptive statistics Chi-squared χ^2 tests identified differences between the control and intervention groups. To assess the differences between the intervention and control groups regarding urinary outcomes after the PFME intervention, a Mann-Whitney U test was used We performed a complete cases analysis and an intention-to-treat analysis
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Some knowledge about PFME was reported by 25 women (37.0%) Via a telephone/mobile phone survey in T2, 57 (85.1%) women reported overall adherence to PFME Regarding the frequency of home-based PFME, 22 (32.3%) women performed the exercises 1–2 times a week, and 33 (49.3%) did so 3–7 times a week. Considering the protocol training on PFM, 33 (49.3%) women performed both strength and endurance training, 14 (20.9%) reported carrying out only the strength training, and 10 (14.9%) focused only on endurance training 21 (31.3%) women performed PFME for 3 months postpartum The barriers to performing the exercises, as described by 50 (74.6%) women, were mainly forgetfulness (41; 61.2%), lack of time (35; 52.2%), and the need to take care of the baby (38; 56.7%).
Limites	<ol style="list-style-type: none"> Pre-gestational period, and the high drop-out rate must be considered; despite all efforts made, we had a 35% loss to follow-up Not blinding the assessors; however, the follow-up occurred 3 months later via telephone/mobile phone
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	<ul style="list-style-type: none"> This study was approved by the ethics committee on research of Maternity Carmela Dutra, Brazil (CAAE 0010.0.233.269–11) and registered at Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC; www.ensaiosclinicos.gov.br/; U1111–1125-1467) The participants did not receive any financial or nonfinancial benefit and all participants provided informed consent prior to participation.
Conclusion générale des auteurs	<p>Besides high adherence rates in this trial, there was no effectiveness of a single PFME instruction on urinary symptoms between the control and intervention groups. We believe the lack of positive results in UI is due to the fact that participants did not follow the prescribed PFME protocol</p> <p>(pas de conclusions pour les analyses secondaires)</p>

Sacomori et al., 2020b	
Objectifs	To assess predictors for adherence to a home-based pelvic floor muscle exercise (PFME) program supplemented with three physical therapy sessions in women with urinary incontinence (UI).
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> Patients were referred from public primary or secondary care providers in Florianópolis, Brazil Participants: Adult women with UI Participants were referred by primary care physicians and nurses or secondary care urologists or gynaecologists working in the public health system in the Florianópolis region, and advertisements were also placed in hospitals. <p>Recruitment took place between April 2012 and May 2013</p>
Critères d'exclusion	<p>Exclusion criteria include the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> being pregnant or in the postpartum period 0–6 months after delivery; virginity; illiteracy; vaginal prolapse exceeding the hymenal area; urogenital infection; inability to contract the pelvic floor muscles (Oxford Score = 0) (Laycock and Jerwood, 2001); vaginal atrophy sufficient to impede the insertion of the physiotherapist's two fingers into the vaginal cavity; or presence of systemic disorders including cancer or neurological diseases.
Méthodologie/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Three supervised physiotherapy sessions for the treatment of UI combined with home-based PFME program. Treatment groups were combined for predictive modelling because there was no difference after intervention between groups regarding UI and adherence rates The trial was designed to investigate Bandura's (1977) four variables associated with self-efficacy: mastery experience, vicarious experience, verbal persuasion, and specific physiological and emotional states. <p>Both groups received the following treatment:</p> <ul style="list-style-type: none"> Treatment to enhance experience of mastery of PFME Verbal persuasion The physiotherapist and patient analyzed the situations in which UI occurred <p>Both groups received</p> <ul style="list-style-type: none"> physiotherapy consisting of individual training how to perform PFME (i.e., teaching how to adequately contract these muscles) and supervised performance of PFME physiotherapy sessions took place on the same day as the initial evaluation and 15 days and 1 month later <p>The intervention group compared to the control group received three additional elements:</p> <ul style="list-style-type: none"> mastery experience vicarious experience and disinhibition patients were given a refrigerator magnet as a tool to attach reminder notes <p>The RCT data showed no difference between groups which means that the video, goal-setting, and magnet made no difference on adherence outcomes (Sacomori et al., 2015). Therefore, both arms of the trial were included in this secondary analysis</p>

Sacomori et al., 2020b	
Questionnaires ou autres instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Main outcome : Adherence to PFME at 3-month follow-up (structured questionnaire). • Baseline Predictors: self-efficacy and outcome expectation scales; severity of UI (ICIQ-SF), pelvic floor muscle strength, age, body mass index (BMI), and educational level
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Secondary analysis of a randomized controlled trial of interventions to enhance self-efficacy with respect to PFME • An intention-to-treat analysis was performed • Hierarchical regression analyses incorporating treatment group, age, education, disease-related factors (severity of UI; pelvic floor muscle strength; BMI), and outcome expectations and self-efficacy showed that only baseline self-efficacy predicted adherence ($R^2 = 0.217$)
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • 86 women with UI of whom 72 completed the study • Forty-three women reported carrying out PFME every day • The mean of age was 50.5 (sd = 10.9) years • The most prevalent comorbidities were hypertension and depression • At 3-month follow-up, nearly 43 participants (60%) reported that they performed PFME every day, 19 women were performing three to six times per week (20.8%), seven were performing two to three times a week (9.7%), and only three women were not performing the exercises (4.2%) • At 3-month follow-up, 58 participants (67.4%) had a lower self-efficacy score than at the baseline assessment, 3 women (3.5%) reported the same level of self-efficacy and 25 women (29.1%) reported increased self-efficacy. Outcome expectations had improved in 35 women (40.7%), was unchanged in 16 women (18.6%), and had declined in 35 women (40.7%) <p>Three-month follow-up adherence was correlated to: baseline self-efficacy ($r = 0.299$); age ($r = 0.242$); and educational level ($r = -0.273$) <ul style="list-style-type: none"> • We found that higher adherence to PFME was correlated to higher age and lower education level • Older women might have presented higher adherence scores because they are not working • We hypothesize that this is because a unique situation due to the study environment: in our study, the women with less education had fewer UI treatment options than their more educated peers – usually people with lower education levels have worse paid jobs – and therefore took full advantage of this free treatment opportunity <p>Only self-efficacy (at baseline) was a significant predictor of adherence ($R^2 = 0.217$). <ul style="list-style-type: none"> • [...] improved their outcome expectations after seeing the benefits of doing the exercises. • Clinicians should provide adequate and relevant information to increase patient knowledge; teach correct PFM contractions; stimulate continuous training; develop patient (self-)confidence; promote positive and decrease negative feelings about PFME; counter-negative with positive PFME role models; enable patients to solve common barriers and enhance facilitators in daily life; and boost the prioritization of PFME in patients' daily life (Dumoulin et al., 2015) </p> </p>
Limites	<ul style="list-style-type: none"> • Secondary analysis • Used an adherence scale described in a previous study validated only regarding content • Not measuring emotional aspects with validated questionnaires

Sacomori et al., 2020b	
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	The trial was approved by the ethics committee (CAAE 00934212.4.0000.0118) and all participants received detailed information about the study protocol and provided written informed consent.
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> Adherence to home-based PFME is a complex phenomenon. Assessing self-efficacy may help physiotherapists to detect patients' confidence in performing home-based exercises and, when necessary, give patients additional incentives Adherence was positively correlated with self-efficacy and age, and negatively correlated with education level. The results also showed a slight decrease in participants' self-efficacy posttreatment, while outcome expectation increased or did not change. Therefore, we recommend that physiotherapists treating UI in the context of lack of resources to provide a more intensive and supervised PFME program, with weekly appointments over around 8 weeks, routinely evaluate patients' self-efficacy We recommend to take steps to improve it, such as effective communication, improving patient-therapist rapport, having more supervised sessions with patients with low baseline self-efficacy, effective encouragement, goal setting, and referring patients to a more integral and interdisciplinary management including psychological treatment to control depression and anxiety

Reed et al., 2020	
Objectifs	To determine whether patient values impact on compliance and outcome for physiotherapy treatment for pelvic floor dysfunction
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> Two hundred eighteen adult female patients consecutively referred to a hospital for outpatient urogynaecological physiotherapy treatment for pelvic floor dysfunction were invited, and all agreed to participate. Participants were referred for either a single, or a combination, of symptoms: 40 (18%) stress incontinence; 9 (4%) urge incontinence; 74 (34%) mixed incontinence; 4 (2%) faecal incontinence; 41 (19%) prolapse alone; and 50 (23%) prolapse and incontinence
Critères d'exclusion	N/A
Méthodologie/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> The Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) programme consisted of 2 individual appointments, and 6 £ 60 min group sessions (7-8 patients per group), over a 6 month period The individual appointments were taken by one of the clinical physiotherapists, and were held at the start and end of the PFMT programme The group sessions were led by a clinical physiotherapy specialist, a senior physiotherapist in women's health, a surgical nurse specialist, or a psycho-sexual counsellor
Questionnaires ou autres instruments	<ul style="list-style-type: none"> The participants underwent an objective assessment of their pelvic floor strength (Modified Oxford Grading), and also provided subjective assessments of their condition (Queensland Pelvic Floor Questionnaire). Additionally, the participants gave data regarding other demographic characteristics (eg, age, BMI, medical co-morbidities), and completed a questionnaire to assess their values (PVQ-II). Personal Values Questionnaire15 (PVQ-II) is a self-completed measure of patient values, often used in psychotherapy.¹⁶ The health value section was used which asks 9 questions, each rated on a 5-point scale

Reed et al., 2020

	<ul style="list-style-type: none"> There are also 3 subscales (Intrinsically-held Value Choice, Aversively-controlled Value Choice, and Value-related Behavior): "Intrinsic Choice" represents the individual's own commitment to the value; "Aversive Choice" reflects the degree of external regulation of the value; and "Behavior" measures the degree to which the value is acted upon
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> The analysis plan was to use multiple regression to identify predictors of compliance and outcome Power calculations suggest that expecting a medium effect size ($f^2 = 0.25$), with 95% power, using a probability criterion of $P < .05$, and with 6 predictors, a minimum sample size of 91 would be needed
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> 101 (46.33%) of the participants attended all of the sessions, and 117 (53.67%) did not complete the course of PFMT sessions These data show that the strength of the held health value was not associated with any of the other variables. The type of value held (intrinsic or extrinsic) was similarly unrelated to the other variables, except for a weak association with BMI: the higher the BMI the more extrinsically held the health values <p>A logistic regression was conducted to see if any of the variables (values strength, values type, symptom severity—objective and subjective, age, and BMI) predicted attendance.</p> <ul style="list-style-type: none"> This analysis revealed a significant model $\Delta LL = 21.77$, $P < .01$, with higher values strength ($b = 0.341$, $P < .05$, odds ratio = 1.406), fewer objective symptoms ($b = 5.107$, $P < .05$, odds ratio = 165.221), fewer subjective symptoms ($b = -0.362$, $P < .05$, odds ratio = 0.696), older age ($b = -0.240$, $P < .05$, odds ratio = 0.786), and lower BMI ($b = -0.347$, $P < .01$, odds ratio = 0.688), all independently predicting attendance, but the type of values ($b = -1.827$, $P > .80$, odds ratio = 0.161) not being related to attendance <p>A multiple regression was conducted to see if any of the variables (values strength, values type, initial symptom severity—objective and subjective, age, and BMI) predicted improvement in the objectively measured pelvic floor function</p> <ul style="list-style-type: none"> This analysis revealed a significant model, $R^2 = 0.762$, $P < .01$; with greater intrinsic health values ($b = 0.543$, $P < .05$), and lower initial objective severity ($b = 5.107$, $P < .05$, odds ratio = 165.221), both independently predicting objective improvement. However, strength of values ($b = 0.011$, $P > .80$), initial subjective symptoms ($b = -0.034$, $P > .50$), age ($b = .004$, $P > .80$), and BMI ($b = 0.007$, $P > .80$), were not related to objective improvement The key results were that the strength of the patients' health related values predicted patients' ability to fully comply with the treatment (valeurs individuelles). However, the strength of values did not predict the outcome of the intervention in those who fully complied. Rather, it was the manner in which the values were held, that is as intrinsically-valued (as opposed to being held for the sake of others), that predicted improvement in pelvic floor function

Reed et al., 2020	
Limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. The sample was moderate and replication would be sensible. Such further research might include a longer follow-up period 2. It is not known if different forms of pelvic floor dysfunction are associated with different values and different relationships to attendance. Similarly, it is not known which of the aspects of the PFMT the values impacted—the pelvic floor exercises, the behavioral management, or both 3. It should be noted that, in medical decision-making, “patient values” should be applied with caution, and not as the sole determinant of a treatment decision.
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	Ethical approval was granted to this study by the NRES Committee Region—East Midlands, UK. The trial is registered on clinicaltrials.gov (NCT02549157)
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> • The current study is the first to show a link between health values and compliance in physiotherapy interventions. The nature of the relationship between health values and other values, such as work, education, recreation, and social values, also warrants further exploration, as the correlational analyses suggests associations between all of these domains • These data suggest that additional psychological support to bolster health values⁷ may also be helpful in supporting patients when undergoing such forms of treatment • The current study also identified a number of other predictors of treatment compliance—such as the initial severity of the symptoms, as well as the patients' age and BMI (psychological functioning and characteristics of patients) • These findings could also be useful in helping to decide the type of treatment that a patient should be offered, if a patient displays characteristics that predict they are unlikely to be able to comply with a long-term treatment, at that time

Rada et al., 2020	
Objectifs	The aim of this meta-synthesis was to collect and systematically analyse data from primary qualitative studies on pelvic organ prolapse (POP), to identify patient-centered perspectives on the natural course of POP
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	The criteria for inclusion were defined by the research group and the studies were selected if they would meet the following criteria: <ul style="list-style-type: none"> • Studies using exclusively qualitative methodology (while studies using mixed or purely quantitative methodology were excluded) • Studies published in English language (or translated into English) indexed in one of the three databases (Medline, Embase, Scopus), from inception to October 2019.
Critères d'exclusion	N/A
Méthodologie/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • A CHORUS Working Group performed a standardized search of three different databases (Medline, Embase, Scopus), from inception to October 2019 • We selected qualitative studies on women's perspectives on POP that were published in the English language. Three reviewers independently evaluated the quality of eligible papers and highlighted recurrent themes based on patient perspectives.

Rada et al., 2020	
	<ul style="list-style-type: none"> Two independent researchers (MPR and SJ) selected and collected the characteristics of the studies and extracted the data which were discussed during research meetings This study was designed based on an adapted version of thematic synthesis developed by Thomas and Harden, which has been previously used in qualitative research. An inventory of themes, outcomes, effects on quality of life or any combination of the above, collected from the included studies was created.
Questionnaires ou autres instruments	N/A
Types d'analyse des données	N/A
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Eighteen qualitative studies including a total of 497 patients were assessed in this analysis (17 articles were included in our meta-synthesis, which represented 3.7% of the papers initially identified) The grounded theory was the most frequently used as a methodological base and the interviews were almost exclusively used as a tool for data collection. <p>Our study revealed five superordinate themes, recurrently encountered in qualitative studies on POP:</p> <ul style="list-style-type: none"> awareness of POP (6 studies), communication (9 studies), treatments (10 studies), effects on quality of life (6 studies), and self-image (3 studies). Five out of 10 quality criteria were met by all the studies included, based on an assessment performed using the critical appraisal skills program Of those, patient's awareness of POP comprised three subthemes: lack of patient's awareness of the POP, inadequate diagnosis explanation by healthcare providers to the patients and misdiagnosis Communication was another superordinate theme that included interaction between patients and healthcare providers and disclosure of the condition to friends, relatives, healthcare providers Treatments theme included four subthemes related to home/self-treatments, thoughts on treatments, choice of treatments, and treatment outcomes Another theme focused on the effects on quality of life and involved two subthemes: the physical burden and the interference of POP with daily activities the self-image theme highlighted sexuality-related aspects Treatment-related aspects of POP were the main outcomes in the studies included for the synthesis, followed by communication-related facts Patient perspectives were centered first on the treatment they receive and secondly on the interaction not only with the healthcare provider but also with society members While treatment may have an impact on the quality of life and self-image, communication is important to women's experience, as well as awareness of POP Effects on life and self-image have been revealed by one-third or less of the studies included

Rada et al., 2020	
Limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subjectivism, difficulty to demonstrate data rigor and to present the results, the impact that the researcher may have had on the subjects studied and the difficulty to extrapolate personal experiences into a group perspective are only a few of them. 2. The findings of our study are partially limited by the diverse cultural backgrounds of the included study participants exhibiting specific behaviors 3. Subjective involvement of the researchers who conducted the studies
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	This study was registered with The International Prospective Register of Systematic Reviews, registration number CRD42019141057 and is in accordance with the preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses guidelines
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> • This is the first synthesis of qualitative studies that address POP-related experiences of women, highlighting five superordinate themes, of which treatment was the most commonly reported one • This synthesis' findings may guide quantitative research priorities and will hopefully contribute to the development of a COS for POP

Muhammad et al., 2019	
Objectif(s)	This study assessed the knowledge of, attitudes towards, and use of pelvic floor muscle exercise among antenatal women before and after educational classes
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • This interventional study was conducted among 121 antenatal women who attended classes in the antenatal clinic, Hospital University Sains Malaysia, Kelantan. The classes were conducted twice a week • Women were selected through systematic random sampling between June and December 2010 • The inclusion criteria were antenatal mothers at 28–32 weeks of gestation with a singleton pregnancy and age greater than 16 years old
Critères d'exclusion	The exclusion criteria were illiteracy and inability to understand the Malay language
Méthodologie/Intervention	<p>All participants attended two exercise education classes on their next two visits before delivery</p> <ul style="list-style-type: none"> • At baseline, all participants at 28–32 weeks of pregnancy were assessed for knowledge of, attitude towards, and practice of PFME with these questionnaires. The participants then attended two PFME educational classes on their next two antenatal visits at 34–36 weeks and 37–38 weeks, respectively. The class included lectures, demonstrations, and practical sessions. However, techniques of PFME were not examined objectively during the session to ensure correct muscle contraction. Brochures on PFME were distributed for the respondents to take home • At 2 months postpartum, participants had a follow-up visit and the same questionnaires were used for reassessment

Muhammad et al., 2019

Questionnaires ou autres instruments	<ul style="list-style-type: none"> • Data was collected using self-administered validated questionnaires. The questionnaires were divided into two sections. The first section collected sociodemographic data and the second section was on knowledge, attitude, and practice (KAP) • The knowledge questions had two sub-domains. The first knowledge domain was about pelvic floor muscle anatomy, function, and the benefits of PFME (12 questions) • The second knowledge domain was on the PFME regime (five questions) • The attitude domain had eight questions and the practice domain had four questions. • Categorical responses (true, false, and don't know) were used for the knowledge items. For attitude items, a 5-point Likert scale (strongly agree, agree, neutral, disagree, strongly disagree) was used, and similar ordinals (never, seldom, usually, frequent, always) were applied for the practice items. • A paired t-test was used to analyze and compare the mean of KAP pre- and post-intervention. A P-value <0.05 was again statistically significant • Multivariate analysis was used to evaluate sociodemographic factors and the change in practice scores was analyzed using multiple linear regression
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Data were entered and analyzed using PASW SPSS ver. 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Continuous variables were reported using descriptive statistics including mean and standard deviation or median with interquartile range for non-normally distributed data • Categorical variables were expressed as frequencies and percentages. The results were presented as rho, and a P-value <0.05 was statistically significant
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • The mean pre-intervention scores for knowledge, attitudes, and practice were 24.98, 24.25, and 3.51, respectively, with statistically significant mean score increments after intervention ($P<0.001$). The mean differences were 4.67 (95% confidence interval [CI], 3.86–5.49), 3.77 (95% CI, 3.05–4.50) and 3.45 (95% CI, 2.90–4.00) for knowledge, attitudes, and practice, respectively <p>Knowledge</p> <ul style="list-style-type: none"> – A significant change was seen in almost all items except for the importance of PFME in sexual activity. Voir Table 3 pour les questions spécifiques – The highest correct answer before intervention was on the importance of pelvic muscles on sexual activity (84.3%). After the intervention, all respondents (100%) answered correctly that PFME may treat or prevent UI and that the exercise can be done at any time – The highest change in knowledge score was in the response to “PFME is important in controlling urinary bladder function.” The second and third highest score changes were on methods of performing PFME, i.e., “PFME should be done at least 3 times a day, in the morning, afternoon, and night,” and “PFME can be done during routine daily activities.” – Other high knowledge score changes were in response to “muscles involved in PFME should be contracted for 8 seconds before being release.” From the highest knowledge score changes, we can conclude that the majority of respondents had poor knowledge of the benefits of PFME in preventing or treating UI, even though many had

	<p>baseline information on PFME. They also had a low level of knowledge on methods of performing PFME before the intervention</p> <p>Attitude</p> <ul style="list-style-type: none"> • A significant change in attitude was seen from this intervention • The majority of participants had a positive attitude toward learning • In pre and post-intervention studies, the highest score was for the same item, i.e., "PFME should be done by all women, especially pregnant and postnatal women, whether or not they have PFMD" • The highest attitude score changes after intervention were in response to "I should practice PFME to prevent uterine prolapse," followed by "I should practice PFME to prevent or treat UI." • The majority of them agreed that all women should practice PFME, even in the absence of PFMD. They also agreed that PFME should be taught to all antenatal mothers by healthcare providers <p>Pratique – voir Table 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • The mean KAP score was significantly increased at 2 months after intervention (Table 2), showing that an educational class on PFMD and PFME for antenatal mothers is important • Only 5.8% practiced PFME regularly before the intervention (defined as at least 3 times a week, i.e., frequently or always) • After the intervention, more respondents practiced PFME regularly, at 37.2%. Many factors accounted for a low practice score before the intervention, including lack of information or encouragement from medical staff in promoting PFME during antenatal checkups or before discharge from the postnatal ward • Before the intervention, most respondents never discussed PFME with friends and never sought information regarding PFME. After the intervention, most began to perform PFME and even performed PFME after delivery. The highest practice score change was in response to "I spent time performing PFME," followed by "I performed PFME when I was not pregnant" <p>Prédicteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • This study showed that respondents without baseline information on PFME before intervention had a significantly higher practice score change than those with baseline information • Other factors including age, race, occupation, income, education level, gravida status, presence of UI, and level of sexual satisfaction were not found to be significant with regard to practice score changes
Limites	N/A
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	The study was approved by the research and ethics committee of Universiti Sains Malaysia Health Campus (USMKK/PPP/JEPeM 220.3.[12])

Muhammad et al., 2019	
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> This again supports the need for healthcare professionals to educate patients in clinical practice. As we do not know which patients have baseline information on PFME, we need to target all groups of women regardless of sociodemographic background. All women need to attend PFME class during antenatal checkups Education is effective in improving knowledge of, attitude towards, and practice of pelvic floor muscle exercise. There is a need for greater effort to increase exercise awareness in our community, especially during antenatal class

Venegas et al., 2018	
Objectifs	To identify the factors that influence long-term adherence to pelvic floor exercises in women with UI
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> A non-probabilistic convenience sample was recruited The sample was recruited from the "Centro Integral de Reeducación de Piso Pélvico" (CIREP), and included 61 women treated for UI at the center in 2014 and 2015 <p>Inclusion criteria were as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> women between the ages of 18 and 85 years; treated for urinary incontinence in "Centro Integral de Reeducación de Piso Pélvico" (CIREP) during 2014-2015; treated with Physical Therapy based on pelvic floor muscle training; and discharged from Physical Therapy 6 months to 2 years prior to study enrollment
Critères d'exclusion	Women were excluded from the study if they had received treatment only with neuromodulation via posterior tibial nerve stimulation
Méthodologie/Intervention	Observational, descriptive, cross-sectional study
Questionnaires ou autres instruments	<p>Participants completed a self-administered, 28-item questionnaire developed for this study based on the WHO five dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> sociodemographic factors, healthcare team and system-related factors, therapy-related factors, patient-related factors, and condition-related factors.¹¹ The last two items consisted of an adherence scale, developed based on recommendations in the literature⁹ (Table 1), and an open-ended question about adherence yes/no questions, which took an average of about 10 min to complete
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Data analysis was performed using STATA 13.0 software Descriptive and inferential statistics Inferential statistics included a nonparametric chi-square (χ^2) test to evaluate the associations between the dependent and independent variables, that is, the relationship between degree of treatment adherence and the factors proposed by the WHO. P-values <0.05 were considered statistically significant. The Cronbach's alpha test was used to measure the consistency of responses among items that were designed to measure the same construct or theoretical dimension

Venegas et al., 2018

Résultats	<ul style="list-style-type: none"> A total of 243 patients were treated at CIREP during 2014 and 2015. Of remaining 90 patients who met inclusion criteria: 18 did not want to participate in the study, 6 lived outside of Santiago, and 5 could not be located. Therefore, the final sample included 61 patients The average age of the sample was 55.3 ± 15.2 years, and average number of children was 2 ± 1.3. In terms of education level, 68.8% had at least a college degree, 18% had some college education, 11.4% had a high school degree, and 1.6% had completed elementary school. Moreover, 59% had a paid job, while 41% did not <p>Factors associated with therapy, healthcare team, patient, and condition</p> <ul style="list-style-type: none"> Having performed pelvic floor home exercises after discharge from Physical Therapy was significantly associated with self-rated treatment adherence ($P < 0.001$) Patient-related factors were significantly associated with long-term adherence to the pelvic floor exercise program ($P < 0.001$). On the other hand, feeling motivated ($\chi^2 = 17.1261, P < 0.001$) and committed ($\chi^2 = 10.0674, P = 0.007$) doing the exercises was strongly associated with high treatment adherence <p>Treatment adherence</p> <ul style="list-style-type: none"> Of the total sample, 33% categorized their treatment adherence as low (rating of 0-2), 47% as moderate (rating of 3-7), and 20% as high (rating of 8-10). <p>Reasons</p> <ul style="list-style-type: none"> Low or moderate adherence included laziness, lack of discipline, UI symptom improvement or maintenance, fatigue, lack of time, poor attention span, lack of perseverance or commitment, and lack of feedback regarding the exercises
Limites	<ol style="list-style-type: none"> The methodology used is limited in that the instrument only addressed the perceptions of the patient Complementing a subjective instrument with more objective evaluations to measure improvement, such as a symptom-tracking tool, may provide valuable findings
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	The study procedures and the informed consent form were approved by the Ethics Committee of the University of Chile Faculty of Medicine, N° IRB 236-2015
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> The results of this study indicate that the patient-related factors, corresponding to the fourth dimension proposed by the WHO, exerted the strongest influence on long-term adherence to pelvic floor exercises in women with UI Forgetting to do the exercises and boredom with the exercises were the factors most strongly related to low treatment adherence, while motivation and commitment were associated with high adherence in this population These findings underscore the importance of assessing the behavior and attitude of patients towards pelvic floor exercises, selecting effective strategies to facilitate the patient's intention to adhere to the program, helping patients to perceive the benefits of the exercises and to manage their expectations, and simplifying integration of the exercises into the patient's daily life

Zoorob et al., 2017	
Objectifs	The objective of this study was to identify the barriers preventing patients from following through with the first-line management, physical therapy
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> Participants with a diagnosis of high-tone pelvic floor dysfunction (HTPFD) HTPFD (n = 154) were identified from the list of referrals sent from the obstetrics and gynecology department to an affiliated PFPT center Diagnosis was made based on patients with self-reported chronic pelvic pain and evidence of myofascial trigger points identified in the pelvic floor corresponding to the general location of the puborectalis, pubococcygeus, ischiococcygeus, coccygeus, and obturator internus muscles
Critères d'exclusion	Exclusion criteria included male patients, those referred by outside departments, and those referred for reasons other than HTPFD
Méthodologie/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Participants were contacted and asked to complete a phone survey addressing demographics and perceived barriers to care Responses were collected in REDCap
Questionnaires ou autres instruments	Nonvalidated survey addressing the perceived barriers to care, as well as additional demographic data
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Univariate and bivariate analyses were performed using statistical analysis software JMP (version 11.0; SAS Institute, Cary, NC) χ^2 and independent sample median tests were used for categorical data calculations, whereas Student t test was used for continuous data
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Seventy surveys were completed The average age of participants was 37.3 (SD, 13.24) years. The majority of respondents was white and had private insurance (72.0%, 81.4%) The majority of participants (90.0%) rated their health as overall good <p>The top 3 barriers identified from the list provided were financial concerns (51.4%), time constraints (30.0%), and communication breakdown with the PFPT facility (20.0%).</p> <ul style="list-style-type: none"> When asked directly about each potential barrier (Table 2), a total of 51.4% of participants replied that financial constraints were responsible for preventing them from completing PFPT Time constraints were another reported barrier for 30% of respondents More than one-half of the respondents (57.1%) stated that they would need to rearrange their work or personal schedule in order to attend PFPT Anxiety was noted as a main barrier to initiation or completion of treatment in only 10% 84.4% of participants had 1 or more comorbid pain condition. The most frequently reported pain conditions were low-back pain (52.9%), migraines (48.6%), chronic pelvic pain (42.9%), arthritis (31.4%), irritable bowel syndrome (28.6%), and fibromyalgia (27.1%)

Zoorob et al., 2017	
	<p>En général :</p> <ul style="list-style-type: none"> The top barriers identified by participants were financial constraints (51.4%), perceived lack of utility (37.1%), time constraints (30.0%), and travel issues (18.6%); Whereas 51.4% expressed some level of anxiety regarding the PFPT option, only 9.6% of participants did not start treatment because of fear of treatment
Limites	<ol style="list-style-type: none"> Our study is limited by the retrospective design. A retrospective survey is subject to recall bias, particularly querying women regarding emotions and clinical details from up to 2 years ago As we focused our survey only to women who did not initiate or complete a course of pelvic floor therapy, there was also no control group against which to compare; therefore, it is impossible to know how insurance status, level of anxiety, or demographic factors differ from those patients who did complete a course of PFPT Without the availability of a validated questionnaire, our findings are also limited
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	The study received institutional review board approval at the University of Kansas Medical Center (KUMC)
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> The majority of treatment barriers identified were concrete restraints, with insurance noncoverage and time constraints being the top issues A fair number of participants expressed anxiety about the treatment or felt they received unclear explanations of the treatment

te West et al., 2017	
Objectifs	The aim of the present study was to examine the relationship between the Incontinence Treatment Motivation Questionnaire (ITMQ) scores and treatment success
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> In this single center study, women with a main complaint of SUI referred for PFMT and literate in English were recruited over a 12-month period in a regional Urogynaecology unit A main complaint of SUI was defined when, at the first visit, patients were asked to describe their primary reason for attending the clinic. If they stated that they leaked mainly with coughing, sneezing, lifting, or exercising they were classified as having a main complaint of SUI After referral for PFMT, women with SUI completed the ITMQ
Critères d'exclusion	N/A
Méthodologie/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Patients were then referred to specialized pelvic floor physiotherapists providing they had not had any such physiotherapy within the last 12 months Participants completed the ITMQ after their first physiotherapy visit, so that they were fully informed regarding their treatment prior to answering the questions. Patients who attended the first physiotherapy visit, but did not complete any other post-treatment outcome measures, were documented and analyzed separately After completing therapy (i.e., patient and physiotherapist both satisfied with the treatment result), the ICIQ questionnaire and pad test were re-administered

te West et al., 2017

Questionnaires ou autres instruments	<ul style="list-style-type: none">• Women completed the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)• They were also asked to perform a 24-hr pad test <p>Mesure subjective de l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none">• The Incontinence Treatment Motivation Questionnaire (ITMQ) (18 items – 5 domains) – échelle de Likert strongly disagree to Strongly agree (Domain scores were calculated as the mean of each of the five domains)• A total ITMQ score is calculated as the mean of the domain means. Higher ITMQ scores indicate greater positive attitudes toward treatment (Domain 1), fewer reasons for not doing PFMT (Domain 2), greater difficulty living with urinary incontinence (Domain 3), greater desire for treatment (Domain 4), and greater motivation to maintain PFMT with more severe incontinence (Domain 5).
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none">• Pre- and post-treatment outcomes were the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) score and a 24-hr pad test• Correlations between ITMQ scores and baseline, as well as post-treatment change in ICIQ scores and pad test results were examined• Additionally, the demographics of non-participants, participants, and patients lost to follow-up were compared• Linear regression was used to examine the association between ITMQ scores and SUI severity on baseline ICIQ scores and 24-hr pad test• Linear regression was also used to examine the association between ITMQ scores and changes in ICIQ scores and 24-hr pad test. In both regression analyses, the five ITMQ domain scores, as well as the total ITMQ score, were used as predictors of the ICIQ or pad test baseline or change scores. In addition, Spearman correlations between the number of physiotherapy visits and the ITMQ scores were also undertaken
Résultats	<ul style="list-style-type: none">• 53 women completed the treatment programme, comprising a median of five physiotherapy visits (IQR 4;5, range 1–8) and undertook a post-treatment ICIQ and/or a pad test, yielding a response rate of 62%• Eight women (9.4%) had previously completed a course of PFMT with a physiotherapist more than 12 months prior to study participation• the women who completed the pad test showed a trend toward higher scores for Domain 1 of the ITMQ (Positive attitude toward treatment; P<0.051) and Domain 5 (Incontinence severity affects PFMT; P<0.083)• Perceived leakage severity (pre-treatment ICIQ scores) was positively correlated with ITMQ total score ($r=0.33$, $P<0.01$). However, this association was driven largely by Domain 3 (difficulties living with incontinence, $r=0.51$, $P<0.001$; see Fig. 2). <p>Post-Treatment Changes</p> <ul style="list-style-type: none">• The median pad test weight was reduced by 2.0 g (Wilcoxon $P<0.002$; Fig. 3). Median ICIQ score improved by 3.0 points (Wilcoxon $P<0.001$). <p>The change in pad test was significantly associated with Domain 2 (Domain 2 reasons for not doing PFMT)</p>

te West et al., 2017	
	On analyzing the ITMQ scores and the number of physiotherapy visits , there was a significant correlation for Domain 5 (incontinence severity affecting motivation ; $r=0.27$, $P=0.03$) and a marginally significant correlation for Domain 1 (positive attitude towards treatment; $r=0.24$, $P=0.053$)
Limites	1. In the present study we used the ICIQ rather than the PGI-I to measure subjective improvement in incontinence. However, these two questionnaires have been compared previously and improvement in PGI-I scores corresponded to improvement in ICIQ scores
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	The study was approved by the South East Area Sydney and Illawarra Human Research Ethics Committee, Southern Section
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> This study demonstrated that women with more severe incontinence, as measured by the ICIQ, also reported greater difficulties living with urinary incontinence, as assessed by Domain 3 of the ITMQ Overall, these results suggest a need for greater focus on the relationship between incontinence symptoms, women's subjective experiences of incontinence, and motivation for treatment

Osborne et al., 2017	
Objectifs	The aim was to provide a preliminary illumination of the values held by this patient group, and explore any relationship between these values and PFMT attendance. The assumption was that any common sets of values emerging from the two different questionnaires across the studies would be the critical ones to focus on in future work
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<p>Study 1: Personal Values Questionnaire</p> <ul style="list-style-type: none"> 96 agreed and completed the questionnaires. The sample was divided into those who attended all of the sessions of the course (completers) and those who did not (non-completers) <p>Study 2: Life Values Inventory</p> <ul style="list-style-type: none"> 36 agreed and completed the questionnaires.
Critères d'exclusion	Participants with perineal tears or in post-operative recovery were excluded
Méthodologie/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> The current study employed two prospective cohorts of women with pelvic floor dysfunction referred for PFMT; each study used one questionnaire to assess patient values at intake and their impact on subsequent PFMT attendance (giving both questionnaires at once was thought to be too onerous for the patients) The PFMT programme consisted of 6, 60min group sessions (7–8 patients per group) in an outpatients' physiotherapy department of a hospital. Each session provided training in pelvic floor exercises and advice about the behavioural management of continence The sessions also provided information regarding: (1) anatomy and function of pelvic floor muscles; (2) back and spinal care and posture; (3) medical and surgical management; (4) psycho-sexual issues; (5) anatomy of the intestines and bowel, and colorectal problems; and (6) physiotherapy management of PFD and available aids. Patients were directed to practice the exercises at home, on a daily basis (mornings and evenings), between the sessions

Osborne et al., 2017	
	<ul style="list-style-type: none"> On admittance, participants underwent objective assessment of pelvic floor strength (Modified Oxford Grading) by a clinical physiotherapist (blind to their scores on the life values questionnaires), and they provided subjective assessments of their condition (Queensland Pelvic Floor Questionnaire), as well as data on demographic characteristics. The participants also completed a questionnaire to assess their life values: PVQ-II (Study 1) or LVI (Study 2)
Questionnaires ou autres instruments	<p>Modified Oxford Grading is an objective measure of pelvic floor contraction</p> <p>Queensland Pelvic Floor Questionnaire is a self-administered assessment of bladder, bowel, prolapse, and sexual dysfunction</p> <p>Personal Values Questionnaire (PVQ) covers family relationships, friendships/social relationships, couples/romantic relationships, work/career, educational development, recreation, spirituality, community/citizenship, and health/physical well-being</p> <p>Life Values Inventory (LVI) assesses achievement, belonging, concern for the environment, concern for others, creativity, financial prosperity, health and activity, humility, independence, loyalty to family or group, privacy, responsibility, scientific understanding, and spirituality</p>
Types d'analyse des données	Correlation ANOVA Régression logistique
Résultats	<p>Study 1: Personal Values Questionnaire</p> <ul style="list-style-type: none"> The mean age of the participants was 48.83 16 (16.6%) stress incontinence; 3 (3.1%) urge incontinence; 33 (34.4%) mixed incontinence; 2 (2.1%) faecal incontinence; 15 (15.6%) prolapse; and 27 (28.2%) prolapse and incontinence The mean objective assessment of the pelvic floor function (Oxford) was 2.67+ .97 (1–4), and the mean subjective assessment (Queensland total) was 28.93+14.20 (1–63) <p>The sample was divided into those who attended all of the sessions of the course (completers) and those who did not (non-completers)</p> <ul style="list-style-type: none"> The mean subjective pelvic floor dysfunction for the completers was 30.09+13.22, and the mean for the non-completers was 27.18+15.57; which was not different between the groups The relationships of the participants ('family', 'social', and 'romantic') were the strongest held values, with 'community' and 'spirituality' being the least strongly held (with objective/subjective symptoms + BMI) There were stronger values held by completers in terms of: 'work', $t(94)=5.20$, $p<.001$, $d=1.06$; 'spirituality', $t(94)=2.45$, $p<.01$, $d=.51$; 'community', $t(94)=2.68$, $p<.01$, $d=.55$; and 'health', $t(94)=6.99$, $p<.001$, $d=1.48$

- A logistic regression was conducted to determine whether any value domains predicted PFMT attendance. This revealed the model containing all values to predict attendance, $-2LL=57.74$, $p<0.01$; with '**health**' ($\beta=.461$, $p<.001$, $OR=1.585$), '**work**' ($\beta=.481$, $p<.001$, $OR=1.617$), and '**spirituality**' ($\beta=.118$, $p<.05$, $OR=1.125$), all independently predicting attendance

Study 2: Life Values Inventory

- Their mean age was $52.56+11.76$ (25–67) years. Participants were referred for either a single or a combination of symptoms: 3 (8.3%) stress incontinence; 1 (2.8%) urge incontinence; 18 (50.0%) mixed incontinence; 2 (5.6%) prolapse; and 12 (33.3%) prolapse and incontinence.
- The mean objective assessment of the pelvic floor function (Oxford) was $2.25+ .67$ (1–3), and the mean subjective assessment of pelvic floor dysfunction (Queensland total) was $39.85+19.05$ (13–88)
- There were 19 (52.8%) completers and 17 (47.2% non-completers)
- The values of '**others**' and '**responsibility**' were the strongest held, with '**finance**' and '**science**' the least strongly held.
- Analyses revealed that there were stronger values held by completers in terms of: '**achievement**', $t(34)=2.36$, $p<.01$, $d=.82$; '**creativity**', $t(34)=3.01$, $p<.001$, $d=1.08$; '**health**', $t(34)=2.50$, $p<.01$, $d=.83$; '**independence**', $t(34)=3.36$, $p<.001$, $d=1.11$; '**loyalty**', $t(34)=3.30$, $p<.01$, $d=1.13$; and '**spirituality**', $t(34)=2.52$, $p<.01$, $d=.90$;
- A logistic regression conducted to determine whether any value domains predicted attendance, and revealed a significant model with all domains, $-2LL=49.75$, $p<.001$; with '**health**' ($\beta=15.36$, $p<.01$, $OR=4.321$), '**achievement**' ($\beta=4.554$, $p<.05$, $OR=.011$), '**creativity**' ($\beta=.793$, $p<.01$, $OR=.675$), '**independence**' ($\beta=.690$, $p<.01$, $OR=.343$), '**loyalty**' ($\beta=.695$, $p<.01$, $OR=.432$), and '**spirituality**' ($\beta=.218$, $p<.05$, $OR=.125$), independently predicting attendance

- Both studies noted that the areas important were patients' relationships to their families, friends, and significant others. In contrast, work and educational achievement (Study 1), and financial success (Study 2), were not regarded as important
- Similarly, spirituality (both studies), and scientific understanding (Study 2), were not strongly valued
- There were also similarities across the two studies in the values that predicted the likelihood of patients completing PFMT. In particular, the more emphasis that patients placed on health, the more likely they were to attend the full programme.
- The current study also identified work and spirituality (Study 1), and achievement, spirituality, creativity, independence, and loyalty (Study 2), as predictors of attendance
- There were no relationships found between the physical characteristics of the patient (i.e., age, pelvic floor dysfunction severity, BMI) and attendance

Osborne et al., 2017	
	<ul style="list-style-type: none"> The value that the participants placed on work (Study 1) or financial achievement (Study 2) might be explained in terms of their motivation to overcome the pelvic floor problems so that they can more fully engage in work or activities in which they want to succeed. The importance of spirituality in both studies is harder to understand – the questions from the LVI relating to this domain tend to focus on a 'belief in greater powers'
Limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. The samples were not particularly large, and replication of the findings would be sensible 2. In addition, it is not known if different forms of pelvic floor dysfunction are associated with different values and different relationships to attendance 3. The manner in which values were measured is new to this area, and validity will need
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	Ethical approval was granted to this study by the NRES Committee Region - East Midlands, UK
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> • The current report found certain values were related patient PMFT attendance; especially health values, values related to work/achievement, and those related to spirituality, loyalty, and responsibility. Both studies noted that the patients valued relationships more strongly than any other domain • Establishing such information may allow better understanding of the views of the patients the kinds of things that they regard as important to achieve from the treatment¹¹, and the values to support in order to enhance treatment attendance

Dickinson et al., 2017	
Objectifs	To try and understand more about pelvic floor exercises
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	Voir mots-clés ci-dessous
Critères d'exclusion	N/A
Méthodologie/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • A scoping search was performed to try and understand more about pelvic floor exercises and included Cochrane, CINAHL and Discover More, software that enables access to 55 000 professional journals • Search terms included 'pelvic floor exercises AND urinary incontinence AND antenat* AND postnat* AND health promotion AND after birth AND education', which highlighted 211 relevant studies • Delimiting the search to include peer reviewed titles provided 28 papers to inform this literature review
Questionnaires ou autres instruments	N/A
Types d'analyse des données	Scoping search
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Many barriers existed and women were found to be disinterested with pelvic floor exercises or unaware of the reasons for performing them • Those who were young, in their first pregnancy and from deprived areas were less likely to perform pelvic floor muscle exercises, as they had no access to information or believed they were not necessary

- Midwives lacked confidence in their knowledge and suggested that other health professionals could perform promotion better

Variation in education

Education provider

- Education plays an important role in reducing urinary incontinence (Dinc et al, 2009; Ko et al, 2010; Mason et al, 2010; Bo and Haakstad, 2011; Panhale and Mundra, 2012)
- Guerrero et al (2007) used a survey to examine how women wished to be taught pelvic floor exercises in the antenatal period. Guerrero et al (2007) found that 36% of GPs failed to discuss pelvic floor exercises with antenatal women, although the sample size was small. GPs reported that they did not see women often, which was suggested to inhibit the provision of pelvic floor exercise information. GPs also felt that pelvic floor exercise education was the midwife's role. The majority ($n=30$; 57%) of women wanted a discussion in the antenatal period and 76% ($n=41$) of women wanted midwives to teach pelvic floor exercises. However, 48% ($n=14$) of midwives felt that continence advisors or physiotherapists could perform the task better, due to their increased knowledge and training. Lack of confidence in providing pelvic floor exercise education creates barriers for women
- This finding was reflected in an Australian study (Butterfield et al, 2007), which gathered responses from 225 midwives. Butterfield et al (2007) found there were anomalies within midwifery knowledge related to frequency of assessment for incontinence, and that midwives omitted to link how antenatal incontinence was a factor for postnatal incontinence. Lack of knowledge was therefore found to create missed opportunities for health promotion around pelvic floor exercises.

Optimum start date

- There is consequently a variation in pelvic floor exercise education, which is provided by different health professionals using a variety of training methods.

Information received

- A further aspect of variation may be in the education provided, whereby some women are given more information than others
- Mason et al (2010) recruited 286 pregnant women from two hospitals in north west England, who were assigned to an intervention group ($n=141$), or a control group ($n=145$). The authors concluded that women who had more information about pelvic floor exercises were more likely to perform exercises. This finding was similar to a study by Whitford et al (2007a) where younger, first time mothers from deprived backgrounds were less likely to be informed of, or to practise, pelvic floor exercises

Barriers/Lack of knowledge

- Women expressed different perceptions about the importance of pelvic floor exercises and identified barriers that influenced their exercise performance (Melville et al, 2008)
- A key theme identified that almost one-third ($n=370$) of the 1458 participants attributed their urinary incontinence to the weakening or loss of control of their pelvic floor muscles (Melville et al, 2008)

Dickinson et al., 2017

	<ul style="list-style-type: none">• Different perceptions about the anatomy of the pelvic floor and women's lack of knowledge about pelvic floor exercises suggested that more education was required for women. <p>Reasons for non-compliance</p> <ul style="list-style-type: none">• Fine et al (2007) aimed to identify reasons why pelvic floor exercises were not performed ($n=759$). Reasons included forgetting, being too tired, being too busy, and perceiving exercises as unimportant or unnecessary• Borello-France et al (2013) corroborated that forgetting to perform pelvic floor exercises was the most frequently reported barrier for women. Other barriers included sickness, travelling/vacations, being tired, work hours, personal conflict and boredom with the exercises (Borello-France et al, 2013). These factors influenced the frequency of pelvic floor exercises and contributed to participants not performing pelvic floor exercises at all <p>Pelvic floor exercises in subsequent pregnancies</p> <ul style="list-style-type: none">• Whitford and Jones (2011) found that those women who performed pelvic floor exercises before and after a pregnancy were more likely to perform pelvic floor exercises in subsequent pregnancies. Despite attrition, Whitford and Jones (2011) concluded that midwives needed to stress the importance of pelvic floor exercises to primiparous women, as this may influence whether or not they perform pelvic floor exercises in the future <p>Key points</p> <ul style="list-style-type: none">• Barriers exist for women surrounding pelvic floor muscle exercises and there is a need to find innovative ways to engage women• Women expressed different perceptions about the anatomy of the pelvic floor, therefore more education is required• Women want more information from midwives, but midwives lack of confidence in providing education about PFME• Frequency and gestation should be standardised for PFME.
Limites	Differing methodology and small sample size of individual studies, variation in trainer and the design of pelvic floor muscle exercises education limited the evidence base
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	N/A
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none">• Findings indicated that antenatal education about pelvic floor exercises benefitted women and reduced urinary incontinence, although the provision of education was varied• Variation around pelvic floor exercises affects the level of significance and reliability of findings, and suggests that women receive information in a nonstandardised format, so that some women may benefit from pelvic floor exercises education and others may not• There were differences in women's perceptions of the origin of their urinary incontinence, with many believing that it was normal after childbirth. Women showed minimal understanding of the anatomy of the pelvic floor, highlighting an unmet need for education

Dickinson et al., 2017	
	<ul style="list-style-type: none"> Women appear to be bored with pelvic floor exercises and there is a need to identify more innovative ways to engage women. Alternatively, innovative teaching may be developed via telephone applications and/or alarms to enable women of different ages to have easy access to pelvic floor exercises education in their home environment More definitive research is required to clarify approaches to pelvic floor exercises It is important to investigate how midwives can influence education about pelvic floor muscle exercises and women's perceptions.

Moosdorff-Steinhauser et al., 2015	
Objectif(s)	Our aim was to analyze willingness to participate (WTP) in an intensive preventive pelvic floor muscle training (PFMT) program and influencing factors, from the perspective of postpartum women, for participation
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> At routine six weeks postpartum control and within three months postpartum, women were recruited by their midwife, gynecologist, general practitioner or physiotherapist Women of 18 years and older who gave birth after 37 weeks gestation were eligible
Critères d'exclusion	
Méthodologie/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> A web-based survey among three months postpartum women in four Dutch regions (2010) Women received individual and written information (available on request) about preventive PFMT, including lifestyle advices, toilet behavior and preventive PFMT, supervised by pelvic physiotherapists1 (weekly one hour during eight weeks)
Questionnaires ou autres instruments	<ul style="list-style-type: none"> The primary outcome of the study was willingness to participate (WTP) in a PFMT program To increase response on the primary outcome the survey was divided in two parts. After the first part (13 items on information, WTP and preconditions like cost and travel time) women could choose to quit. The second part consisted of 183 questions to find factors that might be associated with WTP including – later onset – PFD <p>3 Incontinence Questions was used</p> <ul style="list-style-type: none"> The severity of UI was assessed with the International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-UI SF) Questions regarding POP and AI were derived from the validated Dutch Standard Urogynaecological Questionnaire
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Cross tabulations were used to explore the relationship between WTP and various independent categorical variables A linear regression analysis was done to analyze which variables are associated with WTP
Résultats	<p>Previous knowledge and experience PFMT</p> <ul style="list-style-type: none"> 81.7% (n = 138) received information about the importance of PFMT peripartum One out of four women (n = 41, 24.3%) got PFMT instructions from a health professional Less than half (n = 70, 41.4%) received PFMT in an antenatal and approximately one in ten in a postnatal pregnancy course (n = 20, 11.8%)

	<p>Preventive PFMT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Over 95% of women want professional information about the prevention of – future/later onset – PFD. They prefer to be informed during pregnancy (75%), either individually by health professionals (43%) or through a folder or website (43%) • When asked for their WTP in an intensive preventive postpartum PFMT program one out of three women (31%) reported to be WTP, 41% reported to be in doubt, 15% is not interested (at all) and 12% already participated in PFMT • There is a statistically significant association between POP complaints and WTP ($\chi^2 = 7.178$, 2 df, $p = 0.028$, $n = 126$). The better women perceive their general health, the more they are WTP ($\chi^2 = 20.271$, 6 df, $p = 0.002$, $n = 143$) • A significant linear relationship between level of education and WTP was found ($p = 0.046$) • Using “WTP” as a dependent variable in an explorative regression analysis the final regression model includes three statistically significant predictors: general health perception, the ICIQ-Ul SF severity sumscore and the number of prolapse symptoms • Women who rate themselves a better general health and women with a higher UI severity sumscore and POP symptoms are more “WTP” ($p < 0.001$, $p = 0.010$, $p = 0.001$, respectively) <p>Preconditions for WTP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preconditions for most of the 121 women who are WTP or those in doubt are program costs: up to \$100 is acceptable for the majority • However, almost one of five women in doubt is not prepared to pay for a PFMT program ($\chi^2 = 9.70$, 3 df, $p = 0.021$, $n = 117$). Next to this, for the majority of all women, most of those in doubt, travel time for a training should not exceed 15 min ($\chi^2 = 9.793$, 4 df, $p = 0.04$, $n = 125$) • There is a statistically significant association between WTP and time of the day in which childcare can be arranged privately • Our results show that women with mild UI postpartum are not WTP
Limites	<ol style="list-style-type: none"> 1. Before drawing any conclusions the following needs to be considered. Maternal age and percentage of primiparous women in this survey are representative for the Dutch population [20]. The respondents were slightly higher educated than the general Dutch population 2. Even after several reminders only 55% of health professionals who intended to recruit actually included. This confirms the wellknown gap between the intention-to-participate and actual participation
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	<ul style="list-style-type: none"> • Informed consent the women received a sealed envelope with a unique login code to enter the survey • Upon consultation, the Medical Ethics Committee of Maastricht (Netherlands), stated ethical approval was not needed given the non-invasive character of the survey. However, participating women gave their informed consent to the professionals that approached them for the survey

Moosdorff-Steinhausser et al., 2015	
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> Our study shows that the majority of women state they want to have professional information, preferably during pregnancy, on the prevention of PFD's and do acknowledge the importance of PFMT peripartum A better general health, higher UI severity sumscore and POP symptoms results in more WTP. We hypothesize that women with a better general health are more WTP may be related with more awareness of the importance of a healthy life style and training in speeding up general health and pelvic floor muscle condition Looking at the perspective of postpartum women, there is room for improvement of pelvic floor management. Further research should focus on condition-specific factors, preconditions and preferences of women like travel time and program cost to improve participation and adherence to PFMT programs to prevent PFD's.
Hay-Smith et al., 2015	
Objectifs	This review aims to locate and summarize the findings of qualitative studies exploring the experience of and adherence to pelvic floor muscle training (PFMT) to recommend future directions for practice and research
Recrutement participantes/Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none"> Primary qualitative studies were identified through a conventional subject search of electronic databases, reference-list checking, and expert contact. A core eligibility criterion was the inclusion of verbatim quotes from participants about PFMT experiences Thirty studies were screened; seven met the inclusion criteria. Two additional, eligible studies (discussed in three articles) were found in supplementary Medline, Cinahl, and PsycInfo searches (database origin to August 2012) conducted by the first author using keywords ([qualitative OR phenomenolog\$ OR thematic OR theme\$].ab AND [pelvic adj3 [exercis\$' OR training].tw]) <p>Studies were included if:</p> <ul style="list-style-type: none"> Published (full paper or abstract) in peer-reviewed literature or conference proceedings, or a thesis/dissertation submitted for a higher university degree A recognizable method was used for qualitative data collection (e.g., interview), although interviewer-led structured surveys were ineligible Findings were supported by “raw” data (i.e., verbatim participant quotes). Data were the experiences of women or men regarding PFMT (with or without other interventions) to prevent or treat urinary or fecal (including flatus) incontinence or POP. Studies that focused on experiences of incontinence or POP were only eligible if raw data were included on PFMT experiences Data from patients with incontinence or prolapse were not merged with data from patients with other conditions (e.g., sexual dysfunction, chronic pelvic pain) or other sources (e.g., caregivers, health professionals) Published in English or French
Critères d'exclusion	N/A

Hay-Smith et al., 2015	
Méthodologie/Intervention	<ul style="list-style-type: none"> It is the third of four papers from the State-of-the- Science Seminar “Improving Pelvic Floor Muscle Training Adherence Strategies: from theory to practice,” funded by the ICS, held in Glasgow prior to the 41st ICS Conference in 2011. The conference was instrumental in developing the “2014 Consensus Statement on PFMT Adherence.” Two reviewers independently screened all records without prior consideration of results; eligibility disagreements were resolved through discussion Details of participants, study aims, methodology, data collection methods, and analysis were extracted (verbatim) and tabulated by one reviewer, and cross-checked by a second Methodological quality critique was limited to three credibility elements13: (i) description of the step-by-step thematic analysis process, (ii) use of multiple or independent persons and/or study participants to verify the analysis, and (iii) inclusion of verbatim quotes to substantiate the themes.
Questionnaires ou autres instruments	N/A
Types d'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> Data were inductively grouped into categories describing “modifiers” of adherence (verified by a second author) and systematically displayed with supporting illustrative quotes Each study’s themes (with constituent verbatim participant quotes and study authors’ accompanying explanations) were extracted to a data matrix. One reviewer (verified by a second) undertook a conventional inductive content analysis,¹⁴ grouping data into higher order themes representing possible PFMT adherence modifiers
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> Thirteen studies (14 study reports) were included; eight recruited only or predominantly women with urinary incontinence, three recruited postnatal women, and two included women with pelvic organ prolapse. The quality of methodological reporting varied Patient perceptions of PFMT were explored in the context of postnatal continence promotion, UI self-care, UI experiences, including treatment, experiences of POP and PFMT trial participation, the feasibility of PFMT classes, including participation barriers and facilitators, PFMT experiences, and non-completion of UI treatment <p>Table II presents the six higher order categories (potential adherence modifiers) inductively derived from content analysis of primary study data</p> <p>Six “modifiers” of adherence were described:</p> <ul style="list-style-type: none"> knowledge; physical skill; feelings about PFMT; cognitive analysis, planning, and attention; prioritization; and service provision Knowledge and cognitive analysis may interact; those with incomplete, confused, or inaccurate information about PFM disorders and the preventive/treatment effects of PFMT, lack useful knowledge to assess exercise worth Physical skill and emotional response may be connected; individuals who master a contraction and achieve contraction self-efficacy may experience the sense of empowerment and control with PFMT

Hay-Smith et al., 2015	
	<ul style="list-style-type: none"> Cognitive analysis and planning are inherently linked with prioritization. Persons who experience competing demands on their time and energy resources may need more support to scrutinize their daily lives and develop plans to cope with disruptions and conflicting priorities. Further, deciding priorities is allied to decisions about PFMT value Those who encounter difficulties with service provision (e.g., travel distance/time) will likely include this in their assessment of PFMT demand versus available resources
Limites	<ol style="list-style-type: none"> Our analysis did not intend to develop a theory of PFMT adherence. Thus, we limit ourselves to a few examples below of the possible inter-relationships between modifiers The review findings are limited to PFMT experiences in postnatal, midlife, or older women with UI or POP
Conflits d'intérêts/Sources de financement/Comité d'éthique	N/A
Conclusion générale des auteurs	<ul style="list-style-type: none"> Individuals' experience substantial difficulties with capability (particularly knowledge and skills), motivation (especially associated with the considerable cognitive demands of PFMT), and opportunity (as external factors generate competing priorities) when adopting and maintaining a PFMT program <p>Clinical Recommendations:</p> <ul style="list-style-type: none"> At all levels (guidelines, patient/clinician), adopt an approach to the design and implementation of PFMT interventions (prevention and treatment) that incorporates appropriate behavior change techniques to promote exercise adherence. Specifically: Develop accurate and sufficient patient "knowledge" through judicious selection of content and delivery of information Teach skills, then enhance performance in the correct "physical skill" of a PFM contraction and develop patient confidence in correct performance Promote positive and decrease negative "feelings about PFMT" and counter negative with positive role models for PFMT Enable constructive "cognitive analysis, planning, and attention" to problem-solve common PFMT barriers, and enhance PFMT facilitators, in daily life Boost the "prioritization" of PFMT in patients' lives <p>Research Recommendations:</p> <ul style="list-style-type: none"> Address the absence of primary qualitative research exploring PFMT experiences in men, antenatal women, and those with fecal incontinence to investigate congruence with and extend understanding of these findings Examine the predictive value of the six identified modifiers for PFMT adherence Directly compare the effects of an intervention based on our recommendations (both intervention targets and use of behavior change strategies) versus "usual care" Investigate whether PFMT adherence mediates incontinence and prolapse outcomes



Siège social

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

Bureau de Montréal

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

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

Québec 

