

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

Volet 2 – Dysfonction anorectale, prolapsus
des organes pelviens et douleurs périnéales
chez la femme

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

Volet 2 – Dysfonction anorectale, prolapsus des organes pelviens et douleurs périnéales chez la femme

Rédaction

Stéphanie Roberge
Cathy Gosselin
Marilyn Fortin
Amélie Rousseau
Rania Saidi

Collaboration

Olivier Demers-Payette
Louis Lochhead
Marie-Hélène Raymond
Chantale Dumoulin

Coordination scientifique

Caroline Turcotte
Véronique Gagné
Joël Brabant

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

Stéphanie Roberge, Ph. D.
Cathy Gosselin, M. Sc.
Marilyn Fortin, Ph. D.
Amélie Rousseau, M. Sc.
Rania Saidi, M. Sc.

Collaboratrice et collaborateurs internes

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

Collaboratrice externe

Chantale Dumoulin, Ph. D.

Coordonnatrices et coordonnateur scientifiques

Caroline Turcotte, Ph. D.
Véronique Gagné, M. Sc.
Joël Brabant, 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*

Gestion de l'information

Ahmed Ghachem, Ph. D.
Mike Benigeri, Ph. D.

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 978-2-550-94494-2 (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 – Volet 2 – Dysfonction anorectale, prolapsus des organes pelviens et douleurs périnéales chez la femme. Avis rédigé par Stéphanie Roberge, Cathy Gosselin, Marilyn Fortin, Amélie Rousseau et Rania Saidi. Québec, Qc : INESSS; 2023. 116 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, physiatre, CHUM

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information ou conseils clés :

D^{re} Annie-Kim Gareau-Labelle, urogynécologue, service de gynécologie du CHUL, Département d'obstétrique et gynécologie du CHU de Québec

Les physiothérapeutes qui ont répondu à un questionnaire préparé par l'équipe de projet pour éclairer la réalisation de l'analyse d'impact budgétaire.

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 CIUSSS 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'entière 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

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	VIII
SIGLES ET ACRONYMES	XIV
GLOSSAIRE	XVII
INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE	4
1.1 Rééducation périnéale et pelvienne	4
1.2 Dysfonction anorectale	5
1.2.1 Prévalence et facteurs de risque.....	5
1.2.2 Traitements et coûts.....	6
1.3 Prolapsus des organes pelviens.....	7
1.3.1 Prévalence et facteurs de risque.....	7
1.3.2 Traitements et coûts.....	7
1.4 Douleurs périnéales.....	8
1.4.1 Prévalence et facteurs de risque.....	9
1.4.2 Traitements et coûts.....	9
1.5 État de la pratique au Québec.....	9
1.5.1 Prise en charge.....	9
1.5.2 Offre de services et accessibilité.....	10
1.5.3 Type et formation professionnelle	11
2 MÉTHODOLOGIE.....	13
2.1 Question d'évaluation	13
2.2 Approches et méthodes d'évaluation.....	14
2.2.1 Données issues de la littérature.....	14
2.2.2 Données issues des comités et consultations.....	14
2.2.3 Données issues des analyses économiques.....	15
2.3 Élaboration des recommandations	15
2.3.1 Approche d'intégration de l'ensemble de la preuve.....	15
3 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE SUR L'EFFICACITÉ ET SUR LES RECOMMANDATIONS CLINIQUES.....	17
4 LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LA PRÉVENTION OU LE TRAITEMENT DES DYSFONCTIONS ANORECTALES.....	19
4.1 Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention des dysfonctions anorectales chez les femmes en période périnatale	19
4.1.1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale	19
4.1.2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale	19
4.2 Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes en période périnatale	19

4.3	Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire ou anale chez les femmes en période périnatale	20
4.3.1	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale	20
4.3.2	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale	22
4.3.3	Forces et limites	25
4.4	Résultats des guides de pratique clinique pour la prévention ou le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes enceintes ou en post-partum.....	26
4.4.1	Prévention des dysfonctions anorectales.....	26
4.4.2	Traitement des dysfonctions anorectales.....	27
4.5	Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes (y compris les femmes âgées)	28
4.5.1	Perception globale de l'amélioration de l'incontinence anale déterminée par la femme.....	31
4.5.2	Sévérité de l'incontinence anale autodéclarée	31
4.5.3	Qualité de vie liée à l'incontinence anale	33
4.5.4	Autres symptômes anorectaux autodéclarés.....	34
4.5.5	Rééducation périnéale et pelvienne comparativement aux médicaments dans le traitement de l'incontinence anale.....	34
4.5.6	Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne et des médicaments dans le traitement de l'incontinence anale.....	36
4.5.7	Force et limites.....	36
4.6	Résultats des guides de pratique clinique pour la prévention ou le traitement des dysfonctions anorectales chez la femme adulte (y compris les femmes âgées)	39
4.6.1	Prévention et traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes.....	39
4.6.2	Prévention et traitement de l'incontinence anale chez les femmes âgées aux besoins complexes.....	41
4.7	Modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement des dysfonctions anorectales.....	41
4.8	Perspective des comités consultatifs et patientes collaboratrices.....	42
4.9	Conclusion.....	42
5	LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LA PRÉVENTION OU LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS DES ORGANES PELVIENS.....	44
5.1	Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes en période périnatale	44
5.1.1	Résultats des guides de pratique clinique sur la prévention et le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes en période périnatale	44
5.2	Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes (y compris les femmes âgées)	45
5.2.1	Résultats des revues systématiques.....	45
5.2.2	Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne et des médicaments dans le traitement du prolapsus des organes pelviens	49
5.2.3	Forces et limites	49
5.2.4	En résumé, chez les femmes adultes (y compris les femmes âgées).....	51

5.3	Résultats des guides de pratique clinique pour la prévention ou le traitement du prolapsus des organes pelviens	51
5.3.1	Prévention et traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes	51
5.4	Modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement du prolapsus des organes pelviens	52
5.5	Perspective des comités consultatifs et des patientes collaboratrices	54
5.6	Conclusion.....	54
6	RÉSULTATS SUR LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LA PRÉVENTION OU LE TRAITEMENT DES DOULEURS PÉRINÉALES.....	55
6.1	Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement des douleurs périnéales	55
6.1.1	Prévention et traitement des douleurs périnéales chez les femmes en période périnatale	55
6.2	Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des douleurs périnéales chez les femmes adultes (y compris les femmes en péri-ménopause).....	56
6.2.1	Rééducation périnéale et pelvienne comparativement à aucun traitement ou soins usuels dans le traitement des douleurs périnéales chez la femme adulte.....	59
6.2.2	Rééducation périnéale et pelvienne comparativement à des médicaments dans le traitement des douleurs périnéales chez la femme adulte.....	61
6.2.3	Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne et des médicaments dans le traitement des douleurs périnéales	62
6.2.4	Forces et limites	63
6.3	Résultats des guides de pratique clinique pour la prévention ou le traitement des douleurs périnéales.....	65
6.3.1	Traitement des douleurs chez les femmes adultes, y compris la femme en période de péri-ménopause.....	65
6.4	Modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement des douleurs périnéales	66
6.4.1	Supervision et intensité du traitement	66
6.4.2	Durée du traitement et nombre de séances	66
6.5	Perspective des comités consultatifs et des patientes collaboratrices	67
6.6	Conclusion.....	67
7	RÉSULTATS ET PERSPECTIVE DES PATIENTES.....	69
7.1	Résultats sommaires de la revue de la littérature	69
7.2	Résultats sommaires de la consultation au Québec	70
7.3	Perspective générale des femmes en lien avec les dysfonctions du plancher pelvien et la rééducation périnéale et pelvienne.....	71
7.3.1	Impact des dysfonctions du plancher pelvien	71
7.3.2	Connaissance des dysfonctions du plancher pelvien et de la rééducation périnéale et pelvienne et expérience de soins	71
7.3.3	Perception face à la rééducation périnéale et pelvienne.....	71
7.3.4	Obstacles et facilitateurs de la rééducation périnéale et pelvienne	72
7.3.5	Accessibilité et qualité des services	72

7.3.6	Pistes de solution pour mieux répondre aux besoins des personnes à risque ou touchées par les dysfonctions du plancher pelvien	73
7.4	Forces et limites.....	74
8	ENJEUX ORGANISATIONNELS	76
8.1	Santé numérique	76
8.2	Interdisciplinarité.....	78
8.3	Sensibilisation et partage d'information	78
9	RÉSULTATS DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE	80
9.1	Littérature économique sur la rééducation périnéale et pelvienne et appréciation de la transférabilité des résultats sur l'efficience au contexte québécois.....	80
9.1.1	Rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes	80
9.1.2	Rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales chez les femmes adultes	83
9.2	Analyses d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne.....	83
9.2.1	Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes	84
9.2.2	Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes.....	89
9.2.3	Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des douleurs périnéales chez les femmes adultes.....	92
9.2.4	Analyses de sensibilité	93
9.2.5	Limites des analyses d'impact budgétaire.....	94
	DISCUSSION.....	97
	PRINCIPAUX CONSTATS	100
	DÉLIBÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS	105
	RÉFÉRENCES.....	107

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Effet de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur les résultats de l'incontinence anale chez une population mixte de femmes enceintes continentales ou incontinentales (non sélectionnées selon leur statut de continence)	21
Tableau 2	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur les résultats d'incontinence anale chez une population mixte de femmes continentales ou incontinentales	24
Tableau 3	Caractéristiques des essais cliniques <i>randomisés</i> inclus dans la revue rapide sur l'incontinence anale.....	29
Tableau 4	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur l'amélioration perçue par les femmes de leur incontinence anale.....	31
Tableau 5	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur la sévérité de l'incontinence anale autodéclarée chez une population de femmes souffrant d'incontinence anale.....	32
Tableau 6	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur la qualité de vie liée à l'incontinence anale chez une population de femmes souffrant d'incontinence anale	33
Tableau 7	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur les autres symptômes fécaux autodéclarés chez une population de femmes souffrant d'incontinence anale	34
Tableau 8	Résumé – Rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement de l'incontinence anale.....	43
Tableau 9	Caractéristiques des revues systématiques sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour traiter le prolapsus des organes pelviens chez la femme adulte (y compris les femmes âgées).....	45
Tableau 10	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur la sévérité et les symptômes du prolapsus des organes pelviens chez une population de femmes adultes.....	47
Tableau 11	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la qualité de vie liée aux dysfonctions du plancher pelvien chez les femmes souffrant d'un prolapsus des organes pelviens.....	49
Tableau 12	Constats de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement du prolapsus des organes pelviens	54
Tableau 13	Caractéristiques des essais cliniques <i>randomisés</i> inclus dans la revue rapide sur les douleurs périnéales chez la femme adulte.....	57
Tableau 14	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur la sévérité de la douleur chez une population de femmes souffrant de douleurs périnéales	59
Tableau 15	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comparativement à aucun traitement ou aux soins usuels sur la fonction sexuelle chez une population de femmes adultes souffrant de douleurs périnéales	60
Tableau 16	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur la qualité de vie chez une population de femmes adultes souffrant de douleurs périnéales	61
Tableau 17	Constats de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des douleurs périnéales	68
Tableau 18	Principaux résultats de l'analyse de l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes réalisée par Health Quality Ontario*.....	82
Tableau 19	Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes	87

Tableau 20	Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes	91
Tableau 21	Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des douleurs périnéales chez les femmes adultes	93

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Séquences de traitements considérées pour l'analyse de l'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes	85
----------	--	----

RÉSUMÉ

Introduction

Les dysfonctions du plancher pelvien entraînent des conséquences importantes sur la qualité de vie d'un point de vue physique, psychologique, sexuel et social. Leur prévalence est souvent sous-estimée en raison de la réticence et de l'embarras à discuter de ces symptômes. Les coûts liés aux dysfonctions du plancher pelvien chez les femmes sont substantiels, et ils représentent un fardeau économique pour la société [Sung *et al.*, 2010]. Des traitements conservateurs comme la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) sont habituellement offerts en première intention pour le traitement de ces troubles chez les femmes. Des interventions chirurgicales peuvent être proposées en cas d'échec des traitements conservateurs et pharmacologiques.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) afin qu'il évalue la pertinence d'inclure la rééducation périnéale et pelvienne à la gamme de services publics offerts au Québec pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien. Le mandat vise l'efficacité de cette rééducation, les risques, les modalités d'application ainsi que l'impact économique et organisationnel. Dans un premier volet des travaux, l'INESSS a émis une recommandation favorable à l'égard d'un accès à la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire, l'une des conséquences fréquentes d'une dysfonction du plancher pelvien. La suite des travaux, présentée dans ce document, porte un regard et formule des recommandations en ce qui a trait à l'accès à cette rééducation pour la prévention et le traitement des dysfonctions anorectales, du prolapsus des organes pelviens et des douleurs périnéales.

Méthodologie

Une recherche de la littérature scientifique et des autres sources d'information a été réalisée : revue des revues, revue rapide, revue exploratoire ou recension des guides de pratique clinique selon la question d'évaluation. Une revue de la littérature économique a été menée pour évaluer l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne à l'aide d'études jugées transférables au contexte québécois. Une analyse d'impact budgétaire a permis d'estimer l'impact de l'ajout de la rééducation périnéale et pelvienne à la gamme de services publics offerts au Québec pour le traitement de chacune des dysfonctions du plancher pelvien. Les travaux ont été accompagnés par un comité consultatif d'experts, un comité de patientes collaboratrices et un comité de suivi. Dans un souci de mobilisation et d'intégration des connaissances, une approche multidimensionnelle a été employée en intégrant les données scientifiques, contextuelles et expérientielles. Les énoncés de preuve scientifique formulés ont été soumis à une démarche d'appréciation de la preuve. Les recommandations ont fait l'objet d'une délibération par le Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé.

Résultats

Femmes en période périnatale

Chez une population de femmes enceintes ou en période post-partum, les preuves sont insuffisantes pour conclure quant à l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement des dysfonctions anorectales, du prolapsus des organes pelviens ou des douleurs périnéales.

- Il y a également un niveau de preuve insuffisant en ce qui concerne le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes qui présentent des lésions obstétricales du sphincter anal. Certains guides recommandent toutefois la rééducation périnéale et pelvienne après l'échec des traitements initiaux compte tenu du peu d'effets secondaires associés à cette rééducation.

Autres femmes adultes (y compris les femmes âgées de 55 ans et plus)

Dysfonctions anorectales

- La rééducation périnéale et pelvienne pourrait être plus efficace que les soins usuels (sans médication) pour traiter l'incontinence anale chez les femmes adultes. Le niveau de preuve est toutefois jugé faible en raison du petit nombre d'études, qui sont de faible qualité. Les guides de pratique clinique recommandent la rééducation périnéale et pelvienne après l'échec des traitements initiaux.
- Il ne semble pas y avoir de différence quant à l'efficacité entre la rééducation périnéale et pelvienne et le loperamide ou des injections anales de dextranomère pour traiter l'incontinence anale chez la femme adulte. Le niveau de preuve est toutefois jugé faible en raison du petit nombre d'études, qui sont de faible qualité.
- L'absence de preuve ne permet pas de se prononcer sur l'effet de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de la constipation fonctionnelle. Un guide recommande cette rééducation pour le traitement de la constipation.
- Malgré le peu de preuves, les guides de pratique clinique recommandent généralement la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales, car elle est considérée comme une option raisonnable en raison de l'absence d'événements indésirables associés et de son caractère non effractif.

Prolapsus des organes pelviens

- La rééducation périnéale et pelvienne semble efficace comme traitement de première intention du prolapsus des organes pelviens (stades I à III) pour réduire la sévérité du prolapsus de la paroi vaginale antérieure et les symptômes généraux du prolapsus des organes pelviens à court terme (niveau de preuve modéré).

- Les guides de pratique clinique recommandent à l'unanimité l'utilisation de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des prolapsus des organes pelviens de stades I et II.
- D'après une littérature limitée et l'opinion des experts consultés, il est estimé que de 4 à 10 séances supervisées durant une période minimale de 16 semaines pourraient être suffisantes pour traiter un prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes.

Douleurs périnéales

Les douleurs périnéales incluses dans cette évaluation incluent le vaginisme, la dyspareunie superficielle et la vestibulodynie provoquée. D'autres symptômes de la douleur génito-urinaire pouvant toucher les femmes, notamment en période de périménopause, n'ont pas été couverts dans le cadre de cette évaluation.

- La rééducation périnéale et pelvienne pourrait être plus efficace comparativement à aucun traitement pour traiter les douleurs périnéales chez les femmes adultes. Le niveau de preuve est toutefois jugé faible en raison du petit nombre d'études, qui sont de faible qualité.
- La rééducation périnéale et pelvienne pourrait être plus efficace comparativement à de la lidocaïne topique ou de l'amitriptyline orale, mais pas par rapport aux injections de stéroïdes et d'analgésiques pour traiter les douleurs périnéales chez les femmes adultes. Le niveau de preuve est toutefois jugé faible en raison du petit nombre d'études, qui sont de faible qualité.
- La rééducation périnéale et pelvienne pourrait être plus efficace que la lidocaïne topique, des injections de toxine botulique ou des injections de stéroïdes et d'analgésiques pour améliorer la fonction sexuelle chez les femmes adultes souffrant de douleurs périnéales. Le niveau de preuve est toutefois jugé faible en raison du petit nombre d'études, qui sont de faible qualité.
- Les guides de pratique clinique recommandent la rééducation périnéale et pelvienne, seule ou combinée avec d'autres approches conservatrices, pour le traitement des douleurs périnéales, y compris la vulvodynie chez la femme adulte.
- Malgré le niveau de preuve faible, les experts consultés estiment que la rééducation périnéale et pelvienne est cliniquement pertinente pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales. D'après eux, le manque de données sur l'efficacité ne devrait pas empêcher les professionnels de la santé québécois de la recommander à leurs patientes en première intention, notamment en raison de son caractère peu effractif et sécuritaire.

Enjeux organisationnels

- Le premier volet des travaux, qui portait sur l'incontinence urinaire, avait permis de mettre en évidence une offre de services limitée (nombre restreint de physiothérapeutes spécialisés) pour un nombre important de femmes atteintes de dysfonctions du plancher pelvien qui seraient admissibles à la rééducation périnéale et pelvienne. Ces préoccupations demeurent et seraient amplifiées par une recommandation d'offrir la REPP pour le traitement des autres dysfonctions du plancher pelvien.
- Tout comme dans le premier volet des travaux, un besoin d'organisation des soins a été souligné pour faciliter un accès équitable aux femmes qui pourraient bénéficier de la rééducation périnéale et pelvienne.
- Parmi les solutions pouvant améliorer l'accès à la rééducation périnéale et pelvienne, on compte la santé numérique (p. ex. téléadaptabilité), tout comme les séances de groupes. Ces modalités d'application devraient toutefois faire l'objet d'une évaluation afin de s'assurer de leur efficacité, de leur innocuité et de leur applicabilité.
- Il a été réitéré par les parties prenantes consultées que la contribution de professionnels de différentes disciplines pourrait soutenir la prise en charge optimale des patientes.
- Il semble y avoir un besoin de ressources facilement accessibles pour informer la population au sujet des problématiques associées au plancher pelvien et aux traitements disponibles, particulièrement la rééducation périnéale et pelvienne.

Perspective des patientes

- Les femmes touchées par les dysfonctions du plancher pelvien soulignent que leur condition compromet leur santé physique, psychologique et sexuelle, ainsi que leur indépendance, leur estime de soi et leur habileté à fonctionner au quotidien.
- Plusieurs obstacles peuvent empêcher les femmes de consulter ou d'entreprendre un traitement de rééducation périnéale et pelvienne : information contradictoire et parcellaire sur les dysfonctions du plancher pelvien et la rééducation périnéale et pelvienne, gêne, difficulté à obtenir un rendez-vous pour en discuter, difficulté d'accès à la rééducation périnéale et pelvienne, coûts.
- Les femmes qui ont reçu des traitements de rééducation périnéale et pelvienne au Québec rapportent que l'intervention permet :
 - de prévenir l'apparition ou l'aggravation de symptômes de dysfonction du plancher pelvien et d'améliorer leur bien-être au quotidien;
 - un meilleur contrôle des muscles du plancher pelvien et la gestion d'autres symptômes associés comme la douleur pelvienne;

- de reprendre rapidement leurs activités quotidiennes, de faciliter l'accouchement et de réduire les traumatismes induits durant l'accouchement.
- Les femmes consultées soutiennent qu'une assurance qui couvre les frais du traitement (en tout ou en partie), un suivi individualisé par un physiothérapeute spécialisé en rééducation périnéale et pelvienne, la participation d'une équipe interdisciplinaire et une diversité d'options de traitement (p. ex. cours en groupes, téléadaptation) faciliteraient l'accès et l'adhésion à la rééducation périnéale et pelvienne.

Aspects économiques

Efficiences

- Selon la seule étude économique recensée dans la littérature qui a été jugée transférable au contexte clinique québécois, la rééducation périnéale et pelvienne en traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes est associée à des ratios d'efficacité (ratio coût-utilité incrémental) inférieurs aux seuils d'efficacité habituellement acceptés. En particulier, les séquences de traitements qui incluent une prise en charge composée initialement d'une rééducation périnéale et pelvienne sont généralement moins chères et plus efficaces comparativement à une séquence de traitement qui exclut la rééducation périnéale et pelvienne.
- L'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales chez les femmes adultes n'a pas pu être évaluée à partir de la littérature économique repérée.

Impact budgétaire

- Selon les diverses hypothèses employées, l'introduction d'un remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne au Québec pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes pourrait engendrer, selon le nombre de séances réalisées (entre 4 et 10), un impact net de 17 à 30 M\$, toucherait 118 000 femmes et permettrait de traiter environ 56 000 cas de prolapsus des organes pelviens supplémentaires en 5 ans.
- Étant donné l'incertitude concernant l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales, l'impact de l'intervention sur le recours à des traitements subséquents n'a pas pu être évalué. En 5 ans, l'offre publique de la rééducation périnéale et pelvienne pourrait entraîner :
 - pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes, des dépenses de 107 à 206 M\$, selon le nombre de séances (entre 6 et 12), et toucherait 202 000 femmes;
 - pour le traitement des douleurs périnéales, des dépenses de 118 à 176 M\$, selon le nombre de séances (entre 8 et 12), et toucherait 134 000 femmes.

- Le recours possible à des modalités complémentaires d'offre de rééducation périnéale et pelvienne pour certaines clientèles, telles que les séances de groupes ou la téléadaptation, n'a pas été retenu dans les analyses d'impact budgétaire réalisées; il pourrait permettre d'atténuer les impacts nets associés à la rééducation périnéale et pelvienne au Québec auprès des populations visées.

Recommandations

Compte tenu de la cohérence de l'ensemble des données constituant la preuve, de l'efficacité, du caractère sécuritaire de l'intervention ainsi que du peu d'effets indésirables, l'INESSS reconnaît la pertinence d'un accès à la rééducation périnéale et pelvienne (c'est-à-dire offre publique et/ou modalités de remboursement) pour le traitement du prolapsus des organes pelviens. **L'INESSS recommande :**

- un accès facilité à la rééducation périnéale et pelvienne en traitement du prolapsus des organes pelviens chez la femme adulte, lorsque cliniquement indiqué;
- un accès à l'intervention durant un maximum de dix séances;
- que l'intervention puisse s'étendre sur une période de seize semaines ou plus, selon les besoins individuels des patientes, avant de procéder à une réévaluation de la conduite à suivre;
- que l'intervention soit supervisée par un physiothérapeute qualifié et détenant l'expertise requise;
- que la rééducation périnéale et pelvienne puisse être accessible plus d'une fois, soit à différentes périodes de la vie d'une femme ou pour traiter différentes conditions.

Compte tenu du niveau de preuve jugé faible, l'INESSS n'est pas en mesure de prendre position, pour le moment, à propos de la pertinence d'un accès facilité à la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales chez les femmes adultes. Dans le cas où de nouvelles données deviendraient disponibles, une réévaluation par l'INESSS serait pertinente.

De plus, l'INESSS réitère sa recommandation que le Ministère se dote d'une stratégie et d'un plan d'implantation prévoyant :

- la mise en œuvre progressive des services en fonction des ressources disponibles;
- l'application de mesures pour favoriser un accès équitable à ces services à toutes les femmes du Québec pour qui la rééducation serait indiquée;
- le développement d'outils de sensibilisation pour informer les femmes et les professionnels de la santé sur les dysfonctions du plancher pelvien et l'existence de modalités thérapeutiques comme la rééducation périnéale et pelvienne – p. ex. feuillet d'information, sites Web, médias, etc.;

- le recours possible à d'autres modalités complémentaires d'offre de la rééducation périnéale et pelvienne pour certaines clientèles, comme des séances de groupes ou de la téléadaptation. Ces interventions :
 - devraient impliquer une supervision par un physiothérapeute qualifié;
 - devraient être utilisées avec prudence, puisque leur efficacité n'a pas été évaluée systématiquement dans le cadre des présents travaux;
 - devraient faire l'objet de projets de recherche dans le contexte québécois et être adaptées au fur et à mesure que de nouvelles données seraient disponibles.
- l'exploration de mesures pour favoriser un accès élargi, en impliquant la participation de divers professionnels (physiothérapeutes, sages-femmes, personnel infirmier, médecins, technologues en physiothérapie) dans cette offre de services;
- l'application de mesures pour favoriser la formation des professionnels engagés dans l'offre de services;
- l'adaptation de l'offre de services en fonction de la demande au fil du temps en fonction des nouveaux développements ou recherches dans le domaine.

SUMMARY

Perineal and pelvic rehabilitation for the prevention and treatment of pelvic floor dysfunctions - Part 2: Anorectal dysfunction, pelvic organ prolapse and perineal pain in women

Introduction

Pelvic floor dysfunctions significantly impact on physical, psychological, sexual and social quality of life. Their prevalence is often underestimated because of the reluctance and embarrassment to discuss these symptoms. The costs associated with pelvic floor dysfunctions in women are substantial, and they constitute an economic burden for society [Sung *et al.*, 2010]. Conservative treatments, such as perineal and pelvic rehabilitation, including pelvic floor muscle training (PFMT) are usually proposed as first-line options to treat these disorders in women, and surgical procedures may be proposed if conservative and pharmacological treatments fail.

The Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to evaluate the advisability of including perineal and pelvic rehabilitation in the range of public services offered in Québec to prevent and treat pelvic floor dysfunctions. The request specifically concerned the efficacy of perineal and pelvic rehabilitation, the risks, the conditions of use, and the economic and organizational impact. In Part 1 of this project, INESSS issued a favourable recommendation regarding access to perineal and pelvic rehabilitation for the prevention and treatment of urinary incontinence, one of the common sequelae of pelvic floor dysfunction. In the continuation of the project, presented in this report, we examine and make recommendations regarding access to perineal and pelvic rehabilitation for the prevention and treatment of anorectal dysfunctions, pelvic organ prolapse, and perineal pain.

Methodology

A search of the scientific literature and other information sources was conducted: an umbrella review, an exploratory review, or a review of the clinical practice guidelines, depending on the evaluation question. The economic literature was reviewed to assess the cost-effectiveness of perineal and pelvic rehabilitation, using studies deemed transferable to the Québec context. A budget impact analysis was performed to estimate the impact of adding perineal and pelvic rehabilitation to the range of publicly funded services available in Québec for the treatment of each pelvic floor dysfunction. The work was supported by an advisory committee of experts, a committee of patient collaborators, and a follow-up committee. In order to mobilize and integrate the knowledge, a multidimensional approach was used in which scientific, contextual and experiential data were integrated. The statements of scientific evidence that were drawn up were subjected to grading of the quality of evidence. The recommendations were deliberated on by the Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé.

Results

Pregnant or postpartum women

In a population of pregnant or postpartum women, there is insufficient evidence to conclude that perineal and pelvic rehabilitation is effective in preventing or treating anorectal dysfunctions, pelvic organ prolapse or perineal pain.

- There is also an insufficient level of evidence regarding the treatment of anorectal dysfunctions in women with obstetric anal sphincter injuries. However, some guidelines recommend perineal and pelvic rehabilitation after initial treatments have failed, given the few adverse effects associated with it.

Other adult women (including those 55 years of age and older)

Anorectal dysfunctions

- Perineal and pelvic rehabilitation may be more effective than standard care (without medication) in treating fecal incontinence in adult women. However, the level of evidence is considered low because of the small number of studies, which are of low quality. The clinical practice guidelines recommend perineal and pelvic rehabilitation after initial treatments have failed.
- There appears to be no difference in efficacy between perineal and pelvic rehabilitation and loperamide or anal injections of dextranomer for treating fecal incontinence in adult women. However, the level of evidence is considered low because of the small number of studies, which are of low quality.
- Because of the lack of evidence, we cannot rule on the effect of perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of functional constipation. One guideline recommends this intervention for the treatment of constipation.
- Despite the paucity of evidence, the clinical practice guidelines generally recommend perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of anorectal dysfunctions, as it is considered a reasonable option, given that there are no associated adverse effects and that it is noninvasive.

Pelvic organ prolapse

- Perineal and pelvic rehabilitation appears to be effective as a first-line treatment for pelvic organ prolapse (stages I to III) in reducing the severity of anterior vaginal wall prolapse and the overall symptoms of pelvic organ prolapse in the short term (moderate level of evidence).
- The clinical practice guidelines unanimously recommend the use of perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of stage I and II pelvic organ prolapse.
- Based on limited literature and the opinion of the experts consulted, it is estimated that 4 to 10 supervised sessions over a period of at least 16 weeks may be sufficient to treat pelvic organ prolapse in adult women.

Perineal pain

The perineal pain included in this assessment includes vaginismus, superficial dyspareunia, and provoked vestibulodynia. Other symptoms of genitourinary pain that can occur in women, particularly those in perimenopause, were not covered in this assessment.

- Perineal and pelvic rehabilitation may be more effective than no treatment in treating perineal pain in adult women. However, the level of evidence is considered low because of the small number of studies, which are of low quality.
- Perineal and pelvic rehabilitation may be more effective than topical lidocaine or oral amitriptyline, but not more effective than steroid and analgesic injections for treating perineal pain in adult women. However, the level of evidence is considered low because of the small number of studies, which are of low quality.
- Perineal and pelvic rehabilitation may be more effective than topical lidocaine, botulinum toxin injections, or steroid and analgesic injections in improving sexual function in adult women with perineal pain. However, the level of evidence is considered low because of the small number of studies, which are of low quality.
- The clinical practice guidelines recommend perineal and pelvic rehabilitation, alone or in combination with other conservative approaches, for the treatment of perineal pain, including vulvodynia, in adult women.
- Despite the low level of evidence, the experts consulted believe that perineal and pelvic rehabilitation is clinically useful for the treatment of anorectal dysfunctions and perineal pain. In their opinion, the lack of efficacy data should not prevent Québec health professionals from recommending it to their patients on a first-line basis, especially since it is safe and noninvasive.

Organizational issues

- Part 1 of this project, which dealt with urinary incontinence, highlighted a limited offer of services (a small number of specialized physiotherapists) for a significant number of women with pelvic floor dysfunctions who would be eligible for perineal and pelvic rehabilitation. These concerns remain and would be heightened by a recommendation to offer perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of other pelvic floor dysfunctions.
- As in Part 1 of the project, a need to organize care to facilitate equitable access for women who might benefit from perineal and pelvic rehabilitation was identified.
- Among the options that could improve access to perineal and pelvic rehabilitation are digital health (e.g., telerehabilitation) and group sessions. However, these modalities should be evaluated to ensure their efficacy, safety and applicability.
- It was reiterated by the stakeholders consulted that the contribution of professionals from different disciplines could support optimal patient management.

- There appears to be a need for easily accessible resources to inform the public about pelvic floor issues and the available treatments, particularly perineal and pelvic rehabilitation.

Patient perspective

- Women with pelvic floor dysfunctions report that their condition compromises their physical, psychological and sexual health, and their independence, self-esteem and ability to function in their daily lives.
- Several obstacles can prevent women from seeking medical attention or undertaking treatment in the form of perineal and pelvic rehabilitation: conflicting and patchy information on pelvic floor dysfunctions and perineal and pelvic rehabilitation, embarrassment, difficulty getting an appointment to discuss them, difficulty accessing perineal and pelvic rehabilitation, and costs.
- Women in Québec who have undergone treatment in the form of perineal and pelvic rehabilitation report that it:
 - Helps prevent the occurrence or worsening of symptoms of pelvic floor dysfunction and helps improve their daily well-being;
 - Provides better control of their pelvic floor muscles and enables them to manage other associated symptoms, such as pelvic pain;
 - Enables them to resume their daily activities quickly, facilitates delivery and reduces the trauma of childbirth.
- The women consulted stated that insurance covering the cost of treatment (in whole or in part), an individualized follow-up by a physiotherapist specializing in perineal and pelvic rehabilitation, the involvement of an interdisciplinary team, and a variety of treatment options (e.g., group sessions and telerehabilitation) would facilitate access and adherence to perineal and pelvic rehabilitation.

Economic aspects

Cost-effectiveness

- According to the only economic study found in the literature that was considered transferable to the Québec clinical context, perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of pelvic organ prolapse in adult women is associated with cost-effectiveness ratios (incremental cost-utility ratio) that are lower than the generally accepted cost-effectiveness thresholds. In particular, treatment sequences that include management initially consisting of perineal and pelvic rehabilitation are generally less expensive and more effective than one that does not include perineal and pelvic rehabilitation.
- The cost-effectiveness of perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of anorectal dysfunctions and perineal pain in adult women could not be evaluated from the economic literature found.

Budget impact

- Based on the various assumptions used, the introduction of public coverage for perineal and pelvic rehabilitation in Québec for the treatment of pelvic organ prolapse in adult women could generate, depending on the number of sessions done (between 4 and 10), a net impact of \$17 to \$30 million, would concern 118,000 women and would make it possible to treat approximately 56,000 additional cases of pelvic organ prolapse over 5 years.
- Given the uncertainty regarding the efficacy of perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of anorectal dysfunctions and perineal pain, the impact of PPR on the use of subsequent treatments could not be assessed. In 5 years, the public offer of perineal and pelvic rehabilitation could lead to:
 - For the treatment of anorectal dysfunctions in adult women, expenditures of \$107 to \$206 million, depending on the number of sessions (between 6 and 12), and would concern 202,000 women;
 - For the treatment of perineal pain, expenditures of \$118 to \$176 million, depending on the number of sessions (between 8 and 12), and would concern 134,000 women.
- The possible use of additional methods for providing perineal and pelvic rehabilitation services to certain patient populations, such as group sessions or telerehabilitation, was not considered in our budget impact analyses. It could mitigate the net impact associated with perineal and pelvic rehabilitation in Québec for the target populations.

Recommendations

Given the consistency of all the data constituting the evidence, the efficacy and safety of the intervention, and its few adverse effects, INESSS recognizes the advisability of access to perineal and pelvic rehabilitation (i.e., public offer and/or coverage terms) for the treatment of pelvic organ prolapse. **INESSS recommends:**

- Facilitated access to perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of pelvic organ prolapse in adult women, when clinically indicated;
- Access to this intervention for a maximum of ten sessions;
- That it be possible to extend the intervention over a period of 16 or more weeks, depending on the individual patient's needs, before reassessing the course of action;
- That the intervention be supervised by a qualified physiotherapist with the necessary expertise;
- That perineal and pelvic rehabilitation be available more than once, i.e., at different times in a woman's life or to treat different conditions.

Given what is considered a low level of evidence, INESSS is unable to take a position, at this time, on the advisability of facilitating access to perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of anorectal dysfunctions and perineal pain in adult women. Should new data become available, a reevaluation by INESSS would be appropriate.

In addition, INESSS reiterates its recommendation that the MSSS develop a strategy and an implementation plan that includes:

- The gradual implementation of services according to the available resources;
- The implementation of measures to promote equal access to these services for all Québec women for whom rehabilitation is indicated;
- The development of knowledge transfer tools for informing women and health professionals about pelvic floor dysfunctions and the existence of treatment modalities, such as perineal and pelvic rehabilitation, e.g., an information sheet, websites, media, etc.;
- The potential use of additional modalities for providing perineal and pelvic rehabilitation to certain patient populations, such as group sessions or telerehabilitation. These modalities:
 - Should involve supervision by a qualified physiotherapist;
 - Should be used with caution, as their efficacy has not been systematically evaluated in this project;
 - Should be the focus of research projects in the Québec context and be adjusted as new data become available.
- Exploring measures to promote broader access by involving the participation of various professionals (physiotherapists, midwives, nurses, physicians and physiotherapy technicians) in this offer of services;
- The implementation of measures to support the training of the professionals involved in the offer of services;
- Adjusting the offer of services according to the demand over time, based on new developments or research in this field.

SIGLES ET ACRONYMES

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AIGO	Italian Association of Hospital Gastroenterologists
AOGQ	Association des obstétriciens et gynécologues du Québec
AUGS	American Urogynecologic Society
AOPQ	Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec
APTA	Academy of Pelvic Health Physical Therapy
BSUG	British Society of Urogynaecology
BPI	<i>Brief Pain Inventory</i>
CCFI	<i>Cleveland Clinic Faecal Incontinence score</i>
CDP	Comité délibératif permanent
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
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
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CRCHUM	Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CRADI	<i>Colorectal-Anal Distress Inventory</i>
CRAIQ	<i>Colorectal-Anal Impact Questionnaire</i>
CVMP	Contraction volontaire des muscles du plancher pelvien
CTS	<i>Cotton swab test</i> (test du coton-tige)
DGGG	German Society of Gynecology and Obstetrics
DM	Différence moyenne
DMS	Différence moyenne standardisée
EAU	European Association of Urology
ECR	Essai clinique <i>randomisé</i>
EPP	Exercices du plancher pelvien
ETS	Rapport d'évaluation des technologies de la santé
FIGO	International Federation of Obstetricians and Gynecologists
FIQL	<i>Fecal Incontinence Quality of Life Scale</i>
FISI	<i>Fecal Incontinence Severity Index</i>
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
GPC	Guide de pratique clinique
HAS	Haute Autorité de Santé

HQO	Health Quality Ontario
IA	Incontinence anale
IC	Intervalle de confiance
ICS	International Continence Society
ICUD	International Consultation on Urological Diseases
IUGA	International Urogynecology Association
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ISSM	International Society for Sexual Medicine
IU	Incontinence urinaire
LOSA	Lésion obstétricale du sphincter anal
MDCM	<i>Medicinae doctorem et chirurgiae magistrum</i>
MMHA	<i>Modified Manchester Health Questionnaire</i>
MPP	Muscles du plancher pelvien
MPQ	<i>McGill Pain Questionnaire McGill-Melzack Pain Questionnaire</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère)
n	Nombre de participantes ou d'études (selon le cas)
N ^{bre}	Nombre
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NRS	<i>Numerical rating scale</i>
OEGGG	Austrian Society of Gynecology and Obstetrics
OPPQ	Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
OMS-WHO	Organisation mondiale de la santé – World Health Organization
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
<i>p</i>	Valeur <i>p</i>
PAC-SYM	<i>Patient Assessment of Constipation Symptom</i>
PFDI-20	<i>Pelvic Floor Distress Inventory-20</i>
PFIQ-7	<i>Pelvic Floor Impact Questionnaire-7</i>
PGI-I	<i>Fecal Incontinence Severity Index</i>
POP	Prolapsus des organes pelviens
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification System</i>
POP-SS	<i>Pelvic Floor Organ Syndrome Score</i>
QALY	Année de vie ajustée en fonction de la qualité
QdV	Qualité de vie
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RC	Rapport de cotes
RCEI	Ratio coût-efficacité incremental
RCUI	Ratio coût-utilité incrémental

RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
REPP	Réducation périnéale et pelvienne
RR	Risque relatif
ROB-2	<i>Risk of Bias tool</i>
RS	Revue systématique
RSSS	Réseau de santé et de services sociaux
SEMG	<i>Surface electromyography</i>
SGGG	Swiss Society of Gynecology and Obstetrics
SHF	<i>Sexual History Form</i>
SICCR	Italian Society of Colorectal Surgery
SNFCP	Société nationale française de colo-proctologie
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
VAS	<i>Visual analog scale</i>
VPI	<i>Vestibular pain index</i>
WHO	World Health Organization

GLOSSAIRE

Agent de lest

Aussi appelé laxatif de lest, substance de ballast, agent gonflant ou *bulking agent*; ce sont des suppléments de fibres qui emprisonnent l'eau dans les selles. On y trouve entre autres le son, le psyllium, le sterculia, l'ispaghul, le polycarbophile et la méthylcellulose. Ces suppléments visent à améliorer la consistance et le volume des selles afin de les ramollir et d'aider à l'évacuation.

Analyse coût-efficacité

Analyse économique qui permet de comparer des interventions présentant *a priori* des niveaux d'efficacité différents et dont les conséquences sont de même nature, c'est-à-dire qui peuvent être exprimées en une seule et même unité physique (années de vie gagnées, nombre de cas évités, etc.) [Crochard-Lacour et LeLorier, 2000].

Analyse coût-utilité

Analyse économique qui permet de comparer des interventions avec des effets de nature différente en tenant compte de la qualité de vie et en utilisant une seule mesure : l'utilité [Crochard-Lacour et LeLorier, 2000].

Année de vie ajustée en fonction de la qualité (QALY)

Mesure unique et complète qui combine durée de vie et qualité de vie. Indicateur estimé à partir des années de vie restantes pour un patient qui reçoit une intervention donnée et en pondérant chaque année par un score de qualité de vie (sur une échelle de 0 à 1)¹.

Biais de publication

Tendance qu'on les rédacteurs en chef (et les auteurs) à publier des articles contenant des résultats positifs, en particulier si ceux-ci sont « nouveaux », par opposition à des rapports qui n'aboutissent pas à des résultats « significatifs », par exemple des études qui corroborent des résultats publiés antérieurement. Le biais de publication peut fausser la perception générale, par exemple au sujet des associations ou de l'efficacité expérimentale de certains régimes. Il peut s'agir d'une source particulièrement importante de biais dans une méta-analyse [Last, 2004].

Biais de sélection

« Erreur due à la présence de différences systématiques dans les caractéristiques des participants et des non-participants à une étude » [Crochard-Lacour et LeLorier, 2000].

¹ National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Glossary* [site Web]. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/Glossary> (consulté le 28 février 2022).

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 (hypertonie) ou diminuée (hypotonie) ou une coordination inappropriée des muscles du plancher pelvien. Les aspects cliniques peuvent être urologiques, gynécologiques, colorectaux, seuls ou en concomitance².

Dysfonction anorectale

Les dysfonctions anorectales sont définies par des symptômes spécifiques et, dans le cas des désordres fonctionnels de la défécation, par des tests diagnostiques anormaux. Ils incluent de l'incontinence fécale, de la douleur anorectale fonctionnelle et des troubles fonctionnels défécatoires (constipation), y compris la défécation dyssynergique et la propulsion défécatoire inadéquate [Rao *et al.*, 2016].

Dyspareunie

Douleur ou gêne persistante ou récurrente associée à une tentative de pénétration vaginale ou à une pénétration complète³.

Électrostimulation

Application d'un courant électrique pour stimuler les viscères pelviens ou leur innervation³.

Essai clinique *randomisé*

Étude expérimentale où les participants admissibles et sélectionnés pour une intervention thérapeutique sont répartis de manière aléatoire (*randomisation*) en deux ou plusieurs groupes : le premier groupe reçoit le traitement, tandis que le ou les autres groupes reçoivent un placebo, le traitement standard ou un autre traitement⁴.

Exercices du plancher pelvien (EPP)

Les exercices du plancher pelvien, aussi appelés exercices de Kegel, consistent à contracter les muscles du plancher pelvien au maximum comme pour retenir l'urine et les gaz. Ils peuvent être constitués de contractions maximales, de contractions rapides et de verrouillage périnéal.

² 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).

³ International Continence Society (ICS); *Glossary*. [site Web]. Disponible à : <https://www.ics.org/glossary> . (Consulté le 20 juin 2022).

⁴ Termium Plus. Essai clinique *randomisé* [site Web]. Disponible à : https://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html?lang=fra&i=1&srchtxt=ESSAI+CLINIQUE+RANDOMISE&codom2nd_wet=1#resultreco (consulté le 3 mars 2022).

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 genre⁵. Dans le cadre du présent avis, la rééducation périnéale et pelvienne 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 urinaire¹.

Incontinence anale (IA)

Perte involontaire et récurrente de selles solides ou liquides, de mucus ou de gaz provenant du rectum.

Lésion obstétricale du sphincter anal (LOSA)

« Les traumatismes périnéaux peuvent se manifester de façon spontanée dans le cadre de l'accouchement vaginal ou figurer parmi les conséquences possibles de la tenue d'une épisiotomie. Les traumatismes périnéaux graves peuvent mettre en jeu des lésions aux sphincters anaux et à la muqueuse anale. Parmi les lésions obstétricales du sphincter anal, on compte les déchirures périnéales des troisième et quatrième degrés. Les déchirures du troisième degré mettent en jeu une perturbation partielle ou intégrale du complexe sphinctérien anal (lequel est composé du sphincter anal externe et du sphincter anal interne). Les déchirures du quatrième degré mettent en jeu une perturbation de la muqueuse anale, en plus d'une division du complexe sphinctérien anal. » [Harvey et Pierce, 2016]

Méta-analyse

Méthode statistique consistant à combiner de façon systématique les résultats de différentes études afin d'obtenir une estimation quantitative de l'effet global d'une intervention ou d'une variable particulière.

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].

⁵ 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).

Ratio coût-efficacité incrémental (RCEI)

Indice d'efficacité incrémental qui traduit la différence de coût entre une nouvelle intervention et l'intervention de référence, qui devra être investie pour obtenir une unité d'efficacité supplémentaire, par exemple une année de vie gagnée.

Ratio coût-utilité incrémental (RCUI)

Indice d'efficacité incrémental qui traduit la différence de coût entre une nouvelle intervention et l'intervention de référence, qui devra être investie pour obtenir une année de vie ajusté en fonction de la qualité de vie (QALY) supplémentaire.

Rééducation périnéale et pelvienne (REPP)

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 lombopelvienne⁶. 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 [Haylen *et al.*, 2016].

Rééducation vésicale

La rééducation vésicale consiste en un programme de sensibilisation et de partage d'information avec un régime de miction ajusté graduellement. Les objectifs principaux sont de corriger les mauvaises habitudes d'urination fréquente, d'améliorer le contrôle de la vessie en cas d'urgence, de prolonger les intervalles entre les mictions, d'augmenter la capacité de la vessie, de réduire les épisodes d'incontinence et de restaurer la confiance de la personne dans le contrôle de sa vessie³.

Rétroaction biologique (*biofeedback*)

Utilisation d'une sonde externe pour donner des indications sur les processus corporels, généralement dans le but de modifier la qualité mesurée. La rétroaction biologique est considérée comme une thérapie d'appoint³.

Revue narrative

Revue qui décrit et évalue les travaux antérieurs, sans spécifier les méthodes par lesquelles les études ont été examinées, identifiées⁷.

Revue rapide

La revue rapide est une forme de synthèse des preuves qui peuvent fournir de l'information opportune pour la prise de décisions par rapport aux revues systématiques standards. Les méthodes varient, mais elles sont caractérisées par une réalisation à l'intérieur d'une période de temps restreinte.⁷

⁶ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) : *Rééducation périnéale et pelvienne : 5 fausses croyances* [site Web]. Disponible à : <https://oppq.qc.ca/blogue/reeducation-perineale-et-pelvienne-fausses-croyances/> (consulté le 11 août 2021).

⁷ University Libraries, *Systematic Reviews & Other Review Types* [site Web]. Disponible à : <https://guides.temple.edu/systematicreviews> (consulté le 4 avril 2022).

Revue systématique

Forme de recension structurée des publications portant sur une question formulée de façon à y répondre en analysant les articles qui s'y rapportent. Elle implique des méthodes objectives de recherche documentaire, l'application de critères prédéterminés d'inclusion ou d'exclusion des articles, l'évaluation critique des publications pertinentes ainsi que l'extraction et la synthèse des données probantes qui permettent de formuler des conclusions.

Stimulation magnétique

Technologie magnétique pulsée développée pour la transmission de l'influx nerveux, qui vise à provoquer la contraction du plancher pelvien. Les patients reçoivent une thérapie en s'asseyant sur une chaise qui contient l'appareil qui produit les champs magnétiques pulsés³.

Vaginisme

Spasme involontaire persistant et récidivant des muscles du périnée et des muscles entourant le tiers externe du vagin, gênant ou empêchant les rapports sexuels et toute pénétration, même par un doigt, un tampon hygiénique ou un spéculum quand le vaginisme est total [Lalonde et Pinard, 2016].

Vestibulodynie

Douleur localisée à l'entrée du vagin, au niveau de la vulve, du vestibule, du clitoris, du vagin ou du plancher pelvien. Elle peut être constante ou non et être déclenchée par le toucher, la friction, la pression (p. ex. insertion de tampons, relation sexuelle, etc.) [Lalonde et Pinard, 2016]. Auparavant, la vestibulodynie était connue sous le nom de syndrome de la vestibulite vulvaire.

Vulvodynie

La vulvodynie est un terme employé pour désigner une douleur vulvaire qui dure depuis au moins trois mois, sans cause identifiable. Elle est considérée comme un diagnostic d'exclusion d'un désordre de douleur idiopathique [Faye et Piraccini, 2022].

La vulvodynie est par la suite classée selon la localisation de la douleur (le vestibule ou le clitoris) ou la généralisation (à toute la région vulvaire), et enfin si elle est provoquée par toucher ou spontanée. La vestibulodynie provoquée est la forme la plus prévalente du sous-type de vulvodynie [Henzell *et al.*, 2017].

INTRODUCTION

Les dysfonctions du plancher pelvien peuvent inclure, entre autres, l'incontinence urinaire, les dysfonctions anorectales, le prolapsus des organes pelviens (POP) ainsi que les douleurs périnéales.

Les dysfonctions anorectales, le POP et les douleurs périnéales sont des problématiques moins prévalentes et souvent plus taboues que l'incontinence urinaire. Leur prévalence est souvent sous-estimée, et elles entraînent des conséquences importantes sur la qualité de vie d'un point de vue physique, psychologique, sexuel et social [Anon, 2021; Bouin, 2008]. Les coûts liés aux dysfonctions du plancher pelvien chez les femmes sont substantiels, étant estimés à plusieurs centaines de millions de dollars annuellement aux États-Unis [Sung *et al.*, 2010]. Les coûts divergent selon les pays, et ils sont tributaires du système de rémunération des professionnels de la santé, des services disponibles et du système d'assurance médicale en place [Huang *et al.*, 2022]. Ces dysfonctions, souvent multifactorielles, peuvent avoir diverses causes [Wolfman *et al.*, 2021; ACOG, 2020; Ng *et al.*, 2015]. Elles sont fréquemment interreliées, et plus d'une dysfonction peut survenir chez une même personne.

Des traitements conservateurs sont généralement offerts en première intention pour la prévention et le traitement de ces troubles chez les femmes, y compris la rééducation périnéale et pelvienne (REPP). Dans certains cas, des interventions chirurgicales peuvent être proposées en deuxième ou troisième intention en cas d'échec des traitements conservateurs et pharmacologiques [Harding *et al.*, 2021; Abrams *et al.*, 2018].

Dans un rapport précédemment publié, l'INESSS a émis une recommandation favorable à l'égard d'un accès à la REPP pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire [INESSS, 2022a]. La rééducation, supervisée par un physiothérapeute, pourrait toutefois démontrer des avantages pour les dysfonctions du plancher pelvien et elle est recommandée par plusieurs instances pour le traitement des dysfonctions anorectales, du POP et des douleurs périnéales [Harding *et al.*, 2021; ACOG, 2020; Abrams *et al.*, 2018]. Plusieurs pays remboursent en partie ou en totalité les frais de la rééducation périnéale et pelvienne selon diverses modalités, dont la France⁸, la Suisse⁹, la

⁸ En France, la REPP pour l'IU est prise en charge par la sécurité sociale dans la mesure où elle est prescrite par un médecin et elle est pratiquée par un kinésithérapeute ou une sage-femme. Le pourcentage de remboursement varie de 70 % à 100 % selon la période (périnatale, adulte, âgée). *Remboursement d'incontinence urinaire par la sécurité sociale* [site Web]. Disponible à : <https://mdm-france.com/prise-en-charge-secu.html> (consulté le 3 février 2022).

⁹ En Suisse, la caisse maladie rembourse, sur ordonnance, jusqu'à neuf séances, dont la première doit être effectuée au cours des cinq semaines suivant l'avis médical. Le remboursement est fait après déduction de la quote-part et si le traitement est donné par un thérapeute agréé. Pour la prise en charge de séances supplémentaires, une nouvelle ordonnance médicale est nécessaire. Lorsque le traitement s'étend au-delà de 36 séances tout en restant à la charge de l'assurance maladie, le médecin traitant doit faire parvenir un rapport au médecin-conseil de la caisse maladie. *Assurance de base – prestations de l'assurance maladie de base obligatoire (LAMal)* [site Web]. Disponible à : <https://fr.comparis.ch/krankenkassen/grundversicherungen/krankenflegeversicherung> (consulté le 3 février 2022).

Belgique¹⁰, le Royaume-Uni¹¹ et l’Australie¹². Bien que le remboursement semble privilégier l’incontinence urinaire, certaines autorités spécifient que la REPP s’adresse également aux personnes atteintes d’incontinence fécale, de troubles du transit ou de douleurs pelviennes, ou même plus largement à toute personne qui souffre d’une condition chronique.

Contexte de la demande

De façon générale, les services de REPP ne sont pas couverts par le système public québécois. Les femmes qui souhaitent recevoir ce service doivent consulter un physiothérapeute dans une consultation privée, et les frais associés ne sont pas toujours couverts par les assurances privées. Cela crée une iniquité d’accès à ce service, qui peut mener à l’aggravation des symptômes. Subséquemment, cela peut entraîner la prise de médicaments ou se solder par une intervention chirurgicale, reconnue pour avoir des effets indésirables et augmenter les coûts de santé. Dans un mémoire remis au Commissaire à la santé et au bien-être [2016], l’Association des gynécologues et obstétriciens du Québec (AOGQ) a soutenu « qu’un programme universel de rééducation périnéale [...] serait bénéfique à long terme afin d’éviter la détérioration progressive et les complications conséquentes au périnée et au plancher pelvien » et en recommande ainsi la mise en place [AOGQ, 2016]. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a également été interpellé par un regroupement d’obstétriciens-gynécologues afin que des traitements de physiothérapie périnéale soient, à l’instar de certains pays européens, couverts pour les personnes de sexe féminin au Québec.

Mandat confié par le MSSS

Le Ministère a mandaté l’INESSS afin d’évaluer la pertinence d’inclure la REPP à la gamme de services publics offerts au Québec pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien. Cette évaluation vise les femmes adultes, y compris les femmes enceintes, qui ont accouché ou sont périménopausées. Plus spécifiquement, le MSSS a demandé à l’INESSS d’évaluer l’efficacité de cette rééducation (y compris l’impact sur la qualité de vie) ainsi que les risques de l’intervention pour différents groupes de femmes¹³, en prévention et en traitement des dysfonctions du plancher pelvien. Si la pertinence clinique de l’intervention est démontrée, le MSSS souhaite également que les

¹⁰ En Belgique, un maximum 9 séances périnatales ambulantes par grossesse peuvent être remboursées. La kinésithérapie périnatale peut être attestée uniquement pour un traitement en rapport direct avec la grossesse et l’accouchement. Quand la patiente a épuisé l’ordonnance maximale, mais que le traitement continue à être prescrit, jusqu’à 18 séances « courantes » additionnelles peuvent être remboursées, à certaines conditions. *Kinésithérapie périnatale* [site Web]. Disponible à :

https://www.mc.be/b2b/prestataires/kinesitherapeutes/kinesitherapie_perinatale (consulté le 3 février 2022).

¹¹ Au Royaume-Uni, Medicare couvre certaines visites, mais seulement si la patiente a été recommandée par un médecin. Selon l’endroit où la patiente réside, elle peut consulter directement en rééducation, ou consulter préalablement un médecin (généraliste ou spécialiste). *Assessing physiotherapy* [site Web]. Disponible à : <https://www.nhs.uk/conditions/physiotherapy/accessing/> (consulté le 3 février 2022).

¹² En Australie, le plan de gestion des maladies chroniques de Medicare permet le remboursement d’une certaine somme pour un maximum annuel de cinq rendez-vous auprès de tout professionnel de la santé paramédicale pour lequel une orientation vers une consultation a été obtenue. Cela couvre notamment la physiothérapie. *Medicare Billing Guidelines For Physical Therapists in Australia* [site Web]. Disponible à : <https://www.powerdiary.com/blog/medicare-billing-guidelines-physical-therapy-aus/> (consulté le 3 février 2022)

¹³ Voir Glossaire, au terme « [Femme](#) ».

modalités d'application et d'offre de la REPP, ainsi que l'impact organisationnel et économique de la mise en application d'un tel programme, soient examinées.

Le mandat couvre quatre dysfonctions du plancher pelvien, soit l'incontinence urinaire, les dysfonctions anorectales, le prolapsus des organes pelviens et les douleurs périnéales. Les documents produits dans le cadre du premier volet des travaux, qui porte sur l'incontinence urinaire, sont consultables sur le site Web de l'INESSS¹⁴. Le présent document cible les dysfonctions anorectales, le prolapsus des organes pelviens et les douleurs périnéales.

¹⁴ 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 – Volet 1 – Incontinence urinaire* [site Web]. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/la-reeducation-perineale-et-pelvienne-pour-la-prevention-et-le-traitement-des-dysfonctions-du-plancher-pelvien-volet-1-incontinence-urinaire.html> (consulté le 26 octobre 2022).

1 CONTEXTE

1.1 Rééducation périnéale et pelvienne

La rééducation périnéale et pelvienne (REPP) est réalisée par un physiothérapeute qui détient une expertise et une formation spécifique sur les dysfonctions du plancher pelvien. Le plancher pelvien est le groupe de muscles qui se situe à la base du bassin et qui supporte tous les organes pelviens¹⁵. Il permet, entre autres, de refermer les orifices comme l'urètre et l'anus afin de retenir l'urine, les selles et les gaz. Le plancher pelvien est essentiel pour le maintien d'une bonne posture et il sert également à stabiliser le bassin.

Le programme de rééducation périnéale supervisé par un physiothérapeute doit être distingué des exercices de Kegel. Même si ces exercices sont reconnus pour traiter de nombreuses dysfonctions, ils peuvent être inappropriés pour certaines personnes et ne résolvent pas tous les problèmes. Il est estimé par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec qu'une femme sur deux ne réalise pas ses exercices de la bonne manière si elle n'est pas supervisée adéquatement. Par conséquent, la femme n'observera pas d'amélioration de sa condition¹⁵. Les personnes doivent être évaluées en fonction de leur problématique et se verront enseigner les méthodes ou les modalités appropriées. Le professionnel de la physiothérapie conseillera chaque patiente sur la façon d'effectuer les exercices, la fréquence d'exécution et les autres modalités du traitement en fonction de ses besoins individuels.

La REPP consiste en une variété d'exercices de renforcement, de détente des muscles du plancher pelvien et de rééducation manuelle comprenant, entre autres, le massage, une approche myofasciale, le renforcement manuel ou la mobilisation. Elle peut être faite seule ou combinée à l'une ou l'autre des approches conservatrices indiquées ci-dessous [Billecocq *et al.*, 2019] :

- rétroaction biologique (*biofeedback*);
- électrostimulation;
- stimulation magnétique;
- cônes vaginaux;
- pessaires¹⁶;
- technique de ballonnet rectal;
- étirements à l'aide d'un dilateur vaginal;

¹⁵ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ); *Rééducation périnéale et pelvienne : 5 fausses croyances* [site Web]. <https://oppq.qc.ca/bloge/reeducation-perineale-et-pelvienne-fausses-croyances/> (consulté le 16 juin 2022).

¹⁶ Au Québec, les pessaires peuvent être installés et gérés par des physiothérapeutes, mais les médecins doivent faire au préalable une ordonnance à cet effet. Ils peuvent également être gérés par les médecins dans des cliniques ou à l'hôpital, et ce, indépendamment d'un programme de REPP.

- programme d'exercices multimodaux;
- thérapie comportementale (p. ex. rééducation vésicale);
- modification des habitudes de vie (p. ex. apports hydriques/restriction hydriques, modification du régime alimentaire, régime d'exclusion, réduction de la consommation de caféine, activité physique, perte de poids, cessation tabagique, réduction au minimum du port de charges lourdes, prévention ou traitement de la constipation);
- conseils et accompagnement psychologique (p. ex. stratégie d'ajustement [*coping*]);
- traitement par la chaleur (humide ou sèche) (p. ex. *heat and steam generation sheet*).

1.2 Dysfonction anorectale

Le terme « dysfonction anorectale » inclut notamment l'incontinence anale (IA), les douleurs anorectales et les troubles fonctionnels de la défécation (y compris la constipation) [Rao *et al.*, 2016]. Dans le cadre de ce projet, seules l'IA et la constipation fonctionnelle ont été retenues en raison de leur potentiel d'être traités par la REPP.

L'incontinence anale se définit par une perte involontaire et récurrente de selles solides ou liquides, de mucus ou de gaz provenant du rectum. Cette condition est souvent sous-estimée et elle compromet grandement la qualité de vie des personnes atteintes, augmentant considérablement l'embarras et l'anxiété [Damon *et al.*, 2014]. En raison de la gêne et de la honte associées, seulement 15 % des personnes touchées rapporteraient cette problématique. La constipation fonctionnelle est une dysfonction anorectale qui se présente par une défécation difficile, peu fréquente ou apparemment incomplète qui ne répond pas aux critères du syndrome du côlon irritable [Longstreth *et al.*, 2006].

1.2.1 Prévalence et facteurs de risque

1.2.1.1 Incontinence anale

Il est estimé qu'environ 9 % des femmes adultes souffrent d'IA [Ng *et al.*, 2015]. Tout comme la majorité des dysfonctions du plancher pelvien, sa prévalence augmente avec l'âge, et elle peut toucher jusqu'à 15 % des adultes âgés de plus de 70 ans [Whitehead *et al.*, 2009].

Les causes de l'incontinence anale peuvent être multiples. Les causes liées au périnée incluent des lésions sphinctériennes, notamment des traumatismes lors de l'accouchement comme les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA); des neuropathies pudendales (p. ex. constipation chronique avec dyschésie) ou un réservoir rectal déficient (p. ex. maladie de Crohn, antécédent d'intervention chirurgicale rectale ou prolapsus rectal) [Bouin, 2008].

Lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA)

Les LOSA font partie des traumatismes périnéaux qui se produisent lors de l'accouchement vaginal et elles incluent les déchirures périnéales des troisième et quatrième degrés [Harvey et Pierce, 2016]. Ces lésions sont associées à des effets à court et à long terme comprenant des problèmes de défécation au cours de la période suivant immédiatement l'accouchement et des douleurs périnéales comme de la dyspareunie [Harvey et Pierce, 2016]. Elles sont une des causes principales de l'incontinence anale chez les femmes en santé [Cattani *et al.*, 2021]. Bien que très variable selon plusieurs facteurs comme le type de réparation du périnée, l'âge et les accouchements subséquents, la prévalence de l'incontinence anale chez les femmes qui ont subi ces lésions peut aller jusqu'à plus de 50 % [Harvey et Pierce, 2016].

1.2.1.2 Constipation fonctionnelle

La constipation survient chez jusqu'à 27 % des personnes, et sa prévalence varie selon les facteurs démographiques, l'échantillonnage, le genre et la définition employée [Longstreth *et al.*, 2006]. Elle touche les personnes de tous âges, mais elle est plus commune chez les femmes et les personnes non caucasiennes. La constipation peut être causée par des facteurs physiologiques (p. ex. dyssynergie rectosphinctérienne) ou psychologiques (p. ex. stress) [Longstreth *et al.*, 2006].

1.2.2 Traitements et coûts

La prise en charge des patientes qui éprouvent des dysfonctions anorectales varie en fonction de la cause [Bouin, 2008]. Les traitements des dysfonctions anorectales recommandés en première intention impliquent des approches multimodales comprenant de l'information sur les habitudes de vie, des suppléments de fibres, des médicaments contre la diarrhée, des laxatifs et de la REPP, associée ou non à de la rétroaction biologique [ACOG, 2019b]. La rétroaction biologique est recommandée pour certaines conditions comme la dyssynergie rectosphinctérienne, qui peut causer ou être causée par de la constipation [Rao *et al.*, 2016]. D'autres interventions de première intention incluent un entraînement des habitudes intestinales, de l'irrigation transanale ou des produits associés à l'incontinence. En cas d'échec des interventions primaires, d'autres traitements peuvent être offerts, dont des options chirurgicales comprenant des colectomies et des rectopexies [Abrams *et al.*, 2018].

1.2.2.1 Coûts

Peu de données qui auraient évalué le fardeau économique que représentent les dysfonctions anorectales sont disponibles. Il est rapporté que l'IA engendre des coûts élevés pour le patient ainsi que pour la société [Dunivan *et al.*, 2010]. Une étude américaine de 2012 a estimé les coûts annuels de l'incontinence fécale à 4 110 \$ US par personne, comprenant les coûts directs (coûts médicaux et non médicaux) et indirects (p. ex. perte de productivité) [Xu *et al.*, 2012]. Chez les femmes qui ont subi des traumatismes lors de l'accouchement, ces coûts peuvent augmenter considérablement. L'IA serait responsable de deux semaines d'absentéisme au travail par année par personne. Chez les aînés, l'IA représente la deuxième cause d'institutionnalisation, et

selon des données canadiennes, elle serait associée à des coûts annuels de plus de 10 000 \$ CA [Bouin, 2008]. Il est rapporté qu'au Royaume-Uni les coûts pour le traitement de la constipation étaient estimés à 162 millions de livres sterling pour 2017-2018 [The Lancet Gastroenterology, 2019]. Ces frais sont dus à des hospitalisations et des consultations chez le médecin de famille, mais ils ne représenteraient qu'une fraction des cas réels de personnes qui consultent pour leurs symptômes de constipation [The Lancet Gastroenterology, 2019].

1.3 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, la vessie, le rectum et les intestins [Haylen *et al.*, 2016]. Les symptômes d'un POP peuvent prendre plusieurs formes, notamment une lourdeur ou une sensation d'extériorisation via le vagin, de gonflement du vagin, de pression au niveau du pelvis, de douleur, des symptômes urinaires (fréquence, vidange incomplète), des symptômes anorectaux (vidange incomplète, protubérance) ou des symptômes sexuels (dyspareunie, relation sexuelle obstruée) [Haylen *et al.*, 2016].

1.3.1 Prévalence et facteurs de risque

L'incidence du POP est grandement associée à l'âge. La prévalence exacte n'est pas connue, mais elle est estimée à environ 3 % à 6 % en se basant sur les symptômes. Cependant, environ 41 % à 50 % des femmes auraient un tel prolapsus observé lors d'un examen, et donc la grande majorité des femmes qui en souffrent seraient asymptomatiques [Aboseif et Liu, 2022; ACOG & AUGS, 2019]. Il est rapporté qu'aux États-Unis environ 200 000 chirurgies pour corriger le prolapsus des organes pelviens sont réalisées chaque année [Aboseif et Liu, 2022; Wu *et al.*, 2011]. Une analyse a démontré qu'avec une population vieillissante ce nombre pourrait augmenter d'environ 47 % d'ici 2050 [Wu *et al.*, 2011]. Les facteurs de risque principaux du POP symptomatique incluent la parité, les antécédents d'accouchements vaginaux, l'âge, l'obésité, les anomalies du tissu conjonctif, la ménopause et la constipation chronique [ACOG & AUGS, 2019]. Les dysfonctions du plancher pelvien sont souvent concomitantes. Il est rapporté que les femmes qui en sont atteintes ont une prévalence de symptômes urinaires comprenant l'incontinence urinaire à l'effort, par urgenturie ou mixte allant de 30 % à 50 % [Harvey *et al.*, 2021a]. La douleur, les dysfonctions sexuelles de même que l'incontinence anale ou la constipation sont également souvent interreliées et plus fréquentes chez des femmes qui ont déjà une dysfonction [Harvey *et al.*, 2021a].

1.3.2 Traitements et coûts

Le traitement du POP dépend du degré de sévérité de ce dernier, des symptômes et de la santé globale de la femme [Abrams *et al.*, 2018]. Des traitements conservateurs sont généralement retenus en première intention pour les cas de prolapsus de stade inférieur, les femmes qui veulent encore des enfants, les femmes aux besoins complexes ou celles qui préfèrent les approches moins effractives plutôt que les interventions chirurgicales [Abrams *et al.*, 2018]. Les traitements conservateurs incluent les modifications des habitudes de vie, la REPP et les pessaires. Les interventions chirurgicales incluent, entre

autres, la colporraphie antérieure/postérieure, l'hystérectomie, l'hystéropexie ainsi que la sacrocolpopexie et les chirurgies oblitératives [Lisonkova *et al.*, 2020; Abrams *et al.*, 2018]. Le but des traitements conservateurs est :

- de prévenir l'aggravation du prolapsus;
- de diminuer la fréquence ou la sévérité des symptômes – pression, extériorisation vaginale, douleur, dysfonctions urinaires, sexuelles ou des intestins;
- d'éviter ou de reporter l'intervention chirurgicale.

1.3.2.1 Pessaire

Le pessaire est un dispositif mécanique généralement fait de silicone, inséré dans le vagin pour supporter la structure interne comme l'utérus et les parois du vagin. Il est utilisé pour supporter le prolapsus de la paroi vaginale ou traiter l'incontinence urinaire [Harvey *et al.*, 2021b]. Les pessaires utilisés dans les cas de POP se classent en deux catégories, soit des pessaires de soutien ou de comblement [Harvey *et al.*, 2021b]. Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), le pessaire doit faire l'objet d'un essayage lors de la pose, et d'un suivi par un professionnel de santé dont la fréquence peut varier en fonction de l'aisance de la femme à faire l'autogestion. Même s'il a un taux de succès généralement élevé et entraîne peu de complications, le pessaire peut être associé en outre à des pertes vaginales, des infections vaginales, de la dévascularisation, des érosions vaginales, de la douleur, de l'inconfort ou de la constipation [Harvey *et al.*, 2021b].

1.3.2.2 Coûts

Le POP représente un fardeau économique important pour la société. Les coûts annuels des services ambulatoires d'un médecin sont estimés à 96,6 millions de dollars US pour un diagnostic primaire [Sung *et al.*, 2010]. Il est également rapporté aux États-Unis qu'une femme a un risque de 12,6 % d'avoir une intervention chirurgicale pour corriger un tel prolapsus avant ses 80 ans [Wu *et al.*, 2014]. Les coûts pour les chirurgies du POP sont significatifs, et il est attendu qu'ils augmentent au cours des années en raison du vieillissement de la population.

1.4 Douleurs périnéales

Les douleurs périnéales se définissent comme toute douleur provenant du plancher pelvien ou des organes pelviens, qui dure depuis au moins six mois [ACOG, 2020]. Elles sont souvent associées à des conséquences comportementales, sexuelles et émotionnelles, et à des symptômes urinaires, sexuels, intestinaux, pelviens, myofasciaux ou des dysfonctions gynécologiques [ACOG, 2020]. L'origine des douleurs pelviennes peut être multifactorielle et être classifiée selon des désordres viscéraux (gynécologique, gastro-intestinal, urologique), musculosquelettiques (fibromyalgie, douleur posturale, abdominale, neurologique) ou psychologiques (abus, désordre dépressif ou anxieux). Dans le cadre de ce projet, certains troubles qui peuvent être traités par de la REPP ont

été ciblés. Le terme « douleur périnéale » a été privilégié pour ne pas confondre avec les douleurs d'origine uniquement pelvienne comme celles causées par l'endométriose.

1.4.1 Prévalence et facteurs de risque

Les douleurs chroniques du plancher pelvien touchent 6 % à 27 % des femmes [Ahangari, 2014]. Selon le DSM-5 [Lalonde et Pinard, 2016], la classification générale des troubles sexuels douloureux précise le syndrome et regroupe les troubles liés à des douleurs génitopelviennes ou à la pénétration, soit :

- le vaginisme, bien que difficile à estimer, toucherait de 0,5 % à 1 % des femmes fertiles [Lalonde et Pinard, 2016].
- la dyspareunie toucherait 8 % à 21 % des femmes [ACOG, 2020].
- la vestibulodynie provoquée ou non provoquée est la forme la plus fréquente. Elle touche les femmes de tous âges, et sa prévalence serait de 6 % à 8 % à tout moment, et jusqu'à 25 % au cours de la vie [Henzell *et al.*, 2017].

Les facteurs de risque des douleurs périnéales incluent en outre des facteurs psychosociaux (dépression, abus sexuels, anxiété), des infections transmises sexuellement, la présence d'autres symptômes urinaires ou gastro-intestinaux et des facteurs génétiques ou hormonaux [ACOG, 2020; Henzell *et al.*, 2017].

1.4.2 Traitements et coûts

Les traitements de ces troubles peuvent inclure des médicaments, un traitement local, une intervention chirurgicale, des exercices à la maison comprenant des techniques de relaxation, l'utilisation de lubrifiant et de dilateurs vaginaux gradués et des techniques de physiothérapie spécialisée [Lalonde et Pinard, 2016].

1.4.2.1 Coûts

Bien que les douleurs périnéales représentent un fardeau important, il est difficile d'évaluer leur impact économique en raison de leurs multiples origines psychologiques, neurologiques et musculosquelettiques [Huang *et al.*, 2022]. Au Canada, il a été estimé que les coûts hospitaliers associés aux femmes qui doivent subir une intervention chirurgicale ou être hospitalisées pour des douleurs pelviennes chroniques représentent en moyenne 25 millions de dollars par année [Chen *et al.*, 2017]. Selon les auteurs, les douleurs périnéales et pelviennes représentent 62 % des cas, les dysménorrhées 32 % et les dyspareunies 7 %. Ces chiffres ne représentent pas les coûts non hospitaliers comme la perte de productivité et la perte de qualité de vie, mais ils illustrent bien le fardeau économique pour le système de santé [Chen *et al.*, 2017].

1.5 État de la pratique au Québec

1.5.1 Prise en charge

La trajectoire de prise en charge des femmes souffrant de dysfonction du plancher pelvien peut varier, mais ils ont été élaborés afin de s'adapter au contexte québécois en se basant sur les publications de l'International Continence Society (ICS)-International

Consultation on Urological Diseases (ICUD) [Abrams *et al.*, 2018] pour chacune des dysfonctions. Ils ont été et validés avec les experts du comité consultatif. Les différentes trajectoires sont présentées à l'annexe A du document *Annexes complémentaires*. Les patientes québécoises souffrant d'IA, de POP et de douleurs périnéales ont peu de mesures préventives à leur disposition. La majorité des femmes qui consultent le font en raison de symptômes associés à leur condition. L'état des femmes enceintes ou en post-partum (jusqu'à 12 mois après l'accouchement) peut être évalué par leur médecin ou physiothérapeute; elles sont orientées vers des traitements conservateurs et, dans certains cas, des traitements pharmacologiques ou chirurgicaux. Cependant, les femmes enceintes ne se verront pas offrir d'options pharmacologiques ou chirurgicales, car ce n'est pas indiqué. La majorité des femmes en post-partum seront traitées par des interventions conservatrices, la principale raison de ne pas réaliser d'intervention chirurgicale à ce stade étant un désir possible de grossesse subséquente. Après cette période, elles pourront être réévaluées et bénéficier de tous les traitements offerts aux autres femmes adultes.

Il est à noter que les trajectoires de soins associés aux douleurs périnéales établis au Québec ciblent majoritairement les vestibulodynies provoquées, cette dysfonction étant plus courante et basée sur des critères diagnostiques mieux définis. Les femmes qui entrent dans cette catégorie sont généralement assez jeunes et ont déjà été évaluées et traitées pour d'autres causes de types psychologique, neurologique, dermatologique ou des infections, par exemple. D'un autre côté, les femmes en période de périménopause souffrant du syndrome génito-urinaire de la ménopause (atrophie vaginale) auront également été traitées selon un algorithme différent, qui comprend généralement de l'hormonothérapie locale en première intention. Le Ministère met également à la disposition des professionnels de la santé des algorithmes décisionnels pour la prise en charge de certains types de douleur chronique comme la vestibulodynie provoquée [Girard et Morin, 2021]¹⁷.

1.5.2 Offre de services et accessibilité

Au Québec, la REPP est offerte en prévention et en traitement par des physiothérapeutes. L'offre de services associée est limitée par la disponibilité des physiothérapeutes, autant dans le secteur public que privé. La majorité des physiothérapeutes exercent dans les consultations privées (90 %) qui sont établies en région urbaine principalement (91 %) – entre autres à Montréal et Laval (30 %), en Montérégie (17 %) et dans la grande région de Québec (16 %) [Le Berre et Dumoulin, 2021]. Certains établissements du réseau public de la santé donnent également ce service, mais de manière limitée, car peu de physiothérapeutes offrent la REPP dans le secteur public. Cependant, il y aurait une augmentation de l'offre de services au Québec grâce aux centres d'expertise secondaires et tertiaires du Ministère destinés aux complications de bandelettes (pour traiter les femmes atteintes d'incontinence urinaire)¹⁸.

¹⁷ Girard I et Morin M. *Algorithme de prise en charge de la vestibulodynie provoquée*. Québec, Canada : MSSS; 2021. [document PDF]. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-947-01W.pdf> (consulté le 21 septembre 2022).

¹⁸ D'après certains experts consultés dans le cadre du projet.

Puisque les demandes de consultation excèdent l'offre de services au Québec, les listes d'attente peuvent s'allonger dans certaines régions moins bien servies. Le délai médian d'accès en physiothérapie dans une consultation privée au Québec est d'environ six semaines pour une nouvelle patiente, et de deux semaines pour obtenir un rendez-vous de suivi [Le Berre et Dumoulin, 2021]. Dans le secteur public au Québec (tous services confondus), le délai est de plus de six mois [Deslauriers *et al.*, 2017].

Dans le secteur privé, les femmes peuvent payer des coûts considérables pour recevoir des services de physiothérapie, sans compter d'autres frais associés comprenant l'achat d'autres dispositifs liés à l'incontinence (p. ex. pessaire¹⁹). On estime qu'une femme sur trois possède des assurances privées pour rembourser en totalité ou en partie les frais de physiothérapie, y compris la REPP [Le Berre et Dumoulin, 2021].

1.5.3 Type et formation professionnelle

Bien que les médecins, les sages-femmes et le personnel infirmier puissent conseiller les femmes sur des exercices du plancher pelvien, seuls les physiothérapeutes ont la formation et les compétences pour offrir la REPP. Selon le Code des professions, ces professionnels sont autorisés à introduire un instrument ou un doigt dans le corps au-delà des grandes lèvres ou de la marge de l'anus pour évaluer la fonction et la tonicité des muscles du plancher pelvien, et il s'agit-là d'activités qui leur sont réservées²⁰. Au Québec, environ 500 à 600 physiothérapeutes offrent cette rééducation. De ce nombre, environ 260 ont reçu la formation universitaire complémentaire de deuxième cycle en rééducation périnéale et pelvienne offerte par l'Université de Montréal depuis janvier 2010 – actuellement 36 finissants par an, dont 7 places réservées pour le secteur public²¹. De plus, certains organismes privés proposent également des formations en REPP accessibles aux physiothérapeutes. Le cours de base pour traiter l'incontinence urinaire est également enseigné au niveau de la maîtrise à d'autres endroits, dont l'Université McGill et l'Université de Sherbrooke.

À titre comparatif, il est mentionné qu'en Ontario la supervision de la REPP, bien que majoritairement réalisée par des physiothérapeutes, peut être faite par une infirmière praticienne, une infirmière spécialisée en continence ou un médecin [HQO, 2021]. Les infirmières et infirmiers ainsi que les physiothérapeutes ontariens peuvent obtenir une formation post-graduée permettant de traiter les dysfonctions du plancher pelvien [Dufour *et al.*, 2019]. Dans le reste du Canada, bien qu'il y ait du personnel infirmier spécialisé en continence depuis les années 1990, ces professionnels participeraient peu à la REPP. Il

¹⁹ Le coût du pessaire est couvert lorsqu'il est installé à l'hôpital par un gynécologue, mais les femmes qui veulent le faire installer par un physiothérapeute doivent déboursier le total de l'achat, soit environ 120 \$.

²⁰ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). Activités réservées en physiothérapie [site Web]. Disponible à <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Fiche-activite-reserve-C.pdf> (consulté le 9 septembre 2021).

²¹ Au Québec, seule l'Université de Montréal offre un microprogramme de deuxième cycle en rééducation périnéale et pelvienne qui s'adresse aux physiothérapeutes. Il comporte 15 crédits de cours, et tous les cours du microprogramme comprennent des séances théoriques et pratiques obligatoires afin de développer les compétences cliniques et professionnelles des physiothérapeutes en rééducation périnéale et pelvienne. Université de Montréal. *Microprogramme en rééducation périnéale et pelvienne* [site Web]. Disponible à : <https://readaptation.umontreal.ca/etudes/formation-en-physiotherapie/microprogramme-en-reeducation-perineale-et-pelvienne/> (consulté le 9 septembre 2021). <https://santepelvienne.criugm.qc.ca/data/uploads/fichier/Nouveautes/Microprogramme%20en%20r%C3%A9%C3%A9ducation%20p%C3%A9rin%C3%A9ale%20et%20pelvienne.pdf> (consulté le 9 septembre 2021).

semble que la grande majorité de cette rééducation soit réalisée par des physiothérapeutes [Dufour *et al.*, 2019].

2 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie détaillée est présentée dans un document indépendant [INESSS, 2022b] .

Il est à noter que certains éléments de la méthodologie ont été réalisés pour inclure toutes les dysfonctions du plancher pelvien. Toutefois, les résultats sur l'incontinence urinaire ont déjà été publiés [INESSS, 2022a].

2.1 Question d'évaluation

Ce projet vise à répondre aux questions d'évaluation suivantes :

- 1) Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne comme approche préventive auprès de différents groupes de personnes de sexe féminin concernées par les dysfonctions du plancher pelvien? Le cas échéant, quelles modalités d'intervention semblent les plus efficaces et pour quelles clientèles (p. ex. moment, fréquence, durée de l'intervention, âge)?
- 2) Quelle est l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne comme approche de traitement chez différents groupes de personnes de sexe féminin concernées par les dysfonctions du plancher pelvien? Le cas échéant, quelles modalités d'intervention semblent les plus efficaces et pour quelles clientèles (p. ex. moment, fréquence, durée de l'intervention, âge)?
- 3) Quels sont les risques et inconvénients de la rééducation périnéale et pelvienne utilisée auprès des différents groupes de personnes de sexe féminin concernées?
- 4) Quel est l'impact de la rééducation périnéale et pelvienne sur la qualité de vie des personnes de sexe féminin qui présentent des dysfonctions du plancher pelvien et celle de leurs proches?
- 5) Quelle est l'expérience de soins des personnes de sexe féminin qui présentent des dysfonctions du plancher pelvien et celle de leurs proches?

Si l'efficacité et l'innocuité de l'intervention sont démontrées, les questions d'évaluation suivantes seront examinées :

- 6) Quelles sont les conditions et les modalités d'application et d'offre pour la mise en place d'un programme universel de rééducation périnéale et pelvienne?
- 7) Le recours à la rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir le développement de dysfonctions du plancher pelvien est-il efficient?
- 8) Le recours à la rééducation périnéale et pelvienne pour les personnes de sexe féminin souffrant de dysfonction du plancher pelvien est-il efficient?

- 9) Quel serait l'impact budgétaire d'une offre de remboursement public de services de rééducation périnéale et pelvienne auprès des groupes de personnes de sexe féminin concernées?

Dans le cadre de ce projet, la rééducation périnéale et pelvienne (REPP), bien que pouvant inclure plusieurs modalités d'intervention comme présenté à la [section 1.2](#), devait inclure minimalement des exercices du plancher pelvien (EPP) pour le traitement des dysfonctions anorectales et du prolapsus des organes pelviens.

La REPP est comparée à l'absence de traitement/REPP, à un placebo, à un traitement simulé (p. ex. fausse électrostimulation) ou aux soins/traitements habituels – p. ex. conseils ou brochure sur les EPP ou sur les habitudes de vie [sans suivi professionnel ou non intégré dans un programme de physiothérapie global], à l'attente vigilante, à la médication et à l'intervention chirurgicale.

2.2 Approches et méthodes d'évaluation

L'évaluation s'est appuyée sur : 1) la littérature scientifique et les autres sources de repérage de la littérature – y compris les guides de pratique clinique (GPC) et les rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS); 2) des analyses économiques; et 3) la consultation d'experts et de personnes concernées par la problématique. Un modèle analytique est présenté à l'annexe B du document *Annexes complémentaires*.

2.2.1 Données issues de la littérature

- Recherche documentaire.
- Sélection des documents par deux évaluateurs ou validés par un deuxième évaluateur selon des critères prédéfinis pour chaque question.
- Évaluation de la qualité de la littérature selon des outils validés.
- Extraction et synthèse des données.
- Appréciation du niveau de preuve pour les questions sur l'efficacité (questions 1 et 2).

2.2.2 Données issues des comités et consultations

Des cliniciens chercheurs, professionnels de la santé, gestionnaires et représentants d'organismes concernés ont été consultés afin de récolter des données contextuelles en lien avec la problématique par l'entremise :

- d'un comité consultatif d'experts;
- d'un comité de suivi.

Pour répondre aux questions 4 et 5

Des données expérientielles ont permis d'explorer la perception et l'expérience de soins de femmes à risque ou qui ont une dysfonction du plancher pelvien comprenant de l'incontinence urinaire par l'entremise :

- d'un comité de patientes collaboratrices;
- de consultations individuelles en ligne.

2.2.3 Données issues des analyses économiques

Pour répondre aux questions 8 et 9

Une recension des études sur l'efficacité ainsi qu'une évaluation de la transférabilité des données issues de la littérature économique au contexte clinique québécois ont été réalisées. Par la suite, des analyses d'impact budgétaire basées sur les données issues de la littérature extraites pour répondre aux questions d'évaluation 1 à 4 ont été réalisées. Afin de dresser un portrait de la situation actuelle au Québec et de fournir les intrants nécessaires à la réalisation des analyses d'impact budgétaire, un questionnaire en ligne a été communiqué par un des experts présents au comité consultatif à des physiothérapeutes qui pratiquent la REPP au Québec. Ce questionnaire en ligne comportait 27 questions; 85 physiothérapeutes engagés dans la prise en charge de la REPP au Québec y ont répondu (annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Lorsque possible, les données issues des bases de données clinico-administratives ont été employées pour valider l'utilisation des ressources de santé par les populations étudiées (annexe R du document *Annexes complémentaires*). Les intrants qui ont servi aux analyses économiques ont été validés par le comité consultatif d'experts.

2.3 Élaboration des recommandations

2.3.1 Approche d'intégration de l'ensemble de la preuve

L'intégration de l'ensemble de la preuve a été réalisée par la triangulation des différents types de données. L'appréciation a été inspirée des critères du Système d'appréciation de la preuve scientifique et de détermination de la force des recommandations de l'INESSS (version avril 2017). Trois comités²² ont accompagné le projet et se sont assurés de sa qualité : le comité consultatif d'experts, le comité de suivi ainsi que le Comité délibératif permanent (CDP) – Modes d'intervention en santé. Les recommandations ont été ébauchées par l'équipe de projet et soumises aux comités. Le CDP a délibéré sur les recommandations finales.

²² La liste des membres des comités est présentée dans les pages liminaires de cet avis.

La prévention, la déclaration et la gestion des conflits d'intérêts et de rôles ont été mises en place selon différentes modalités, en accord avec les codes d'éthique applicables à l'INESSS. Toute personne appelée à collaborer à ce dossier a dû déclarer toute situation propice au développement de conflits d'intérêts. Les conflits d'intérêts et de rôles déclarés par les membres du comité consultatif, du comité de suivi et les patientes collaboratrices ont été évalués et jugés acceptables par rapport à l'objet de l'évaluation et au mandat qui leur était confié. Les conflits d'intérêts et de rôles déclarés par les membres du Comité délibératif permanent ont mené à l'exclusion d'un membre du comité des discussions et des délibérations relatives aux travaux.

3 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE SUR L'EFFICACITÉ ET SUR LES RECOMMANDATIONS CLINIQUES

La revue systématique a repéré 1 437 enregistrements dans les bases de données pour la revue des revues sur les dysfonctions du plancher pelvien (y compris le volet 1). Parmi ceux-ci, une revue systématique (RS) de qualité élevée a été retenue pour l'incontinence anale (IA) en période périnatale et deux revues systématiques de faible qualité ont été incluses pour le prolapsus des organes pelviens (POP) [Wang *et al.*, 2022; Woodley *et al.*, 2020; Li *et al.*, 2016]. Vingt-deux guides de pratique clinique (GPC) ou rapport d'évaluation des technologies de la santé (ETS) de qualité faible à élevée ont été inclus, dont quatre uniquement sur l'IA, onze uniquement sur le POP, cinq sur les douleurs périnéales, deux sur la constipation et un sur l'IA et le POP [LaCross *et al.*, 2022; Engeler *et al.*, 2021; Harding *et al.*, 2021; Harvey *et al.*, 2021b; HAS, 2021; HQO, 2021; Wolfman *et al.*, 2021; ACOG, 2020; 2019a; 2019b; ACOG & AUGS, 2019; NICE, 2019; Abrams *et al.*, 2018; NICE, 2018; Betschart *et al.*, 2017; Baeßler *et al.*, 2016; Bazi *et al.*, 2016; Goldstein *et al.*, 2016; Harvey et Pierce, 2016; Deffieux *et al.*, 2015; Pucciani *et al.*, 2015; RCOG & BSUG, 2015].

Considérant qu'aucune revue systématique n'a été retenue pour l'IA chez les femmes adultes, une revue rapide a été effectuée pour évaluer l'efficacité de la rééducation. Elle a repéré 113 enregistrements dont 7 ont été inclus dans l'évaluation de l'efficacité [Andy *et al.*, 2020; Jelovsek *et al.*, 2019; Ussing *et al.*, 2019; Johannessen *et al.*, 2017; Damon *et al.*, 2014; Dehli *et al.*, 2013].

En ce qui concerne les douleurs périnéales, aucune revue systématique n'a été retenue. Une revue rapide a été jugée nécessaire afin de recenser les études de bonne qualité les plus récentes disponibles pour répondre à la question. Elle a repéré 235 enregistrements dont 6 ont été inclus dans l'évaluation de l'efficacité [Morin *et al.*, 2021; Bardin *et al.*, 2020; Ghaderi *et al.*, 2019; Schvartzman *et al.*, 2019; Yaraghi *et al.*, 2019; Zoorob *et al.*, 2015]. Le détail et les résultats des revues, des guides et des études sont présentés dans les chapitres subséquents.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des revues systématiques sont disponibles dans le document sur la méthodologie au www.inesss.qc.ca, et ceux des revues rapides à l'annexe D du document *Annexes complémentaires*. La stratégie de repérage est disponible à l'annexe E du document *Annexes complémentaires*. La sélection des études et les articles ainsi que les guides exclus avec les raisons de leur exclusion sont disponibles à l'annexe F du document *Annexes complémentaires*. Les caractéristiques détaillées des études et des guides sont présentées à l'annexe G. Dans le présent avis, le terme général « guide » a été employé pour désigner à la fois les guides de pratique clinique et les rapports d'évaluation des technologies de la santé. La qualité des revues systématiques et des guides est rapportée à l'annexe H du document *Annexes complémentaires*. Les détails des revues systématiques et des guides sont présentés dans les chapitres subséquents. Les résultats détaillés sont exposés dans chaque section ainsi que dans les annexes I à L du document *Annexes complémentaires*.

Les tableaux-synthèses et ceux concernant l'appréciation du niveau de preuve sont présentés aux annexes M et N du document *Annexes complémentaires*.

4 LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LA PRÉVENTION OU LE TRAITEMENT DES DYSFONCTIONS ANORECTALES

Les dysfonctions anorectales abordées dans ce projet incluent l'incontinence anale (IA) ainsi que la constipation fonctionnelle.

4.1 Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention des dysfonctions anorectales chez les femmes en période périnatale

4.1.1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale

La revue systématique de Woodley et ses collaborateurs [2020], de qualité élevée, a évalué les effets de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) prénatale (comprenant minimalement des exercices du plancher pelvien) pour la prévention de l'incontinence (IU et/ou IA) chez les femmes enceintes continentales. Toutefois, aucun résultat ne concernait spécifiquement l'IA (p. ex. risque d'IA ou qualité de vie liée à l'IA).

4.1.2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale

La revue systématique de Woodley et ses collaborateurs [2020], de qualité élevée, a tenté d'évaluer les effets de la REPP postnatale (comprenant minimalement des exercices du plancher pelvien) pour la prévention de l'incontinence (IU et/ou IA) chez les femmes continentales en période postnatale, mais aucun essai clinique n'a été repéré.

4.2 Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes en période périnatale

La revue systématique de qualité élevée de Woodley et ses collaborateurs [2020] a évalué les effets de la REPP (comprenant minimalement des exercices du plancher pelvien) entreprise durant la grossesse (prénataux) ou après l'accouchement (postnataux) pour le traitement de l'incontinence (IU et/ou IA) comparativement à l'absence de rééducation ou aux soins habituels. Aucun essai clinique repéré pour cette analyse ne portait spécifiquement sur une population entièrement composée de femmes présentant de l'IA au moment du recrutement. Cependant, la revue systématique a évalué les résultats de la REPP pour une population mixte de femmes, incontinentes ou non.

4.3 Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire ou anale chez les femmes en période périnatale

La revue systématique de Woodley et ses collaborateurs [2020] a recensé des essais cliniques (ECR et quasi-*randomisé*) sur la prévention ou le traitement de l'incontinence (IU et/ou IA) chez une population mixte de femmes enceintes continentes ou incontinentes. La revue systématique a évalué les effets de la REPP commencée pendant la grossesse (REPP prénatale) ou après l'accouchement (REPP postnatale). La prévalence initiale de l'IA et de l'incontinence urinaire des études présentées dans cette section est colligée au tableau L-1, annexe L du document *Annexes complémentaires*).

4.3.1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale

Cinq essais cliniques *randomisés* (ECR) ont étudié les effets de la REPP prénatale pour la prévention et le traitement de l'incontinence chez une population mixte de femmes enceintes continentes ou incontinentes [Woodley *et al.*, 2020]. Trois ECR ont été réalisés chez des femmes qui accouchaient de leur premier enfant, deux chez des femmes primipares et multipares. Dans tous ces ECR, le groupe témoin était composé de femmes qui avaient reçu les soins habituels.

4.3.1.1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur les résultats de l'incontinence anale

Trois ECR ont collecté des données sur la prévalence de l'IA en fin de grossesse et en début de période postnatale. Chez les femmes avec ou sans incontinence, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'effet de la REPP prénatale sur la prévalence de l'IA en fin de grossesse ($p = 0,13$; preuve de qualité modérée) et au début de la période postnatale (0-3 mois) ($p = 0,50$) par rapport aux soins habituels [Woodley *et al.*, 2020] ([tableau 1](#)).

Un ECR a rapporté la sévérité des symptômes d'IA, sans différence statistiquement significative entre les groupes rééducation et ceux qui recevaient les soins habituels [Woodley *et al.*, 2020] ([tableau 1](#)).

Un seul ECR a mesuré la qualité de vie liée à l'IA et il n'a pas démontré de différence entre les groupes (REPP contre soins habituels) au début de la période postnatale ($p = 0,33$; preuve de qualité faible; [tableau 1](#)) [Woodley *et al.*, 2020]. L'intervention (REPP) consistait en un atelier unique de deux heures portant sur la santé du plancher pelvien, animé par un médecin et offert à des femmes enceintes nullipares (statut de continence anale initial non précisé). Une trousse à emporter chez soi était offerte aux femmes et elles étaient encouragées à consulter un physiothérapeute (liste fournie dans la trousse). Il n'est pas précisé si les femmes ont bel et bien contacté le physiothérapeute ou pratiqué les exercices. Par conséquent, le niveau de supervision réel n'est pas connu, et peu de conclusions peuvent être tirées de ce résultat.

Selon Woodley et ses collaborateurs [2020], un ECR [Fritel *et al.*, 2015] n'a rapporté aucun effet significatif de la REPP sur les symptômes anorectaux par rapport aux témoins ([tableau 1](#)).

Tableau 1 Effet de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur les résultats de l'incontinence anale chez une population mixte de femmes enceintes continentes ou incontinentes (non sélectionnées selon leur statut de continence)

RS	QUESTIONNAIRE	PÉRIODE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE
[Woodley <i>et al.</i> , 2020] Qualité de la RS : élevée	RISQUE D'INCONTINENCE ANALE						
	s. o.	En fin de grossesse	910 (3 ECR)	4 % (17/469)	6 % (26/441)	RR = 0,64 (0,36, 1,14); $p = 0,13$; $I^2 = 0\%$	Modérée
	s. o.	Postnatale (0-3 mois)	130 (2 ECR)	11 % (7/61)	16 % (11/69)	RR = 0,76 (0,34, 1,70); $p = 0,50$; $I^2 = 0\%$	n.d.
	SÉVÉRITÉ DE L'INCONTINENCE ANALE AUTODÉCLARÉE						
	St. Mark's score	Fin de grossesse	41 (1 ECR)	Médiane (EIQ) : 0 (3) (n = 19)	Médiane (EIQ) : 0,5 (13) (n = 22)	$p > 0,05$	n.d.
	QUALITÉ DE VIE LIÉE À L'INCONTINENCE ANALE						
	CRAIQ-7* (7 items [score plus élevé pire])	6 sem. post-partum	74 (1 ECR)	2,4 ± 11,3 (n = 37)	5,0 ± 11,7 (n = 37)	DM = -2,60 (-7,84, 2,64)†; $p = 0,33$	Faible
	SYMPTÔMES ANORECTAUX AUTODÉCLARÉS‡§						
	FPFQ score anorectal (0-10, 10 pire)	Fin de grossesse	224 (1 ECR)	1,3 ± 1,1 (n = 112)	1,4 ± 1,1 (n = 112)	DM = -0,10 (-0,39, 0,19)	n.d.
		2 mois post-partum		1,2 ± 1,2 (n = 104)	1,4 ± 1,2 (n = 107)	DM = -0,20 (-0,52, 0,12)	
12 mois post-partum		1,0 ± 1,0 (n = 94)		1,1 ± 1,0 (n = 97)	DM = -0,10 (-0,38, 0,18)		

CRAIQ-7 : *Colorectal-Anal Impact Questionnaire-7*; DM : différence moyenne [REPP—témoin]; EIQ : écart interquartile; ECR : essai clinique randomisé; FPFQ : *Female Pelvic Floor Questionnaire*; IC : intervalle de confiance; n : nombre de participantes; n.d. : non disponible; p : valeur p ; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique.

* Sous-échelle de l'intestin (CRAIQ-7) du *Pelvic Floor Impact Questionnaire — Short Form 7* (PFIQ-7).

† Modèle à effets aléatoires.

‡ Moyenne ± écart-type ou proportions (n/N).

§ Les symptômes anorectaux du questionnaire FPFQ font référence, par exemple, à la constipation, à la consistance des selles, aux pertes de liquide ou aux flatulences.

|| L'intervalle de confiance rapporté dans la revue systématique (DM = - 0,10 [- 0,39, - 0,19]) a été corrigé par l'équipe de travail de l'INESSS.

4.3.1.2 En résumé — Prévention/traitement des dysfonctions anorectales par la rééducation périnéale et pelvienne prénatale

En bref, dans les revues systématiques

Selon une revue systématique de qualité élevée, la REPP prénatale n'a pas démontré de différence comparativement à aucun traitement chez les femmes avec ou sans symptômes d'IA pour prévenir ou traiter l'IA en fin de grossesse ou en période postnatale. Cependant, les résultats devraient être confirmés par un nombre plus grand d'études de bonne qualité et de plus grande puissance.

Aucune donnée n'a été retenue concernant la constipation fonctionnelle.

Énoncé de preuve élaboré par l'INESSS

Il n'y a pas de preuve démontrant que la REPP prénatale pourrait être efficace pour prévenir ou traiter les dysfonctions anorectales.

Niveau de preuve : insuffisant

4.3.2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale

Quatre ECR ont étudié les effets de la REPP postnatale pour la prévention/traitement de l'IA chez une population de femmes continentes ou incontinentes (IU ou IA) [Woodley *et al.*, 2020]. Ces essais ont comparé la rééducation postnatale aux soins habituels (3 ECR) ou à l'absence de rééducation (1 ECR). Les essais ont recruté des femmes primipares (3 ECR) ou des femmes de parité mixte en période postnatale (1 ECR). Aucune étude ou revue n'a été retenue qui aurait porté uniquement sur une population de femmes en post-partum souffrant de constipation fonctionnelle.

4.3.2.1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur les résultats de l'incontinence anale postnatale

Deux ECR ont rapporté la prévalence de l'IA postnatale chez une population mixte de femmes continentes et incontinentes (IU ou IA) qui ont commencé la REPP après l'accouchement ([tableau 2](#)) [Woodley *et al.*, 2020]. Sleep et Grant [1987] ont recruté 1 609 femmes primipares et multipares durant les 24 heures suivant leur accouchement, mais ils ne mentionnent pas la prévalence initiale de l'IA chez cette population. Trois mois après l'accouchement, il n'y a pas eu de différence concernant le risque d'IA entre les groupes rééducation et témoin (soins habituels) ($p = 0,80$). Meyer et ses collaborateurs [2001] ont quant à eux randomisé 107 femmes, 9 semaines après la naissance de leur premier enfant (REPP versus aucun traitement). La REPP n'a pas réduit la prévalence de l'IA à la fin de la période postnatale (10 mois; $p = 0,73$; preuve de faible qualité), laquelle est demeurée la même qu'initialement dans chacun des groupes (4 % et 5 %, respectivement).

Femmes avec des lésions obstétricales du sphincter anal

Les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) sont des lacérations obstétricales de 3^e ou 4^e degré, avec ou sans épisiotomie, nécessitant une réparation.

Woodley et ses collaborateurs [2020] ont rapporté un ECR qui contenait des données autodéclarées sur la sévérité des symptômes de l'IA à trois mois post-partum ([tableau 2](#)). Le score médian était plus élevé dans le groupe témoin par rapport groupe rééducation, mais la différence de l'effet n'était pas calculable selon la revue systématique. Les femmes primipares incluses dans cet essai clinique présentaient toutes une lésion obstétricale du sphincter anal, et 4 % présentaient une IA (généralement accompagné d'incontinence urinaire).

Deux ECR ont recruté des femmes primipares ayant une lésion obstétricale du sphincter anal²³ et ont évalué l'effet de la REPP postnatale sur la qualité de vie liée à l'IA. Trois mois après l'accouchement, aucune différence n'a été signalée concernant la qualité de vie (QdV) entre les groupes de traitement dans les deux ECR ([tableau 2](#)).

²³ Un ECR a recruté des femmes qui avaient une lacération obstétricale du 3^e ou 4^e degré, avec ou sans épisiotomie, nécessitant une réparation; l'autre ECR a inclus des femmes qui avaient eu une déchirure primaire du 3^e degré, qui a été réparée immédiatement après l'accouchement.

Tableau 2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur les résultats d'incontinence anale chez une population mixte de femmes continentes ou incontinentes

RS	QUESTIONNAIRE	PÉRIODE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE
[Woodley <i>et al.</i> , 2020] Qualité de la RS : élevée	PRÉVALENCE DE L'INCONTINENCE ANALE						
	Échelle FIQOL	3 mois post-partum	1 609 (1 ECR)	3 % (21/816)	3 % (22/793)	RR = 0,93 (0,51, 1,67); <i>p</i> = 0,80	n.d.
		10 mois post-partum	107 (1 ECR)	4 % (2/51)	5 % (3/56)	RR = 0,73 (0,13, 4,21); <i>p</i> = 0,73	Faible
	SÉVÉRITÉ DE L'INCONTINENCE ANALE - LOSA						
	FISI (score plus élevé pire)	12 sem. post-partum	50 (1 ECR)	Médiane (EIQ) : 6,0 (20,5) (n = 27)	Médiane (EIQ) : 13,5 (22,25) (n = 23)	Non calculable par la RS	n.d.
	QUALITÉ DE VIE LIÉE À L'INCONTINENCE ANALE - LOSA						
	QUESTIONNAIRE	PÉRIODE	N	SOUS-ÉCHELLE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
	FIQOL (29 items, 4 scores de domaine, chaque item a obtenu un score de 1 à 5, plus élevé meilleur)	3 mois post-partum	120 (1 ECR)	Mode de vie	Aucune donnée	Aucune donnée	<i>p</i> = 0,29
				Comportement	Aucune donnée	Aucune donnée	<i>p</i> = 0,27
				Dépression et image de soi	Aucune donnée	Aucune donnée	<i>p</i> = 0,89
Gêne vis-à-vis des autres				Aucune donnée	Aucune donnée	<i>p</i> = 0,51	
12 sem. post-partum		50 (1 ECR)	Mode de vie	Médiane (EIQ) : 4,0 (0,3) (n = 27)	Médiane (EIQ) : 4,0 (0,1) (n = 23)	Non calculable selon la RS	
			Comportement	3,89 (0,5) (n = 27)	3,89 (0,4) (n = 23)		
			Dépression et image de soi	3,89 (0,5) (n = 27)	3,89 (0,3) (n = 23)		
			Gêne vis-à-vis des autres	4,0 (0,0) (n = 27)	4,0 (0,1) (n = 23)		

ECR : essai clinique *randomisé*; EIQ : écart interquartile; FISI : *Fecal Incontinence Severity Index*; FIQOL : *Fecal incontinence quality of life*; IC : intervalle de confiance; LOSA : lésion obstétricale du sphincter anal; n : nombre de participantes; n.d. : non disponible; *p* : valeur *p*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique.

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

* Taille de l'échantillon de départ (lors de la *randomisation*), telle que rapportée par la RS.

† Valeurs tirées de l'étude originale et non de la revue systématique.

4.3.2.2 En résumé — Prévention/traitement mixte de l'incontinence anale par la rééducation périnéale et pelvienne postnatale

En bref, selon les revues systématiques

Selon une revue systématique de qualité élevée, la REPP postnatale n'a pas démontré de différence comparativement à aucun traitement chez les femmes avec ou sans symptômes d'IA pour prévenir ou traiter l'IA. Ces résultats s'appliquent également aux femmes qui avaient des lésions obstétricales du sphincter anal. Les résultats devront être confirmés par un nombre plus grand d'études de bonne qualité et de plus grande puissance.

Énoncé de preuve élaboré par l'INESSS

Il n'y a pas de preuve démontrant que la REPP postnatale peut être efficace pour prévenir ou traiter les dysfonctions anorectales.

Niveau de preuve : insuffisant

Il n'y a pas de preuve démontrant que la REPP postnatale peut être efficace pour prévenir ou traiter les dysfonctions anorectales chez des femmes qui ont des lésions obstétricales du sphincter anal.

Niveau de preuve : insuffisant

4.3.3 Forces et limites

- Cette revue récente de bonne qualité recense bien la littérature disponible pour la population périnatale.
- La population mixte de femmes incontinentes ou continentes limite l'interprétation des résultats. Il est impossible d'évaluer l'effet de la REPP sur chacun des groupes.
- Les résultats sur la prévention et le traitement de l'incontinence chez les femmes en période périnatale incluent l'IU et l'IA. Aucune étude n'a rapporté de résultats spécifiques à une population entièrement composée de femmes avec une IA au moment du recrutement. Bien que ces deux conditions de santé puissent être liées, cela peut engendrer un biais et de la confusion.
- Les mesures autodéclarées par les participantes sont considérées, tant dans la littérature que par les experts consultés, comme étant les plus pertinentes. Cependant, la définition de l'IA, la façon de poser les questions aux participantes et la présentation des données variaient.

- Il y a beaucoup de variation dans le choix des mesures de la QdV liée à l'IA et de la sévérité de l'IA autodéclarée (peu d'accords sur une mesure standard). La validité de certaines mesures est inconnue des auteurs des RS.
- Les interventions de REPP sont souvent mal décrites dans les études primaires incluses dans les RS. La supervision offerte aux femmes étant variable, allant de l'absence de supervision à la supervision soutenue par un physiothérapeute, les résultats présentés devraient être jugés conservateurs [Woodley *et al.*, 2020]. L'adhésion des femmes à l'intervention est parfois faible ou non déclarée. La durée et l'intensité de l'intervention sont également variables.
- Il n'y a pas de sous-analyse disponible en fonction des antécédents d'accouchement par césarienne ou par voie vaginale, de l'utilisation de forceps ou d'une ventouse, ou de l'épisiotomie. Ces conditions sont des facteurs de risque pouvant augmenter la dysfonction du plancher pelvien, y compris l'IA. Par contre, compte tenu de la nature du devis des études et de la répartition aléatoire, ces facteurs ne devraient pas influencer sur la différence entre les groupes.
- La durée du suivi après l'intervention est courte. Cela est particulièrement problématique pour l'interprétation de l'efficacité de la REPP prénatale, où les résultats sont le plus souvent mesurés soit à la fin de grossesse, soit au cours des trois mois suivant la naissance. À trois mois post-partum, il se peut que certains changements physiologiques associés à la grossesse et à l'accouchement ne soient pas complètement résolus. Un suivi minimal de six mois après la naissance serait probablement plus utile pour savoir si l'effet persiste avec le temps [Woodley *et al.*, 2020].
- Les données à plus long terme sont difficiles à interpréter, car les groupes témoins peuvent avoir bénéficié d'une REPP avant que le résultat ne soit mesuré, les femmes peuvent avoir eu d'autres grossesses, etc.
- Plusieurs ECR inclus dans la revue systématique datent d'il y a plus de 20 ans. Les pratiques en matière de REPP ont pu changer depuis.

4.4 Résultats des guides de pratique clinique pour la prévention ou le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes enceintes ou en post-partum

4.4.1 Prévention des dysfonctions anorectales

Un guide français rapporte qu'il n'y a pas d'études qui auraient évalué la prévention de l'IA en cas de lésion obstétricale du sphincter anal, et par conséquent ne recommande pas la REPP pour ces patientes [Deffieux *et al.*, 2015] (annexe I, tableau I-1 du document *Annexes complémentaires*).

4.4.2 Traitement des dysfonctions anorectales

Les guides de deux associations d'obstétriciens et gynécologues, française et canadienne (qualité modérée pour les deux), ainsi que le guide du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (qualité élevée) recommandent la REPP pour le traitement de l'IA en post-partum [NICE, 2018; Harvey et Pierce, 2016; Deffieux *et al.*, 2015]. Dans une mise à jour, le guide du NICE mentionne, dans un énoncé, que cette rééducation chez les femmes en période pré ou postnatale semble avoir peu ou pas d'effet pour le traitement de l'IA, sans toutefois spécifier si ce sont des femmes avec ou sans lésion obstétricale du sphincter anal [NICE, 2018].

Dans le cas des femmes qui ont subi des déchirures du 1^{er} ou du 2^e degré, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) [2015] recommande la REPP pour le traitement de l'IA. Chez les femmes qui ont une lésion obstétricale du sphincter anal (déchirure du 3^e et 4^e degré), la rééducation en période postnatale est contradictoire. Le guide français du Collège national des gynécologues et obstétriciens français ne recommande pas cette rééducation par manque de données [Deffieux *et al.*, 2015]. Le guide canadien de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande quant à lui des services de physiothérapie du plancher pelvien chez les femmes qui ont une lésion obstétricale du sphincter anal [Harvey et Pierce, 2016]. Ils mentionnent que cette intervention peut être proposée aux personnes qui n'ont pas répondu adéquatement au traitement initial (annexe I, tableau I-1 du document *Annexes complémentaires*).

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français ne recommande pas la REPP pour traiter la constipation post-partum, par manque de preuves [Deffieux *et al.*, 2015].

Limites des guides

Plusieurs limites sont inhérentes aux études utilisées dans les guides. Les résultats ont été collectés de plusieurs manières en se servant de différents outils. La qualité des études retenues dans les guides ne fait pas toujours l'objet d'une évaluation approfondie de la qualité. Le niveau de force des recommandations est variable et contradictoire en ce qui concerne les femmes qui ont subi une lésion obstétricale du sphincter anal.

Synthèse des recommandations issues des guides de pratique clinique

- La REPP n'est pas recommandée pour la prévention primaire de l'IA en cas de LOSA chez les femmes en période périnatale.
- La REPP n'est pas recommandée pour le traitement de la constipation en période postnatale, par manque de preuve.
- La REPP peut être recommandée pour le traitement de l'IA (sauf la constipation fonctionnelle) chez la femme en post-partum (y compris les femmes qui ont subi des LOSA) après l'échec des traitements initiaux.

4.5 Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes (y compris les femmes âgées)

Aucune revue systématique n'a été retenue sur l'évaluation de l'efficacité de la REPP pour le traitement des dysfonctions anorectales chez la femme adulte non enceinte ou non en période postnatale ou autres, uniquement sur la femme âgée. Par conséquent, une revue rapide a été réalisée pour répondre à cette question. Le détail des critères d'inclusion et d'exclusion est présenté à l'annexe D, tableau D-1 du document *Annexes complémentaires*.

La revue rapide effectuée a permis d'inclure six ECR publiés entre 2014 et 2020 et portant sur l'efficacité de la REPP pour traiter les dysfonctions anorectales chez la femme adulte non spécifiquement en période de périnatalité [Andy *et al.*, 2020; Jelovsek *et al.*, 2019; Ussing *et al.*, 2019; Johannessen *et al.*, 2017; Sjødahl *et al.*, 2015; Damon *et al.*, 2014; Dehli *et al.*, 2013]. Tous les essais cliniques retenus portaient sur des femmes atteintes d'IA. Aucune étude n'a inclus des femmes qui souffraient de constipation fonctionnelle. Les études présentant des résultats sur la constipation chez les femmes atteintes d'IA ont tout de même été incluses. Un des essais cliniques a été publié dans deux articles, l'étude principale indiquant les scores de l'IA [Jelovsek *et al.*, 2019], le second étant une sous-analyse présentant les résultats sur la constipation [Andy *et al.*, 2020]. Trois ECR sur six présentaient un risque de biais modéré (certaines préoccupations) selon le ROB-2 (*Risk of Bias Tool*), majoritairement causé par l'absence de double insu pour l'intervention [Andy *et al.*, 2020; Jelovsek *et al.*, 2019; Ussing *et al.*, 2019; Dehli *et al.*, 2013]. Trois autres études ont présenté un risque élevé de biais [Johannessen *et al.*, 2017; Sjødahl *et al.*, 2015; Damon *et al.*, 2014] (annexe H du document *Annexes complémentaires*). Le [tableau 3](#) présente le détail des études. Le détail des caractéristiques de chaque étude est présenté dans les tableaux G-2 de l'annexe G du document *Annexes complémentaires*.

Tableau 3 Caractéristiques des essais cliniques *randomisés* inclus dans la revue rapide sur l'incontinence anale

ECR	N	INTERVENTION	TÉMOIN	AUTRE INTERVENTION	DÉTAIL TX	DURÉE DU TX	ÂGE	RÉSULTATS	RISQUE DE BIAIS (ROB-2)
[Andy <i>et al.</i> , 2020]*	296	A : Placébo oral + REPP avec rétroaction biologique	B : Placébo oral + éducation	C : lopéramide orale + éducation D : lopéramide orale + REPP + rétroaction biologique	7 séances	24 sem.	A : 63 ans B : 63 ans C : 66 ans D : 64 ans	Constipation, PAC-SYM	Modéré§
[Jelovsek <i>et al.</i> , 2019]	300							Score St-Mark (Vaizey), n ^{bre} de changements de <i>pads</i> par sem. en raison de fuites de selles, n ^{bre} de jours sans épisode d'IA par sem., n ^{bre} de fuites par jour, CRADI, CRAIQ, MMHA, PGI-I	
[Ussing <i>et al.</i> , 2019]†	98	REPP supervisée avec rétroaction biologique + soins usuels	Soins usuels + massage du couç	s. o.	6 séances x 45 min.	16 sem.	REPP : 65 ans Témoïn : 58 ans	PGI-I, Vaizey Score, FISl, FIQL	Modéré§
[Johannessen <i>et al.</i> , 2017]	109	EPP supervisés	Feuille d'information sur les EPP	s. o.	4 à 6 séances	6 mois	REPP : 30 ans Témoïn : 31 ans	Score St-Mark	Élevé
[Sjödahl <i>et al.</i> , 2015]	64	REPP avec rétroaction biologique	Lopéramide (2 mg 1x/j) + agent de lest fécal (fibre : <i>stericulia</i> ou <i>isphagula husk</i> [psyllium])	s. o.	1 à 6 séances	REPP : 4-6 mois Témoïn : 2 mois	REPP : 62 ans Témoïn : 58 ans	N ^{bre} d'épisodes de fuite, N ^{bre} de fuites sans avertissement, ne sent pas les fuites venir, N ^{bre} de jours avec des fuites de gaz, N ^{bre} de selles, nombre de selles avec une consistance normale, N ^{bre} de selles avec une consistance molle, N ^{bre} de selles avec une consistance dure, N ^{bre} de selles urgentes (durant une période de 2 semaines)	Élevé
[Damon <i>et al.</i> , 2014]†	157	REPP avec rétroaction biologique + soins usuels (y compris laxatifs osmotiques,	Soins usuels (y compris laxatifs osmotiques, agents de lest ou lopéramide)	s. o.	20 séances de 20 min.	4 mois	REPP : 62 ans Témoïn : 60 ans	Perception de l'efficacité du traitement : perception de l'efficacité, CCFI, FIQL; changements dans les symptômes intestinaux (N ^{bre} /jours de : selles, gaz, perte de selles liquides,	Modéré§

ECR	N	INTERVENTION	TÉMOIN	AUTRE INTERVENTION	DÉTAIL TX	DURÉE DU TX	ÂGE	RÉSULTATS	RISQUE DE BIAIS (ROB-2)
		agents de lest ou loperamide)						nombre de <i>pads</i> utilisés), score de constipation (KESS)	
[Dehli <i>et al.</i> , 2013]†	126	REPP avec rétroaction biologique ± électrostimulation	Injection anale 4 x 1 ml dextranomère dans une solution saline et d'acide hyaluronique	s. o.	5 à 6 séances d'environ 20 min.	6 mois	REPP : 58 ans Témoïn : 57 ans	Score St-Mark, FIQL	Modéré§

ECR : essai clinique *randomisé*; EPP : exercices du plancher pelvien; CCFI : *Cleveland Clinic Faecal Incontinence score*; CRADI : *Colorectal-Anal Distress Inventory*; CRAIQ : *Colorectal-Anal Impact Questionnaire*; FIS1 : *Fecal Incontinence Severity Index*; FIQL : *Fecal Incontinence Quality of Life Scale*; min. : minute; MMHQ : *Modified Manchester Health Questionnaire*; N : nombre de participantes dans l'étude; Nbre : nombre; PAC-SYM : *Patient Assessment of Constipation Symptom*; PGI-I : *Fecal Incontinence Severity Index*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; ROB-2 : *Risk of Bias tool*, outil d'évaluation de la qualité des ECR [Sterne *et al.*, 2019]; sem. : semaine; s. o. : sans objet; tx : traitement.

* L'article de [Andy *et al.*, 2020] est une sous-analyse des résultats sur la constipation de l'étude de [Jelovsek *et al.*, 2019]

† Inclut moins de 25 % d'hommes.

‡ Le groupe témoin se définit comme un groupe qui a reçu de l'attention. Un *attention control group* reçoit la même dose d'interaction interpersonnelle que les participants du groupe intervention, mais avec une autre intervention, pour contrôler les avantages de l'attention reçue de groupes d'intervention comportementale comme la REPP [LaFave *et al.*, 2019].

§ Un risque de biais modéré correspond à la catégorie « certaines préoccupations » (*some concerns*) de l'outil ROB-2.

4.5.1 Perception globale de l'amélioration de l'incontinence anale déterminée par la femme

Deux ECR ont rapporté les résultats de la perception de l'amélioration de l'IA [Jelovsek *et al.*, 2019; Ussing *et al.*, 2019] ([tableau 4](#)). Selon Jelovsek et ses collaborateurs [2019], les groupes qui ont reçu de la REPP impliquant de la rétroaction biologique plus les soins usuels avaient une perception de l'amélioration de l'IA significativement plus grande que les femmes qui avaient reçu uniquement les soins usuels. Ussing et ses collaborateurs [2019] ont rapporté une perception de l'amélioration de l'IA significativement plus élevée chez les femmes qui avaient eu de la rééducation impliquant de la rétroaction biologique et des soins usuels comparativement à un groupe témoin qui avait reçu des soins usuels combinés à des massages du cou et du dos.

Tableau 4 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur l'amélioration perçue par les femmes de leur incontinence anale

ÉTUDE PRIMAIRE	QUESTIONNAIRE	PÉRIODE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
[Jelovsek <i>et al.</i> , 2019]	PGI-I modifié pour la fonction intestinale : femmes s'estimant un peu mieux, beaucoup mieux ou vraiment beaucoup mieux (selon le PGI-I)	24 sem.	89 % (126/142)	80 % (84/105)	RC = 1,3 (1,0, 1,6); p = 0,046*
[Ussing <i>et al.</i> , 2019]	PGI-I : femmes estimant leurs symptômes d'incontinence un peu mieux, beaucoup mieux ou vraiment beaucoup mieux	16 sem.	74 % (35/47)	36 % (16/45)	RC = 5,16 (2,18, 12,19) p = 0,0002

ECR : essai clinique *randomisé*; IC : intervalle de confiance; n : nombre de participantes; p : valeur p; PGI-I : *Patient Global Impression of Improvement Scale*; RC : rapport de cotes; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; sem. : semaine.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* Modèle ajusté

4.5.2 Sévérité de l'incontinence anale autodéclarée

Trois ECR ont rapporté des résultats sur la sévérité de l'IA [Jelovsek *et al.*, 2019; Ussing *et al.*, 2019; Johannessen *et al.*, 2017] ([tableau 5](#)). Jelovsek et ses collaborateurs [2019] ont rapporté que tous les groupes ont démontré une réduction de la sévérité de l'IA (amélioration de deux points sur l'échelle de Vaizey). Par contre, aucune différence statistiquement significative n'a été démontrée entre le groupe où les femmes ont eu de la rétroaction biologique ou les soins usuels (feuilles d'information), pour aucun des scores de sévérité de l'IA. L'étude de Ussing et ses collaborateurs [2019] a rapporté une différence statistiquement significative du score d'incontinence (score Vaizey) entre le groupe REPP impliquant de la rétroaction biologique et le groupe témoin à 16 semaines. En revanche, ces auteurs n'ont pas observé de différence entre les groupes dans le score FIS (Fecal Incontinence Severity Index) ou dans le nombre d'épisodes d'IA. Johannessen et ses collaborateurs [2017] ont observé une différence statistiquement

significative entre le groupe rééducation et le groupe témoin à propos du changement du score de St-Mark pour la sévérité de l'IA, en faveur de la rééducation.

Tableau 5 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur la sévérité de l'incontinence anale autodéclarée chez une population de femmes souffrant d'incontinence anale

ÉTUDE PRIMAIRE	QUESTIONNAIRE	N	PÉRIODE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
[Jelovsek et al., 2019]	Changement pré et postintervention du <i>Mark's (Vaizey) FI severity score</i>	REPP (n = 149) Témoin (n = 117)	24 sem.	DM _a : - 5,8 (- 7,0, - 4,6)	DM _a : - 5,1 (- 6,6, - 3,6)	DM : - 0,7 (- 2,6, 1,2) <i>p</i> = 0,47
	N ^{bre} de changements de <i>pads</i> par sem. en raison de fuites de selles	REPP (n = 143) Témoin (n = 113)		DM _a : - 2,0 (- 3,3, - 0,7)	DM _a : - 2,3 (- 4,1, - 0,6)	DM : 0,3 (- 1,3, 2,5) <i>p</i> = 0,77
	N ^{bre} de jours sans épisode d'IA par sem.			DM _a : 2,2 (1,7, 2,7)	DM _a : 1,9 (1,2, 2,6)	DM : 0,3 (-0,5, 1,1) <i>p</i> = 0,50
	N ^{bre} de fuites par jour			DM _a : - 1,0 (- 1,3, - 0,6)	DM _a : - 1,2 (- 1,7, - 0,7)	DM : 0,2 (- 0,4, 0,8) <i>p</i> = 0,50
[Ussing et al., 2019]	Changement pré-postintervention du <i>Vaizey Incontinence Score</i> (0-24, 24 pire)	REPP (n = 47) Témoin (n = 45)	16 sem.	DM _a : - 2,57 ± 4,51	DM _a : - 0,67 ± 4,05	DM : -1,83 (-3,57, -0,08) <i>p</i> = 0,04
	Changement pré-postintervention du <i>FISI</i> (0-61, 61 pire)			DM _a : - 4,23 ± 10,86	DM _a : - 0,40 ± 13,05	DM : -3,80 (- 8,65, 1,061) <i>p</i> = 0,13
	Changement pré-postintervention du n ^{bre} d'épisodes d'IA rapportés dans un calendrier des selles de 14 jours*	REPP (n = 17) Témoin (n = 27)		DM _a : - 0,65 ± 3,87	DM _a : 0,15 ± 4,91	DM : - 0,80 (- 3,63, 2,044) <i>p</i> = 0,57
[Johannessen et al., 2017]	Changement pré-postintervention au <i>St. Mark's score</i>	REPP (n = 54) Témoin (n = 55)	6 mois	DM _a : - 2,4 ± 4,0	DM _a : - 0,7 ± 2,9	<i>p</i> = 0,029

DM : différence moyenne [REPP—témoin]; DM_a : différence moyenne [après-avant traitement]; ECR : essai clinique *randomisé*; FISI : *Fecal Incontinence Severity Index*; IC : intervalle de confiance; IA : incontinence anale; FI : *fecal incontinence*; n : nombre de participantes; n^{bre} : nombre; *p* : valeur *p*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; sem. : semaines.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* Variable jugée exploratoire par les auteurs.

4.5.3 Qualité de vie liée à l'incontinence anale

Deux ECR ont rapporté des résultats sur la qualité de vie liée à l'IA [Jelovsek *et al.*, 2019; Ussing *et al.*, 2019] ([tableau 6](#)). Jelovsek et ses collaborateurs [2019] ont rapporté que tous les groupes ont démontré une amélioration de la qualité de vie liée à l'IA. Par conséquent, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes pour aucun des scores de la qualité de vie liée à l'IA. Ussing et ses collaborateurs [2019] n'ont pas démontré de différence entre les groupes REPP impliquant de la rétroaction biologique et le groupe témoin pour aucune des sous-catégories du score de la qualité de vie.

Tableau 6 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur la qualité de vie liée à l'incontinence anale chez une population de femmes souffrant d'incontinence anale

ECR	QUESTIONNAIRE	N	PÉRIODE	GRUPE REPP	GRUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
[Jelovsek <i>et al.</i> , 2019]	Changement pré-postintervention du CRADI (0-100, 100 plus d'impact)	REPP (n = 142) Témoin (n = 109)	24 sem.	DM _a : - 18,6 (- 23,0, - 14,1)	DM _a : - 18,7 (- 24,4, - 13,0)	DM : 0,1 (- 7,0, 7,2); p = 0,97
	Changement pré-postintervention du CRAIQ (0-100, 100 plus d'impact)	REPP (n = 141) Témoin (n = 106)		DM _a : - 14,4 (- 18,8, - 10,1)	DM _a : - 18,0 (- 23,6, - 12,4)	DM : 3,6 (- 3,4, 10,5); p = 0,31
	Changement pré-postintervention du MMHQ severity subscale (0-100, 100 plus d'impact)	REPP (n = 137) Témoin (n = 100)		DM _a : - 17,1 (- 21,9, - 12,2)	DM _a : - 19,6 (- 25,8, - 13,4)	DM : 2,5 (- 5,2, 10,2); p = 0,52
[Ussing <i>et al.</i> , 2019]	Changement pré-postintervention du FIQL (score plus bas – pire)					
	Mode de vie	REPP (n = 47) Témoin (n = 45)	16 sem.	DM _a : 0,16 ± 0,48	DM _a : - 0,031 ± 0,50	DM : 0,19 (- 0,0068, 0,38), p = 0,059
	Comportement			DM _a : 0,20 ± 0,59	DM _a : 0,073 ± 0,43	DM : 0,12 (- 0,084, 0,33), p = 0,24
	Dépression et image de soi			DM _a : - 0,017 ± 0,46	DM _a : 0,014 ± 0,48	DM : - 0,031 (- 0,22, 0,16), p = 0,75
	Gêne vis-à-vis les autres			DM _a : 0,19 ± 0,80	DM _a : 0,19 ± 0,66	DM : - 0,0056 (- 0,30, 0,29), p = 0,97

CRADI : *Colorectal-Anal Distress Inventory*; CRAIQ : *Colorectal-Anal Impact Questionnaire*; DM : différence moyenne [REPP—témoin]; DM_a : différence moyenne [après-avant traitement]; ECR : essai clinique *randomisé*; FIQL : *Fecal Incontinence Quality of Life Scale*; IC : intervalle de confiance; IA : incontinence anale; MMHQ : *Modified Manchester Health Questionnaire*; n : nombre de participantes; p : valeur p; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

4.5.4 Autres symptômes anorectaux autodéclarés

Dans une sous-analyse de l'étude de Jelovsek et ses collaborateurs [2019], Andy et ses collaborateurs [2020] ont évalué l'efficacité de la REPP pour traiter la constipation (tableau 7). Les auteurs n'ont rapporté aucune différence entre les groupes qui avaient eu de la rééducation (y compris de la rétroaction biologique) et le groupe qui avait reçu les soins usuels (feuillet d'information). Ils mentionnent également que les groupes qui avaient reçu du lopéramide rapportaient plus de cas de constipation que les groupes qui avaient reçu un placebo, de la sensibilisation et du partage d'information ou de la rétroaction biologique ($p < 0,0001$).

Tableau 7 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur les autres symptômes fécaux autodéclarés chez une population de femmes souffrant d'incontinence anale

ECR	TYPE DE SYMPTÔMES	QUESTIONNAIRE	N	PÉRIODE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
[Andy <i>et al.</i> , 2020]	Symptômes de la constipation	Changement pré-postintervention du PAC-SYM – score global	REPP (n = 69) Témoin (n = 35)	24 sem.	DM _a : - 0,3 (- 0,4, - 0,2)	DM _a : - 0,3 (- 0,5, - 0,1)	$p = 0,819$
		Score abdominal			DM _a : - 0,3 (- 0,5, - 0,2)	DM _a : - 0,4 (- 0,7, - 0,2)	$p = 0,537$
		Score rectal			DM _a : - 0,3 (- 0,5, - 0,2)	DM _a : - 0,3 (- 0,5, 0,1)	$p = 0,677$
		Score selles			DM _a : - 0,3 (- 0,4, - 0,1)	DM _a : - 0,2 (- 0,4, 0,0)	$p = 0,379$

DM : différence moyenne [REPP—témoin]; DM_a : différence moyenne [après-avant traitement]; ECR : essai clinique *randomisé*; IC : intervalle de confiance; N : nombre de participantes; PAC-SYM : *Patient Assessment of Constipation Symptoms*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; sem. : semaines.

4.5.5 Rééducation périnéale et pelvienne comparativement aux médicaments dans le traitement de l'incontinence anale

Certains traitements conservateurs comprenant des laxatifs, des agents de lest ou du lopéramide sont souvent utilisés en première intention dans le traitement de l'IA [Abrams *et al.*, 2018]. Par conséquent, l'ajout de REPP à ce type de traitement peut être représentatif de la réalité clinique. Quatre ECR ont comparé la rééducation avec rétroaction biologique à des médicaments dans le traitement de l'IA [Andy *et al.*, 2020; Jelovsek *et al.*, 2019; Sjö Dahl *et al.*, 2015; Damon *et al.*, 2014; Dehli *et al.*, 2013]. Les détails des analyses sont présentés au tableau K-1 de l'annexe K du document *Annexes complémentaires*.

Deux études ont comparé la REPP seule à des médicaments (loπέramide ou injections anales de dextranomère²⁴) [Sjö Dahl *et al.*, 2015; Dehli *et al.*, 2013]. Ces études n'ont démontré aucune différence statistiquement significative dans les résultats de la sévérité de l'IA ou de la qualité de vie liée à l'IA entre les traitements et à la fin du traitement

²⁴ Il est à noter que les injections de dextranomère ne sont pas un traitement disponible au Québec actuellement.

[Sjödahl *et al.*, 2015; Dehli *et al.*, 2013]. Une étude a évalué les effets à long terme (24 mois) sans observer de différence entre les groupes à ce moment (REPP versus injections anales de dextranomère) [Dehli *et al.*, 2013]. Ils mentionnent cependant que les avantages du traitement avant/après semblent maintenus à la fin de cette période. Il faut toutefois considérer que ces études sont à risque de biais modéré et élevé.

Deux autres études ont comparé la REPP combinée à des médicaments (lopéramide avec ou sans agents de lest ou laxatifs osmotiques) à des médicaments seuls (lopéramide avec ou sans agents de lest ou laxatifs osmotiques) [Jelovsek *et al.*, 2019; Damon *et al.*, 2014]. L'étude de Jelovsek et ses collaborateurs [2019] n'a démontré aucune différence entre les groupes quant aux résultats de la sévérité de l'IA, la qualité de vie liée à l'IA ou l'amélioration perçue par les femmes de leur IA après le traitement. Les auteurs rapportent qu'à la fin du traitement (24 semaines) tous les groupes ont perçu de l'amélioration dans le score St-Mark. La sous-analyse de cette même étude, publiée par Andy et ses collaborateurs [2020], n'a également pas démontré de différence entre les groupes en ce qui concerne les symptômes globaux de constipation. Damon et ses collaborateurs [2014], dans une étude à risque de biais modéré, ont quant à eux démontré une diminution significativement plus importante du nombre de selles par jour dans le groupe REPP. Aucune différence n'a cependant été observée dans les autres événements de la sévérité (fuites, urgence fécale, selle normale, nombre de *pads* ou résultat du *Cleveland Clinic Faecal Incontinence Score* [CCFI]). Ils ont également observé une différence statistiquement significative en faveur de la REPP pour la perception de l'amélioration des symptômes d'IA. Aucune différence n'a été observée concernant la perception de l'efficacité, de la qualité de vie liée à l'IA ou aux symptômes de constipation [Damon *et al.*, 2014].

Considérations sur la rééducation périnéale et pelvienne par rapport aux médicaments dans le traitement de l'incontinence anale

La plupart des études n'ont pas observé de différences entre la REPP et les médicaments dans le traitement de l'IA, que ce soit par le lopéramide ou les injections anales de dextranomère, accompagné ou non d'agent de lest ou de laxatifs osmotiques. En revanche, les études à risque de biais modéré et élevé qui ont combiné les traitements usuels de médication avec la rééducation suggèrent qu'il pourrait y avoir un avantage comparativement au traitement individuel [Jelovsek *et al.*, 2019; Sjödahl *et al.*, 2015]. Compte tenu des limites des analyses multiples, le caractère des analyses ou le manque de puissance pour ces comparaisons, plus d'études semblent nécessaires pour mieux répondre à cette question. Cependant, puisque le lopéramide, les agents de lest ou les laxatifs sont des soins usuels de première intention pour le traitement de l'IA, Jelovsek et ses collaborateurs [2019] suggèrent que les cliniciens devraient envisager la combinaison de ces traitements à la rétroaction biologique et aux feuillets d'information.

4.5.6 Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne et des médicaments dans le traitement de l'incontinence anale

Parmi les ECR inclus dans la revue rapide sur l'IA, trois ont rapporté des effets indésirables [Andy *et al.*, 2020; Jelovsek *et al.*, 2019; Ussing *et al.*, 2019; Dehli *et al.*, 2013] (annexe K, tableau K-2 du document *Annexes complémentaires*). Dehli et ses collaborateurs [2013] ont rapporté 2 % d'événements indésirables associés à la rééducation, soit des douleurs cutanées. Leur groupe, qui avait reçu des injections de dextranomère, présentait quant à lui 16 % d'événements indésirables (infection, fuite de la solution, défécation prolongée ou douleur à la procédure). Dans cette étude, les 10 premières patientes qui avaient reçu une injection ont souffert d'une infection. Par conséquent, des antibiotiques prophylactiques ont été donnés au reste de la cohorte. Les auteurs mentionnent que les injections sont liées à un risque plus grand de complication, l'infection étant la principale. Jelovsek et ses collaborateurs [2019] ont rapporté 7 % et 9 % d'événements indésirables de grade 3 ou plus dans leur groupe rééducation plus placebo, et dans le groupe rééducation plus loperamide, respectivement. Il est à noter que Jelovsek et ses collaborateurs [2019] ont rapporté la constipation comme étant le principal effet indésirable dans leur l'étude. Le groupe qui avait reçu seulement du loperamide avait quant à lui 15 % d'événements indésirables. Finalement, Ussing et ses collaborateurs [2019] n'ont rapporté aucun événement indésirable dans leur groupe de REPP (0 %).

4.5.7 Force et limites

Forces et limites des études

- La plupart des limites des ECR concernent l'absence de double insu, qui aurait été impossible en raison de la nature de l'intervention, ou l'absence de placebo. Cela peut toucher la perception de l'efficacité et l'engagement des participantes à poursuivre le traitement. De plus, les femmes qui ne reçoivent pas d'intervention pourraient tenter la REPP (p. ex. tenter des EPP sans supervision).
- Bien que cela puisse engendrer un biais de répartition, le risque demeure relativement faible pour trois études, car les évaluateurs étaient à l'insu (simple insu) [Andy *et al.*, 2020; Jelovsek *et al.*, 2019; Ussing *et al.*, 2019; Dehli *et al.*, 2013]. Dans trois autres cas (risque élevé de biais), les évaluateurs n'étaient pas à l'insu [Johannessen *et al.*, 2017; Sjødahl *et al.*, 2015].
- Deux études ont rapporté ne pas avoir une puissance suffisante pour détecter une différence entre les traitements [Sjødahl *et al.*, 2015; Damon *et al.*, 2014].
- Une étude a été classée à haut risque de biais, notamment en raison d'un possible biais de répartition, car les groupes différaient à l'entrée de l'étude par les mesures manométriques. Il est cependant impossible de déterminer comment cela a pu toucher les résultats de l'étude [Damon *et al.*, 2014].

Forces et limites de la revue rapide

- Plusieurs participantes invitées à prendre part aux études ont refusé de participer, ce qui peut entraîner un biais de sélection (participation).
- Aucune étude portant sur une population de femmes souffrant uniquement de constipation fonctionnelle n'a été retenue. Par conséquent, il est impossible de se prononcer sur les effets de la REPP sur cette dysfonction anorectale.
- L'intervention de REPP semblait généralement similaire entre les groupes, impliquant une supervision par un physiothérapeute et de la rétroaction biologique. Cependant, la majorité des études ne décrivaient pas en détail le programme de REPP.
- Plusieurs groupes d'intervention ont reçu des traitements concomitants de médicaments (lopéramide, agent de lest, etc.) ou de l'électrostimulation.
- La durée du suivi après l'intervention est généralement courte. Une seule étude rapporte un suivi à deux ans.
- Les comparateurs des groupes témoins variaient. Bien que considérés comme des soins usuels, certains recevaient une sensibilisation et un partage d'information, d'autres des massages.
- Les populations des études retenues semblaient similaires (majoritairement des femmes en santé, sans problème cognitif, cancer ou maladie chronique), à l'exception d'une étude où la population était généralement plus jeune.
- Plusieurs modalités comme le suivi, la durée du traitement et le nombre de séances variaient entre les études, pouvant ainsi compromettre l'efficacité de ce dernier et l'adhésion des participantes.

4.5.7.1 En résumé — Traitement de l'incontinence anale par la rééducation périnéale et pelvienne chez la femme adulte

En bref, dans les ECR

Selon trois ECR ayant des risques de biais de modérés à élevés, la REPP semblait efficace comparativement aux soins usuels (sans médication) pour :

- La perception de l'amélioration des symptômes d'IA;
- Certains résultats de la sévérité de l'IA.

La REPP n'a cependant pas démontré d'efficacité pour la qualité de vie liée à l'IA pour la majorité des résultats de sévérité de l'IA ou aux autres symptômes fécaux autodéclarés.

Selon quatre ECR dont les risques de biais étaient de modérés à élevés, la REPP n'a pas démontré d'efficacité comparativement à des soins comprenant des médicaments pour la majorité des résultats de :

- La perception de l'amélioration des symptômes d'IA;
- La sévérité de l'IA;
- La qualité de vie liée à l'IA;
- La constipation.

Cependant, les résultats devraient être confirmés par un nombre plus grand d'études de bonne qualité et de plus grande puissance.

Selon les ECR qui ont rapporté des événements indésirables, la REPP semble sécuritaire.

Aucun résultat n'a été retenu concernant une population de femmes souffrant de constipation fonctionnelle.

Énoncé de preuve élaboré par l'INESSS

La REPP pourrait être efficace comparativement aux soins usuels (sans médication) pour traiter les dysfonctions anorectales (incontinence anale) chez les femmes adultes. **Le niveau de preuve est cependant jugé faible en raison du manque d'étude de qualité.**

Il ne semble pas y avoir de différence entre la REPP et le loperamide ou des injections anales de dextranome pour traiter les dysfonctions anorectales (incontinence anale) chez la femme adulte. **Le niveau de preuve est cependant jugé faible en raison du manque d'étude de qualité.**

4.6 Résultats des guides de pratique clinique pour la prévention ou le traitement des dysfonctions anorectales chez la femme adulte (y compris les femmes âgées)

4.6.1 Prévention et traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes

4.6.1.1 Incontinence anale

Aucun guide ne rapporte de recommandation concernant la REPP pour la prévention de l'IA chez la femme adulte. Quatre guides de pratique clinique de qualité modérée et élevée ont rapporté, avec des niveaux de preuve variables de faible, modéré et élevé, que la rééducation est un des traitements possibles de l'IA ou des symptômes fécaux [ACOG, 2019b; NICE, 2019; Abrams *et al.*, 2018; Pucciani *et al.*, 2015] (annexe I, tableau I-1 du document *Annexes complémentaires*). La rééducation peut être accompagnée ou non de rétroaction biologique [ACOG, 2019b; Abrams *et al.*, 2018; NICE, 2018; Pucciani *et al.*, 2015]. Les différentes modalités concernant la REPP ne semblent toutefois pas faire l'objet d'un consensus. Le Royaume-Uni recommande la rééducation après le traitement initial (régime alimentaire, habitudes du transit intestinal, médication), avec des preuves faibles ou limitées de l'efficacité de cette rééducation, de la rétroaction biologique et de l'électrostimulation [NICE, 2018]. Le guide de l'IUCD-ICS mentionne que la rééducation pratiquée régulièrement aide la perception de l'amélioration des contractions et de la fonction des muscles anorectaux chez les adultes atteints d'IA [Abrams *et al.*, 2018]. L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) quant à lui recommande que les premiers traitements non chirurgicaux offerts incluent des protections (style *pads*), des diètes, une modification de l'alimentation ou une médication [ACOG, 2019b]. Ces interventions sont recommandées avant de passer à la REPP ou aux injections des tissus du sphincter anal, mais avant les interventions chirurgicales. L'Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR) et l'Italian Association of Hospital Gastroenterologists (AIGO) s'accordent avec les guides des États-Unis, mentionnant que la rétroaction biologique et la REPP sont considérées comme les premières options pour traiter l'IA chez les femmes qui ne répondent pas aux traitements diététiques ou pharmacologiques [Pucciani *et al.*, 2015].

L'American College of Obstetricians and Gynecologists mentionne que les traitements conservateurs (y compris la REPP) démontrent une efficacité à court terme, mais que peu de preuves de leur efficacité à long terme sont disponibles. Compte tenu du peu d'effets indésirables, ils sont souvent tentés en premier et il est donc difficile de les comparer à des interventions chirurgicales. D'un autre côté, les auteurs du guide italien soulignent que les traitements de réadaptation peuvent maintenir des effets à moyen et à long terme, et ce, avec un niveau de preuve et un grade élevé [Pucciani *et al.*, 2015].

Le National Institute for Health and Care Excellence recommande, avec un niveau de force élevé, que la REPP soit réalisée sur une base personnalisée à l'aide d'un examen digital [NICE, 2019]. De plus, le progrès de la rééducation doit être monitoré par un examen digital réalisé par un professionnel de la santé [NICE, 2019]. L'Italian Society of

Colorectal Surgery et l'Italian Association of Hospital Gastroenterologists [2015] recommandent, avec un niveau de force élevé, la rétroaction biologique, seule ou en combinaison avec la kinésithérapie. L'électrostimulation n'est cependant pas recommandée, par manque de preuves.

4.6.1.2 Constipation

Le guide de pratique clinique de faible qualité de la Société nationale française de coloproctologie (SNFCP) recommande la rétroaction biologique (*biofeedback*) après échec du traitement médical pour traiter la constipation (avec asynchronisme abdomino-pelvien) dans la population générale, avec un niveau de preuve élevé [Damon, 2017].

Il mentionne toutefois qu'il n'est pas possible de recommander une modalité de rééducation plutôt qu'une autre. Selon les auteurs, des facteurs prédictifs et limitatifs de la REPP peuvent influencer sur le succès de l'intervention. La présence de selles dures, une tension artérielle au repos élevée, un temps long d'expulsion du ballonnet et un niveau de motivation élevé du patient seraient favorables au succès de la rééducation, tandis que la présence de désordres psychologiques (troubles alimentaires, dépression, anxiété) associés aux dysfonctions serait un obstacle à la prise en charge par rétroaction biologique [Damon, 2017]. L'Academy of Pelvic Health Physical Therapy (APTA) des États-Unis a produit un guide de qualité modérée qui recommande, avec un niveau de preuve généralement élevé, la rétroaction biologique pour traiter la constipation fonctionnelle [LaCross *et al.*, 2022]. Elle mentionne également, avec un niveau de preuve modéré, qu'elle recommande la thérapie manuelle et l'électrostimulation, avec un niveau de preuve faible.

Limites des guides

Les recommandations des guides concernant l'IA sont cohérentes. Les guides sur ce sujet sont de qualité modérée à élevée et la majorité de ces guides ont des niveaux de preuve modérés. Le guide traitant de la constipation est de faible qualité. Cinq guides sur six impliquent la population générale (hommes et femmes). Finalement, les limites des guides sont inhérentes aux études et aux revues qui sont utilisées pour les énoncés de preuves, et la qualité des études retenues n'est pas toujours rapportée dans les guides.

Synthèse des recommandations issues des guides de pratique clinique

- La REPP avec ou sans rétroaction biologique est l'un des traitements qui peuvent être recommandés chez les adultes souffrant d'IA ou de constipation.
 - La REPP devrait être offerte en deuxième intention après l'échec du traitement initial (modification des habitudes de vie, médication, agents de lest, etc.).
 - Les guides n'ont pas été en mesure de recommander une modalité d'application de la rééducation plutôt qu'une autre.

4.6.2 Prévention et traitement de l'incontinence anale chez les femmes âgées aux besoins complexes

Les personnes âgées aux besoins complexes sont une population distincte qui présente souvent des comorbidités et prend fréquemment de la médication.

Seul le guide de l'International Consultation on Urological Diseases – International Continence Society (IUCD-ICS), de qualité élevée, mentionne que les personnes âgées aux besoins complexes (hommes et femmes) sans atteintes cognitives et souffrant d'incontinence urinaire ou anale peuvent envisager la REPP. Il y a cependant peu d'études pour appuyer ces recommandations (niveau de preuve faible) [Abrams *et al.*, 2018]. Ils rapportent également que, chez les personnes âgées souffrant d'IA, la rétroaction biologique peut être envisagée, mais que peu d'études sont disponibles concernant les populations aux besoins complexes. Les auteurs mentionnent tout de même que les interventions qui ont démontré leur efficacité chez les personnes âgées devraient également l'être chez celles qui ont des besoins complexes [Abrams *et al.*, 2018]. En conséquence, la REPP peut être envisagée chez les femmes âgées sans atteinte cognitive pour le traitement de l'IA.

Synthèse des recommandations issues des guides de pratique clinique

- La REPP peut être envisagée chez les femmes âgées aux besoins complexes, mais sans atteinte cognitive, pour le traitement de l'IA.

4.7 Modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement des dysfonctions anorectales

Peu d'études ont évalué les modalités d'application de la REPP pour le traitement des dysfonctions anorectales. La plupart des guides mentionnent qu'il y a peu de données sur le protocole de traitement le plus efficace [ACOG, 2019b; NICE, 2019]. Certaines données issues des études primaires, des guides de pratique clinique ou de la revue de littérature réalisée pour le volet 1 - Incontinence urinaire permettent tout de même de faire certaines observations.

Supervision et intensité du traitement

Selon le National Institute for Health and Care Excellence [2019], la REPP doit être faite avec l'accord du patient, une évaluation individuelle manuelle doit être réalisée et le programme doit être supervisé par un professionnel de la santé qualifié. Bien que les auteurs ne recommandent pas de durée de traitement spécifique, ils précisent qu'à la fin du traitement le patient devrait être réévalué et orienté vers d'autres traitements appropriés au besoin. Une revue systématique impliquant de la REPP pour traiter plusieurs dysfonctions, y compris l'incontinence urinaire ou anale et le prolapsus des organes pelviens, présente une méta-régression pour évaluer l'effet de la durée de

l'intervention [Khorasani *et al.*, 2020]. Ces auteurs ont démontré un effet dose-réponse de la durée de l'intervention et l'augmentation de la force du plancher pelvien jusqu'à une durée de 35 semaines dans une étude.

Durée du traitement et nombre de séances

Les études incluses dans la revue rapide sur l'IA présentent des durées de traitement plus longues que pour l'incontinence urinaire, soit au moins 16 semaines plutôt que 12 semaines. Le nombre de séances généralement offert aux femmes adultes se situe autour de six dans les études incluses dans la revue rapide ([tableau 3](#)).

Selon les experts consultés, la REPP devrait toujours être supervisée et intensive. Le nombre de séances de rééducation varie, car il doit être personnalisé en fonction des besoins de chaque patiente. Les experts estiment toutefois que 8 à 12 séances de rééducation seraient appropriées et qu'une durée de traitement de 16 semaines devrait être privilégiée.

En bref

Le nombre de séances de REPP pour traiter les dysfonctions anorectales varie, puisqu'il doit être personnalisé en fonction des besoins de chaque patiente. Jusqu'à 12 séances pourraient être suffisantes pour traiter les dysfonctions anorectales chez la femme adulte, et une durée de traitement de 16 semaines devrait être favorisée.

4.8 Perspective des comités consultatifs et patientes collaboratrices

Les experts consultés estiment que la REPP est cliniquement pertinente pour traiter les dysfonctions anorectales. Même si le niveau de preuve n'est pas suffisant, les experts ont jugé que le manque de données sur l'efficacité ne devrait pas empêcher les professionnels de la santé québécois de recommander la rééducation à leurs patientes en première intention, notamment en raison de son caractère peu effrayant et sécuritaire. Dans leur pratique, plusieurs physiothérapeutes consultés soignent des femmes aux prises avec de l'IA et de la constipation, et ils perçoivent des avantages pour ces patientes.

4.9 Conclusion

Les preuves sont insuffisantes pour juger de l'efficacité de la REPP pour la prévention ou le traitement de l'IA chez les femmes enceintes ([tableau 8](#)). Elle n'est pas recommandée pour traiter l'IA ou la constipation en période périnatale. Chez les femmes en post-partum, les preuves sont insuffisantes pour juger de l'efficacité de la rééducation, mais les guides recommandent qu'elle soit offerte aux femmes avec ou sans lésion obstétricale du sphincter anal après l'échec des traitements initiaux.

En ce qui concerne les femmes adultes (y compris les femmes âgées), la REPP pourrait être efficace pour le traitement de l'IA (tableau 8). Le niveau de preuve est cependant jugé faible en raison du petit nombre d'études de faible qualité. Elle est recommandée après des interventions de première intention comprenant l'utilisation de *pads*, les modifications des habitudes de vie et de l'alimentation et l'ajout de fibres (agent de lest), de laxatifs ou de médication (p. ex. loperamide). La plupart des interventions visent la réduction de la fréquence et de la sévérité de l'IA, et plusieurs patients rapportent des avantages à court terme. Les avantages à long terme ou la guérison complète sont cependant incertains [ACOG, 2019b]. Aucune étude retenue n'a comparé les effets de la REPP à ceux des interventions chirurgicales. Les traitements chirurgicaux sont recommandés en dernier recours après l'échec des traitements initiaux (première et deuxième intention). Il est rapporté que les traitements chirurgicaux sont associés à des effets à court terme, mais qu'ils présentent des complications plus sévères comparativement aux interventions non chirurgicales [ACOG, 2019b]. Finalement, aucune donnée sur l'efficacité n'a été retenue en ce qui a trait à l'utilisation de la rééducation pour le traitement de la constipation fonctionnelle. Cependant, un guide de pratique recommande que cette rééducation soit pratiquée après l'échec des médicaments pour traiter la constipation.

Tableau 8 Résumé – Rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement de l'incontinence anale

POPULATION	EFFICACITÉ	NIVEAU DE PREUVE	RECOMMANDATION (GPC, ETS)
Femmes prévention/traitement — périnatalité			
Population mixte de femmes enceintes continentes ou incontinentes (IU/IA)	Absence de preuve de l'efficacité ❌	Insuffisant	n.d.
Population mixte de femmes en post-partum continentes ou incontinentes (IU/IA)	Absence de preuve de l'efficacité ❌	Insuffisant	Prévention : non recommandée ❌ Traitement : recommandée après échec des tx initiaux* ✔️
Femmes avec des LOSA	Absence de preuve de l'efficacité ❌	Insuffisant	Recommandée après échec des tx initiaux ✔️
Femmes adultes (y compris femmes âgées) — traitement (vs aucun traitement de REPP)			
IA	Efficace ✔️	Faible	Positive ✔️
Constipation fonctionnelle	Aucune donnée ❌	s. o.	Positive ✔️
Femmes adultes (y compris femmes âgées) — traitement (vs médicament)			
IA	Aucune différence ❌	Faible	n.d.

✔️ Possiblement efficace ou recommandé sous certaines conditions; ❌ N'est pas efficace ou recommandé.

ETS : rapport d'évaluation des technologies de la santé; GPC : guide de pratique clinique; IA : incontinence anale; IU : incontinence urinaire; LOSA : lésions obstétricales du sphincter anal; n.d. : non disponible; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; s. o. : sans objet; tx : traitement.

* Les traitements initiaux peuvent inclure de la médication, des modifications des habitudes de vie, des agents de lest, etc.

5 LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LA PRÉVENTION OU LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS DES ORGANES PELVIENS

L'évaluation du prolapsus génital repose sur l'appréciation du stade du prolapsus, mais également sur plusieurs aspects autodéclarés par la patiente, dont la gêne, les symptômes associés, l'impact sur la qualité de vie, l'état de santé ainsi que les attentes et préférences de la femme [HAS, 2021]. Les stades du prolapsus des organes pelviens (POP) se classifient selon l'échelle POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification System*) en cinq catégories allant du stade 0 (aucun prolapsus démontré) au stade IV (une éversion complète)²⁵ [Persu *et al.*, 2011].

Lors de l'examen gynécologique, il est possible de distinguer les différents éléments prolapsés, soit la paroi vaginale antérieure, apicale ou postérieure [HAS, 2021]. Le prolapsus de la paroi vaginale antérieure est souvent appelé cystocèle ou urétrécèle et il fait référence à un prolapsus qui atteint la vessie ou l'urètre. Le prolapsus de la paroi postérieure implique l'intestin grêle et le péritoine (entérocèle) ou le rectum (rectocèle).

5.1 Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes en période périnatale

Aucune revue systématique (RS) n'a été retenue pour la prévention ou le traitement du POP chez les femmes enceintes ou en post-partum.

5.1.1 Résultats des guides de pratique clinique sur la prévention et le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes en période périnatale

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français [2015] ne recommande pas la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) chez les femmes enceintes ou en post-partum pour la prévention ou le traitement du POP (force de la recommandation faible). Il semble que les preuves soient limitées (tableau G-3). L'International Urogynecological Association (IUGA) mentionne qu'elle n'a trouvé aucune revue systématique sur la prévention primaire de ce prolapsus [Bazi *et al.*, 2016].

²⁵ Stade 0 : Aucun prolapsus démontré.

Stade I : La partie la plus distale du prolapsus se situe à plus de 1 cm au-dessus du niveau de l'hymen.

Stade II : La partie la plus distale du prolapsus est située entre 1 cm au-dessus de l'hymen et 1 cm sous l'hymen.

Stade III : La partie la plus distale du prolapsus se trouve plus de 1 cm au-delà du plan de l'hymen, mais impliquant une éversion d'au moins 2 cm de moins que la longueur totale du vagin.

Stade IV : Éversion complète ou éversion démontrée d'au moins de 2 cm de la longueur totale de l'appareil génital inférieur.

En bref

Aucune revue systématique portant sur l'évaluation de la REPP pour la prévention ou le traitement du POP chez les femmes en période périnatale n'a été retenue.

Les guides de pratique retenus ne recommandent pas de prévenir ou de traiter le POP par la REPP en période périnatale, par manque de preuve.

5.2 Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes (y compris les femmes âgées)

5.2.1 Résultats des revues systématiques

Tableau 9 Caractéristiques des revues systématiques sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour traiter le prolapsus des organes pelviens chez la femme adulte (y compris les femmes âgées)

RS ET QUALITÉ	POPULATION	INTERVENTION	COMPARATEURS	N ^{BRE} D'ÉTUDES DANS LES ANALYSES RETENUES	QUALITÉ
[Li <i>et al.</i> , 2016]	Femmes souffrant d'un POP stade I à III	REPP	Absence de traitement ou intervention sans programme de REPP	9 ECR	Faible*
[Li <i>et al.</i> , 2016]	Femmes avec un POP stade I à III	REPP	Autre traitement conservateur sans programme de REPP, pessaire ou attente vigilante	13 ECR	Faible*

ECR : essai clinique *randomisé*; POP : prolapsus des organes pelviens; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

* La qualité est faible, principalement en raison de l'absence de protocole publié antérieurement.

5.2.1.1 Amélioration des symptômes du prolapsus des organes pelviens

À la fin du traitement

Deux revues systématiques de faible qualité [Wang *et al.*, 2022; Li *et al.*, 2016] ont évalué les effets de la REPP dans le traitement du POP de stade I à III chez des femmes adultes non en post-partum par rapport à l'absence de traitement ou de rééducation. Bien que les revues systématiques aient été jugées de faible qualité, la raison principale est l'absence de protocole publié antérieurement. Puisque les revues systématiques satisfont à d'autres critères considérés comme critiques, leur qualité ne devrait pas être jugée trop sévèrement.

La revue systématique de Li et ses collaborateurs [2016] inclut 9 essais cliniques *randomisés* (ECR) et celle de Wang et ses collaborateurs [2022] en inclut 13. Sept études se chevauchent entre les deux revues systématiques (annexe L, tableau L-2 du document *Annexes complémentaires*). Les deux revues ont démontré que le groupe de femmes souffrant d'un POP I à III qui ont fait de la REPP ont eu une plus grande amélioration du stade du prolapsus et du score de symptômes du prolapsus que le groupe témoin ([tableau 10](#)). Elles ont également rapporté que la proportion de femmes qui ont déclaré que leur prolapsus s'était amélioré était plus élevée dans le groupe rééducation que dans le groupe témoin.

Li et ses collaborateurs [2016] ont rapporté que la fréquence d'un renflement vaginal ou d'une sensation de lourdeur vaginale était réduite dans le groupe rééducation par rapport aux témoins (annexe J, tableau J-1 du document *Annexes complémentaires*). Les deux revues ont rapporté une analyse de sous-groupe selon différents types de prolapsus [Wang *et al.*, 2022; Li *et al.*, 2016]. Les auteurs ont observé une amélioration statistiquement significative en faveur de la rééducation comparativement au groupe témoin pour le prolapsus de la paroi vaginale antérieure, mais pas pour la paroi vaginale postérieure ([tableau 10](#)).

À plus long terme (≥ six mois après l'arrêt du traitement)

Wang et ses collaborateurs [2022], dans une sous-analyse évaluant l'effet de la REPP un à deux ans après l'intervention, n'ont pas observé de différence statistiquement significative concernant l'amélioration du POP ([tableau 10](#)). Cependant, seulement deux études ont été incluses dans cette analyse.

Chez les femmes âgées

Wang et ses collaborateurs [2022] ont rapporté que deux ECR inclus portaient sur les femmes âgées de 55 ans et plus. Les résultats de la méta-analyse de ces deux études n'ont pas démontré de différence dans l'amélioration des symptômes autorapportés ou de la sévérité du POP ([tableau 10](#)). La moyenne d'âge au recrutement des ECR inclus dans la revue de Wang et ses collaborateurs [2022] était de 46 à 65 ans. Par conséquent, les résultats de cette sous-analyse ne sont pas représentatifs de la moyenne d'âge générale, mais des données disponibles dans les études. Les conclusions doivent donc être considérées avec prudence.

Tableau 10 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur la sévérité et les symptômes du prolapsus des organes pelviens chez une population de femmes adultes

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT		N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
[Li <i>et al.</i> , 2016]	Amélioration objective de la sévérité du POP	Réduction de la sévérité selon le POP-Q	607 (4 ECR)	21 % (66/307)	13 % (38/300)	RR = 1,70 (1,19, 2,44); p = 0,004; I² = 21 %
		• prolapsus de la paroi vaginale antérieure	299 (3 ECR)	34 % (47/140)	15 % (24/159)	RR = 2,15 (1,38, 3,35); p = 0,0007; I² = 16 %
		• prolapsus de la paroi vaginale postérieure	298 (3 ECR)	12 % (17/139)	9 % (15/159)	RR = 1,25 (0,64, 2,43); p = 0,52; I ² = 32 %
	Amélioration subjective des symptômes du POP	Changement au score POP-SS	414 (2 ECR)	(n = 205)	(n = 209)	DM = - 3,07 (- 3,91, - 2,23); p < 0,00001; I² = 0 %
		Femmes qui ont déclaré que leur prolapsus s'est amélioré	1 449 (5 ECR)	48 % (348/721)	7 % (54/728)	RR = 5,48 (2,19, 13,72)*; p = 0,0003; I² = 87 %
		Réduction de la fréquence d'un renflement vaginal et/ou d'une lourdeur vaginale	69 (1 ECR)	(n = 43)	(n = 26)	RR = 2,42 (1,32, 4,42); p = 0,004
		Réduction de la gêne occasionnée par le renflement vaginal et/ou la lourdeur vaginale	293 (4 ECR)	(n = 161)	(n = 132)	RR = 5,45 (2,10, 14,13); p = 0,0005*; I² = 56 %
[Wang <i>et al.</i> , 2022]	Amélioration objective de la sévérité du POP	Réduction de la sévérité selon le POP-Q	911 (6 ECR)	22 % (102/460)	14 % (64/451)	RR = 1,51 (1,14, 2,01); p = 0,004; I² = 0 %
		• Sous-groupe suivi à court terme (6 mois)	607 (4 ECR)	21 % (66/307)	13 % (38/300)	RR = 1,86 (1,03, 3,36); p = 0,04; I² = 21 %
		• Sous-groupe suivi à long terme (1-2 ans)	304 (2 ECR)	24 % (36/153)	17 % (26/151)	RR 1,40 (0,86, 2,28); p = 0,18; I ² = 9 %
		• prolapsus de la paroi vaginale antérieure	354 (4 ECR)	39 % (66/168)	18 % (33/186)	RR = 2,06 (1,44, 2,94); p < 0,0001; I² = 0 %
		• prolapsus de la paroi vaginale postérieure	317 (4 ECR)	14 % (21/148)	11 % (18/169)	RR 1,23 (0,66, 2,27); p = 0,52; I ² = 2 %
	Amélioration subjective des symptômes du POP	Changement au score POP-SS	662 (3 ECR)	(n = 323)	(n = 339)	DM = -1,66 (- 2,36, - 0,97); p < 0,00001; I² = 0 %
		Perception de l'amélioration (% de femmes qui rapportent leurs symptômes « mieux »)	901 (6 ECR)	47 % (218/460)	27 % (118/441)	RR = 1,98 (1,21, 3,24); p = 0,006; I² = 82 %

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
	• Sous-groupe suivi à court terme (6 mois)	264 (3 ECR)	47 % (61/129)	16 % (21/135)	RR = 3,00 (1,96, 4,59); p < 0,00001; I² = 0 %
	• Sous-groupe suivi à long terme (1-2 ans)	637 (3 ECR)	47 % (157/331)	32 % (97/306)	RR = 1,43 (0,75, 2,73); p = 0,27; I ² = 87 %
	• Sous-analyse chez les femmes âgées	351 (2 ECR)	40 % (74/186)	21 % (34/165)	RR = 1,52 (0,41, 5,65); p = 0,54; I ² = 93 %

DM : différence moyenne [EPP — témoin]; ECR : essai clinique *randomisé*; EPP : exercices du plancher pelvien; IC : intervalle de confiance; IA : incontinence anale; n : nombre de participantes; p : valeur p; POP : prolapsus des organes pelviens; POP-Q : *Pelvic Organ Prolapsus Quantification*; POP-SS : *Pelvic Floor Organ Syndrome Score*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique.

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

* Modèle à effets aléatoires.

5.2.1.2 Mesures de la qualité de vie liée au prolapsus des organes pelviens

Wang et ses collaborateurs [2022] rapportent deux ECR qui ont évalué la qualité de vie mesurée à l'aide de questionnaires sur les symptômes pelviens, y compris le POP. Ils n'ont pas observé de différence statistiquement significative pour les scores de la qualité de vie liée aux dysfonctions du plancher pelvien ([tableau 11](#)). Les résultats du *Pelvic Floor Impact Questionnaire-7* (PFIQ-7) présentent une tendance en faveur de la REPP, mais les résultats de cette sous-analyse sont limités par le petit nombre d'études.

Tableau 11 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la qualité de vie liée aux dysfonctions du plancher pelvien chez les femmes souffrant d'un prolapsus des organes pelviens

RS	QUESTIONNAIRE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
[Wang <i>et al.</i> , 2022] Qualité de la RS : faible	PFDI-20 (score 0 à 300; un score élevé indique un fardeau des symptômes ou une QdV plus altérée)	285 (2 ECR)	n = 143	n = 142	DM = - 3,71 (- 26,11, 18,69); $p = 0,75$; $I^2 = 78 \%$
	PFIQ-7 (échelle de 21 items notés de 0 à 3 chaque; un score élevé indique un fardeau des symptômes ou une QdV plus altérée)	285 (2 ECR)	n = 143	n = 141	DM = - 6,34 (- 12,88, 0,21); $p = 0,06^*$; $I^2 = 0 \%$

DM : différence moyenne [REPP - témoin]; ECR : essai clinique *randomisé*; IC : intervalle de confiance; n : nombre de participantes; n.d. : non disponible; p : valeur p ; PFDI-20 : *Pelvic Floor Distress Inventory-20*; PFIQ-7 : *Pelvic Floor Impact Questionnaire-7*; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

* Tendance vers la significativité

5.2.2 Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne et des médicaments dans le traitement du prolapsus des organes pelviens

Les revues systématiques incluses dans l'évaluation de la REPP pour le traitement du POP n'ont pas mentionné d'événements indésirables. Seule la revue de Wang et ses collaborateurs [2022] mentionne l'absence d'effet indésirable de la rééducation comparativement à une intervention chirurgicale ou au pessaire.

5.2.3 Forces et limites

- Les mesures autodéclarées par les participantes sont considérées par les experts comme étant les plus pertinentes. Les RS retenues ont inclus à la fois des mesures objectives et subjectives.
- Un bon nombre d'ECR sont inclus dans les RS, et les résultats sont cohérents.
- Les femmes présentaient différents stades de POP (I à III) à leur entrée dans les études. Il n'y a pas d'analyse de sensibilité disponible pour évaluer l'impact du stade sur l'efficacité de l'intervention.
- Il y a un chevauchement important des ECR inclus entre les deux RS (47 %).

- Les analyses de sous-groupes présentaient un faible nombre d'études et de patients, et ont pu manquer de puissance.
- L'étude de Wang et ses collaborateurs [2022] a inclus une étude dans laquelle le groupe témoin avait reçu un pessaire. Considérant que le pessaire peut être efficace pour traiter le POP, les résultats des analyses incluses dans cette étude (amélioration de la sévérité et des symptômes du POP) ont pu être sous-estimés.
- Très peu de résultats sont disponibles pour la mesure de la qualité de vie. De plus, les questionnaires qui servent à mesurer celle-ci incluent plusieurs dysfonctions du plancher pelvien (IU, POP et IA). Les résultats sur la qualité de vie liée uniquement au POP peuvent donc être biaisés.
- Les détails des interventions de REPP et des témoins sont souvent mal décrits dans les études primaires incluses dans les RS. La supervision offerte aux femmes étant variable, les résultats présentés devraient être considérés comme conservateurs. Souvent, l'adhésion des femmes à l'intervention n'est pas rapportée dans les RS.
- Il existe une variation importante dans les interventions du groupe témoin. Certains prodiguent des conseils sur les modifications des habitudes de vie ou fournissent des manuels d'instructions sur les exercices du plancher pelvien. Il existe une possibilité que ces interventions influent positivement sur le groupe témoin, ce qui peut faire sous-estimer la mesure d'association.
- Il n'y a pas de sous-analyse disponible en fonction des antécédents d'accouchement par césarienne ou par voie vaginale, de l'utilisation de forceps ou de ventouses, ou de l'épisiotomie.
- Il existe une variation dans la durée de l'intervention et dans la durée des suivis.
- Très peu de données portent sur l'effet de l'intervention à long terme. Ces résultats peuvent manquer de puissance. Les données à plus long terme sont difficiles à interpréter, car les groupes témoins peuvent avoir bénéficié d'une REPP avant que le résultat ne soit mesuré, et les femmes peuvent avoir eu d'autres facteurs de risque entre-temps, comme une grossesse.

5.2.4 En résumé, chez les femmes adultes (y compris les femmes âgées)

En bref, dans les revues systématiques

Selon deux revues systématiques de faible qualité :

- Chez les femmes adultes souffrant d'un POP de stade I à III, la REPP impliquant des exercices du plancher pelvien est efficace pour réduire la sévérité du POP et améliorer les symptômes du POP à court terme (6 mois).
- Les résultats semblent efficaces sur le prolapsus de la paroi vaginale antérieure, mais pas sur la paroi vaginale postérieure.
- Les données sont insuffisantes pour conclure sur les effets à long terme (1-2 ans).

Énoncé de preuve élaboré par l'INESSS

La REPP semble efficace comme traitement de première intention du POP (stade I à III) pour réduire la sévérité du prolapsus de la paroi vaginale antérieure et les symptômes généraux du POP à court terme.

Niveau de preuve modéré

5.3 Résultats des guides de pratique clinique pour la prévention ou le traitement du prolapsus des organes pelviens

5.3.1 Prévention et traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes

Neuf guides de pratique clinique ou de bonnes pratiques, ainsi qu'un rapport d'évaluation des technologies de la santé de qualité élevée [Harding *et al.*, 2021; HAS, 2021; HQO, 2021; NICE, 2019; Abrams *et al.*, 2018; Baeßler *et al.*, 2016; RCOG & BSUG, 2015], modérée [ACOG & AUGS, 2019] et faible [Betschart *et al.*, 2017; Bazi *et al.*, 2016] énoncent les avantages ou recommandent la REPP pour le traitement du POP (annexe I, tableau I-4 du document *Annexes complémentaires*). Plus spécifiquement, ils recommandent la rééducation chez les patientes souffrant d'un prolapsus de stade inférieur (I et II) [HAS, 2021; NICE, 2019; Baeßler *et al.*, 2016; RCOG & BSUG, 2015]. Ils mentionnent que les preuves semblent limitées pour les prolapsus des stades II à IV [Betschart *et al.*, 2017].

5.3.1.1 Le pessaire dans le traitement du prolapsus des organes pelviens

Le rapport d'évaluation des technologies de la santé ontarien rapporte que le pessaire semble autant, sinon plus efficace que la REPP dans le traitement des POP stades I et II [HQO, 2021]. Un guide de l'Europe mentionne que la rééducation devrait être tentée en deuxième intention après le pessaire [Harding *et al.*, 2021]. Le guide français de la Haute

Autorité de Santé (HAS) mentionne quant à lui que la rééducation peut être proposée en association avec le pessaire [HAS, 2021]. Neuf guides de pratique clinique et un rapport d'évaluation des technologies de la santé recommandent le pessaire en remplacement des interventions chirurgicales pour le traitement du POP avec un niveau de force majoritairement modéré (annexe I, tableau I-5 du document *Annexes complémentaires*).

Certains documents mentionnent que le pessaire semble plus efficace que la REPP dans le traitement du POP et qu'il devrait être recommandé en première intention [Harding *et al.*, 2021; Betschart *et al.*, 2017]. Quatre guides suggèrent toutefois que la rééducation supervisée fait partie des traitements de première intention, au même titre que le pessaire pour le traitement du prolapsus (annexe I, tableau I-6 du document *Annexes complémentaires*) [Harvey *et al.*, 2021b; HAS, 2021; HQO, 2021; NICE, 2019]. La REPP et le pessaire sont donc des approches non effractives recommandées avant les interventions chirurgicales pour les cas de POP de stades I et II.

Limites des guides

Un nombre important de guides de bonne qualité recommandent la REPP pour le traitement du POP et les recommandations sont cohérentes. Le niveau de force des recommandations est variable, et seul un guide présente une recommandation avec un niveau de force élevé. Les études incluses ont des limites, et il n'est pas toujours possible d'évaluer l'ampleur des limites des études retenues dans les guides. Finalement, il y a peu de preuves et de consensus concernant les modalités d'application de la rééducation pour le traitement du POP.

Synthèse des recommandations issues des guides de pratique clinique

- La REPP est recommandée pour le traitement du POP stades I et II chez les femmes adultes non enceintes.
- La REPP et les pessaires font partie des approches conservatrices recommandées en première intention pour le traitement du POP chez les femmes adultes.

5.4 Modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement du prolapsus des organes pelviens

Plusieurs modalités d'application de la REPP chez les femmes souffrant d'un POP rejoignent les pratiques concernant l'incontinence urinaire (annexe I, tableau I-7 du document *Annexes complémentaires*).

Supervision et intensité du traitement

Bien que l'American College of Obstetricians and Gynecologists et l'American Urogynecologic Society [2019] mentionnent que la REPP pourrait être faite de manière indépendante ou sous la supervision d'un professionnel, trois guides de qualité élevée mentionnent précisément que la rééducation doit être supervisée par un professionnel [HAS, 2021; NICE, 2019; Baeßler *et al.*, 2016]. Ces modalités n'ont pas été associées un niveau de force de recommandation par les guides.

Durée du traitement et nombre de séances

Pour ce qui est de la durée du traitement, la France spécifie, avec un niveau de preuve insuffisant, que le nombre de séances ne devrait pas être prédéfini, mais en fonction des besoins des patientes [HAS, 2021]. Le National Institute for Health and Care Excellence énonce que la rééducation devrait durer minimalement 16 semaines et que, si le programme présente des avantages, la femme peut continuer la rééducation au-delà de cette période [NICE, 2019]. La revue de Li et ses collaborateurs [2016] abonde dans le même sens en ce qui concerne la durée du traitement. Bien que n'ayant pas réalisé de comparaisons concernant la durée des traitements, ces auteurs rapportent qu'une durée minimale de 16 semaines de traitement pourrait être nécessaire pour acquérir de l'hypertrophie musculaire. Ils mentionnent également que la fréquence d'exécution des exercices de la REPP devrait également être considérée, et qu'une meilleure fréquence de cette dernière pourrait être associée à une meilleure efficacité [Li *et al.*, 2016]. Il est également rapporté que l'évaluation initiale personnalisée devrait être faite par palpation [Baeßler *et al.*, 2016]. Finalement, un article de l'International Urogynecology Consultation recommande d'offrir des visites hebdomadaires individuelles ou en groupes avec un physiothérapeute pour au moins six mois en plus des exercices à pratiquer à la maison [Bo *et al.*, 2022].

Selon les experts consultés, la REPP devrait toujours être supervisée et intensive. Ils rapportent que le nombre de séances requises est très variable d'une femme à l'autre et largement tributaire du stade du POP et des besoins de traitement. Par conséquent, un nombre plus étendu de séances peut être pratiqué, soit de 4 à 10 chez les femmes atteintes d'un prolapsus. Les experts sont en accord avec les guides qui recommandent une durée de traitement de 16 semaines.

En bref

Le nombre de séances de REPP pour traiter le POP varie, puisqu'il doit être personnalisé en fonction des besoins de chaque patiente. Jusqu'à 10 séances pourraient être suffisantes pour traiter le POP chez la femme adulte et une durée de traitement de 16 semaines devrait être favorisée.

5.5 Perspective des comités consultatifs et des patientes collaboratrices

Les experts consultés considèrent que la REPP est efficace et cliniquement pertinente pour traiter le POP chez les femmes. Il est rapporté que les physiothérapeutes traitent fréquemment des femmes atteintes de ce prolapsus. Les patientes et les experts perçoivent des avantages de la rééducation.

5.6 Conclusion

Peu ou pas de données sont disponibles concernant la prévention ou le traitement du POP chez les femmes en période périnatale. Par conséquent, la REPP n'est pas recommandée dans ce contexte. Chez les femmes adultes, la rééducation impliquant des exercices du plancher pelvien semble efficace pour traiter le prolapsus de stades I à III, et elle est recommandée par les guides pour les stades I et II. La rééducation fait partie des approches conservatrices de première intention au même titre que le pessaire ([tableau 12](#)).

Tableau 12 Constats de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement du prolapsus des organes pelviens

POPULATION	EFFICACITÉ	NIVEAU DE PREUVE	RECOMMANDATION (GPC, ETS)
Femmes prévention/traitement — périnatalité			
Femmes enceintes ou en post-partum pour la prévention ou le traitement du POP	Aucune donnée 	n.d.	Non recommandée 
Femmes adultes (y compris femmes âgées) — traitement			
POP stades I à III	Efficace 	Modéré	Positive 

 Efficace ou recommandé;  N'est pas efficace ou recommandé;  Aucune donnée retenue.

ETS : rapport d'évaluation des technologies de la santé; GPC : guide de pratique clinique; POP : prolapsus des organes pelviens; n.d. : non disponible; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

6 RÉSULTATS SUR LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LA PRÉVENTION OU LE TRAITEMENT DES DOULEURS PÉRINÉALES

Dans le cadre de ce projet, les troubles douloureux qui pourraient être traités par de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) ont été ciblés, y compris les troubles de la pénétration (fonction sexuelle) impliquant des sous-aspects de la douleur : vaginisme, dyspareunie superficielle, vestibulodynie provoquée. Les troubles du plancher pelvien d'origine mécanique, les douleurs de cause neurologique, cognitive ou psychologique de même que gynécologique autres que celles associées au plancher pelvien (p. ex. endométriose) n'ont pas été retenus.

6.1 Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement des douleurs périnéales

Aucune revue systématique n'a été retenue pour la prévention ou le traitement des douleurs périnéales chez les femmes enceintes ou en post-partum.

6.1.1 Prévention et traitement des douleurs périnéales chez les femmes en période périnatale

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français [2015] est le seul guide de pratique clinique à mentionner qu'il n'existe pas de preuves suffisantes sur les effets de la REPP sur la prévalence des douleurs périnéales et les dyspareunies en période post-partum. Par conséquent, cette rééducation n'est pas recommandée (force de la recommandation faible).

En bref

Aucune revue systématique ayant évalué la REPP pour la prévention ou le traitement des douleurs périnéales chez les femmes en périnatalité n'a été retenue.

Il n'est pas recommandé par les guides de prévenir ou de traiter les douleurs périnéales par la REPP en période périnatale, par manque de preuves.

6.2 Efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des douleurs périnéales chez les femmes adultes (y compris les femmes en péri-ménopause)

Aucune revue systématique n'a été retenue concernant l'évaluation de l'efficacité de la REPP pour le traitement des douleurs périnéales chez la femme. Par conséquent, une revue rapide a été réalisée pour répondre à cette question. Le détail des critères d'inclusion et d'exclusion est disponible à l'annexe D, tableau D-2 du document *Annexes complémentaires*.

La revue rapide a permis d'inclure six essais cliniques *randomisés* (ECR) publiés entre 2015 et 2021 portant sur l'efficacité de la REPP pour traiter les douleurs périnéales chez la femme adulte non spécifiquement en période périnatale (y compris la période de péri-ménopause) [Morin *et al.*, 2021; Bardin *et al.*, 2020; Ghaderi *et al.*, 2019; Schvartzman *et al.*, 2019; Yaraghi *et al.*, 2019; Zoorob *et al.*, 2015] ([tableau 13](#)). Les études présentaient des risques de biais de faible à élevé et ont inclus des femmes souffrant de troubles sexuels douloureux (vestibulodynie, dyspareunie et vaginisme). Une étude incluait des femmes en période de péri-ménopause [Schvartzman *et al.*, 2019]. Les essais cliniques ont employé plusieurs types de comparateurs à la rééducation : aucun traitement, un antidépresseur tricyclique (amitriptyline), lidocaïne topique, injections de toxine botulique ou de stéroïdes, thermothérapie. Il est à noter que les études qui ont évalué la REPP pour le traitement des douleurs périnéales ont utilisé de la thérapie manuelle sans nécessairement inclure des exercices du plancher pelvien, cette approche étant plus appropriée pour ce type de dysfonction. Le détail des caractéristiques de chaque étude est disponible dans les tableaux F-G de l'annexe G, et la qualité des études à l'annexe H du document *Annexes complémentaires*.

Tableau 13 Caractéristiques des essais cliniques *randomisés* inclus dans la revue rapide sur les douleurs périnéales chez la femme adulte

ECR	N	POPULATION	INTERVENTION	TÉMOIN	AUTRE INTERVENTION	DÉTAIL TX	DURÉE DU TX	ÂGE (moyenne)	RÉSULTATS	RISQUE DE BIAIS (ROB-2)
REPP versus aucun traitement de REPP										
[Schvartzman <i>et al.</i> , 2019]	42	Femmes en périménopause souffrant de dyspareunie	REPP	Thermothérapie du bas du dos + relâchement musculaire	s. o.	Thérapie manuelle, thermothérapie, électromyographie, rétroaction biologique	1 mois (2 x /sem.)	REPP : 52 ans Témoin : 51 ans	Douleur (VAS), fonction sexuelle (FSFI), QdV (Cervantes)	Élevé
[Ghaderi <i>et al.</i> , 2019]	64	Femmes souffrant de dyspareunie	REPP	Aucun traitement	s. o.	Thérapie manuelle, EPP, électrostimulation	3 mois (1 x /sem.)	REPP :	Sévérité de la douleur (VAS), FSFI	Modéré*
REPP versus des médicaments										
[Bardin <i>et al.</i> , 2020]	73	Femmes souffrant de vulvodynie	REPP + amitriptyline orale (25 mg)	Amitriptyline orale (25 mg)	s. o.	EPP + étirements du périnée	8 sem. (1 x /sem.)	REPP : 28 ans Témoin : 30 ans	Intensité de la douleur (CTS); <i>Freidrich score</i> ; douleur lors des relations sexuelles	Élevé
[Morin <i>et al.</i> , 2021]	212	Femmes souffrant de vestibulodynie provoquée	REPP	Lidocaïne topique	s. o.	Thérapie manuelle, rétroaction biologique, EPP, information	10 sem. (1 x /sem.)	REPP : 22 ans Témoin : 22 ans	Intensité de la douleur (NRS), douleur (MPQ), fonction sexuelle (FSFI)	Faible
[Yaraghi <i>et al.</i> , 2019]	58	Femmes souffrant de vaginisme primaire grades III-IV	REPP	Injections de toxine botulique	s. o.	Relaxation, massage périnéal, électrostimulation fonctionnelle	12 sem. (12 x 1 h)	REPP : 29 ans Témoin : 31 ans	Fonction sexuelle (FSFI)	Élevé

ECR	N	POPULATION	INTERVENTION	TÉMOIN	AUTRE INTERVENTION	DÉTAIL TX	DURÉE DU TX	ÂGE (moyenne)	RÉSULTATS	RISQUE DE BIAIS (ROB-2)
[Zoorob <i>et al.</i> , 2015]	29	Femmes souffrant de douleur pelvienne (myalgie du plancher pelvien [vaginisme])	REPP	Injections d'un stéroïde (triamcinolone 40 mg) et d'un analgésique (2 % lidocaïne et 0,25 % bupivacaïne)	s. o.	Massage du plancher pelvien, comprenant des techniques de relâchement myofascial des points de déclenchement	10 sem. (3 à 10 x 1 h)	REPP : 42 ans Témoin : 41 ans	Douleur (NRS), fonction sexuelle (FSFI), amélioration (PGI-I), sévérité (PGI-S)	Élevé

CTS : *cotton swab test* : test du coton-tige; ECR : essai clinique *randomisé*; EPP : exercices du plancher pelvien; FSFI : *female sexual function index*; min. : minutes; h : heures; MPQ : *McGill Pain Questionnaire* *McGill-Melzack Pain Questionnaire*; N : nombre de participantes dans l'étude; N^{bre} : nombre; NRS : *numerical rating scale*; PGI-I : *Patient Global Impression of Improvement*; PGI-S : *Patient Global Impression of Severity*; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; ROB-2 : *Risk of Bias tool*, outil d'évaluation de la qualité des ECR [Sterne *et al.*, 2019]; sem. : semaine; s. o. : sans objet; tx : traitement; VAS : *visual analogue scale*.

* Un risque de biais modéré correspond à la catégorie « certaines préoccupations » (*some concerns*) de l'outil ROB-2.

6.2.1 Rééducation périnéale et pelvienne comparativement à aucun traitement ou soins usuels dans le traitement des douleurs périnéales chez la femme adulte

Comparativement à aucun traitement, les femmes souffrant de dyspareunie qui ont eu de la REPP comprenant de la thérapie manuelle et de l'électrostimulation avec ou sans rétroaction biologique ont eu une réduction significative de la sévérité de la douleur comparativement à aucun traitement ([tableau 14](#)) [Ghaderi *et al.*, 2019; Schvartzman *et al.*, 2019].

6.2.1.1 Résultats sur la douleur

Tableau 14 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur la sévérité de la douleur chez une population de femmes souffrant de douleurs périnéales

ÉTUDE PRIMAIRE	QUESTIONNAIRE	N	PÉRIODE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
[Ghaderi <i>et al.</i> , 2019] <i>Femmes souffrant de dyspareunie</i>	Sévérité de la douleur (échelle VAS, 0 aucune douleur, 10 douleurs extrêmes)	REPP (n = 32) Témoin (n = 32)	3 mois	Moyenne ± ET : 1,41 ± 1,10	Moyenne ± ET : 8,87 ± 0,83	DM : 7,57 (7,03, 8,10), p < 0,05
[Schvartzman <i>et al.</i> , 2019] <i>Femmes périménopausées souffrant de dyspareunie</i>	Sévérité de la douleur (échelle VAS, 0 aucune douleur, 10 douleurs extrêmes)	REPP (n = 21) Témoin (n = 21)	1 mois	Moyenne ± erreur type : 2,25 ± 0,30	Moyenne ± erreur type : 5,58 ± 0,49	p < 0,001

BPI : *Brief Pain Inventory*; DM : différence moyenne [REPP—témoin]; ET : écart-type; IC : intervalle de confiance; N : nombre de participantes dans l'étude; NRS : *numerical rating scale*; p : valeur p; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; VAS : *visual analogue scale*.

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

6.2.1.2 Résultats de la fonction sexuelle

Gadheri et ses collaborateurs [2019] ont observé que, chez les femmes souffrant de dyspareunie, celles qui avaient eu de la REPP ont eu une amélioration significative de leur fonction sexuelle évaluée à l'aide du FSFI (*Female Sexual Function Index*) total ainsi que pour tous les sous-groupes comparativement à aucun traitement ([tableau 16](#)).

Schvartzman et ses collaborateurs [2019] ont également observé une amélioration de la fonction sexuelle globale ainsi que pour les domaines du désir, de la satisfaction et de la douleur ([tableau 15](#)).

Tableau 15 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comparativement à aucun traitement ou aux soins usuels sur la fonction sexuelle chez une population de femmes adultes souffrant de douleurs périnéales

ÉTUDE PRIMAIRE (POPULATION)	QUESTIONNAIRE	N	PÉRIODE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)
[Ghaderi <i>et al.</i> , 2019] <i>Femmes souffrant de dyspareunie</i>	Fonction sexuelle (FSFI total) (un score faible représente le pire)	REPP (n = 32) Témoin (n = 32)	3 mois	Moyenne ± ET : 88,59 ± 4,92	Moyenne ± ET : 38,69 ± 6,72	DM : 51,05(48,27, 53,83); p < 0,05
	FSFI douleur			Moyenne ± ET : 12,78 ± 1,38	Moyenne ± ET : 4,81 ± 1,58	DM : 8,07 (7,26, 8,89); p < 0,05
	FSFI désir			Moyenne ± ET : 8,38 ± 1,28	Moyenne ± ET : 4,00 ± 1,52	DM : 4,41 (3,7, 5,12); p < 0,05
	FSFI excitation			Moyenne ± ET : 14,47 ± 1,86	Moyenne ± ET : 5,03 ± 1,30	DM : 9,31 (8,5, 10,13); p < 0,05
	FSFI lubrification			Moyenne ± ET : 14,44 ± 1,77	Moyenne ± ET : 5,94 ± 3,61	DM : 9,03 (7,76, 10,29); p < 0,05
	FSFI orgasme			Moyenne ± ET : 11,56 ± 1,39	Moyenne ± ET : 4,91 ± 1,59	DM : 6,71 (5,92, 7,5); p < 0,05
	FSFI satisfaction			Moyenne ± ET : 10,53 ± 1,10	Moyenne ± ET : 4,97 ± 2,07	DM : 5,67 (4,88, 6,45); p < 0,05
[Schvartzman <i>et al.</i> , 2019] <i>Femmes périménopausées souffrant de dyspareunie</i>	Fonction sexuelle (FSFI total) (un score faible représente le pire)	REPP (n = 21) Témoin (n = 21)	1 mois	Moyenne ± erreur type : 26,0 ± 1,09	Moyenne ± erreur type : 19,6 ± 2,04	p = 0,002
	FSFI douleur			Moyenne ± erreur type : 4,84 ± 0,19	Moyenne ± erreur type : 2,83 ± 0,39	p = 0,005
	FSFI désir			Moyenne ± erreur type : 3,60 ± 0,26	Moyenne ± erreur type : 3,09 ± 0,36	p = 0,017
	FSFI excitation			Moyenne ± erreur type : 3,77 ± 0,26	Moyenne ± erreur type : 3,23 ± 0,35	p = 0,339
	FSFI lubrification			Moyenne ± erreur type : 4,62 ± 0,26	Moyenne ± erreur type : 2,91 ± 0,36	p = 0,069*
	FSFI orgasme			Moyenne ± erreur type : 4,34 ± 0,31	Moyenne ± erreur type : 3,60 ± 0,49	p = 0,346
	FSFI satisfaction			Moyenne ± erreur type : 4,88 ± 0,31	Moyenne ± erreur type : 2,97 ± 0,38	p = 0,005

DM : différence moyenne [REPP—témoin]; DM_a : différence moyenne [après -avant traitement]; ET : écart-type; FSFI : *female sexual function index*; IC : intervalle de confiance; N : nombre de participantes dans l'étude; valeur p; REPP : rééducation périnéale et pelvienne

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* Tendence vers la significativité

6.2.1.3 Résultats sur la qualité de vie

Selon Schartzman et ses collaborateurs [2019], les femmes en périménopause souffrant de dyspareunie ont eu une amélioration de leur qualité de vie mesurée à l'aide de l'échelle Cervantès, particulièrement sur la ménopause et la santé, ainsi que la sexualité ([tableau 16](#)).

Tableau 16 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne sur la qualité de vie chez une population de femmes adultes souffrant de douleurs périnéales

ÉTUDE PRIMAIRE	QUESTIONNAIRE	N	PÉRIODE	GRUPE REPP	GRUPE MÉDICAMENT	EFFET (IC 95 %)
[Schvartzman <i>et al.</i> , 2019] <i>Femmes périménopausées souffrant de dyspareunie</i>	Échelle Cervantès	REPP (n = 21) Témoïn (n = 21)	1 mois	Moyenne ± erreur type : 39,55 ± 3,98	Moyenne ± erreur type : 57,89 ± 6,22	$p \leq 0,001$
	• Ménopause et santé			Moyenne ± erreur type : 20,15 ± 2,14	Moyenne ± erreur type : 30 ± 2,65	$p \leq 0,001$
	• Sexualité			Moyenne ± erreur type : 8,95 ± 0,95	Moyenne ± erreur type : 10,61 ± 1,09	$p = 0,006$
	• Relation de couple			Moyenne ± erreur type : 4,50 ± 0,68	Moyenne ± erreur type : 4,50 ± 0,72	$p = 0,911$
	• Psychique			Moyenne ± erreur type : 8,11 ± 2,05	Moyenne ± erreur type : 14,06 ± 1,96	$p = 0,097$

N : nombre de participantes dans l'étude; p = valeur p ; REPP : rééducation périnéale et pelvienne

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* Tendence vers la significativité

6.2.2 Rééducation périnéale et pelvienne comparativement à des médicaments dans le traitement des douleurs périnéales chez la femme adulte

6.2.2.1 Résultats sur la douleur

Comparativement aux femmes qui ont reçu un antidépresseur tricyclique (amytriptiline), les femmes souffrant de vulvodynie qui ont eu de la REPP combinée à de l'amytriptiline ont eu une amélioration significative de leurs mesures de la douleur (annexe K, tableau K-3 du document *Annexes complémentaires*) [Bardin *et al.*, 2020].

Morin et ses collaborateurs [2021] ont comparé la REPP à un traitement de lidocaïne topique (traitement usuel) chez des femmes souffrant de vestibulodynie provoquée. Ils mentionnent que les femmes dans les deux groupes ont eu une réduction significative de la douleur à la fin du traitement, mais qu'il y avait une différence statistiquement significative entre les groupes en faveur de la rééducation [Morin *et al.*, 2021]. Les mêmes résultats ont été maintenus au suivi de six mois, suggérant que la REPP est plus efficace que la lidocaïne pour réduire la douleur (annexe K, tableau K-3 du document *Annexes complémentaires*).

Zoorob et ses collaborateurs [2015] n'ont pas observé de différences significatives dans la sévérité, la perception ou la réduction de la douleur chez des femmes souffrant de myalgie du plancher pelvien qui avaient reçu de la rééducation comparativement à des injections de stéroïdes et d'analgésiques aux points de déclenchement des muscles releveurs (annexe K, tableau K-3 du document *Annexes complémentaires*).

6.2.2.2 Résultats sur la fonction sexuelle

Selon Bardin et ses collaborateurs [2020], il n'y a pas de différence dans la fréquence des relations sexuelles par mois chez les femmes souffrant de vulvodynie qui ont reçu de l'amitriptyline comparativement aux femmes qui ont eu de la REPP plus de l'amitriptyline (annexe K, tableau K-4 du document *Annexes complémentaires*).

Morin et ses collaborateurs [2021] ont observé une différence statistiquement significative entre les groupes de REPP versus la lidocaïne pour les résultats de la fonction sexuelle et de la détresse liée à la sexualité à fin du traitement. Ces résultats persistent au suivi à six mois, indiquant selon les auteurs que les avantages sont maintenus. Yaraghi et ses collaborateurs [2019] rapportent que les femmes atteintes de vaginisme qui ont reçu de la rééducation ont eu une meilleure amélioration dans tous les domaines des scores de la fonction sexuelle comparativement aux femmes qui ont eu des injections de toxine botulique [Yaraghi *et al.*, 2019] (annexe K, tableau K-4 du document *Annexes complémentaires*). Zoorob et ses collaborateurs [2015] ont également observé une amélioration significative de la fonction sexuelle globale et du sous-domaine de la douleur, mais pas pour les autres domaines de la fonction sexuelle chez les femmes souffrant de myalgie du plancher pelvien qui avaient reçu des traitements de REPP comparativement aux injections de stéroïdes et d'analgésiques aux points de déclenchement des muscles releveurs. Les auteurs rapportent également une différence entre les groupes avec une réduction du nombre de femmes souffrant d'une dysfonction sexuelle plus importante dans le groupe rééducation [Zoorob *et al.*, 2015] (annexe K, tableau K-4 du document *Annexes complémentaires*). Zoorob et ses collaborateurs [2015] ont observé une perte au suivi d'environ 30 % des femmes qui ont appris que leur groupe de randomisation recevrait des injections de stéroïdes et d'analgésique, et ce, avant de commencer le traitement. Les femmes assignées au groupe de REPP ont toutes poursuivi le traitement.

6.2.3 Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne et des médicaments dans le traitement des douleurs périnéales

Un ECR a rapporté avoir évalué des effets indésirables. Morin et ses collaborateurs n'ont pas observé d'événements indésirables de la REPP [2021]. Ils ont cependant rapporté une dermatite chez une patiente (1 %) et des irritations mineures ou sensations de brûlure chez 15 femmes (14 %) qui avaient reçu de la lidocaïne pour le traitement de la vestibulodynie provoquée (annexe K, tableau K-5 du document *Annexes complémentaires*).

6.2.4 Forces et limites

- Les RS ont inclus majoritairement des mesures autodéclarées par les participantes, qui sont considérées comme étant les plus pertinentes. Selon et Ghaderi et ses collaborateurs [2019], les mesures subjectives de l'amélioration de la fonction sexuelle sont très importantes, car la dyspareunie compromet la qualité de vie d'une femme et sa relation de couple, et joue un rôle important dans la préservation du mariage et de la vie de famille.
- Six ECR sont inclus dans la revue rapide, et la majorité des résultats sont cohérents, favorisant la REPP pour le traitement des douleurs périnéales.
- Le type de traitement de REPP est relativement similaire; toutes les études incluent de la thérapie manuelle.
- Les modalités comme le nombre ou la durée des séances avec le professionnel sont variables.
- La plupart des études ont un suivi à court terme (< 1 an).
- Cinq études parmi les six retenues sont à risque élevé ou modéré de biais.
 - Trois ECR ont une proportion élevée de perte au suivi (> 25 %) [Bardin *et al.*, 2020; Yaraghi *et al.*, 2019; Zoorob *et al.*, 2015]. Cela peut créer un biais de suivi pouvant compromettre la validité. Dans l'étude de Zoorob et ses collaborateurs [2015] on note 29 % de perte au suivi uniquement dans le groupe d'injection de stéroïdes, suggérant que les femmes semblent plus enclines à essayer des traitements qui ne sont pas effractifs.
 - Un ECR a des déviations par rapport au protocole [Schvartzman *et al.*, 2019]. Les femmes devaient recevoir sept séances de REPP, mais semblent en avoir reçu cinq. Cela aurait le potentiel de faire sous-estimer les résultats.
 - Un ECR pourrait avoir un biais dans la présentation des données, car certains résultats ne semblent pas rapportés dans l'article [Yaraghi *et al.*, 2019]. Les auteurs mentionnent que les résultats ont pu être sous-estimés en raison du contexte religieux et de l'éducation sexuelle en place dans le pays (Iran). Cet essai clinique pourrait également avoir un biais de sélection causé par la participation de femmes avec un statut socio-économique plus élevé.
- Il y a un risque de biais d'information attribuable au manque d'insu des évaluateurs dans trois ECR [Schvartzman *et al.*, 2019; Yaraghi *et al.*, 2019; Zoorob *et al.*, 2015].
- Il y a un potentiel biais de répartition dans un ECR, causé par une différence dans les caractéristiques des groupes à l'entrée dans l'étude, mais les effets sur les résultats sont impossibles à déterminer [Ghaderi *et al.*, 2019].

- Les groupes témoins sont très hétérogènes. Les résultats des études ayant comme comparateur des médicaments incluent plusieurs traitements différents, ce qui rend les analyses combinées de ces médicaments difficiles.
- En général, les douleurs périnéales, plus particulièrement les troubles sexuels douloureux, sont tabous. Par conséquent, cela a pu entraîner un biais de sélection sur les femmes qui acceptent de participer, mais il est difficile d'évaluer l'impact de ce biais.
- Il n'est pas possible de connaître la proportion de femmes dont la problématique a une composante psychologique (traumatisme, abus sexuel, etc.). Cela pourrait influencer sur l'efficacité, mais il est impossible d'évaluer l'effet sur les résultats présentés.

6.2.4.1 En résumé — Traitement des douleurs périnéales par la rééducation périnéale et pelvienne chez la femme adulte

En bref, dans les ECR

Selon deux ECR avec des risques de biais modéré et élevé :

- Chez les femmes adultes souffrant de douleurs périnéales, les données scientifiques suggèrent une plus grande efficacité de la REPP comparativement à l'absence de REPP, sur :
 - la sévérité de la douleur;
 - la fonction sexuelle globale, particulièrement les domaines de la douleur, du désir et de la satisfaction;
 - la qualité de vie.

Les données devraient cependant être confirmées par des études avec plus de puissance et de meilleure qualité.

Selon quatre ECR avec des risques de biais de faible à élevé :

- Chez les femmes adultes souffrant de douleurs périnéales, les données scientifiques laissent supposer un effet positif de la REPP, comparativement à certains médicaments (lidocaïne topique ou amitriptyline orale) sur la douleur.
- Il n'y aurait pas de différence sur la douleur entre la REPP et des injections de stéroïdes et d'analgésique.
- Chez les femmes adultes souffrant de douleurs périnéales, les données scientifiques laissent supposer un effet positif de la REPP comparativement à certains médicaments (lidocaïne topique, injection de toxine botulique, injection de stéroïde et analgésique), sur la fonction sexuelle.

Les données devraient cependant être confirmées par des études avec plus de puissance et de meilleure qualité.

Énoncés de preuve élaborés par l'INESSS

- La REPP pourrait être plus efficace comparativement à aucun traitement pour traiter les douleurs périnéales chez les femmes adultes. **Niveau de preuve : faible**
- La REPP pourrait être plus efficace que de la lidocaïne topique ou de l'amitriptyline orale, mais pas des injections de stéroïdes et d'analgésiques pour traiter les douleurs périnéales chez les femmes adultes. **Niveau de preuve : faible**
- La REPP pourrait être plus efficace que de la lidocaïne topique, des injections de toxine botulique ou des injections de stéroïdes et d'analgésiques sur la fonction sexuelle chez les femmes adultes souffrant de douleurs périnéales. **Niveau de preuve : faible**

6.3 Résultats des guides de pratique clinique pour la prévention ou le traitement des douleurs périnéales

6.3.1 Traitement des douleurs chez les femmes adultes, y compris la femme en période de périménopause

Cinq guides de pratique clinique de qualité faible à élevée ont traité de la REPP pour le traitement des douleurs périnéales [Engeler *et al.*, 2021; Wolfman *et al.*, 2021; ACOG, 2020; 2019a; Goldstein *et al.*, 2016] (annexe I, tableau I-8 du document *Annexes complémentaires*). L'American College of Obstetricians and Gynecologists et l'International Society for Sexual Medicine (ISSM) recommandent la rééducation pour le traitement des douleurs périnéales, dont la vulvodynie, avec une force de faible à modérée [ACOG, 2019a; Goldstein *et al.*, 2016]. Un autre document de l'ACOG et de l'European Association of Urology (EAU) portant sur les personnes souffrant de douleurs pelviennes chroniques recommandent également que la rééducation fasse partie d'un plan de traitement pour la gestion des douleurs, de la qualité de vie et des troubles sexuels associés [ACOG, 2020; Engeler *et al.*, 2021]. Les guides suggèrent que ces troubles sont une cause de détresse psychologique. D'autres traitements peuvent être recommandés, y compris des thérapies sexuelles, cognitives, comportementales et des interventions psychologiques. Dans la même lignée, l'International Society for Sexual Medicine mentionne que des approches de traitement interdisciplinaires pourraient être utiles dans la prise en charge de la vulvodynie [Goldstein *et al.*, 2016]. Finalement, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, dans un guide axé sur les dysfonctions sexuelles et la douleur chez les femmes ménopausées, déclare avec un niveau de preuve faible que la REPP est un excellent traitement adjuvant pour l'hypertonie des muscles du plancher pelvien et la douleur génito-pelvienne [Wolfman *et al.*, 2021]. Tout comme dans les autres guides, les approches multidisciplinaires

impliquant d'autres traitements conservateurs semblent être à privilégier, puisque ce genre de problématique est souvent multifactorielle [Wolfman *et al.*, 2021].

Synthèse des recommandations issues des guides de pratique clinique

- La REPP, seule ou combinée avec d'autres approches conservatrices, est recommandée pour le traitement des douleurs périnéales, y compris la vulvodynie.

6.4 Modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement des douleurs périnéales

Aucun guide de pratique clinique, revue systématique ou ECR ne mentionne les modalités de la REPP pour la prévention ou le traitement des douleurs périnéales.

6.4.1 Supervision et intensité du traitement

Bien qu'aucun document n'ait été retenu pour répondre à cette question, le comité d'experts confirme que la supervision de la REPP est une composante primordiale dans le traitement des douleurs périnéales. Dans ces cas particuliers, l'approche principale étant la thérapie manuelle, la rééducation ne peut être réalisée sans un physiothérapeute qualifié.

6.4.2 Durée du traitement et nombre de séances

Tout comme pour les autres dysfonctions du plancher pelvien, ces modalités dépendront de la problématique individuelle de la femme et des recommandations du physiothérapeute. Une étude de cohortes rétrospective réalisée auprès de femmes atteintes de douleur pelvienne rapporte que celles qui ont eu sept séances de rééducation avec un physiothérapeute ont observé une réduction de la douleur significativement plus grande que celles qui ont eu seulement trois séances [Aguirre *et al.*, 2019].

Selon les experts du domaine consultés, le traitement des douleurs périnéales par la REPP est complexe. Les causes sont souvent multifactorielles pour les problèmes comme les vestibulodynies provoquées. La rééducation devrait toujours être supervisée et intensive. Le nombre de séances requises est très variable d'une femme à l'autre. Par conséquent, environ 8 à 12 séances durant une période d'au moins 16 semaines sont généralement la norme au Québec pour ce type de traitement.

En bref

Le nombre de séances de REPP pour traiter les douleurs périnéales varie, puisqu'il doit être personnalisé en fonction des besoins de chaque patiente. Jusqu'à 12 séances pourraient être suffisantes pour traiter les douleurs périnéales chez la femme adulte et une durée de traitement d'au moins 16 semaines devrait être favorisée.

6.5 Perspective des comités consultatifs et des patientes collaboratrices

Les experts consultés considèrent que la REPP est cliniquement pertinente pour traiter les douleurs périnéales chez les femmes. Selon eux, même si le niveau de preuve est faible, le manque de données sur l'efficacité ne devrait pas empêcher les professionnels de la santé québécois de la recommander à leurs patientes en première intention, notamment en raison de son caractère peu effractif et sécuritaire et du potentiel de l'intervention pour la santé des femmes. Dans leur pratique, plusieurs physiothérapeutes traitent fréquemment des femmes qui ont des douleurs périnéales, et ils perçoivent des avantages pour ces patientes.

6.6 Conclusion

Peu de données sont disponibles concernant le traitement des douleurs périnéales ([tableau 17](#)). En période périnatale, aucun résultat sur l'efficacité n'a été retenu. Un seul guide ne recommande pas la REPP chez les femmes en post-partum pour traiter les douleurs périnéales et les dyspareunies.

Concernant les femmes adultes, aucune revue systématique n'a été incluse. La revue rapide a inclus sept ECR majoritairement de faible qualité. Seulement trois essais cliniques ont comparé la REPP à aucune intervention de rééducation, tandis que quatre la comparent à des médicaments. Les dysfonctions étaient variables – pouvant inclure de la dyspareunie et des vestibulodynies. Lorsqu'on compare la rééducation à des médicaments, les résultats sont hétérogènes et dépendent du type de comparateur. Considérant le peu d'effets secondaires et les avantages potentiels de l'intervention de rééducation sur les femmes qui ont des douleurs périnéales, les guides recommandent cette méthode comme traitement conservateur de première intention. Cependant, plus d'études puissantes et de qualité sont nécessaires.

Tableau 17 Constats de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des douleurs périnéales

POPULATION	EFFICACITÉ	NIVEAU DE PREUVE	RECOMMANDATION (GPC, ETS)
Femmes en post-partum – comparativement à aucun traitement de REPP			
Douleurs périnéales et dyspareunies	nd	nd	Non recommandée ❌
Femmes adultes (y compris les femmes âgées) – comparativement à aucun traitement de REPP			
Résultats sur la douleur	Possiblement efficace ✔️	Faible	Positive ✔️
Résultat sur la fonction sexuelle	Possiblement efficace ✔️	Faible	Positive ✔️
Femmes adultes (y compris les femmes âgées) – comparativement à des traitements impliquant des médicaments			
Résultats sur la douleur	Possiblement efficace* ✔️	Faible	n.d.
Résultat sur la fonction sexuelle	Possiblement efficace† ✔️	Faible	n.d.

✔️ Efficace ou recommandé; ✔️ Possiblement efficace ou recommandé à certaines conditions; ❌ N'est pas efficace ou recommandé.

ETS : rapport d'évaluation des technologies de la santé; GPC : guide de pratique clinique; POP : prolapsus des organes pelviens; n.d. : non disponible; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

* Comparativement à de la lidocaïne topique ou à des antidépresseurs tricyclique (amitriptyline), mais pas efficace en comparaison avec des injections de stéroïdes et d'analgésiques.

† Comparativement à de la lidocaïne topique, à des injections de toxine botulique ou à des injections de stéroïdes et d'analgésiques.

7 RÉSULTATS ET PERSPECTIVE DES PATIENTES

Dans le but d'explorer l'impact et les besoins non comblés des femmes touchées par les dysfonctions du plancher pelvien, de documenter leur perspective au regard de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP), leur qualité de vie et leur expérience de soins, et de relever les obstacles et facilitateurs de la rééducation, une revue de la littérature a été effectuée et une consultation en contexte québécois a été conduite par le biais d'un questionnaire en ligne. Cette section présente les résultats sommaires de l'analyse descriptive et thématique de A) la revue de la littérature, et B) la consultation, tout en mettant en parallèle les résultats issus de la consultation avec les données internationales. Pour consulter les résultats complets du volet « Perspective patientes », voir le document sur le site de l'INESSS au www.inesss.qc.ca.

7.1 Résultats sommaires de la revue de la littérature

La revue de la littérature avait pour objectif de repérer 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. Certaines études ont exploré les attitudes, les perceptions et la connaissance des femmes concernant les dysfonctions et la rééducation ainsi que les défis d'implantation d'un programme de rééducation ou les facteurs d'adhésion au traitement. Au total, 1 285 enregistrements publiés entre 2015 et 2020 ont été répertoriés dans les bases de données. De ce nombre, 18 articles à devis qualitatif, quantitatif ou mixte ont été retenus [Grant et Currie, 2020; Rada *et al.*, 2020; Reed *et al.*, 2020; Sacomori *et al.*, 2020a; 2020b; 2020; Temtanakitpaisan *et al.*, 2020; Terry *et al.*, 2020; Muhammad *et al.*, 2019; Reynolds et Wilson, 2019; Venegas *et al.*, 2018; Dickinson et Briscoe, 2017; Osborne *et al.*, 2017; Te West *et al.*, 2017; Wagg *et al.*, 2017; Zoorob *et al.*, 2017; Hay-Smith *et al.*, 2015; Moosdorff-Steinhauser *et al.*, 2015] (annexe F, figure F-4 du document *Annexes complémentaires*). Les résultats sommaires de la revue sont présentés dans les sections suivantes, et discutés en parallèle avec les données issues de la consultation au Québec²⁶.

²⁶ Bien que la revue de la littérature scientifique pour répondre aux questions d'évaluation en lien avec la perspective patiente avait pour objectif de repérer les données sur les dysfonctions du plancher pelvien, les études recensées dans la littérature portent principalement sur l'incontinence urinaire. La consultation au Québec, quant à elle, ciblait tout type de dysfonction du plancher pelvien.

7.2 Résultats sommaires de la consultation au Québec

Au total, 367 femmes issues des 17 régions administratives du Québec ont répondu au questionnaire.

- La majorité des femmes qui ont répondu au questionnaire présentaient des symptômes d'IU (70 %), suivis de douleur périnéale et pelvienne (30 %) et de troubles de la fonction sexuelle (30 %) (catégories non mutuellement exclusives);
- Les femmes incluses présentaient en moyenne deux conditions cliniques (p. ex. IU avec douleurs);
- La majorité des répondantes ressentaient les symptômes hebdomadairement (30 %), c.-à-d. à quelques reprises durant la semaine, mais pas tous les jours, ou quotidiennement (20 %).

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. Parmi celles-ci, 11 % ont souligné avoir eu de la difficulté à aborder le sujet avec la personne consultée.

Parmi les femmes qui ont *spécifiquement consulté un médecin* (médecin de famille, omnipraticien ou gynécologue, n = 198) pour discuter de leurs symptômes liés à leur dysfonction du plancher pelvien, 62 % ont reçu une ordonnance ou une orientation médicale vers un traitement (préventif ou curatif) :

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

Bien que la grande majorité des répondantes qui ont discuté de leur problème avec un médecin ou un autre professionnel de la santé aient été orientées vers un traitement de REPP, plusieurs femmes rapportent un manque de connaissance de la part des cliniciens et professionnels de la santé à l'égard des dysfonctions du plancher pelvien et de la rééducation et une minimisation (ou banalisation) des symptômes, ce qui peut, selon elles, retarder une bonne prise en charge et aggraver leur condition. Puisque l'offre en matière de rééducation dans le réseau public au Québec est très limitée, que les frais 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 clinique privée, plusieurs femmes ont mentionné ne pas avoir pu se prévaloir de cette rééducation pour prévenir ou traiter leur problème.

Enfin, 62 % des répondantes (n = 227) ont déjà reçu ou recevaient durant la consultation des traitements de REPP en prévention ou pour soulager des symptômes de dysfonctions du plancher pelvien.

7.3 Perspective générale des femmes en lien avec les dysfonctions du plancher pelvien et la rééducation périnéale et pelvienne

7.3.1 Impact des dysfonctions du plancher pelvien

L'analyse des données issues de la littérature et du questionnaire en ligne sur la perspective des patientes relève que les dysfonctions du plancher pelvien touchent la santé physique, psychologique et sexuelle des femmes, autant durant la période périnatale et adulte que durant la période périménopause. Les femmes qui souffrent de dysfonctions du plancher pelvien ressentent beaucoup d'inconfort, une sensation de lourdeur, une gêne physique et de la douleur. Elles vivent également de l'anxiété, une diminution de la confiance en soi et une dégradation de leurs relations intimes/sexuelles, familiales (y compris de leurs projets familiaux et activités quotidiennes) et sociales.

7.3.2 Connaissance des dysfonctions du plancher pelvien et de la rééducation périnéale et pelvienne et expérience de soins

Tout comme la consultation, la littérature souligne un manque de connaissance de la part des femmes et des professionnels de la santé concernant les dysfonctions du plancher pelvien, et une minimisation des symptômes, ce qui peut retarder une bonne prise en charge et aggraver les symptômes. La relation de confiance entre la femme et le professionnel de la santé est donc fondamentale pour aborder ce sujet sensible. L'analyse de la littérature souligne aussi la réticence de certains professionnels de la santé à orienter leur patiente vers un physiothérapeute spécialisé en REPP en cas de besoin, par manque d'information et de connaissance relativement aux dysfonctions et à la REPP.

Les femmes consultées dans les études rapportent parallèlement un manque de suivi et de soins, en particulier autour de la période périnatale, pour prévenir ou traiter leur incontinence urinaire. Elles soulignent que la santé du bébé semble être plus au cœur des préoccupations des professionnels que la santé physique et psychologique de la mère.

Dans la littérature et lors de la consultation au Québec, les femmes rapportent également avoir reçu de l'information contradictoire et parcellaire sur la santé pelvienne et l'incontinence urinaire, ce qui ne leur a pas permis de prendre une décision éclairée relativement aux options de prise en charge et de traitement.

7.3.3 Perception face à la rééducation périnéale et pelvienne

La grande majorité des femmes consultées au Québec ainsi que les femmes interrogées dans les études scientifiques rapportent le grand avantage de la REPP. Selon elles, celle-ci permettrait de prévenir l'apparition ou l'aggravation de symptômes de dysfonction du plancher pelvien, et de traiter les symptômes pour améliorer le bien-être au quotidien. Elle permettrait aussi le contrôle spécifique des muscles du plancher pelvien, la gestion d'autres symptômes associés comme la douleur pelvienne, de reprendre rapidement ses activités quotidiennes, de faciliter l'accouchement et de réduire les traumatismes induits durant l'accouchement. Parallèlement, la rééducation permettrait aux femmes de mieux

connaître leur corps et ses besoins, et d'avoir des outils pour se prendre en charge seules à la maison (à long terme).

7.3.4 Obstacles et facilitateurs de la rééducation périnéale et pelvienne

Plusieurs femmes interrogées dans la littérature ont souligné l'importance de discuter davantage des bienfaits globaux de la REPP et de susciter l'intérêt envers cette approche thérapeutique dans la société pour encourager les femmes à demander de l'aide au besoin et mieux prévenir ou traiter les dysfonctions du plancher pelvien. Parallèlement, selon les femmes consultées au Québec, le manque d'information sur cette rééducation et la méconnaissance du corps féminin, de la zone génitale et des muscles associés, surtout chez les femmes qui ont une première grossesse ou sont issues de milieux défavorisés, sont des barrières importantes à une première consultation avec un professionnel de la santé ou à l'adhésion à la rééducation. Les femmes consultées au Québec rapportent aussi que les coûts associés aux traitements, la longue liste d'attente pour obtenir un premier rendez-vous, le manque de temps, souvent, avec un jeune enfant et le temps que requiert chaque rendez-vous (déplacement pour se rendre à la clinique) sont des obstacles importants à l'adhésion à la rééducation. La perte de motivation et le découragement, surtout s'il n'y a pas d'amélioration de la condition, la fatigue et l'oubli de faire les exercices sont d'autres obstacles à l'adhésion soulignés par les femmes. Le soutien du conjoint, de la famille et des professionnels de la santé est souhaité. Cependant, selon ces femmes qui ont participé à la consultation québécoise, certains éléments faciliteraient l'adhésion au traitement, comme :

- recourir à des traitements/cours en groupes, ce qui permettrait de garder la motivation et d'être encouragée par des pairs;
- bénéficier d'un programme ou d'une assurance qui couvre les frais de traitement;
- obtenir un suivi individualisé, selon les besoins et la sévérité de la condition de la personne;
- faire participer d'autres professionnels dans la trajectoire de soins comme la sage-femme, le personnel infirmier ou le médecin de famille;
- et offrir un encadrement spécialisé en physiothérapie périnéale et pelvienne, qui serait disponible en tout temps, ainsi qu'un suivi par une équipe interdisciplinaire.

7.3.5 Accessibilité et qualité des services

Afin d'optimiser l'accessibilité et la qualité des services offerts aux personnes à risque ou qui présentent des dysfonctions du plancher pelvien au Québec, plusieurs répondantes de la consultation en ligne ont proposé des suggestions ou apporté des commentaires. Par ordre d'importance :

- 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;

- une meilleure prise en charge durant la période périnatale, par exemple être suivie par une équipe interdisciplinaire impliquant l'action des physiothérapeutes spécialisés en rééducation;
- une meilleure offre de services en général (prévention primaire et secondaire) et lorsqu'un traitement est requis (par exemple durant la période postnatale);
- la diminution des coûts des traitements (pour une meilleure équité);
- l'accès plus facile à des physiothérapeutes formés en REPP.

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

Plusieurs pistes de solution ont été suggérées par les répondantes québécoises en ce qui concerne l'accès à la REPP. Par exemple :

- avoir un « guichet unique » ou une modalité d'accès qui facilite la prise des rendez-vous (par exemple via une plateforme Web);
- être mieux informée concernant les professionnels de la santé qui peuvent prendre en charge les dysfonctions du plancher pelvien (médecin de famille, spécialiste, physiothérapeute directement, autres);
- rendre les physiothérapeutes accessibles directement sans consultation médicale préalable advenant un remboursement public;
- avoir une liste de professionnels et cliniques disponibles par région, qui se spécialiseraient en REPP;
- diffuser et rendre facilement accessible aux nouvelles mères l'information des groupes de soutien en lien avec les dysfonctions du plancher pelvien ou avec la REPP;
- favoriser la création d'un regroupement de professionnels spécialisés dans le domaine pour faciliter l'orientation vers ces spécialistes.

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

- que l'accompagnement en rééducation soit adapté en fonction de la motivation et de la sévérité des symptômes d'une personne (programme motivationnel afin d'optimiser l'adhésion au traitement);
- que les interventions intègrent des approches ou exercices qui améliorent la compréhension et l'autonomisation 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);
- que les physiothérapeutes emploient diverses approches pour aider les femmes à mieux comprendre et visualiser leur corps et bien exécuter les exercices (les explications en clinique sont parfois rapidement données).

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

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

7.4 Forces et limites

La méthode de consultation employée dans cet avis ainsi que la littérature en parallèle avaient pour but de recueillir des données contextuelles et expérientielles auprès des personnes concernées par la problématique afin 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 une perspective majoritairement favorable à cet égard, et également en ce qui a trait à l'impact de la rééducation sur la qualité de vie liée à la santé des femmes à risque ou qui souffrent d'une dysfonction du plancher pelvien. En ce qui concerne la consultation en ligne précisément, la méthode appliquée a permis de joindre un nombre substantiel de répondantes dans plusieurs régions du Québec, et d'obtenir une riche information pour répondre aux questions d'évaluation. Cependant, l'analyse descriptive a démontré un biais de représentation des femmes concernées par les dysfonctions du plancher pelvien. En effet, une grande proportion des femmes qui ont participé à la consultation avaient un niveau d'éducation élevé, travaillaient dans le milieu de la santé ou étaient déjà sensibilisées aux conséquences des dysfonctions du plancher pelvien, et elles étaient favorables à cette rééducation. Il se peut que les femmes issues de diverses communautés culturelles et religieuses ne soient pas représentées, limitant ainsi la généralisabilité des données recueillies. Par conséquent, les résultats ne sont qu'à titre informatif. Malgré cela, nous jugeons que nous avons rencontré un nombre suffisant de personnes concernées par la problématique 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 d'analyse préconisée dans cet avis a permis d'obtenir une certaine profondeur dans les propos des répondantes et de confirmer les données avec la revue de la littérature scientifique [Creswell, 1998; Morse, 1994].

En bref

- La consultation auprès des femmes québécoises et l'exploration de la littérature ont mis en lumière la perception d'un manque de connaissance des cliniciens et des professionnels de la santé sur les dysfonctions du plancher pelvien et sur la REPP, de même qu'une minimisation des symptômes qui peut retarder une bonne prise en charge.
- Les dysfonctions du plancher pelvien peuvent compromettre la santé physique et psychologique des femmes à toutes les périodes de leur vie.
- Au Québec, la REPP est très bien perçue par les femmes pour la prévention ou le traitement des symptômes de dysfonction du plancher pelvien.
- Les femmes rapportent un désir d'information sur la REPP et sur les dysfonctions du plancher pelvien et la santé périnéale. En revanche, le temps d'attente pour les consultations, les coûts et les tabous sont des obstacles qui peuvent empêcher les femmes de consulter ou de faire de la REPP.

8 ENJEUX ORGANISATIONNELS

Les éléments abordés dans ce chapitre n'ont pas fait l'objet d'une revue de littérature approfondie, mais ils sont abordés de manière sommaire afin d'éclairer le Ministère sur les enjeux organisationnels pouvant influencer sur la mise en place d'un programme de REPP. Les enjeux abordés ont été recensés lors d'une recherche exploratoire de la littérature et à l'occasion des diverses consultations menées en cours de projet.

Dans le premier volet des travaux qui porte sur l'incontinence urinaire, des enjeux d'accès à la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) ont été soulevés étant donné l'offre de services limitée [INESSS, 2022a]. Les données contextuelles et expérientielles recueillies suggèrent que l'augmentation de la demande qui surviendrait à la suite d'une offre élargie de cette rééducation pourrait engorger le système. Bien qu'il y ait de plus en plus de physiothérapeutes spécialisés en cette matière, leur nombre demeure restreint pour une population croissante. Ces préoccupations demeurent et seraient amplifiées par une recommandation d'offrir la REPP pour le traitement des autres dysfonctions du plancher pelvien.

Afin de mieux envisager ces enjeux, l'INESSS avait recommandé que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se dote d'une stratégie d'implantation comprenant la mise en œuvre progressive des services, le développement d'outils de sensibilisation ainsi que le recours à d'autres modalités d'application de la rééducation comme la téléadaptation et les séances de groupes. L'INESSS avait également souligné l'importance de miser sur l'interdisciplinarité pour soutenir les physiothérapeutes ainsi que pour faciliter l'accès et l'adhésion à la REPP. Les éléments soulevés dans le premier volet sont réitérés et peuvent également être considérés dans le cadre de ce deuxième volet pour aider la réflexion sur les enjeux organisationnels à envisager.

8.1 Santé numérique

La santé numérique ou cybersanté est un terme employé pour décrire l'application des technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé²⁷. Elle peut prendre plusieurs formes, notamment la télémédecine, le système de contrôle éloigné ou les dossiers médicaux électroniques. Un des objectifs de la santé numérique est de favoriser un accès équitable aux soins et services, notamment aux personnes qui habitent des régions éloignées [Deshpande *et al.*, 2008].

²⁷ Gouvernement du Canada. *Cybersanté* [site Web]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/cybersante.html> (consulté le 23 septembre 2022).

La santé numérique peut présenter un nombre d'avantages considérable pour les patients qui l'utilisent. Parmi ces avantages, l'adhésion au traitement en est un exemple. Présentant souvent un défi dans les interventions comme la physiothérapie, l'adhésion au traitement peut être notamment améliorée par les applications mobiles [Latorre *et al.*, 2019]. En fournissant une aide supplémentaire aux femmes, elles constituent une ressource de valeur pour les patientes, tout comme pour les professionnels de la santé. En plus de l'adhésion, d'autres éléments comme l'anonymat, la flexibilité et l'accessibilité de la santé numérique peuvent être avantageux pour les femmes en tenant compte de facteurs personnels comme les sentiments de honte ou d'embarras associés à la consultation d'un professionnel [Xu *et al.*, 2022]. Bien que prometteuses, ces technologies doivent toutefois faire l'objet de recherches approfondies afin d'en évaluer, notamment, l'efficacité, l'innocuité et la sécurité.

Tout comme cela a été présenté dans le premier volet des présents travaux [INESSS, 2022a], la téléadaptation semble être une stratégie prometteuse pour la gestion des troubles du plancher pelvien chez les femmes. Cependant, d'autres stratégies de santé numérique sont attrayantes pour compléter les services de physiothérapie offerts aux femmes souffrant de troubles du plancher pelvien.

Une revue systématique récente a évalué l'efficacité de la santé numérique sur les dysfonctions du plancher pelvien comparativement aux soins usuels [Xu *et al.*, 2022]. Les auteurs de cette revue systématique et méta-analyse concluent que les interventions de santé numérique comprenant des instructions sur des exercices du plancher pelvien étaient pertinentes pour prévenir les dysfonctions du plancher pelvien, mais également réduire la sévérité de ces problèmes en comparaison avec les soins usuels [Xu *et al.*, 2022]. Cependant, ces résultats sont à considérer avec précaution en raison de l'hétérogénéité des soins reçus dans les groupes témoins et des outils technologiques inclus dans les interventions [Xu *et al.*, 2022]. Comme il a été souligné dans l'avis portant sur l'incontinence urinaire [INESSS, 2022a], les outils technologiques sont des moyens intéressants pour améliorer l'accès à la REPP dans certaines populations, mais ils ne remplacent pas la supervision par un professionnel qualifié.

Les experts consultés estiment que la santé numérique présente une multitude d'avantages. Cependant, les données concernant l'efficacité de la santé numérique dans le cas de la REPP peuvent être limitées en termes de quantité ou de qualité des preuves disponibles. Dans le cadre de la rééducation, il est également important de considérer que ces approches ne permettent pas d'offrir certaines modalités, comme la thérapie manuelle ou des techniques de relaxation musculaire. Les différentes plateformes doivent aussi être disponibles pour tous, que ce soit par une application ou un site Web, et il faut s'assurer que tous les types de clientèles peuvent y avoir accès. L'implantation de ce type de technologie peut donc parfois présenter des défis (p. ex. la confidentialité des données) qui doivent être pris en considération dès le début afin d'offrir une qualité optimale de soins.

8.2 Interdisciplinarité

La participation des autres professionnels à la prise en charge des dysfonctions du plancher pelvien est déjà faite en pratique. L'interdisciplinarité est une composante importante du traitement de plusieurs dysfonctions du plancher pelvien, particulièrement dans le cas des dysfonctions anorectales. Sans remplacer le travail des physiothérapeutes, d'autres professionnels contribuent à la prise en charge des patientes souffrant de dysfonctions du plancher pelvien et peuvent participer à d'autres éléments comme la sensibilisation et le partage d'information. Dans le cas des douleurs périnéales, par exemple, les experts du comité consultatif ont mentionné qu'ils collaborent déjà avec d'autres professionnels comme des psychologues ou des sexologues.

Il faut cependant considérer que, dans le contexte actuel, il y a également des enjeux d'accès aux soins prodigués par ces professionnels. Comme il a été soulevé dans le premier volet de l'avis, l'interdisciplinarité est une approche pour soutenir les physiothérapeutes, qui, dans le respect des actes réservés, pourrait faciliter l'accès et l'adhésion à la REPP. Les experts engagés dans le projet ont souligné que la participation d'autres professionnels devrait être encadrée. Certains professionnels pourraient agir, selon eux, dans un contexte de prévention pour certaines conditions. Ils estiment que, dans un contexte de traitement, la prise en charge devrait être réalisée par un physiothérapeute en rééducation périnéale.

8.3 Sensibilisation et partage d'information

Il a été soulevé par des membres des comités que la majorité de la population manque d'information au regard de toutes les problématiques associées au plancher pelvien. Une partie importante du travail des physiothérapeutes est d'informer les patientes sur les conditions traitées et sur les modifications des habitudes de vie. Des experts ont mentionné qu'il serait essentiel de fournir à la population une ressource, comme un site Web, facilement accessible via des plateformes déjà existantes pour rassembler des outils de sensibilisation et de l'information. Il existe une grande quantité d'information sur les dysfonctions du plancher pelvien ainsi que sur les soins et traitements disponibles, qui pourrait être rendue accessible à plus grande échelle. Plusieurs gouvernements offrent déjà ce type d'outils à leur population, notamment l'Australie²⁸, le Royaume-Uni²⁹ et la France³⁰. L'International Urogynecological Association (IUGA) a même mis à disposition une multitude d'outils d'information en français sur plusieurs enjeux du plancher pelvien pour les femmes, y compris l'incontinence anale, les dyspareunies, le prolapsus des organes pelviens, les exercices du plancher pelvien, mais également

²⁸ Australian Government – Department of Health and Aged Care. *Pelvic floor muscle training for women*. [Site Web] Disponible à : <https://www.health.gov.au/resources/publications/pelvic-floor-muscle-training-for-women> (consulté le 19 octobre 2022).

²⁹ NHS *What are pelvic floor exercises?* [Site Web] Disponible à : <https://www.nhs.uk/common-health-questions/womens-health/what-are-pelvic-floor-exercises/> (consulté le 19 octobre 2022).

³⁰ L'Assurance Maladie *Après l'accouchement : le retour à la maison — Rééducation périnéale et abdominale postnatale* [Site Web]. Disponible à : https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-et-nouveau-suivi-domicile#text_1036 (consulté le 19 octobre 2022).

l'incontinence urinaire³¹ Ces outils indiquent même, dans certains cas, des ressources pour avoir accès à la REPP.

En bref

- Plusieurs stratégies de santé numérique sont prometteuses pour offrir des services de physiothérapie aux femmes souffrant de troubles du plancher pelvien, y compris la téléadaptation. Plus d'études sont cependant nécessaires pour démontrer leur efficacité.
- La collaboration de professionnels de différentes disciplines pourrait contribuer à la prise en charge optimale des patientes.
- Des ressources et outils facilement accessibles semblent requis pour informer la population au sujet des problématiques associées au plancher pelvien et aux traitements disponibles, particulièrement la rééducation périnéale et pelvienne.

³¹ International Urogynecological Association (IUGA) *Leaflets*. [Site Web] Disponible à : <https://www.yourpelvicfloor.org/leaflets/> (consulté le 16 novembre 2022).

9 RÉSULTATS DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE

Une analyse économique a été réalisée sur la population pour laquelle l'efficacité et l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) ont été démontrées, soit les femmes adultes (y compris les femmes âgées) souffrant d'un prolapsus des organes pelviens (POP). Malgré le niveau de preuve faible concernant l'efficacité de la REPP pour le traitement des femmes adultes (y compris les femmes âgées) atteintes de dysfonctions anorectales et de douleurs périnéales (sections [4.5.7.1](#) et [6.2.4.1](#)), des analyses permettant d'évaluer les impacts économiques liés au recours à cette rééducation par ces populations ont également été effectuées afin de favoriser l'approche basée sur l'appréciation globale de la valeur de l'intervention [INESSS, 2021]. Les résultats des analyses économiques sont tirés de l'évaluation de la littérature économique portant sur l'efficacité de la REPP repérée lors de la recherche documentaire (annexe E du document *Annexes complémentaires*), et des analyses d'impact budgétaire considérant les coûts liés à une offre de remboursement public de la rééducation aux populations ciblées.

9.1 Littérature économique sur la rééducation périnéale et pelvienne et appréciation de la transférabilité des résultats sur l'efficacité au contexte québécois

9.1.1 Rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes

La revue de la littérature a permis de repérer deux évaluations économiques réalisées dans le cadre d'un essai clinique *randomisé* [Panman *et al.*, 2017; 2016] et un rapport d'évaluation des technologies de la santé [HQO, 2021] qui ont évalué l'efficacité de la pour le traitement du POP chez les femmes adultes. Les résultats de l'évaluation de la qualité des analyses repérées, réalisée à l'aide de la grille CASP, ainsi que les principales caractéristiques et conclusions de ces analyses sont présentés aux annexes H (tableau H-3) et N du document *Annexes complémentaires*, respectivement.

L'évaluation de la qualité des études économiques de Panman et ses collaborateurs [2016] et de Panman et ses collaborateurs [2017] a permis de repérer différentes limites qui restreignent la transférabilité de leurs résultats au contexte clinique du Québec. Ces limites touchent notamment l'horizon temporel considéré, la population étudiée et le contexte dans lequel ces évaluations ont été réalisées. De plus, les études présentent certaines lacunes relativement à l'identification et à la quantification des avantages de santé des interventions étudiées. Par conséquent, elles ont été jugées non transférables au contexte québécois. Une description détaillée des évaluations est présentée à l'annexe O du document *Annexes complémentaires*.

Parmi les évaluations économiques repérées, l'analyse de Health Quality Ontario (HQO) [2021] est celle qui a été jugée de meilleure qualité méthodologique. HQO [2021] a réalisé une analyse coût-utilité dont l'objectif était de comparer l'efficacité de cinq

séquences de traitements comprenant la REPP (quatre à six séances) et/ou l'utilisation d'un pessaire et/ou une ou plusieurs interventions chirurgicales pour la prise en charge des femmes adultes atteintes d'un POP symptomatique ou d'incontinence urinaire à l'effort (IUE) [HCO, 2021]. Une description complète de l'étude et des résultats concernant l'incontinence urinaire à l'effort est disponible dans l'avis publié par l'INESSS en 2022 sur la REPP [INESSS, 2022a]. En résumé, les coûts et les résultats de santé (QALY) associés aux séquences de traitement étudiées ont été évalués sur un horizon temporel de dix ans, selon la perspective du système de soins de santé de l'Ontario. Les séquences de traitement et les effets à long terme (survie et qualité de vie) ont été modélisés à partir d'un modèle de Markov (cycles de 6 mois). Celui-ci envisage la progression vers une intention de traitement subséquente lorsqu'une intervention est jugée inefficace. L'efficacité des traitements a été dérivée à partir de données sur l'adhésion aux traitements et de données sur l'amélioration des symptômes du POP issues de la littérature scientifique. Les données sur l'efficacité ont été extrapolées sur l'ensemble de l'horizon temporel à partir de distributions paramétriques. L'analyse inclut des valeurs d'utilité qui proviennent de la littérature. Les coûts directs des traitements ont été estimés à partir de l'information économique tirée de la Liste de facturation du ministère de la Santé de l'Ontario et de l'Initiative ontarienne de coût par cas, et à partir de la littérature.

Les résultats de l'évaluation économique d'Health Quality Ontario [2021] sont présentés au [tableau 18](#). Il rapporte que la réalisation d'une REPP pour la prise en charge des femmes adultes atteintes de POP pourrait permettre une réduction des coûts et une augmentation des avantages pour la santé comparativement à une prise en charge sans cette rééducation. En effet, les trajectoires de soins évalués qui incluent l'intervention sont dominants (plus efficaces et moins chers) par rapport à ceux qui l'excluent. En particulier, la séquence de traitement qui engendre les avantages de santé les plus importants aux moindres coûts est celle composée d'une REPP en première intention, de l'utilisation d'un pessaire en deuxième intention et, finalement, d'une ou plusieurs interventions chirurgicales.

Tableau 18 Principaux résultats de l'analyse de l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes réalisée par Health Quality Ontario*

SÉQUENCE DE TRAITEMENT†	RÉSULTATS		RCUI‡
	QALY	COÛTS	
REPP → pessaire → intervention chirurgicale	7,504	1 723 \$	Intervention dominante
Pessaire → REPP → intervention chirurgicale	7,494	2 040 \$	Intervention dominée (Δ Coûts : (318 \$; Δ QALY : - 0,010)
REPP → intervention chirurgicale	7,483	2 302 \$	Intervention dominée (Δ Coûts : 580 \$; Δ QALY : - 0,021)
Pessaire → intervention chirurgicale	7,395	4 104 \$	Intervention dominée (Δ Coûts : 2 381 \$; Δ QALY : - 0,109)
Intervention chirurgicale	7,310	4 688 \$	Intervention dominée (Δ Coûts : 2 965 \$; Δ QALY : - 0,194)

HQO : Health Quality Ontario; QALY : année de vie ajustée en fonction de la qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RCUI : ratio coût-utilité incrémental; Δ : différence.

* Les résultats sont calculés sur un horizon temporel de 10 ans, selon la perspective du système de santé de l'Ontario à partir d'un modèle de Markov (cycles de 6 mois). Les coûts de l'étude ont été ajustés en dollars canadiens de 2022 au moyen de l'outil de conversion CCEMG-EPPI-Centre Cost Converter [Shemilt *et al.*, 2010].

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

‡ Les différences de coûts et de QALY sont calculées par rapport à l'intervention dominante.

Sur la base des données tirées des rapports financiers annuels des établissements de santé du Québec (AS-471)³² ainsi que de l'information fournie par des experts consultés, les coûts liés à la réalisation de la REPP rapportés dans l'analyse de Health Quality Ontario [2021] semblent adéquats dans le contexte québécois [HQO, 2021].

L'augmentation des avantages pour la santé qui pourraient être engendrés par la réalisation de cette rééducation, par rapport à une prise en charge sans rééducation, pourrait être sous-estimée. En effet, les données sur la qualité de vie considérées pour dériver ces avantages ont été obtenues à partir de questionnaires génériques (EQ-5D-3L) qui ne sont généralement pas suffisamment sensibles pour mesurer l'impact du POP sur la qualité de vie des femmes adultes [Fenocchi *et al.*, 2022].

Certains éléments dont on a tenu compte dans l'analyse de Health Quality Ontario [2021] ne sont toutefois pas représentatifs de la pratique québécoise. Par exemple, dans leur analyse, il est supposé que la plupart des femmes qui utilisent un pessaire (80 %) consultent un médecin pour l'entretien de leur dispositif. Selon les experts consultés, cette proportion est toutefois surestimée, bien que pour certains types de pessaires et certaines clientèles (par exemple les femmes âgées), des consultations auprès d'une infirmière sont nécessaires pour l'entretien de leur dispositif. Par ailleurs, il est important de noter que le pessaire n'est pas remboursé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), bien qu'il soit disponible dans les centres hospitaliers québécois. Par conséquent, dans certaines situations, les femmes atteintes de POP paient le coût

³² Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS AS-471). Rapports financiers annuels des établissements 2021-2022. Base de données du système M30. Québec, Qc : MSSS; 2020 [site Web]. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003433/> (consulté le 10 octobre 2022).

de ce dispositif. Ces différences ont un impact sur les coûts totaux associés aux séquences de traitement évaluées, mais elles ne devraient pas influencer sur les conclusions rapportées sur l'efficacité.

Ainsi, si l'on devait faire, en contexte québécois, l'analyse de l'efficacité de la REPP pour la prise en charge du POP chez les femmes adultes, par rapport à ces comparateurs, il semble raisonnable d'anticiper des résultats similaires à ceux présentés dans le [tableau 18](#). Bien que les résultats sur l'efficacité semblent robustes selon les analyses de sensibilité réalisées, ils demeurent conditionnels au fait que les principaux paramètres des modèles, notamment la probabilité de succès de l'intervention et son efficacité à long terme, demeurent dans les intervalles de valeurs dont on tient compte dans cette analyse.

Comme discuté précédemment, la population considérée dans l'analyse de Health Quality Ontario [2021] inclut uniquement les femmes atteintes d'un POP symptomatique. Même si ce ne sont généralement que les femmes avec des symptômes qui consultent en physiothérapie pour un programme de REPP, il est possible que certaines femmes asymptomatiques reçoivent un diagnostic de POP lors d'une consultation pour une autre condition. Puisque l'efficacité de la rééducation pourrait varier en fonction de la présence de symptômes, une généralisation des résultats de l'étude ontarienne précédemment rapportée ne peut être effectuée [HQO, 2021]. Par conséquent, il n'est pas possible de conclure avec certitude à l'efficacité de la REPP pour le traitement d'un POP asymptomatique chez les femmes adultes.

9.1.2 Rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales chez les femmes adultes

Aucune étude évaluant l'efficacité de la REPP pour le traitement des dysfonctions anorectales ou des douleurs périnéales chez les femmes adultes n'a été repérée lors de la revue de la littérature.

À défaut de ce type de publication et compte tenu de l'incertitude entourant son efficacité (sections [4.5.7.1](#) et [6.2.4.1](#)), l'INESSS ne peut pas statuer sur l'efficacité de la REPP chez des femmes adultes atteintes d'une dysfonction anorectale ou de douleurs périnéales.

9.2 Analyses d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne

Les analyses d'impact budgétaire réalisées prennent en considération les coûts liés à une offre de remboursement public de REPP pour les trois populations de femmes adultes étudiées, soit celles atteintes d'un POP, de dysfonctions anorectales et de douleurs périnéales. Les détails des analyses ainsi que les intrants employés sont présentés à l'annexe Q du document *Annexes complémentaires*.

Les analyses reposent sur une méthodologie similaire à celle employée dans le cadre de l'évaluation de la pertinence de la REPP pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire [INESSS, 2022a]. Dans les analyses réalisées, le différentiel de

coûts entre deux scénarios, soit le scénario actuel (absence de couverture publique de la REPP) et le nouveau scénario (couverture publique de la REPP), a été estimé. Les séquences de traitements des scénarios actuels et des nouveaux scénarios ont été basées sur la littérature et les consultations avec les experts du domaine ([section 1.5.1](#)). Des cycles de six mois ont été retenus, selon la durée de traitement recommandée pour la REPP ainsi que le délai médian actuel d'accès en physiothérapie au Québec ([section 1.3.2](#)). À défaut de données concernant l'efficacité de la rééducation pour le traitement des femmes adultes atteintes de dysfonctions anorectales ou de douleurs périnéales dont le niveau de preuve serait suffisant (sections [4.5.7.1](#) et [6.2.4.1](#)), l'impact de la REPP sur le recours à des traitements subséquents pour ces dysfonctions n'a pas pu être évalué ni considéré dans les analyses d'impact budgétaire.

Les coûts ont été projetés sur un horizon temporel de cinq ans, selon la perspective du système public de soins de santé et de services sociaux québécois. Les analyses reposent sur des données épidémiologiques issues de la littérature et des hypothèses appuyées par les experts consultés. Les modalités d'application de la REPP sont issues de revues rapides de la littérature ([section 5.4](#)) et des résultats du questionnaire réalisé auprès de 80 physiothérapeutes du Québec (annexe C du document *Annexes complémentaires*).

Comme mentionné à la [section 1.3](#), les dysfonctions du plancher pelvien sont souvent concomitantes. En effet, le POP, les dysfonctions anorectales et les douleurs périnéales sont plus fréquents chez des femmes qui ont déjà une dysfonction, notamment l'incontinence urinaire ([section 1.3](#)). Puisque l'impact budgétaire lié au remboursement public de la REPP pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes a précédemment été évalué³³ [INESSS, 2022a], la présence de ces comorbidités a été intégrée aux analyses réalisées afin d'éviter le double compte des ressources utilisées, et par conséquent la surestimation des coûts liés à une offre de remboursement public de la rééducation pour les populations de femmes adultes ciblées.

9.2.1 Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes

9.2.1.1 Intrants

Séquences de traitements

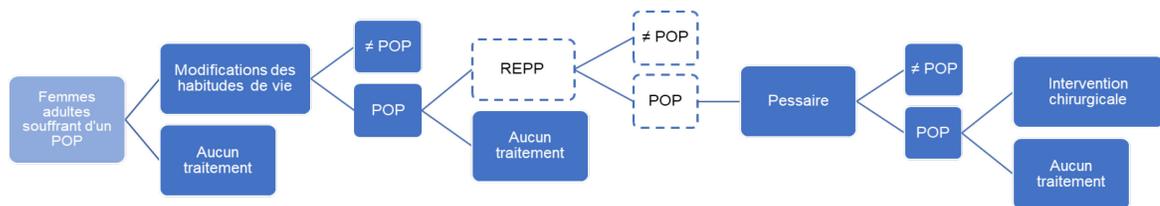
La [figure 1](#) présente les séquences de traitements évaluées dans le cadre de l'analyse d'impact budgétaire de la REPP pour le traitement du POP chez les femmes adultes. Les encadrés pointillés sont considérés uniquement dans le nouveau scénario.

Sur la base de l'opinion des experts consultés et des résultats du questionnaire réalisé auprès des physiothérapeutes du Québec (annexe C du document *Annexes*

³³ Il avait été estimé que l'ajout de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes pourrait entraîner, selon le nombre de séances réalisées, des dépenses additionnelles de 209 à 419 M\$, qu'il toucherait environ 398 000 femmes et permettrait de traiter environ 294 000 cas d'incontinence urinaire supplémentaires en 5 ans.

complémentaires), l'analyse estime que les femmes atteintes d'un POP préfèrent généralement la REPP préalablement au pessaire pour le traitement de leur condition. Même si plus d'une intervention chirurgicale peut être réalisée chez une même patiente atteinte d'un POP, une seule chirurgie a été incluse dans la présente analyse. En effet, selon l'opinion des experts consultés, les interventions chirurgicales subséquentes surviennent généralement au-delà de l'horizon temporel retenu (5 ans).

Figure 1 Séquences de traitements considérées pour l'analyse de l'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes



L'analyse estime qu'une femme atteinte d'un POP demeure à la même ligne de traitement durant six mois avant de progresser, advenant l'échec de l'intervention, vers une ligne de traitement subséquente. Puisque des données concernant la nécessité d'un traitement supplémentaire n'ont pas été repérées dans la littérature ([section 5.2](#)), les probabilités d'échec associées aux interventions étudiées ont été estimées à partir de mesures autodéclarées d'amélioration des symptômes du POP, ou de mesures d'adhésion au traitement. Il est supposé que l'efficacité des interventions sera maintenue sur l'ensemble de l'horizon temporel.

Sur la base de l'opinion des experts consultés et de la littérature repérée, il est estimé que 50 % des femmes atteintes d'un POP pour lesquelles les approches conservatrices (modifications des habitudes de vie, REPP, pessaire) ont échoué désireront recevoir une première intervention chirurgicale, et cela afin de tenir compte des préférences de la population vis-à-vis ce type d'intervention associé à un taux de complications plus élevé. Par souci de validité externe et afin de prendre en considération la capacité actuelle du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), un nombre maximal d'interventions chirurgicales pouvant être effectuées annuellement a été considéré. La volumétrie annuelle pour ce type d'intervention a ainsi été fixée à 3 400, sur la base des données clinico-administratives disponibles de 2015 et 2019 (annexe R du document *Annexes complémentaires*). Lorsque cette capacité est atteinte, l'analyse estime que les femmes souffrant de POP qui souhaitent recevoir une intervention chirurgicale sont inscrites sur une liste d'attente. Celles qui refusent ce type d'intervention ne reçoivent aucun traitement supplémentaire.

Population cible

Le nombre de femmes adultes souffrant d'un POP qui pourraient bénéficier du programme public de REPP a été estimé à partir d'une approche épidémiologique, en employant la prévalence du POP symptomatique rapportée dans la littérature [Aboseif et

Liu, 2022] pour la première période de six mois de l'analyse (6 %), et le taux d'incidence dérivé de l'étude de Barber et ses collaborateurs [2013] (0,63 %) pour les périodes de six mois suivantes. En considérant qu'environ 37 % des femmes adultes souffrant d'un POP consulteront un professionnel de la santé pour la prise en charge de leur dysfonction [Lewicky-Gaupp *et al.*, 2009; Luber *et al.*, 2001], il est estimé qu'environ 89 000 femmes amorceront un premier traitement pour leur prolapsus lors de la première année projetée, et environ 17 000 femmes à chacune des années suivantes. En tenant compte d'une probabilité de succès associée aux modifications des habitudes de vie de 12 % [Wang *et al.*, 2022; Li *et al.*, 2016] et d'un taux de participation à la REPP de 90 % (avis d'experts), le nombre de femmes atteintes de POP qui pourraient bénéficier de cette dernière intervention s'élèverait à environ 64 000 la première année, et à environ 14 000 à chacune des années suivantes (moyenne annuelle : 24 000 femmes). Parmi ces femmes, il est estimé qu'environ 40 % présentent également des symptômes urinaires, y compris de l'incontinence urinaire à l'effort, par urgenterie ou mixte [Harvey *et al.*, 2021a].

Coûts des interventions

Les coûts liés à la réalisation de la REPP ont été dérivés en considérant qu'entre quatre et dix séances individuelles supervisées seraient réalisées auprès des femmes adultes souffrant d'un POP seul (section 5.4). Les rapports financiers et statistiques des établissements de santé du Québec (AS-471) ont été consultés afin d'obtenir le coût unitaire d'une séance en physiothérapie³². Le coût lié à la réalisation de la REPP pour les femmes atteintes de POP et qui présentent également des symptômes d'incontinence urinaire a été jugé nul, puisque, selon les experts consultés, ces deux dysfonctions sont généralement traitées simultanément³⁴. Les coûts associés aux modifications des habitudes de vie ont, quant à eux, été calculés en tenant compte de deux consultations auprès d'un médecin de famille (Circulaire 2022-009, code de service 4³⁵). Comme mentionné précédemment, au Québec, le pessaire n'est pas remboursé par la RAMQ, mais il est disponible dans les centres hospitaliers québécois. Ainsi, bien que toutes les poses d'un pessaire nécessitent une ordonnance d'un médecin, les coûts liés au dispositif, à son installation et à son suivi dépendent généralement du professionnel concerné. Sur la base de l'opinion des experts consultés, l'analyse estime que les coûts liés au pessaire sont généralement payés par les établissements de santé québécois (90 % des cas), puisque la majorité des femmes se le procurent et se le font installer par un gynécologue. Le coût du pessaire a été estimé sur la base de diverses sources de la littérature, dont l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ, 2022)³⁶. Les coûts liés au suivi annuel des femmes qui utilisent un pessaire ont été

³⁴ Dans l'analyse d'impact budgétaire liée au remboursement public de la REPP pour le traitement de l'IU chez les femmes adultes, entre cinq et dix séances de REPP ont été considérées.

³⁵ Circulaire 2022-009, code de service 4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Normes et pratiques de Gestion, Tome II, Circulaire 2021-021* [site Web]. Disponible à : <https://q26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ListeCirculaire.aspx> (consulté le 10 octobre 2022).

³⁶ Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, *Pessaire*. Québec ; Qc. AOGQ ; 2022. Disponible à : <https://www.gynecoquebec.com/sante-femme/pessaires/27-pessaires.html#:~:text=Quels%20sont%20les%20co%C3%BBts%20du,est%20bon%20pour%20plusieurs%20an n%C3%A9es>. (consulté le 10 octobre 2022).

estimés en tenant compte d'une visite annuelle auprès d'un gynécologue ainsi que des rencontres trimestrielles avec un professionnel de la santé³⁷. Sur la base des résultats du questionnaire réalisé auprès des physiothérapeutes québécois, il a également été considéré que pour 20 % des femmes qui utilisent un pessaire, des visites mensuelles auprès d'une infirmière sont nécessaires afin d'entretenir leur dispositif (annexe C du document *Annexes complémentaires*). Les coûts liés à l'intervention chirurgicale ont été basés sur l'information tirée du manuel de facturation des médecins spécialistes (annexe R du document *Annexes complémentaires*) et des rapports financiers des établissements de santé du Québec (AS-471³²). Une durée moyenne au bloc opératoire de 2,5 heures a été retenue dans le calcul des coûts de cette intervention sur la base des consultations auprès des experts.

9.2.1.2 Résultats

Le [tableau 19](#) présente les résultats de l'analyse d'impact budgétaire. En fonction du nombre de séances réalisées (entre quatre et dix), l'ajout de la REPP pour le traitement du POP chez les femmes adultes pourrait entraîner des dépenses brutes de 31 à 78 M\$ sur cinq ans, et toucherait environ 118 000 femmes. En supposant que l'efficacité de la REPP serait maintenue sur l'ensemble de l'horizon temporel considéré, l'ajout de l'intervention pourrait permettre de réduire les coûts associés aux traitements subséquents (pessaire et intervention chirurgicale) d'environ 48 M\$ (32 %) sur cinq ans. Sur cet horizon temporel, l'impact net est ainsi estimé entre - 17 et 30 M\$ selon le nombre de séances réalisées. Le remboursement public de la REPP pourrait permettre de traiter, en cinq ans, environ 56 000 femmes adultes atteintes d'un POP. En comparaison avec le scénario actuel, l'ajout de la rééducation permettrait également de diminuer le nombre de femmes atteintes d'un prolapsus en attente d'une intervention chirurgicale de 75 % à la fin de la cinquième année.

Tableau 19 Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes

	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL 5 ans
Nombre de femmes (REPP)	64 300	13 500	13 500	13 500	13 500	118 200
Scénario actuel						
MHV	5 300 000 \$	1 007 000 \$	1 007 000 \$	1 007 000 \$	1 007 000 \$	9 329 000 \$
Pessaire	16 628 000 \$	14 624 000 \$	16 845 000 \$	19 066 000 \$	21 287 000 \$	88 450 000 \$
Intervention chirurgicale	7 124 000 \$	14 247 000 \$	14 247 000 \$	14 247 000 \$	14 247 000 \$	64 114 000 \$
TOTAL	29 052 000 \$	29 879 000 \$	32 100 000 \$	34 321 000 \$	36 542 000 \$	161 893 000 \$
Nouveau scénario						
MHV	5 300 000 \$	1 007 000 \$	1 007 000 \$	1 007 000 \$	1 007 000 \$	9 329 000 \$
REPP*	16 961 000 – 42 402 000 \$	3 562 000 – 8 904 000 \$	31 208 000 – 78 019 000 \$			

³⁷ Même si le suivi trimestriel du pessaire peut être fait par une infirmière, les données clinico-administratives consultées montrent qu'environ 20 % des femmes consultent un gynécologue pour ce suivi.

	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL 5 ans	
Pessaire	1 663 000 \$	12 749 000 \$	9 190 000 \$	10 471 000 \$	11 753 000 \$	45 826 000 \$	
Intervention chirurgicale	1 496 000 \$	14 247 000 \$	14 247 000 \$	14 247 000 \$	14 247 000 \$	58 486 000 \$	
TOTAL*	25 419 000 – 50 860 000 \$	31 566 000 – 36 908 000 \$	28 006 000 – 33 349 000 \$	29 288 000 – 34 631 000 \$	30 570 000 – 35 912 000 \$	144 849 000 – 191 660 000 \$	
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)							
MHV	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	
REPP*	16 961 000 – 42 402 000 \$	3 562 000 – 8 904 000 \$	3 562 000 – 8 904 000 \$	3 562 000 – 8 904 000 \$	3 562 000 – 8 904 000 \$	31 208 000 – 78 019 000 \$	
Pessaire	- 14 965 000 \$	- 1 875 000 \$	- 7 655 000 \$	- 8 595 000 \$	- 9 534 000 \$	- 42 624 000 \$	
Interventions chirurgicales	- 5 628 000 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	- 5 628 000 \$	
TOTAL*	- 3 632 000 – 21 809 000 \$	1 687 000 – 7 030 000 \$	- 4 093 000 – 1 249 000 \$	- 5 033 000 – 310 000 \$	- 5 973 000 – - 630 000 \$	- 17 044 000 – 29 767 000 \$	
Analyses de sensibilité probabilistes					Borne inférieure [†]		- 76 265 000 \$
					Borne supérieure [‡]		55 515 000 \$

MHV : modifications des habitudes de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

Les volumétries et les coûts sont arrondis à la centaine et au millier près, respectivement.

* Les calculs sont basés en tenant compte de la réalisation de 4 à 10 séances de REPP. Il est considéré que, pour les femmes atteintes de POP qui présentent également des symptômes urinaires (40 %), le coût de la REPP est nul, puisque les deux dysfonctions sont généralement traitées simultanément. Les coûts liés au remboursement de la REPP pour cette sous-population ont été estimés dans l'évaluation de la pertinence de la REPP pour la prévention et le traitement de l'IU [INESSS, 2022a].

[†] Cette valeur correspond à la borne inférieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de quatre séances de REPP.

[‡] Cette valeur correspond à la borne supérieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de dix séances de REPP.

9.2.1.3 Analyses de sensibilité et analyses de scénarios

Les résultats de l'analyse de sensibilité probabiliste montrent que l'impact net lié à l'ajout de la REPP pour le traitement du POP chez les femmes adultes pourrait varier, en fonction du nombre de séances réalisées, entre -76 et 56 M\$ sur cinq ans, selon un intervalle de confiance de 95 %. L'écart entre ces valeurs s'explique par la grande variabilité de certains paramètres employés dans l'analyse. Selon l'analyse de sensibilité déterministe univariée réalisée, les paramètres qui influent fortement sur les résultats de l'analyse sont : la probabilité de succès associée à la REPP, la prévalence du POP chez les femmes adultes ainsi que la proportion de femmes atteintes de ce prolapsus et d'incontinence urinaire. En supposant le maintien de l'efficacité de l'intervention sur l'ensemble de l'horizon temporel considéré, le nombre de femmes traitées grâce à la rééducation, estimé à partir de mesures autodéclarées d'amélioration des symptômes, fluctue quant à lui entre 18 000 (-17 %) et 96 000 (-64 %) selon un intervalle de confiance de 95 %. Dans ce même intervalle, la diminution du nombre de femmes atteintes d'un POP en attente d'une intervention chirurgicale à la fin de l'horizon temporel considéré fluctue de 26 à 100 % par rapport au scénario actuel.

Comme mentionné précédemment, l'impact net lié au remboursement de la REPP a été estimé en tenant compte d'une contrainte associée au nombre d'interventions chirurgicales réalisées annuellement, qui ne doit pas excéder le volume habituel. Dans une analyse secondaire où aucune limite à la capacité du réseau de la santé et des services sociaux n'est considérée, il est estimé que le remboursement public de la REPP

pourrait permettre d'éviter 15 200 interventions chirurgicales en cinq ans, en tenant compte du maintien de l'efficacité de l'intervention sur l'ensemble de cet horizon temporel. Cela correspond à une diminution de 45 % par rapport au scénario actuel. L'impact net lié au remboursement de la rééducation pour le traitement des femmes adultes souffrant d'un POP pourrait engendrer une diminution des dépenses nettes de 28 à 75 M\$ en cinq ans, selon le nombre de séances réalisées (entre quatre et dix). Cette estimation, basée sur une approche épidémiologique, représente la demande pour cette trajectoire de soins et ne tient pas compte de la capacité actuelle du réseau.

L'hypothèse selon laquelle le POP et l'incontinence urinaire pourraient être pris en charge simultanément repose sur l'opinion d'experts et pourrait varier selon la condition de la femme traitée. Dans une analyse secondaire où cette hypothèse n'est pas retenue, l'impact net lié au remboursement public de la REPP pour le traitement des femmes adultes atteintes d'un POP pourrait varier de 4 à 82 M\$ sur cinq ans, selon le nombre de séances réalisées (entre quatre et dix).

9.2.2 Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes

9.2.2.1 Intrants

Séquences de traitements

Sur la base de la littérature et des consultations avec les experts du domaine, l'analyse estime que, advenant son remboursement, la REPP serait réalisée pour le traitement des dysfonctions anorectales, en deuxième intention à la suite d'un échec des traitements pharmacologiques (annexes A et C du document *Annexes complémentaires*). Compte tenu de l'incertitude entourant l'efficacité de l'intervention ([section 4.5.7.1](#)), l'impact de cette rééducation sur le recours à des traitements subséquents n'a pas été retenu dans la présente analyse.

Population cible

Le nombre de femmes qui pourraient bénéficier de la REPP en traitement d'une dysfonction anorectale a été estimé à partir d'une approche épidémiologique. Sur la base de la littérature repérée [Ng *et al.*, 2015], la prévalence de l'incontinence anale (IA) chez les femmes adultes qui rapportent cette dysfonction est estimée à 9 %. L'incidence bisannuelle de cette condition médicale est, quant à elle, évaluée à 0,44 %, et il est estimé que le taux de consultation chez les nouvelles patientes serait de 20 % [Lehto *et al.*, 2014]. En tenant compte d'un taux de participation à la rééducation d'environ 90 % et d'un taux d'amélioration des symptômes de l'IA à la suite des traitements pharmacologiques de première ligne de 37 % [Damon *et al.*, 2014], il est estimé qu'environ 187 000 femmes pourraient bénéficier du programme de REPP pour traiter cette dysfonction lors de la première année, et 3 600 lors des années subséquentes. Selon les experts consultés, 30 % de ces femmes présentent également des symptômes d'incontinence urinaire.

La constipation fonctionnelle n'a pas été retenue dans l'estimation de la population cible étant donné que, selon les experts consultés, très peu de femmes adultes (moins de 3 %) consultent en REPP seulement pour traiter cette condition. Ainsi, il est estimé que, parmi les femmes atteintes de constipation fonctionnelle qui ont recours à la rééducation, la plupart traiteront leur dysfonction dans le cadre d'un programme pour une autre dysfonction.

Coûts des interventions

Sur la base des résultats du questionnaire réalisé auprès des physiothérapeutes du Québec (annexe C du document *Annexes complémentaires*), les coûts liés à la réalisation de la REPP ont été dérivés en estimant qu'entre 6 et 12 séances individuelles supervisées seraient réalisées pour le traitement de la dysfonction anorectale seule. Pour les femmes atteintes également d'incontinence urinaire, il a été considéré que de 2 à 3 séances seraient nécessaires pour le traitement de leur dysfonction anorectale. Les rapports financiers et statistiques des établissements de santé du Québec ont été consultés afin d'obtenir le coût unitaire d'une séance en physiothérapie³².

9.2.2.2 Résultats

Les résultats de l'analyse d'impact budgétaire sont présentés au [tableau 20](#). En fonction du nombre de séances réalisées (entre 6 et 12), l'ajout de la REPP pour le traitement des dysfonctions anorectales pourrait entraîner des dépenses de 107 à 206 M\$ sur cinq ans. Sur cet horizon temporel, l'intervention toucherait environ 202 000 femmes.

Tableau 20 Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes

	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL 5 ans	
Nombre de femmes (REPP)	187 200	3 600	3 600	3 600	3 600	201 700	
Scénario actuel							
Traitement pharmacologique*	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	
TOTAL	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	
Nouveau scénario							
Traitement pharmacologique*	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	
REPP**	98 852 000 – 191 525 000 \$	1 914 000 – 3 709 000 \$	106 509 000 – 206 361 000 \$				
TOTAL**	98 852 000 – 191 525 000 \$	1 914 000 – 3 709 000 \$	106 509 000 – 206 361 000 \$				
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)							
Traitement pharmacologique	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	
REPP**	98 852 000 – 191 525 000 \$	1 914 000 – 3 709 000 \$	106 509 000 – 206 361 000 \$				
TOTAL**	98 852 000 – 191 525 000 \$	1 914 000 – 3 709 000 \$	106 509 000 – 206 361 000 \$				
Analyses de sensibilité probabilistes						Borne inférieure [†]	33 114 000 \$
						Borne supérieure [‡]	437 243 000 \$

REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

Les volumétries et les coûts sont arrondis à la centaine et au millier près, respectivement.

* Les traitements pharmacologiques administrés en première intention pour les dysfonctions anorectales ne sont généralement pas remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

** Les calculs sont basés en tenant compte de la réalisation de 6 à 12 séances de REPP. Il est considéré que le traitement des dysfonctions anorectales des femmes qui présentent également des symptômes urinaires (30 %) nécessite de 2 à 3 séances de REPP.

[†] Cette valeur correspond à la borne inférieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de six séances de REPP.

[‡] Cette valeur correspond à la borne supérieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de 12 séances de REPP.

9.2.2.3 Analyses de sensibilité

Les résultats de l'analyse de sensibilité probabiliste montrent que l'impact net lié à l'ajout de la REPP pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes pourrait varier, en fonction du nombre de séances réalisées, entre 33 et 437 M\$ sur cinq ans, selon un intervalle de confiance de 95 %. L'écart entre ces valeurs s'explique par la grande variabilité de certains paramètres employés dans l'analyse. Selon l'analyse de sensibilité déterministe univariée réalisée, les paramètres qui influent fortement sur les résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la REPP en traitement chez les femmes adultes atteintes de dysfonctions anorectales sont la prévalence des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes et la probabilité de succès des traitements pharmacologiques de première ligne.

Dans un scénario où aucune comorbidité n'est retenue, et en tenant compte qu'entre six à 12 séances de REPP sont généralement nécessaires pour traiter les dysfonctions anorectales chez les femmes adultes, le remboursement public de la rééducation faite auprès de cette population est estimé entre 133 et 266 M\$ sur cinq ans.

9.2.3 Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des douleurs périnéales chez les femmes adultes

9.2.3.1 Intrants

Séquences de traitements

L'analyse considère la REPP comme un traitement de première intention pour la prise en charge des douleurs périnéales chez les femmes adultes (annexe A du document *Annexes complémentaires*). Puisque le niveau de preuve concernant l'efficacité de l'intervention est faible ([section 6.2.4.1](#)), l'impact de la rééducation sur le recours à des traitements subséquents n'a pas été intégré dans l'analyse.

Population cible

Le nombre de femmes adultes souffrant de douleurs périnéales qui pourraient bénéficier du programme public de REPP a été estimé à partir d'une approche épidémiologique, en employant la prévalence rapportée dans Ahangari [2014] (16,5 %) pour la première période de six mois de l'analyse, et le taux d'incidence bisannuelle estimé à partir de l'étude de Reed et ses collaborateurs [2014] (1,8 %). Sur la base de la littérature et de l'avis des experts consultés, il est estimé que 15 % des femmes adultes souffrant de douleurs périnéales consulteront un professionnel de la santé pour la prise en charge de leur dysfonction ([Ahangari, 2014]) et qu'environ 75 % de ces femmes souhaiteront participer à un programme de rééducation. Ainsi, le nombre de femmes adultes atteintes de douleurs périnéales qui pourraient bénéficier du programme de REPP est évalué à 74 800 lors du premier cycle de 6 mois, et à environ 7 358 lors des cycles subséquents.

Coûts des interventions

Les coûts liés à la réalisation de la REPP ont été dérivés en considérant qu'entre 8 et 12 séances individuelles supervisées seraient réalisées auprès des femmes adultes atteintes de douleurs périnéales, qu'elles aient ou non des symptômes urinaires (annexe C du document *Annexes complémentaires*). En effet, il est estimé que le traitement des douleurs périnéales et de l'incontinence urinaire nécessite une prise en charge différente, et ainsi des séances de rééducation distinctes. Les rapports financiers et statistiques des établissements de santé du Québec ont été consultés afin d'obtenir le coût unitaire d'une séance en physiothérapie³².

9.2.3.2 Résultats

Le [tableau 21](#) présente les résultats de l'analyse d'impact budgétaire. En tenant compte que de 8 à 12 séances de REPP sont généralement requises pour traiter cette condition, les dépenses nettes liées au remboursement public d'un programme de rééducation pour ces femmes sont estimées entre 118 et 176 M\$ sur cinq ans. Sur cet horizon temporel, il est évalué que l'intervention pourrait toucher environ 134 000 femmes.

Tableau 21 Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des douleurs périnéales chez les femmes adultes

	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	TOTAL 5 ans
Nombre de femmes (REPP)	74 800	14 700	14 700	14 700	14 700	133 700
Scénario actuel						
TOTAL	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Nouveau scénario						
REPP*	65 824 000 – 98 736 000 \$	12 949 000 – 19 423 000 \$	117 620 000 – 176 430 000 \$			
TOTAL*	65 824 000 – 98 736 000 \$	12 949 000 – 19 423 000 \$	117 620 000 – 176 430 000 \$			
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)						
REPP*	65 824 000 – 98 736 000 \$	12 949 000 – 19 423 000 \$	117 620 000 – 176 430 000 \$			
TOTAL*	65 824 000 – 98 736 000 \$	12 949 000 – 19 423 000 \$	117 620 000 – 176 430 000 \$			
Analyses de sensibilité probabilistes	Borne inférieure [†]					55 627 000 \$
	Borne supérieure [‡]					312 931 000 \$

REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

Les volumétries et les coûts sont arrondis à la centaine et au millier près, respectivement.

* Les calculs sont basés en tenant compte de la réalisation de 8 à 12 séances de REPP.

[†] Cette valeur correspond à la borne inférieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de 8 séances de REPP.

[‡] Cette valeur correspond à la borne supérieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de 12 séances de REPP.

9.2.4 Analyses de sensibilité

Les résultats de l'analyse de sensibilité probabiliste montrent que l'impact net lié à l'ajout de la REPP pour le traitement des douleurs pelviennes chez les femmes adultes pourrait varier, en fonction du nombre de séances réalisées, entre 55 et 313 M\$ sur cinq ans, selon un intervalle de confiance de 95 %. L'écart entre ces valeurs s'explique par la grande variabilité de certains paramètres employés dans l'analyse. Selon l'analyse de sensibilité déterministe univariée réalisée, les paramètres qui influent fortement sur les résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la REPP en traitement chez cette population sont la proportion de femmes atteintes de douleurs périnéales qui consultent un professionnel de la santé pour la prise en charge de leur dysfonction, la prévalence de la condition ainsi que le taux de participation à la rééducation chez cette population.

9.2.5 Limites des analyses d'impact budgétaire

L'analyse d'impact budgétaire concernant le remboursement de la REPP pour le traitement du POP chez les femmes adultes présente certaines limites. Des simplifications de la prise en charge du prolapsus chez les femmes adultes ont d'abord été retenues pour réaliser cette analyse. En effet, compte tenu de l'absence de données, aucune distinction n'a été faite entre les stades du POP, alors que, selon les experts consultés, la trajectoire de soins peut différer selon le stade de la maladie, plus précisément entre les stades I, II et III (annexe C du document *Annexes complémentaires*). Par ailleurs, les coûts liés à la gestion des complications des interventions chirurgicales n'ont pas été retenus, et ainsi les gains estimés avec un remboursement public de la rééducation pourraient être sous-estimés.

À défaut de données concernant la nécessité d'un traitement supplémentaire dans la littérature, les probabilités d'échec associées aux interventions étudiées ont été estimées à partir de mesures autodéclarées d'amélioration des symptômes du POP, ou de mesures d'adhésion au traitement. Ces mesures, bien que pertinentes selon les experts consultés pour évaluer l'efficacité des traitements de prise en charge du POP, ne permettent pas d'estimer avec certitude le nombre de femmes qui ont recours à un traitement supplémentaire à la suite de chacune des interventions incluses dans les séquences de traitements évaluées. De plus, le postulat du maintien de l'efficacité des interventions sur l'ensemble de l'horizon temporel considéré (cinq ans) est incertain. En effet, bien qu'elles soient peu nombreuses et généralement de mauvaise qualité ([section 5.2](#)), les données sur l'efficacité à long terme repérées semblent montrer qu'une perte d'efficacité graduelle au fil du temps est probable, comme cela est envisagé dans l'évaluation économique réalisée par Health Quality Ontario [2021] où les données sur l'efficacité ont été extrapolées à partir de distributions paramétriques.

L'analyse d'impact budgétaire a également été réalisée en excluant la REPP des scénarios actuels, alors que certaines femmes reçoivent présentement une rééducation offerte en clinique privée ([section 1.5.2](#)). Comme il a été jugé que cette proportion est négligeable actuellement, notamment en raison des coûts associés au traitement ([section 7.3.4](#)), les effets de la rééducation au privé sur les traitements subséquents (pessaire, interventions chirurgicales) n'ont pas été retenus dans le scénario actuel. Conséquemment, le volume de femmes qui y reçoivent ce type d'intervention pourrait être surestimé en impact net.

Compte tenu de l'incertitude entourant l'efficacité de l'intervention, les effets de la REPP sur le recours à des traitements subséquents n'ont pas été inclus dans les analyses d'impact budgétaire réalisées sur le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales chez les femmes adultes. Les résultats rapportés dans ces deux analyses pourraient ainsi être surestimés.

Dans l'ensemble des analyses effectuées (POP, dysfonctions anorectales et douleurs périnéales), les estimations des populations cibles sont empreintes d'incertitude. En effet, étant donné les limites associées aux données clinico-administratives, le nombre de femmes qui pourraient bénéficier du programme public de REPP a été estimé à partir

d'une approche épidémiologique, en tenant compte des données de prévalence et d'incidence issues de la littérature. Ces données épidémiologiques sont hétérogènes d'une publication à l'autre. De plus, les populations retenues n'étant pas mutuellement exclusives, le nombre total de femmes sujettes au remboursement public de la REPP estimé dans l'analyse d'impact budgétaire est probablement surestimé. En d'autres termes, il y a un double compte entre les populations où, par exemple, les femmes qui auraient bénéficié de la rééducation pour le traitement d'un POP pourraient également souffrir de douleurs périnéales et avoir recours à la rééducation.

Le nombre de séances réalisées retenu dans les analyses d'impact budgétaire a également été basé sur l'avis des experts consultés. Comme mentionné précédemment, il n'existe toutefois pas de standard universel pour la pratique de la REPP. Puisque ces éléments ont une incidence directe sur les coûts liés à l'intervention, les résultats nets de l'impact budgétaire pourraient varier. De plus, les coûts liés à l'implantation de modalités d'offre de rééducation améliorant la prise en charge des femmes qui ont besoin de services de physiothérapie, notamment la mise en place d'un processus de triage ou guichet d'accès ([section 7.3.6](#)), n'ont pas été inclus dans les analyses.

Enfin, les analyses d'impact budgétaire ont été réalisées en fonction de la demande de services, et elles ne tiennent pas compte, par conséquent, de la capacité actuelle en physiothérapie du réseau public de santé. Cela constitue une limite importante étant donné qu'un nombre limité de physiothérapeutes offrent actuellement la REPP (entre 500 et 600) au Québec, et que ceux-ci pratiquent principalement en cliniques privées ([section 1.5.3](#)). Bien que les estimations concernant la population d'intérêt basées sur les données épidémiologiques puissent être surestimées, le nombre de femmes adultes qui pourraient bénéficier de l'intervention en cinq ans demeure important. Il est donc probable que les délais d'accès anticipés aient été sous-estimés et que les dépenses brutes liées au remboursement de l'intervention soient surestimées. De plus, l'accès en temps opportun aux interventions pourrait être limité, et les conséquences associées n'ont pas été retenues dans la présente analyse.

En bref, pour l'analyse d'impact budgétaire

- En considérant les économies réalisées aux lignes de traitement subséquentes, l'ajout de la REPP pour le traitement du POP chez les femmes adultes pourrait engendrer un impact net de - 17 à 30 M\$, selon le nombre de séances (4 à 10), et toucherait 118 000 femmes en cinq ans.
- L'ajout de la REPP pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes pourrait entraîner des dépenses de 107 à 206 M\$ selon le nombre de séances (6 à 12), et toucherait 202 000 femmes en cinq ans.
- L'impact budgétaire concernant l'offre publique de REPP pour le traitement des douleurs périnéales est estimé entre 118 et 176 M\$ selon le nombre de séances (8 à 12) et toucherait 134 000 femmes en cinq ans.
- Les analyses d'impact budgétaire réalisées présentent certaines limites, notamment la simplification de la trajectoire de soins sur laquelle elles sont basées. Des incertitudes persistent également concernant la taille de la population ciblée, la capacité actuelle en physiothérapie et l'effet de l'intervention à long terme.
- Le recours possible à des modalités complémentaires d'offre de REPP (séances de groupes ou téléadaptation) pour certaines clientèles n'a pas été retenu dans l'analyse réalisée. Cela pourrait atténuer l'impact net associé à l'ajout de la REPP auprès de la population d'intérêt.

DISCUSSION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a mandaté l'INESSS afin d'évaluer la pertinence d'inclure la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) à la gamme de services publics offerts au Québec pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien. Les résultats de cette analyse sur les dysfonctions du plancher pelvien ont mis en évidence l'efficacité de la rééducation, y compris des exercices du plancher pelvien, dans le traitement du prolapsus des organes pelviens (POP) de stades I à III chez les femmes, avec un niveau de preuve modéré. Cependant, le manque d'études ou la qualité de ces dernières ont révélé un niveau de preuve faible de l'efficacité de la REPP pour traiter les dysfonctions anorectales ainsi que les douleurs périnéales. Les guides de pratique clinique recommandent tous la rééducation pour le traitement de ces dysfonctions, parfois après l'échec de traitements de première intention.

Une intervention qui comporte peu de risques

Puisque le niveau de preuve de l'efficacité de la REPP pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales a été jugé faible, les experts consultés ont insisté sur le besoin d'études de bonne qualité pour que l'efficacité de l'intervention soit éventuellement mieux démontrée. Ils estiment néanmoins que la rééducation est cliniquement pertinente pour le traitement de ces dysfonctions et ils soulignent qu'elle est fréquemment tentée en première intention par les professionnels de la santé québécois, notamment en raison de son caractère peu effractif et sécuritaire.

En effet, bien que peu de données soient disponibles sur les effets indésirables de la REPP, les études et les guides s'accordent sur le caractère sécuritaire de cette intervention. Selon la technique employée lors de l'intervention (rétroaction biologique, thérapie manuelle, etc.), de l'inconfort ou de la douleur au site des points de pression peuvent survenir. Les effets secondaires associés demeurent toutefois moins nombreux que ceux des traitements médicamenteux. Les données disponibles suggèrent également que la rééducation semble plus acceptable aux yeux des patientes, et ce, comparativement aux options de traitement plus effractives.

La rééducation périnéale et pelvienne et le pessaire dans le traitement du prolapsus des organes pelviens

La revue de la littérature a fait ressortir une discordance entre les données sur l'efficacité de la REPP pour traiter le POP et les recommandations des guides, notamment en lien avec les stades du prolapsus ciblés. Bien que les données sur l'efficacité aient été obtenues auprès de femmes atteintes d'un POP de stades I à III, les guides recommandent généralement la rééducation pour les stades I et II seulement. Certains experts affirment qu'ils recommandent la rééducation à leurs patientes qui ont un prolapsus de stade III, alors que d'autres se sont dits en accord avec les recommandations des guides et demeurent incertains de la pertinence de la REPP pour

les stades III et IV. Les experts consultés ont toutefois souligné que les physiothérapeutes peuvent tout de même prendre en charge en première intention les femmes qui ont un POP de stade avancé, que ce soit pour une évaluation du plancher pelvien, des conseils sur les modifications des habitudes de vie ou la pose d'un pessaire.

Puisque le pessaire constitue une intervention distincte qui peut être offerte indépendamment d'un programme de REPP, son efficacité n'a pas fait l'objet d'une évaluation dans le cadre des présents travaux. Cependant, l'importance de cet outil, utilisé ou non en concomitance avec la rééducation, doit être examinée. Les guides de pratique clinique recommandent la rééducation et le pessaire en première intention pour le traitement du POP chez les femmes. Les physiothérapeutes peuvent faire l'ajustement, la pose et l'entretien de ce dispositif. Cependant, les coûts associés à la consultation d'un physiothérapeute au privé constituent un obstacle pour les femmes qui, selon certains experts consultés, se tournent souvent vers les gynécologues pour la pose du pessaire malgré de longues listes d'attente. De plus, il est tout de même nécessaire que les femmes aient une ordonnance médicale pour que le physiothérapeute puisse procéder à la pose.

Adapter les soins aux besoins des diverses clientèles

Certains experts ont mentionné la pertinence d'adapter le type de soins offerts aux diverses clientèles selon l'ampleur de leur besoin. Ils ont mentionné que d'autres autorités travaillent sur des outils numériques permettant de sensibiliser les femmes, de leur offrir des conseils et des ateliers au sujet des dysfonctions du plancher pelvien. Les experts ont mentionné que ces interventions peu coûteuses pourraient s'insérer dans un contexte de prévention, pour accompagner la prise en charge des femmes aux besoins peu complexes. Ils estiment également que les séances de groupes constituent une autre façon d'intervenir auprès de clientèles qui ont des besoins peu complexes et pour qui les outils favorisant l'autogestion ne sont pas appropriés. Dans cette optique, les femmes aux prises avec des dysfonctions qui nécessitent un traitement pourraient avoir accès à des traitements individualisés. Compte tenu des enjeux cliniques et de la sécurité de l'intervention, les experts jugent que les traitements conservateurs comme la REPP devraient être offerts en première intention à ces clientèles. La rééducation est d'ailleurs peu coûteuse et peut permettre d'éviter, dans certaines situations, la réalisation d'interventions plus effractives, plus risquées et associées à des frais plus importants.

La revue de la littérature n'a pas permis de repérer des documents rapportant de tels modèles d'organisation des soins offerts aux femmes atteintes de dysfonctions du plancher pelvien. De plus, il est important de souligner que, bien que les experts consultés aient proposé ces solutions pour répondre à la demande importante, ils demeurent préoccupés par certaines modalités d'application de la REPP, dont la téléadaptation et les séances de groupes, en raison de leur efficacité incertaine. En effet, la littérature relative à ces interventions a été recensée de façon sommaire dans le cadre du premier volet des travaux, sans que l'INESSS soit en mesure de se prononcer sur leur efficacité.

Forces et limites

L'intégration d'une multitude de composantes comprenant l'efficacité clinique, les aspects économiques, la perspective de patientes, des recommandations de guides de pratique en plus des types de données variés renforce la confiance dans les résultats et les constats. En contrepartie, la méthodologie et les données incluses comportent certaines limites. Les résultats sur l'efficacité peuvent être limités par la revue des revues, ce qui ne permet pas d'aller chercher toute la subtilité et les détails des études incluses dans ces revues. Les revues rapides présentent également des limites par leur nature accélérée et moins systématique. Finalement, plusieurs essais cliniques *randomisés* étaient à haut risque de biais, mais constituaient les seules preuves disponibles pour évaluer l'efficacité de l'intervention.

La REPP est une intervention complexe impliquant un nombre important d'éléments d'application, ce qui rend les données difficiles à combiner et à comparer entre elles. Les populations de femmes admissibles varient également grandement selon les facteurs de risque et le type de dysfonction. Bien que cela ait pu influencer, en outre, sur l'efficacité de la rééducation, il est impossible de déterminer l'impact sur les résultats.

L'analyse économique a permis de repérer les données concernant l'efficacité de la REPP et d'évaluer l'impact budgétaire associé à l'offre de remboursement public de l'intervention au Québec. Les conclusions sur l'efficacité rapportées pour le traitement du POP sont conditionnelles au fait que les principaux paramètres touchant l'efficacité et les coûts demeurent, en pratique, dans les intervalles des valeurs retenues dans l'étude jugée transposable au contexte clinique québécois. L'analyse d'impact budgétaire réalisée par l'INESSS repose principalement sur des données issues de la littérature et des hypothèses appuyées par des experts. Elle traduit la demande potentielle relative à l'intervention, estimée à partir de trajectoires de soins simplifiés.

PRINCIPAUX CONSTATS

Constats portant sur la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales

Femmes en période périnatale

- Chez une population de femmes enceintes ou en période post-partum, les preuves sont insuffisantes pour évaluer ou recommander l'utilisation de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement des dysfonctions anorectales.
 - Il y a également un niveau de preuve insuffisant pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes qui ont des lésions obstétricales du sphincter anal. Certains guides recommandent toutefois la rééducation périnéale et pelvienne après l'échec des traitements initiaux, compte tenu du peu d'effets secondaires associés à celle-ci.

Femmes adultes

- La rééducation périnéale et pelvienne pourrait être efficace comparativement aux soins usuels (sans médication) pour traiter les dysfonctions anorectales (incontinence anale) chez les femmes adultes. Le niveau de preuve est toutefois jugé faible en raison du petit nombre d'études de faible qualité. Les guides de pratique clinique recommandent la rééducation périnéale et pelvienne après l'échec des traitements initiaux.
- Il ne semble pas y avoir de différence entre la rééducation périnéale et pelvienne et le lopéramide ou des injections anales de dextranome pour traiter les dysfonctions anorectales (incontinence anale) chez la femme adulte. Le niveau de preuve est toutefois jugé faible en raison du petit nombre d'études de faible qualité.
- Le manque de preuve ne permet pas de se prononcer sur l'effet de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de la constipation fonctionnelle. Un guide recommande toutefois la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de la constipation.
- Malgré le peu de preuves, les guides de pratique clinique recommandent généralement la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales, car elle est considérée comme une option raisonnable en raison de l'absence d'événements indésirables associés et de son caractère non effractif.

Constats portant sur la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens

Femmes en période périnatale

- Chez une population de femmes enceintes ou en période post-partum, les preuves sont insuffisantes pour évaluer ou recommander l'utilisation de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement des prolapsus des organes pelviens.

Femmes adultes

- La rééducation périnéale et pelvienne semble efficace comme traitement de première intention du prolapsus des organes pelviens (stades I à III) pour réduire la sévérité du prolapsus de la paroi vaginale antérieure et les symptômes généraux du prolapsus des organes pelviens à court terme (niveau de preuve modéré). Les guides de pratique clinique recommandent à l'unanimité l'utilisation de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des prolapsus des organes pelviens de stades I et II.
- D'après une littérature limitée et l'opinion des experts consultés, un nombre de 4 à 10 séances supervisées durant une période minimale de 16 semaines pourrait être suffisant pour traiter un prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes.

Constats portant sur la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des douleurs périnéales

Femmes en période périnatale

- Chez une population de femmes enceintes ou en période post-partum, les preuves sont insuffisantes pour évaluer ou recommander la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement des douleurs périnéales.

Femmes adultes

Les douleurs périnéales incluses dans cette évaluation incluent le vaginisme, la dyspareunie superficielle et la vestibulodynie provoquée. D'autres symptômes de la douleur génito-urinaire pouvant qui peuvent toucher les femmes, notamment en période de périménopause, n'ont pas été couverts dans le cadre de cette évaluation.

- La rééducation périnéale et pelvienne pourrait être plus efficace comparativement à aucun traitement pour traiter les douleurs périnéales chez les femmes adultes. Le niveau de preuve est toutefois jugé faible en raison du petit nombre d'études de faible qualité.
- La rééducation périnéale et pelvienne pourrait être plus efficace que de la lidocaïne topique ou l'amitriptyline orale, mais pas plus efficace que des injections de stéroïdes et d'analgésiques pour traiter les douleurs périnéales chez les femmes adultes. Le niveau de preuve est toutefois jugé faible en raison du petit nombre d'études de faible qualité.
- La rééducation périnéale et pelvienne pourrait être plus efficace que de la lidocaïne topique, des injections de toxine botulique ou des injections de stéroïdes et d'analgésiques sur la fonction sexuelle chez les femmes adultes souffrant de douleurs périnéales. Le niveau de preuve est toutefois jugé faible en raison du petit nombre d'études de faible qualité.
- Les guides de pratique clinique recommandent la rééducation périnéale et pelvienne, seule ou combinée avec d'autres approches conservatrices, pour le traitement des douleurs périnéales comprenant la vulvodynie chez la femme adulte.
- Malgré le niveau de preuve faible, les experts consultés estiment que la REPP est cliniquement pertinente pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales. D'après eux, le manque de données sur l'efficacité ne devrait pas empêcher les professionnels de la santé québécois de la recommander à leurs patientes en première intention, notamment en raison de son caractère peu effrayant et sécuritaire.

Enjeux organisationnels

- Le premier volet des travaux, qui portait sur l'incontinence urinaire, avait permis de mettre en évidence une offre de services limitée (nombre de physiothérapeutes spécialisés restreint) pour un nombre important de femmes atteintes de dysfonctions du plancher pelvien qui seraient admissibles à la rééducation périnéale et pelvienne. Ces préoccupations demeurent et seraient amplifiées par une recommandation d'offrir la rééducation pour le traitement des autres dysfonctions du plancher pelvien.
- Tout comme dans le premier volet des travaux, un besoin d'organisation des soins a été soulevé pour faciliter un accès équitable aux femmes qui pourraient bénéficier de la rééducation périnéale et pelvienne.
- Parmi les solutions qui pourraient améliorer l'accès à la rééducation périnéale et pelvienne, on compte la santé numérique (p. ex. téléadaptation), tout comme les séances de groupes. Ces modalités d'application devraient toutefois faire l'objet d'une évaluation afin de s'assurer de leur efficacité, de leur innocuité et de leur applicabilité.

- Il a été réitéré par les parties prenantes consultées que la mise à contribution de professionnels de différentes disciplines pourrait contribuer à la prise en charge optimale des patientes.
- Il semble y avoir un besoin de ressources facilement accessibles pour informer la population au sujet des problématiques associées au plancher pelvien et aux traitements disponibles, particulièrement la rééducation périnéale et pelvienne.

Perspective des patientes

- Les femmes touchées par les dysfonctions du plancher pelvien soulignent que leur condition compromet leur santé physique, psychologique et sexuelle, ainsi que leur indépendance, leur estime de soi et leur habileté à fonctionner au quotidien.
- Plusieurs obstacles peuvent empêcher les femmes de consulter ou d'entreprendre un traitement de rééducation périnéale et pelvienne : information contradictoire et parcellaire sur l'incontinence urinaire et la rééducation périnéale et pelvienne, gêne, difficulté à obtenir un rendez-vous pour en discuter, difficulté d'accès à la rééducation périnéale et pelvienne, coûts.
- Les femmes qui ont reçu des traitements de rééducation périnéale et pelvienne au Québec rapportent que l'intervention permet :
 - de prévenir l'apparition ou l'aggravation de symptômes de dysfonction du plancher pelvien et d'améliorer leur bien-être au quotidien;
 - un meilleur contrôle des muscles du plancher pelvien et la gestion d'autres symptômes associés comme la douleur pelvienne;
 - de reprendre rapidement leurs activités quotidiennes, de faciliter l'accouchement et de réduire les traumatismes induits durant l'accouchement.
- Les femmes consultées au Québec soutiennent qu'une assurance qui couvre les frais du traitement (en tout ou en partie), un suivi individualisé par un physiothérapeute spécialisé en rééducation périnéale et pelvienne, la participation d'une équipe interdisciplinaire et une diversité d'options de traitement (p. ex. cours en groupes, téléadaptation) faciliteraient l'accès et l'adhésion à la rééducation périnéale et pelvienne.

Aspects économiques

Efficiences

- Selon l'étude économique relevée dans la littérature qui a été jugée transférable au contexte clinique québécois, la rééducation périnéale et pelvienne en traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes est associée à des ratios d'efficiences (ratio coût-utilité incrémental) inférieurs aux

seuils d'efficience habituellement acceptés. En particulier, les séquences de traitements qui incluent une prise en charge composée initialement d'une rééducation périnéale et pelvienne sont généralement moins chères et plus efficaces comparativement à une prise en charge excluant la rééducation périnéale et pelvienne.

- L'efficience de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales ou des douleurs périnéales chez les femmes adultes n'a pas pu être évaluée par manque de littérature économique repérée.

Impact budgétaire

- Selon les diverses hypothèses employées dans l'analyse d'impact budgétaire considérant l'introduction d'un remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne au Québec, l'ajout de celle-ci pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes pourrait engendrer, selon le nombre de séances réalisées (entre 4 et 10), un impact net de - 17 à 30 M\$, toucherait 118 000 femmes et permettrait de traiter environ 56 000 cas de prolapsus des organes pelviens supplémentaires en 5 ans.
- Étant donné l'incertitude concernant l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales, l'impact de l'intervention sur le nombre de femmes qui ont eu une amélioration de leur condition ainsi que sur le recours à des traitements subséquents n'a pas pu être évalué. En 5 ans, l'offre publique de la rééducation périnéale et pelvienne pourrait entraîner :
 - pour le traitement des dysfonctions anorectales chez les femmes adultes, des dépenses de 107 à 206 M\$, selon le nombre de séances (entre 6 et 12), et toucherait 202 000 femmes;
 - pour le traitement des douleurs périnéales, des dépenses de 118 à 176 M\$, selon le nombre de séances (entre 8 et 12), et toucherait 134 000 femmes.
- Le recours possible à des modalités complémentaires d'offre de la rééducation périnéale et pelvienne pour certaines clientèles, comme les séances de groupes ou la télé-réadaptation, n'a pas été retenu dans l'analyse d'impact budgétaire réalisée. Il pourrait cependant permettre d'atténuer les impacts nets associés à la rééducation périnéale et pelvienne au Québec auprès des populations visées.

DÉLIBÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS

Délibérations

Les membres du Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé ont reconnu à l'unanimité l'efficacité clinique de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement du prolapsus des organes pelviens chez les femmes adultes. Ils ont également reconnu le manque de preuves de l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales. Ils sont toutefois demeurés sensibles aux résultats des consultations menées auprès de femmes québécoises et aux résultats des mesures autodéclarées dans les études retenues, et ils estiment que les avantages perçus par les femmes qui ont fait de la rééducation périnéale et pelvienne sont importants, et ce, même si les études ne rapportent pas de différences statistiquement significatives. Ils ont souligné l'importance de mettre en lumière le potentiel de ces traitements et qu'un manque de preuve dans la littérature ne signifie pas nécessairement que l'intervention est inefficace. À cet égard, ils ont souligné l'importance de demeurer à l'affût des données probantes et de mettre à jour les recommandations au fur et à mesure que de nouvelles données deviennent disponibles.

Dans la continuité des travaux avec le volet 1, les membres du Comité délibératif permanent ont soulevé des préoccupations quant à l'offre de services limitée au Québec et par rapport à la capacité du système, qui n'a pas été retenue dans l'analyse d'impact budgétaire. Ils ont insisté sur l'importance d'explorer des solutions qui permettraient de maximiser la participation d'autres types de professionnels dans le but de bonifier l'offre de services en rééducation périnéale et pelvienne. Ils ont cependant souligné plusieurs enjeux, notamment la disponibilité et la formation des autres professionnels pour contribuer à la prise en charge des femmes qui souffrent de dysfonctions du plancher pelvien

Recommandations

Compte tenu de la cohérence de l'ensemble des données constituant la preuve, de l'efficacité, du caractère sécuritaire de l'intervention ainsi que du peu d'effets indésirables, l'INESSS reconnaît la pertinence d'un accès à la rééducation périnéale et pelvienne (c'est-à-dire offre publique et/ou modalités de remboursement) pour le traitement du prolapsus des organes pelviens. **L'INESSS recommande :**

- un accès facilité à la rééducation périnéale et pelvienne en traitement du prolapsus des organes pelviens chez la femme adulte, lorsque cliniquement indiqué;
- un accès à l'intervention pour un maximum de dix séances;
- que l'intervention puisse s'étendre sur une période de seize semaines ou plus, selon les besoins individuels des patientes, avant de procéder à une réévaluation de la conduite à suivre;

- que l'intervention soit supervisée par un physiothérapeute qualifié et détenant l'expertise requise;
- que la rééducation périnéale et pelvienne puisse être accessible plus d'une fois, soit à différentes périodes dans la vie d'une femme ou pour traiter différentes conditions.

Compte tenu du niveau de preuve jugé faible, l'INESSS n'est pas en mesure de prendre position, pour le moment, sur la pertinence d'un accès facilité à la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement des dysfonctions anorectales et des douleurs périnéales chez les femmes adultes. Dans le cas où de nouvelles données deviendraient disponibles, une réévaluation par l'INESSS serait pertinente.

De plus, l'INESSS réitère sa recommandation que le Ministère se dote d'une stratégie et d'un plan d'implantation prévoyant :

- la mise en œuvre progressive des services en fonction des ressources disponibles;
- l'application de mesures pour favoriser un accès équitable à ces services à toutes les femmes du Québec pour qui la rééducation serait indiquée;
- le développement d'outils de sensibilisation pour informer les femmes et les professionnels de la santé sur les dysfonctions du plancher pelvien et l'existence de modalités thérapeutiques comme la rééducation périnéale et pelvienne – p. ex. feuillet d'information, sites Web, médias, etc.;
- le recours possible à d'autres modalités complémentaires d'offre de la rééducation périnéale et pelvienne pour certaines clientèles, comme des séances de groupes ou de la téléadaptation. Ces interventions :
 - devraient impliquer une supervision par un physiothérapeute qualifié;
 - devraient être utilisées avec prudence, puisque leur efficacité n'a pas été évaluée systématiquement dans le cadre des présents travaux;
 - devraient faire l'objet de projets de recherche dans le contexte québécois et être adaptées au fur et à mesure que de nouvelles données seront disponibles.
- l'exploration de mesures pour favoriser un accès élargi, en impliquant la participation de divers professionnels (physiothérapeutes, sages-femmes, personnel infirmier, médecins, technologues en physiothérapie) dans cette offre de services;
- l'application de mesures pour favoriser la formation des professionnels engagés dans l'offre de services;
- l'adaptation de l'offre de services en fonction de la demande au fil du temps et en tenant compte des nouveaux développements ou des nouvelles connaissances dans le domaine.

RÉFÉRENCES

- Aboseif C et Liu P. Pelvic Organ Prolapse. Dans : StatPearls. Treasure Island (FL) : 2022. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563229/>.
- Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: EVALUATION AND TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE, PELVIC ORGAN PROLAPSE AND FAECAL INCONTINENCE. *Neurourol Urodyn* 2018;37(7):2271-2.
- Aguirre F, Heft J, Yunker A. Factors Associated With Nonadherence to Pelvic Floor Physical Therapy Referral for the Treatment of Pelvic Pain in Women. *Phys Ther* 2019;99(7):946-52.
- Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician* 2014;17(2):E141-7.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Practice Bulletin N. 218 Chronic Pelvic Pain *Obstet Gynecol* 2020;135(3):e98-e109.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Practice Bulletins N. 213 Female Sexual Dysfunction. *Obstet Gynecol* 2019a;134(1):e1-e18.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Practice Bulletin No. 210: Fecal Incontinence. *Obstet Gynecol* 2019b;133(4):e260-e73.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & American Urogynecologic Society (AUGS). ACOG Practice Bulletin N. 214 Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol* 2019;134(5):e126-e42.
- Andy UU, Jelovsek JE, Carper B, Meyer I, Dyer KY, Rogers RG, et al. Impact of treatment for fecal incontinence on constipation symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 2020;222(6):590.e1-e8.
- Anon. Dans : Psychological therapy for women with pelvic floor dysfunction: Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management: Evidence review O. London : 2021. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35438875>.
- Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. Consultation publique : Couverture publique des services en santé et en services sociaux. Mémoire Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ); 2016.
- Baeßler K, Aigmüller T, Albrich S, Anthuber C, Finas D, Fink T, et al. Diagnosis and Therapy of Female Pelvic Organ Prolapse. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2e-Level, AWMF Registry Number 015/006, April 2016). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2016;76(12):1287-301.

- Barber MD et Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24(11):1783-90.
- Bardin MG, Giraldo PC, Martinho N. Pelvic Floor Biometric Changes Assessed by 4D Translabial Ultrassound in Women With Vulvodynia Submitted to Physical Therapy: A Pilot Study of a Randomized Controlled Trial. *J Sex Med* 2020;17(11):2236-46.
- Bazi T, Takahashi S, Ismail S, Bo K, Ruiz-Zapata AM, Duckett J, Kammerer-Doak D. Prevention of pelvic floor disorders: international urogynecological association research and development committee opinion. *Int Urogynecol J* 2016;27(12):1785-95.
- Betschart C, Cervigni M, Contreras Ortiz O, Doumouchtsis SK, Koyama M, Medina C, et al. Management of apical compartment prolapse (uterine and vault prolapse): A FIGO Working Group report. *Neurourol Urodyn* 2017;36(2):507-13.
- Billecocq S, Bo K, Dumoulin C, Aigon A, Amarenco G, Bakker E, et al. [An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and non-pharmacological management of female pelvic floor dysfunction]. *Prog Urol* 2019;29(4):183-208.
- Bo K, Angles-Acedo S, Batra A, Braekken IH, Chan YL, Jorge CH, et al. International urogynecology consultation chapter 3 committee 2; conservative treatment of patient with pelvic organ prolapse: Pelvic floor muscle training. *Int Urogynecol J* 2022;33(10):2633-67.
- Bouin M. L'incontinence anale, la fable du médecin sour et du patient muet. *Le Médecin du Québec* 2008;43(10):59-64.
- Cattani L, Neefs L, Verbakel JY, Bosteels J, Deprest J. Obstetric risk factors for anorectal dysfunction after delivery: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2021;32(9):2325-36.
- Chen I, Thavorn K, Shen M, Goddard Y, Yong P, MacRae GS, et al. Hospital-associated Costs of Chronic Pelvic Pain in Canada: A Population-based Descriptive Study. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;39(3):174-80.
- Crochard-Lacour A et LeLorier J. Introduction à la pharmacoéconomie. Presses de l'Université de Montréal éd. Montréal, Canada 2000 :.
- Damon H. Éducation, rééducations et traitements physiques (massage) Dans : SNFCP éditions, réd. Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation. Paris, France : Société nationale française de colo-proctologie (SNFCP); 2017 115-25 :. Disponible à : <https://www.snfcop.org/recommandations/>.
- Damon H, Siproudhis L, Faucheron JL, Piche T, Abramowitz L, Eleouet M, et al. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: a multicentre randomized study. *Dig Liver Dis* 2014;46(3):237-42.

- Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, Thubert T. [Postpartum pelvic floor muscle training and abdominal rehabilitation: Guidelines]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44(10):1141-6.
- Dehli T, Stordahl A, Vatten LJ, Romundstad PR, Mevik K, Sahlin Y, et al. Sphincter training or anal injections of dextranomer for treatment of anal incontinence: a randomized trial. *Scand J Gastroenterol* 2013;48(3):302-10.
- Deshpande A, Khoja S, McKibbin A, Jadad A. Aperçu des évaluations de la télésanté en temps réel (synchrone) et de la télésanté asynchrone. Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; 2008;Aperçu technologique numéro 38.
- Deslauriers S, Raymond MH, Laliberte M, Lavoie A, Desmeules F, Feldman DE, Perreault K. Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies. *Disabil Rehabil* 2017;39(26):2648-56.
- 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.
- Dunivan GC, Heymen S, Palsson OS, von Korff M, Turner MJ, Melville JL, Whitehead WE. Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(5):493 e1-6.
- Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Borovicka J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain EAU Guidelines Office éd. Arnhem, The Netherlands : European Association of Urology (EAU); 2021. Disponible à : <https://uroweb.org/>.
- Faye RB et Piraccini E. Vulvodinia. Dans : StatPearls. Treasure Island (FL) : 2022. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28613543>.
- Fenocchi L, Collins M, Elders A, Hagen S. Assessment of the Relative Performance of the EQ-5D-3L, ICIQ-UI SF and POP-SS Using Data from the OPAL Trial. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(3)
- Fritel X, de Tayrac R, Bader G, Savary D, Gueye A, Deffieux X, et al. Preventing Urinary Incontinence With Supervised Prenatal Pelvic Floor Exercises: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol* 2015;126(2):370-7.
- Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahami S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J* 2019;30(11):1849-55.
- Girard I et Morin M. Algorithme de prise en charge de la vestibulodynie provoquée. Québec, Canada : MSSS; 2021.

- Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med* 2016;13(4):572-90.
- 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.
- Harding CK, Lapitan MC, Arlandis S, Bø K, Constantini E, Groen J, et al. EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). EAU Guidelines Office éd. Arnhem, The Netherlands : European Association of Urology (EAU); 2021. Disponible à : <https://uroweb.org/>.
- Harvey MA, Chih HJ, Geoffrion R, Amir B, Bhide A, Miotla P, et al. International Urogynecology Consultation Chapter 1 Committee 5: relationship of pelvic organ prolapse to associated pelvic floor dysfunction symptoms: lower urinary tract, bowel, sexual dysfunction and abdominopelvic pain. *Int Urogynecol J* 2021a;32(10):2575-94.
- Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, Schulz JA. Guideline No. 411: Vaginal Pessary Use. *J Obstet Gynaecol Can* 2021b;43(2):255-66 e1.
- Harvey MA et Pierce M. Lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) : Prévention, identification et réparation. *J Obstet Gynaecol Can* 2016;38(12s):S740-s61.
- Haute autorité de santé. Prolapsus génital de la femme : Prise en charge thérapeutique. France : Haute autorité de santé (HAS); 2021. Disponible à : [https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique#xtor=EPR-1-\[L'actu%20de%20la%20HAS\]-20210708](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique#xtor=EPR-1-[L'actu%20de%20la%20HAS]-20210708).
- 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.
- Health Quality Ontario (HQO). Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse or stress urinary incontinence: a health technology assessment. Ottawa, Ontario : Ont Health Technol Assess Ser; 2021. May 2021. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/health-technology-assessment/reviews-and-recommendations/vaginal-pessaries-for-pelvic-organ-prolapse-or-stress-urinary-incontinence>.
- Henzell H, Berzins K, Langford JP. Provoked vestibulodynia: Current perspectives. *International Journal of Women's Health* 2017;9:631-42.

- Huang G, Le AL, Goddard Y, James D, Thavorn K, Payne M, Chen I. A Systematic Review of the Cost of Chronic Pelvic Pain in Women. *J Obstet Gynaecol Can* 2022;44(3):286-93 e3.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Énoncé de principes et fondements éthiques - Cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux. Québec, Canada 2021 :. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS-Enonce-de-principes-2021_VF.pdf.
- 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. Volet 1 – Incontinence urinaire. Avis rédigé par Stéphanie Roberge, Cathy Gosselin, Marilyn Fortin et Amélie Rousseau. Québec, Qc : 2022a.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Méthodologie détaillée - La rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien. Volet 1 – Incontinence urinaire. Avis rédigé par Stéphanie Roberge, Cathy Gosselin, Marilyn Fortin et Amélie Rousseau. Québec, Qc : 2022b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_REPP_IU_Methodologie.pdf.
- Jelovsek JE, Markland AD, Whitehead WE, Barber MD, Newman DK, Rogers RG, et al. Controlling faecal incontinence in women by performing anal exercises with biofeedback or loperamide: a randomised clinical trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2019;4(9):698-710.
- Johannessen HH, Wibe A, Stordahl A, Sandvik L, Mørkved S. Do pelvic floor muscle exercises reduce postpartum anal incontinence? A randomised controlled trial. *Bjog* 2017;124(4):686-94.
- Khorasani F, Ghaderi F, Sarbakhsh P, Ahadi P, Khorasani E, Ansari F, Vahed N. Physiotherapy and pelvic floor muscle exercises for the prevention and treatment of pregnancy-related pelvic floor dysfunctions: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2020;8(2):125-32.
- LaCross JA, Borello-France D, Marchetti GF, Turner R, Gorge S. Physical Therapy Management of Functional Constipation in Adults Executive Summary: A 2021 Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the American Physical Therapy Association's Academy of Pelvic Health Physical Therapy. *Journal of Women's Health Physical Therapy* 2022;46(3):147-53.
- LaFave SE, Granbom M, Cudjoe TKM, Gottsch A, Shorb G, Szanton SL. Attention control group activities and perceived benefit in a trial of a behavioral intervention for older adults. *Res Nurs Health* 2019;42(6):476-82.
- Lalonde P et Pinard G-F. Partie 3 Syndromes cliniques psychiatriques. Dans : *Psychiatrie Clinique: Approche bio-psycho-sociale* 4e édition. Chenelière Éducation éd 2016.

- Last JM. Dictionnaire d'épidémiologie. Enrichi d'un lexique anglais-français. Québec, Canada : Edisem inc. & Oxford University Press; 2004.
- Latorre GFS, de Fraga R, Seleme MR, Mueller CV, Berghmans B. An ideal e-health system for pelvic floor muscle training adherence: Systematic review. *Neurourological Urodyn* 2019;38(1):63-80.
- Le Berre M et Dumoulin C. Accessibility of pelvic floor physiotherapy for treating urinary incontinence in older women in Quebec: an online survey. *Physiotherapy Canada* 2021;In press
- Lehto K, Ylonen K, Hyoty M, Collin P, Huhtala H, Aitola P. Anal incontinence: long-term alterations in the incidence and healthcare usage. *Scand J Gastroenterol* 2014;49(7):790-3.
- Lewicky-Gaupp C, Margulies RU, Larson K, Fenner DE, Morgan DM, DeLancey JO. Self-perceived natural history of pelvic organ prolapse described by women presenting for treatment. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(8):927-31.
- Li C, Gong Y, Wang B. The efficacy of pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2016;27(7):981-92.
- Lisonkova S, Geoffrion R, Sanaee M, Muraca GM, Wen Q, Yong PJ, et al. Regional Variation and Temporal Trends in Surgery for Pelvic Organ Prolapse in Canada, 2004-2014. *J Obstet Gynaecol Can* 2020;42(7):846-52 e5.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130(5):1480-91.
- Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(7):1496-501; discussion 501-3.
- Meyer S, Hohlfeld P, Achtari C, De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2001;97(5 Pt 1):673-7.
- 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.
- Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand MH, Khalifé S, Waddell G, Dubois MF. Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2021;224(2):189.e1-.e12.
- 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.

- National Institute for Health and Care Excellence. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. Evidence reviews for lifestyle and conservative management options for pelvic organ prolapse. NICE guideline NG123. Evidence reviews. Londres, Royaume-Uni : National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/>.
- National Institute for Health and Care Excellence. Surveillance of faecal incontinence. NICE guideline CG49. Londres, Royaume-Uni : National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018. Disponible à : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551806/pdf/Bookshelf_NBK551806.pdf.
- Ng KS, Sivakumaran Y, Nassar N, Gladman MA. Fecal Incontinence: Community Prevalence and Associated Factors--A Systematic Review. *Dis Colon Rectum* 2015;58(12):1194-209.
- 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.
- Panman C, Wiegiersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Vermeulen KM, Dekker JH. Two-year effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: a randomised controlled trial in primary care. *BJOG* 2017;124(3):511-20.
- Panman CM, Wiegiersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-van Leeuwen Y, Vermeulen KM, Dekker JH. Effectiveness and cost-effectiveness of pessary treatment compared with pelvic floor muscle training in older women with pelvic organ prolapse: 2-year follow-up of a randomized controlled trial in primary care. *Menopause* 2016;23(12):1307-18.
- Persu C, Chapple CR, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. *J Med Life* 2011;4(1):75-81.
- Pucciani F, Altomare DF, Dodi G, Falletto E, Frasson A, Giani I, et al. Diagnosis and treatment of faecal incontinence: consensus statement of the Italian Society of Colorectal Surgery and the Italian Association of Hospital Gastroenterologists. *Digestive and Liver Disease* 2015 Aug;47(8):628-645 2015;
- 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.
- Rao SS, Bharucha AE, Chiarioni G, Felt-Bersma R, Knowles C, Malcolm A, Wald A. Functional Anorectal Disorders. *Gastroenterology* 2016;
- Reed BD, Legocki LJ, Plegue MA, Sen A, Haefner HK, Harlow SD. Factors associated with vulvodynia incidence. *Obstet Gynecol* 2014;123(2 Pt 1):225-31.

- 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.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) & British Society of Urogynaecology (BSUG). Post-hysterectomy vaginal vault prolapse. Green-top Guideline No 46 Londres, Angleterre : RCOG; 2015. Disponible à : <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg46/>.
- 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.
- Schwartzman R, Schwartzman L, Ferreira CF, Vettorazzi J, Bertotto A, Wender MCO. Physical Therapy Intervention for Women With Dyspareunia: A Randomized Clinical Trial. *J Sex Marital Ther* 2019;45(5):378-94.
- Shemilt I, Thomas J, Morciano M. A web-based tool for adjusting costs to a specific target currency and price year. *Evidence & Policy A Journal of Research Debate and Practice* 2010;6:51-60.
- Sjödahl J, Walter SA, Johansson E, Ingemansson A, Ryn AK, Hallböök O. Combination therapy with biofeedback, loperamide, and stool-bulking agents is effective for the treatment of fecal incontinence in women - a randomized controlled trial. *Scand J Gastroenterol* 2015;50(8):965-74.
- Sleep J et Grant A. Pelvic floor exercises in postnatal care. *Midwifery* 1987;3(4):158-64.
- Sterne JAC, Savovic J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2019;366:l4898.
- Sung VW, Washington B, Raker CA. Costs of ambulatory care related to female pelvic floor disorders in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(5):483 e1-4.
- 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.

- Temtanakitpaisan T, Bunyavejchevin S, Buppasiri P, Chongsomchai C. Knowledge, Attitude, and Practices (KAP) Survey Towards Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) Among Pregnant Women. *Int J Womens Health* 2020;12:295-9.
- 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.
- The Lancet Gastroenterology H. The cost of constipation. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2019;4(11):811.
- Ussing A, Dahn I, Due U, Sørensen M, Petersen J, Bandholm T. Efficacy of Supervised Pelvic Floor Muscle Training and Biofeedback vs Attention-Control Treatment in Adults With Fecal Incontinence. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019;17(11):2253-61.e4.
- 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.
- Wang T, Wen Z, Li M. The effect of pelvic floor muscle training for women with pelvic organ prolapse: a meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2022;33(7):1789-801.
- Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, Mueller ER, Tuteja A, et al. Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology* 2009;137(2):512-7, 7 e1-2.
- Wolfman W, Krakowsky Y, Fortier M. Guideline No. 422d: Menopause and Sexuality. *J Obstet Gynaecol Can* 2021;43(11):1334-41.e1.
- Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;5(5):Cd007471.
- Wu JM, Kawasaki A, Hundley AF, Dieter AA, Myers ER, Sung VW. Predicting the number of women who will undergo incontinence and prolapse surgery, 2010 to 2050. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(3):230 e1-5.
- Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol* 2014;123(6):1201-6.
- Xu P, Wang X, Guo P, Zhang W, Mao M, Feng S. The effectiveness of eHealth interventions on female pelvic floor dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2022;

- Xu X, Menees SB, Zochowski MK, Fenner DE. Economic cost of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2012;55(5):586-98.
- Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, Ashtiani EM, Bakhtiyari M, Mareshi SM, et al. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J* 2019;30(11):1821-8.
- 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.
- Zoorob D, South M, Karram M, Sroga J, Maxwell R, Shah A, Whiteside J. A pilot randomized trial of levator injections versus physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain. *Int Urogynecol J* 2015;26(6):845-52.

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

Québec 

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

