

Institut Régional de Formation aux Métiers de Rééducation et Réadaptation des Pays de la Loire

54, Rue de la Baugerie

44230 St Sébastien sur Loire

**Choisir un questionnaire de qualité de vie sur
l'incontinence urinaire en tant que masseur-
kinésithérapeute français**
Une revue de la littérature

Milena TETELIN

Mémoire UE28

Semestre 8

Année scolaire 2019-2020

AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, qui a su m'aiguiller dans mes choix et m'orienter, dans ce parcours difficile qu'est celui du mémoire. Je remercie également les formateurs de l'IFM3R, ainsi que toutes les personnes que j'ai eu la chance de rencontrer durant mes stages. Encore merci.

Je remercie S., qui depuis les premières révisions pour les concours d'accès à l'école jusqu'au rendu de ce mémoire, n'a pas cessé de me soutenir et de me supporter.

Je remercie également mes parents, qui ont toujours cru en moi, malgré les moments où je n'avais plus confiance, et ils avaient raison.

Je remercie toute ma famille, et particulièrement ma tante pour ses conseils et relectures, et mon frère bien sûr, pour qui je suis encore en train d'écrire mes mémoires.

Je remercie mes amis, tous ceux qui croient en moi, et qui m'ont aidée par n'importe quel moyen, et particulièrement trois d'entre eux qui sauront se reconnaître, et sans qui ces quatre années à l'école n'auraient pas été les mêmes.

Ce mémoire, et surtout ce diplôme, il est pour toi ma grand-mère. Tu ne verras jamais à quel point ta petite-fille sera épanouie dans son métier, mais je te promets d'aller toujours au bout de mes rêves.

Résumé

Introduction

L'incontinence urinaire touche près de 25% des femmes, à tout âge de leur vie. Cependant, ce n'est pas la douleur qui les amène à consulter mais bien la gêne qu'entraîne ce trouble. Et par la gêne occasionnée, l'incontinence urinaire impacte alors la qualité de vie des femmes. Bien qu'essentielle, la mesure objective des symptômes par l'examen clinique ne reflète pas complètement l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie. Un grand nombre de questionnaires spécifiques existe pour cela. Le masseur-kinésithérapeute peut alors être amené à choisir l'un d'eux. Cet écrit a pour but d'identifier les questionnaires spécifiques recommandés par les Guidelines et de les comparer.

Matériel et Méthodes

Cette revue systématique de littérature a permis d'éclairer l'utilisateur sur les différents questionnaires spécifiques de qualité de vie liés à l'incontinence urinaire. Six bases de données ont pu être examinées : PubMed, PEDro, Science Direct, Kinédoc, DiTA, Cochrane Library.

Résultats

Après comparaison des différentes données psychométriques des questionnaires, les articles examinés font consensus sur l'utilisation de quatre questionnaires spécifiques, à savoir l'IIQ, l'IIQ-7, le I-QOL et le KHQ.

Analyse

Il n'existe pas de gold standard concernant l'utilisation d'un questionnaire en particulier. La Guideline européenne sélectionnée présente une quarantaine de questionnaires spécifiques à l'incontinence urinaire et évaluant l'impact sur la qualité de vie. Cependant, et malgré l'évaluation de données psychométriques de ces derniers, aucun questionnaire ne peut être plus recommandé que les autres. En effet, leur utilisation dépend de l'évaluateur, de la patiente, du type d'incontinence urinaire, du domaine de qualité de vie impacté, du temps de remplissage souhaité, et de la finalité des résultats.

Discussion

L'utilisateur doit connaître le questionnaire qu'il utilise. Il doit pouvoir interpréter de manière adaptée les résultats. De plus, il est envisageable d'utiliser plusieurs questionnaires en fonction de la situation clinique.

Mots-clés : données psychométriques, incontinence urinaire, qualité de vie, questionnaire

Abstract

Introduction

Urinary incontinence affects almost 25% of women at any age. However, it is not the pain that leads them to consult but the embarrassment that causes this disorder. And by the discomfort caused, urinary incontinence then impacts the quality of life of women. However, essential, objective measurement of symptoms through clinical examination does not fully reflect the impact of urinary incontinence on quality of life. Many specific questionnaires exist for this. The physiotherapist may then have to choose one of them. The purpose of this writing is therefore to identify the specific questionnaires recommended by the Guidelines and to compare them.

Material and Methods

This systematic review of the literature made it possible to enlighten the user on the various specific quality of life questionnaires related to urinary incontinence. Six databases could be examined: PubMed, PEDro, Science Direct, Kinédoc, DiTA, Cochrane Library.

Results

After comparing the different psychometric data from the questionnaires, the articles examined reach consensus on the use of four specific questionnaires, namely the IIQ, the IIQ-7, the I-QOL and the KHQ.

Analysis

There is no gold standard for the use of a specific questionnaire. The selected European Guideline presents around forty questionnaires specific to urinary incontinence and assessing the impact on quality of life. However, and despite the evaluation of psychometric data of the latter, no questionnaire can be more recommended than the other. In fact, their use depends on the evaluator, the patient, the type of urinary incontinence, the area of quality of life impacted, the desired filling time, and the purpose of the results.

Discussion

The user must know the questionnaire he is using. He must be able to interpret the results appropriately. In addition, it is possible to use several questionnaires depending on the clinical situation.

KEYWORDS : psychometric data, quality of life, questionnaire, urinary incontinence

Sommaire

1	Introduction	1
2	Cadre conceptuel	2
2.1	Rappels anatomiques et physiologiques	2
2.2	L'incontinence urinaire	4
2.3	Impacts sur la qualité de vie	5
2.4	Rôle du masseur-kinésithérapeute	7
2.5	Diagnostic de l'incontinence urinaire	8
2.6	Données métrologiques d'un questionnaire	12
2.7	Différentes modalités d'un questionnaire	14
2.8	Différents questionnaires	15
3	Problématique et question de recherche	20
4	Matériel et méthodes	21
5	Résultats.....	26
5.1	Présentation des publications retenues.....	26
5.2	Evaluation des articles retenus.....	27
5.3	Evaluation des critères métrologiques des articles retenus	27
5.4	Evaluation des différents questionnaires.....	32
6	Analyse des résultats	37
6.1	Les données psychométriques des questionnaires.....	37
6.2	Les autres questionnaires.....	38
6.3	Les questionnaires non recommandés.....	39
7	Discussion.....	40
7.1	Interprétation des résultats.....	40
7.2	Limites de la revue systématique de la littérature.....	43
7.3	Apports et perspectives professionnels	46
8	Conclusion.....	48
	Références bibliographiques et autres sources	
	Annexes 1 à 3	I à XII

1 Introduction

L'incontinence urinaire est aujourd'hui encore un sujet tabou dans notre société (1). Cependant, cette pathologie touche à l'heure actuelle près de 25% des femmes (1,2). Bien qu'il soit commun de penser que cette pathologie concerne les femmes âgées, l'incontinence urinaire touche les femmes à tout âge de leur vie. En effet, différentes causes peuvent être à l'origine de cette affection, il ne s'agit donc pas d'une pathologie de la personne âgée.

Quel que soit le type d'incontinence urinaire dont souffre la patiente et outre les conséquences physiques qu'elle engendre, elle a avant tout un retentissement important sur la qualité de vie de la patiente. Plusieurs études ont, en effet, démontré l'existence d'un lien entre les symptômes et l'altération de la qualité de vie (2–6). Les conséquences sont à la fois psychologiques et sociales. L'incontinence urinaire peut impacter la vie professionnelle et personnelle de la patiente, la conduisant parfois à s'éloigner de ses activités sociales.

Pour les différents professionnels de santé, et notamment le masseur-kinésithérapeute, il est essentiel de pouvoir diagnostiquer et évaluer l'incontinence urinaire chez les patientes. Il existe à présent des questionnaires permettant de mettre en avant l'impact de la pathologie sur la qualité de vie des patientes. Ces questionnaires peuvent être généraux et utilisés pour plusieurs pathologies, mais il existe également des questionnaires propres aux affections de l'appareil urinaire. La Guideline européenne sur l'incontinence urinaire de 2018 évoque une quarantaine d'échelles spécifiques à l'incontinence urinaire (7). Cependant, existe-t-il un questionnaire plus recommandé que les autres ? Quelles sont leurs données métrologiques ? Quel(s) questionnaire(s) peut(peuvent)-être utilisé(s) par un masseur-kinésithérapeute ? Les différentes échelles présentées par la Guideline ne sont que des échelles en langue anglaise, existe-t-il des équivalences en langue française ?

Ce travail de recherche tentera donc de répondre à la question suivante : Quel(s) questionnaire(s) de qualité de vie peut utiliser le masseur-kinésithérapeute français pour évaluer l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie des patientes ? Une première partie sous forme de cadre théorique fera un état des lieux des connaissances actuelles concernant l'incontinence urinaire et l'utilisation des échelles de qualité de vie existantes. La deuxième partie de ce travail sera sous la forme d'une revue de la littérature afin de répondre à la problématique posée.

2 Cadre conceptuel

2.1 Rappels anatomiques et physiologiques

Les rappels anatomiques et physiologiques sont décrits chez la femme et proviennent d'un manuel d'enseignement en anatomie (8).

2.1.1 L'appareil urinaire

L'appareil urinaire dans sa partie pelvienne est constitué des parties terminales des uretères, de la vessie et de la partie proximale de l'urètre.

La vessie est un organe musculo-membraneux creux. Elle fait l'intermédiaire entre les uretères et l'urètre. D'épaisseur de 8 à 15 mm, la vessie est constituée de trois tuniques, dont une tunique moyenne ou muscle détrusor. Le muscle détrusor est un muscle plexiforme, constitué de fibres musculaires lisses. Il permet l'évacuation de l'urine lors des mictions. Le col vésical permet l'abouchement de l'urètre à la vessie. Il présente deux systèmes, constricteur et dilatateur. La vessie a deux fonctions principales : sa première fonction est celle d'un réservoir, elle permet de contenir l'urine entre deux mictions, sa deuxième fonction est celle de l'évacuation.

L'urètre est un conduit musculo-membraneux permettant l'évacuation de l'urine (Figure 1).

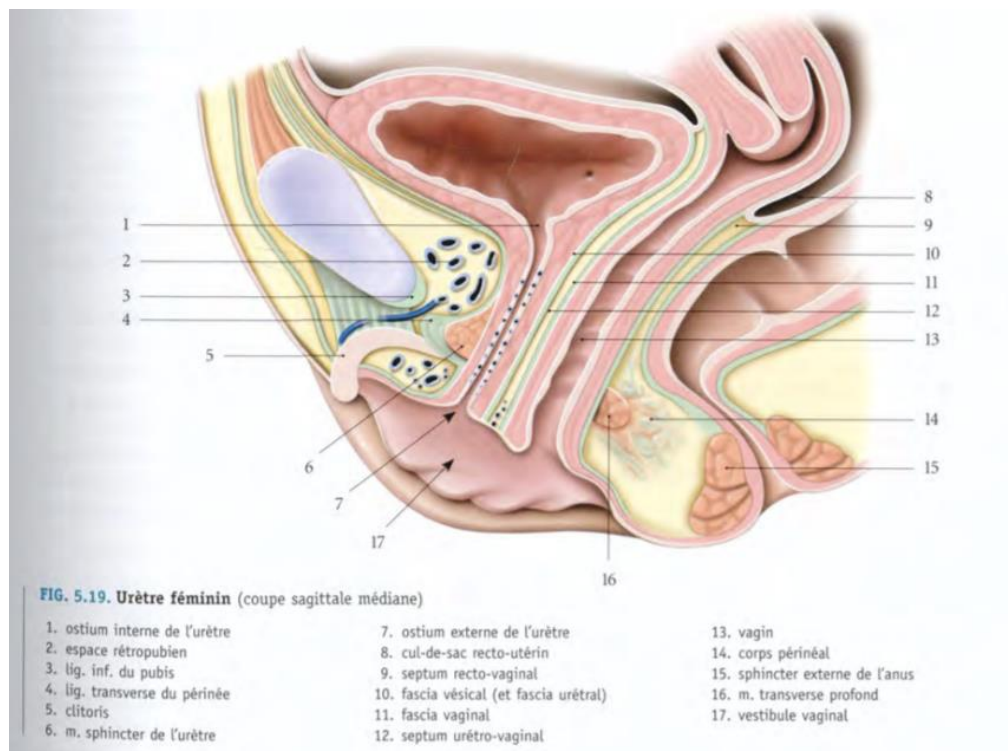


Figure 1 - Coupe sagittale de l'urètre féminin d'après Kamina et al. (8)

2.1.2 Le système sphinctérien

Le système sphinctérien interne de l'urètre est un système autonome fait de fibres musculaires lisses.

Il existe également un sphincter strié externe qui permet d'augmenter la pression intra-urétrale lorsque la vessie se remplit. Le système sphinctérien permet de doubler la musculature de l'urètre et ainsi garantir sa fermeture.

Les sphincters internes et externes se relâchent lors de la miction, ils laissent passer l'urine. Le reste du temps, ils garantissent la continence urinaire. La miction est donc composée d'une phase de remplissage ou de réplétion et d'une phase de miction à proprement parler.

2.1.3 Physiologie de la miction

2.1.3.1 La phase de réplétion

L'urine, sécrétée par les reins, remplit en permanence la vessie. Pour que la vessie se remplisse, il faut que la pression vésicale reste basse.

Quatre réflexes permettent la phase de remplissage et de stockage. Le premier réflexe permet d'inhiber le muscle détrusor, à la suite de l'étirement de ses fibres. Le second permet la contraction du sphincter interne lisse. Le troisième réflexe inhibe le détrusor à la suite de l'augmentation de la tension des muscles périnéaux et pelviens. Il s'agit d'une phase de continence passive. Le premier besoin d'uriner est ressenti lorsque la vessie atteint un niveau de remplissage de l'ordre de cent cinquante millilitres (150 mL).

Le quatrième réflexe entraîne la contraction du sphincter externe strié à la suite du passage de l'urine dans l'urètre proximal. Il s'agit d'une phase de continence active. Cela correspond au second besoin, celui-ci se faisant ressentir à environ trois cents millilitres (300 mL).

A la fin de cette phase, la pression augmente sous l'action du sphincter de l'urètre.

2.1.3.2 La phase de miction

La phase de miction peut être divisée en trois phases : une phase pré-mictionnelle, une phase de vidange vésicale et une phase d'interruption de la miction.

La phase pré-mictionnelle est constituée de deux réflexes permettant une meilleure miction. Le premier réflexe permet la contraction volontaire des muscles abdominaux et du diaphragme afin d'augmenter la pression intra-vésicale. Ce réflexe est associé au relâchement des muscles périnéaux et pelviens, et stimule la contraction du détrusor. Le second réflexe

permet la contraction du détrusor sous l'effet de l'étirement de la paroi de la vessie. La miction débute alors.

La phase de miction à proprement parler est due au maintien de la contraction du détrusor pour permettre la vidange complète de la vessie et au relâchement des différents systèmes de fermeture. Le premier réflexe de cette phase permet donc l'inhibition du sphincter lisse de l'urètre en réponse à l'augmentation de la tension du détrusor. Le second réflexe permet l'inhibition de la contraction du sphincter strié de l'urètre. Le réflexe suivant est déclenché par la pénétration de l'urine dans l'urètre proximal et permet ainsi la contraction du détrusor. Le quatrième réflexe entretient la contraction du détrusor tant que l'urine est présente dans l'urètre. Enfin, le dernier réflexe permet un relâchement du sphincter strié.

L'interruption de la miction se fait grâce à un dernier réflexe qui permet de stopper la contraction du détrusor. L'incontinence urinaire est le résultat d'une inadéquation entre les forces d'expulsion et les forces de retenue (9).

2.2 L'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est définie par l'International Continence Society comme « toute plainte de perte involontaire d'urine » (10). Il existe trois principaux types d'incontinence urinaire. On parle d'incontinence urinaire d'effort (IUE) lorsque celle-ci survient au cours d'une activité sportive, un éternuement, une toux ou un effort quel qu'il soit. L'incontinence urinaire par urgenturie (IUU) est généralement précédée par une forte envie d'uriner. Enfin, l'incontinence urinaire mixte (IUM) associe l'incontinence urinaire d'effort et l'incontinence urinaire par urgenturie.

2.2.1 Physiopathologie de l'incontinence urinaire

Le déséquilibre entre les forces d'expulsion et de retenue peut être la cause de l'incontinence urinaire (9). Les forces d'expulsion sont notamment dues à la contraction du muscle détrusor et à l'hyperpression abdominale transmise à la vessie au cours d'un effort (9). Les forces de retenue sont dues principalement aux différents sphincters et à la pression urétrale (9).

2.2.2 L'incontinence urinaire d'effort

L'incontinence urinaire d'effort est définie comme « une fuite involontaire d'urine, non précédée du besoin d'uriner, qui survient à l'occasion d'un effort tel que la toux, le rire, l'éternuement, le saut, la course, le soulèvement de charges ou toute autre activité physique augmentant la pression intra-abdominale » (6).

L'incontinence urinaire d'effort est le plus souvent liée à une atteinte ou une insuffisance des muscles du plancher pelvien lors d'une augmentation de la pression intra-abdominale (9,11). Elle peut être également liée à une insuffisance du tissu conjonctif ou des nerfs pudendaux, lésés lors d'un accouchement par voie basse, par exemple (12).

2.2.3 L'incontinence urinaire par urgenturie

L'incontinence urinaire par urgenturie est définie comme « une fuite involontaire d'urine accompagnée ou immédiatement précédée par une urgenturie, envie irrésistible de devoir uriner » (6). Ces épisodes de fuite peuvent alors survenir au repos, la nuit, sans notion d'effort, à n'importe quel moment.

L'incontinence urinaire par urgenturie est généralement idiopathique et peut être liée à une instabilité vésicale, aussi appelée hyperactivité vésicale (12). Cette dernière peut être due à un traumatisme obstétrical et augmente généralement avec l'âge (12). Si les différents sphincters sont fonctionnels, elle peut rester longtemps asymptomatique.

La contraction du sphincter de l'urètre n'est existante qu'en cas d'urgence mictionnelle. Si la contraction est inefficace par rapport à la force du muscle détroisor, alors l'incontinence urinaire par urgenturie apparaît.

La quantité d'urine perdue peut aller de quelques gouttes à la totalité du contenu de la vessie. L'intervalle entre la sensation d'envie d'uriner et la fuite est nommé « délai de sécurité ».

2.2.4 L'incontinence urinaire mixte

L'incontinence urinaire mixte est une combinaison des deux types d'incontinence urinaire cités précédemment.

Quel que soit le type d'incontinence urinaire dont souffre la patiente, celle-ci va engendrer une dégradation de la qualité de vie.

2.3 Impacts sur la qualité de vie

Les symptômes de l'incontinence urinaire peuvent avoir un impact important sur la qualité de vie des personnes concernées. Un certain nombre de traitements contre l'incontinence existe, dont la plupart visent à réduire la survenue des épisodes d'incontinence ou à limiter l'impact de l'affection sur la vie de tous les jours (13).

La qualité de vie est définie, en 1994, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et

du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (14). La qualité de vie est multidimensionnelle et cette définition souligne la nécessité de considérer la perception de chacun de sa propre situation, et les aspects non liés à la santé tels que l'emploi, la vie familiale ou toutes autres circonstances de la vie.

De nombreuses études ont démontré que l'incontinence urinaire peut réduire les relations sociales et les activités de la vie quotidienne et de loisirs, être associée à une mauvaise qualité de vie, compromettre le bien être émotionnel et psychologique, ainsi que les relations sexuelles (2–6). L'incontinence entraîne des inconvénients pratiques, et pour beaucoup exige une planification souvent élaborée afin de dissimuler ou de préparer les épisodes d'incontinence (15). Le sentiment d'embarras ou la perception négative de soi sont régulièrement rencontrés (15).

Les symptômes seuls ne permettent pas d'évaluer correctement l'impact de l'incontinence urinaire sur la vie d'un individu (16). La mesure de la gravité des symptômes est relativement simple, mais offre peu d'information sur leur impact.

Ainsi, les patients incontinents constatent que de nombreux aspects de leur vie sont touchés par cette maladie, y compris les aspects sociaux, psychologiques, professionnels, domestiques, physiques et sexuels (16).

L'aspect multidimensionnel de la qualité de vie fait référence à un bien-être général : physique, social et émotionnel. Les principales dimensions de la qualité de vie comprennent le fonctionnement physique, le fonctionnement psychologique, le fonctionnement social, les activités, la satisfaction globale des individus et la perception de leur état de santé. D'autres dimensions de la qualité de vie peuvent être évaluées, notamment le fonctionnement cognitif, le travail, l'activité sexuelle, les troubles du sommeil, la douleur et l'impact des symptômes sur la vie quotidienne (16). L'impact sur la qualité de vie fait partie de ce que le masseur-kinésithérapeute peut évaluer lors de son bilan diagnostique kinésithérapique.

2.4 Rôle du masseur-kinésithérapeute

Le Code de la Santé Publique précise que « le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants : [...], rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique [...] » (17). De plus, le référentiel de la profession précise que la compétence n°1 permet au masseur-kinésithérapeute de « conduire et réaliser une évaluation clinique analytique et globale du patient ». Il précise pour les compétences C1C et C1F que le masseur-kinésithérapeute peut « choisir des outils, des tests, des épreuves, des échelles de mesure et des indicateurs adaptés » et qu'il peut « analyser l'impact des contextes sociaux-économiques, professionnels, environnementaux sur la personne prise en charge » (18).

D'après la Haute Autorité de Santé, il est essentiel, une fois le diagnostic d'incontinence urinaire posé, d'évaluer la gêne que celle-ci procure à la patiente et d'apprécier le retentissement sur la qualité de vie grâce à un questionnaire de qualité de vie validé (6).

De plus, toujours selon la Haute Autorité de Santé, le traitement de première intention en cas d'incontinence urinaire doit être la rééducation (6). Les recommandations de bonnes pratiques actuelles précisent que le premier traitement à mettre en place lors d'une incontinence urinaire d'effort serait le réentraînement des muscles du plancher pelvien (19) et la reprogrammation mictionnelle pour l'incontinence urinaire par urgenturie (20). La rééducation nécessite une prise de conscience de la part de la patiente concernant le trouble dont elle souffre. De plus, la compréhension de la contraction des muscles du plancher pelvien est essentielle au bon déroulement de la rééducation afin d'obtenir une commande motrice adéquate (21).

La rééducation passe également par la mise en place de mesures hygiéno-diététiques, en modifiant les apports hydriques notamment (22).

Le traitement dépend ensuite du type d'incontinence de la patiente. Le rôle du masseur-kinésithérapeute est donc essentiel dans le diagnostic et le traitement de l'incontinence urinaire de la femme. La différenciation du type d'incontinence urinaire, qu'apportent certains questionnaires, permet donc au masseur-kinésithérapeute de pouvoir mettre en place la rééducation adéquate.

2.5 Diagnostic de l'incontinence urinaire

Comme dit précédemment, le référentiel de compétences du masseur-kinésithérapeute précise qu'il peut « choisir des outils, des tests, des épreuves, des échelles de mesure et des indicateurs adaptés » et qu'il peut « analyser l'impact des contextes sociaux-économiques, professionnels, environnementaux sur la personnes prise en charge » (respectivement compétences C1C et C1F) (18).

Le but du processus de diagnostic en kinésithérapie est d'examiner la nature et la gravité du problème de santé du patient et d'évaluer dans quelle mesure il peut être modifié. Pendant le processus de diagnostic, le thérapeute décrit les problèmes de santé en termes d'altérations des structures et des fonctions du corps, limitations d'activités et restrictions de participation, d'après le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (23).

Le diagnostic nécessite une analyse de la façon dont le problème s'est développé, l'identification de facteurs étiologiques et la mesure dans laquelle l'incontinence urinaire peut être modifiée en fonction de facteurs pronostiques.

Les informations nécessaires peuvent être obtenues au moyen de l'anamnèse, d'auto-déclarations des patients, de questionnaires, de calendriers mictionnels, et de l'examen physique de la patiente.

Le thérapeute établit ensuite le diagnostic kinésithérapique, en fonction des plaintes et des informations collectées au cours de l'interrogatoire et des examens physiques. Le thérapeute décide, sur la base du diagnostic, si la rééducation est indiquée. Il établit ensuite un plan de traitement en concertation avec le patient.

Les informations obtenues sur la nature, la gravité et les modifications peuvent être utilisées pour établir le pronostic et les objectifs du traitement, en termes de réduction des déficiences, des limitations d'activités et des restrictions de participation.

Les relations entre les résultats des mesures cliniques, des tests et des scores aux questionnaires de symptômes et de la qualité de vie sont complexes. Chacun a un rôle important à jouer dans l'évaluation des patients souffrant d'incontinence urinaire. Il existe une relation entre les symptômes urinaires, les résultats de bilans urodynamiques et l'atteinte à la qualité de vie.

De plus, connaître la nature des examens physiques permettrait de comprendre certaines études qui viennent évaluer la fiabilité et la validité des questionnaires en les comparant aux résultats des examens physiques. Nous détaillerons donc les différents examens physiques réalisables.

2.5.1 Examens physiques

Les examens physiques sont essentiels à connaître notamment parce qu'une évaluation clinique doit être pratiquée chez la patiente, mais aussi parce que les questionnaires de qualité de vie utilisés dans le cadre d'une incontinence urinaire peuvent être comparés aux différents examens physiques existants. De plus, bien que certains questionnaires puissent discriminer les différents types d'incontinence urinaire et être utilisés pour quantifier les résultats d'un traitement, il n'y a aucune preuve que l'utilisation seule de questionnaires améliore la gestion de l'incontinence urinaire (20). Il nous paraît essentiel d'utiliser un questionnaire de qualité de vie en complément d'examens physiques, notamment pour quantifier les symptômes et l'impact sur la qualité de vie.

Les moyens d'hypothèse diagnostic et d'évaluation de l'incontinence urinaire sont nombreux. Cependant, dans un premier temps, un interrogatoire et un examen physique sont indispensables pour débiter une prise en charge rééducative uro-gynécologique.

Le bilan kinésithérapique commence par un interrogatoire. Il permet de préciser les connaissances de la patiente au sujet de sa pathologie, des mécanismes de l'incontinence, des facteurs associés, de son environnement et de ses habitudes de vie (22). La patiente peut apporter des précisions sur les mécanismes et les circonstances d'apparition de son incontinence urinaire, ainsi que la fréquence (22).

Le calendrier mictionnel permet de connaître les habitudes mictionnelles de la patiente. Il précise les heures des mictions, le nombre de fuites, le volume de celles-ci, l'impériosité, etc (22). La patiente y indique tous les évènements marquants. La durée peut varier de deux jours à une semaine. Le calendrier mictionnel permet également de faire prendre conscience à la patiente de ses comportements.

Les bilans urodynamiques permettent de compléter ce premier bilan clinique. Ils recherchent des signes objectifs afin de préciser le diagnostic d'incontinence urinaire et les mécanismes physiopathologiques (22). Les bilans urodynamiques ne sont cependant pas réalisés par le

masseur-kinésithérapeute, mais sont utilisés dans de nombreuses études pour évaluer les données métrologiques d'un questionnaire. De plus, ils peuvent être transmis au masseur-kinésithérapeute par le médecin.

Le test à la toux est positif lorsque le masseur-kinésithérapeute observe une fuite au niveau du méat urétral lors d'un effort de toux. C'est un test simple, reproductible, fiable pour le diagnostic de l'incontinence urinaire d'effort (24). Le test à la toux peut être complété par la manœuvre de soutènement du col vésical et de l'urètre. Il s'agit d'une manœuvre de correction qui permet d'évaluer l'efficacité d'un traitement futur.

Le pad-test permet une mesure quantitative des fuites urinaires de la patiente (12). En effet, la quantité d'urine qui s'écoule en dehors des mictions volontaires est mesurée grâce au poids des protections hygiéniques, au début et à la fin du test, sur une durée de une à quarante-huit heures (24). Ce test ne permet cependant pas de préciser le type d'incontinence urinaire (20).

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent d'écarter ce qui n'est pas une incontinence urinaire. Les examens physiques, quels qu'ils soient, ne sont généralement pas corrélés à l'altération de la qualité de vie (24). Cependant, il est possible de comparer les questionnaires de symptômes et de qualité de vie aux différents tests physiques afin d'évaluer la pertinence des questionnaires.

2.5.2 Questionnaires de symptôme et de qualité de vie

Les symptômes de l'incontinence et leur impact sur la qualité de vie des patients peuvent être évalués de plusieurs façons. Cependant, l'une des manières valables de mesurer, du point de vue du patient, l'impact sur leur qualité de vie, est l'utilisation de questionnaires auto-déclaratifs (16). Les questionnaires fournissent une méthode pour la collecte standardisée des données des patients, liées à l'incontinence urinaire. Pour une évaluation complète des symptômes d'incontinence et de leur impact sur la qualité de vie, des questionnaires remplis par les patients eux-mêmes, valides et fiables, sont recommandés. Certains questionnaires peuvent parfois avoir des niveaux de précisions égaux ou supérieurs aux mesures cliniques (16).

La Consultation Internationale sur l'Incontinence (ICI) soutient que l'impact de l'incontinence urinaire sur les patients ne doit pas être évalué uniquement par la présence ou l'absence de certains symptômes, mais aussi par l'évaluation du degré d'impact sur la qualité de vie des

patients (25). L'importance de ces instruments cliniques repose essentiellement sur leur capacité à décrire les impacts de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie et leur capacité à discerner les différents types d'incontinence urinaire (4).

L'utilisation d'auto-questionnaires est la méthode la plus appropriée pour évaluer du point de vue du patient son incontinence et son impact sur sa qualité de vie (26). Il faut reconnaître que les patients sont les experts de l'expérience de leurs symptômes et de leur impact sur la qualité de vie. Ainsi, les praticiens sont généralement encouragés à utiliser des questionnaires pour évaluer le point de vue des patients concernant leur incontinence et son impact sur leur vie (16). Ils sont invités à choisir un questionnaire dans la liste des instruments recommandés en tenant compte de la pertinence de celui-ci et son aspect pratique (16).

Les questionnaires peuvent être utilisés pour évaluer à un « instant T » l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie de la patiente. Cela peut donc aiguiller le masseur-kinésithérapeute dans la stratégie thérapeutique, les objectifs de la prise en charge et le traitement à mettre en place. Ils peuvent également servir à évaluer l'efficacité du traitement si le même questionnaire est proposé à la patiente à la fin de la rééducation. Ils permettent d'objectiver l'évolution des symptômes durant le traitement.

Dans la Guideline européenne sur l'incontinence urinaire de 2018, plusieurs questionnaires ont été décrits avec des niveaux de recommandation différents (7). Les questionnaires sont classés en fonction de ce qu'ils évaluent :

- Mesures des symptômes et mesures de la qualité de vie liées à la santé,
- Mesure de la satisfaction du patient,
- Echelles de réalisation des objectifs,
- Outils de dépistage,
- Evaluation de la gêne symptomatique et de la gêne globale,
- Evaluation de l'impact de l'urgenterie,
- Questionnaires pour évaluer la fonction sexuelle et les symptômes urinaires
- Mesures de l'adhésion au traitement

De plus en plus, des questionnaires tentent de couvrir les aspects des différents symptômes : l'impact sur la santé générale, les conséquences spécifiques des symptômes et, parfois, le retentissement sur les activités spécifiques telles que la vie sexuelle. Il est donc possible de

différencier les questionnaires spécifiques multidimensionnels à l'incontinence urinaire destinés à évaluer l'impact de la maladie sur la qualité de vie de manière générale et les questionnaires spécifiques mesurant une seule dimension ou un seul aspect de la qualité de vie, tel que le fonctionnement sexuel par exemple.

Au sein de la Guideline européenne, les questionnaires sont également triés en fonction du nombre de critères qu'ils respectent parmi les trois suivants : validité, fiabilité et sensibilité au changement (7). Les propriétés métrologiques permettent de donner plus d'importance à un questionnaire.

Parmi l'ensemble des quarante questionnaires présentés par la Guideline européenne de 2018, nous avons fait le choix de sélectionner les questionnaires permettant la mesure des symptômes et de la qualité de vie liées à la santé. Nous avons également préféré concentrer nos recherches sur les questionnaires regroupant les trois critères métrologiques que sont la validité, la fiabilité et la sensibilité au changement. Ces questionnaires sont au nombre de dix-huit et seront détaillés par la suite.

2.6 Données métrologiques d'un questionnaire

Une évaluation métrologique détaillée est nécessaire pour déterminer dans quelle mesure un questionnaire évalue le concept qu'il vise mesurer et garantir sa fiabilité et sa réactivité aux changements (16).

2.6.1 La validité

La validité d'un questionnaire est le fait de savoir si ce dernier mesure réellement ce qu'il est censé mesurer. Il existe plusieurs critères de validité, notamment la validité de contenu, la validité perçue, la validité de critère et la validité du construit.

La validité de contenu, encore appelée spécificité, se définit comme le fait de savoir si les questions portent réellement sur le domaine que souhaite mesurer le questionnaire (27). De plus, un questionnaire ne doit évaluer que ce pour quoi il a été créé.

La validité perçue permet de mesurer la compréhension du questionnaire. Cette dernière passe par une absence d'ambiguïté dans les termes de la question ainsi que l'absence de double-sens. Il est possible d'évaluer la validité perçue en interrogeant les patients à propos de leurs difficultés de remplissage notamment (27,28).

La validité de critère représente le lien entre un questionnaire et un instrument de référence qui mesure le même phénomène : cet instrument de référence étant précédemment validé et suffisamment spécifique (27,28). La validité de critère se mesure à l'aide d'un coefficient de corrélation entre les outils. Ce coefficient de corrélation de Spearman doit se rapprocher de 1 pour que le questionnaire soit corrélé avec l'instrument de référence (28). La validité prédictive fait partie de la validité de critère. Il s'agit de la capacité d'un questionnaire à prédire la survenue d'un événement.

La validité de construction évalue les relations hypothétiques de la mesure de la qualité de vie avec d'autres domaines comme la douleur, l'anxiété ou la satisfaction à l'égard de la vie. Au sein de la validité de construction, il est possible de distinguer la validité convergente qui permet de mesurer la corrélation entre le score d'un questionnaire avec le score d'un autre instrument après avoir formulé une hypothèse sur cette corrélation. La corrélation entre les deux outils de mesure doit être supérieure ou égale à 0,4 pour être considérée comme valide (27). Il est également possible de parler de validité discriminante de construction qui repose également sur la corrélation des résultats du questionnaire avec un autre outil de mesure.

La traduction d'un questionnaire peut modifier la validité de celui-ci si les termes utilisés diffèrent d'une langue à une autre.

2.6.2 La fiabilité

La fiabilité, encore appelée fidélité, d'un questionnaire fait référence à sa capacité à mesurer de manière reproductible dans différentes situations. La fiabilité se divise en deux critères : la cohérence interne et la reproductibilité.

La cohérence interne permet de mesurer si les questions évaluant un même domaine sont homogènes et corrélées entre elles (27). Elle se mesure grâce au coefficient alpha de Cronbach (27). Le coefficient alpha de Cronbach doit se rapprocher de 1 pour considérer un test fiable (27). S'il est supérieur à 0,70, il objective une cohérence interne adéquate (27).

Si le questionnaire est donné à la même personne, plusieurs fois, à un intervalle de temps réduit pour que le score de ce que l'on évalue soit stable, nous parlerons alors de fiabilité test-retest, mesurée par un coefficient de corrélation entre les deux scores obtenus. Nous utiliserons notamment le coefficient de corrélation intra-classe devant se rapprocher de 1 (reproductibilité bonne si $> 0,70$) ou le coefficient Kappa de Cohen devant également se

rapprocher de 1 (excellent si $> 0,80$) (28). Nous parlons également de reproductibilité d'un questionnaire.

2.6.3 La sensibilité au changement

Il est nécessaire qu'un questionnaire soit sensible au changement, pour évaluer les effets d'un traitement par exemple. En effet, le score du questionnaire doit être en mesure de faire ressortir un changement si les symptômes ont été modifiés par le traitement par exemple (27). Le score d'un questionnaire doit également permettre de différencier deux personnes, c'est la sensibilité inter-individuelle (27).

La sensibilité s'évalue en mesurant la normalité de la distribution des réponses. Cette dernière est mesurée par les coefficients d'asymétrie et d'aplatissement.

2.6.4 Autres données métrologiques

La faisabilité est également un point important à prendre en compte pour les questionnaires (27). En effet, ils doivent être faciles à compléter. Il faut que les questionnaires soient des instruments simples et faciles à utiliser (16). Les versions longues des questionnaires sont utilisées pour la recherche détaillée (16). De plus en plus de versions courtes existent : elles permettent l'évaluation rapide pour la pratique clinique (16). En effet, la majorité des questionnaires conçus à ce jour dans ce domaine ont tendance à être assez longs et complets. Il semble cependant que les formes plus courtes soient de plus en plus développées. Pour la pratique clinique, il est important pour une mesure d'avoir une pertinence clinique, mais aussi d'être relativement simple et brève, autant que possible.

L'élaboration d'un nouveau questionnaire et sa validation sont des étapes longues, mais nécessaires si aucun instrument n'existe (16). En l'occurrence, il existe de nombreux questionnaires disponibles pour évaluer l'incontinence et son impact sur la qualité de vie.

En plus des données métrologiques, d'autres éléments sont à prendre en compte avant de choisir quel questionnaire utiliser.

2.7 Différentes modalités d'un questionnaire

Les questionnaires génériques évaluent une donnée sans tenir compte d'une pathologie ou d'une population spécifique (28). Dans le cas de la qualité de vie, ils permettent d'évaluer celle-ci de manière générale, sans tenir compte des spécificités de l'incontinence urinaire. Le questionnaire générique le plus utilisé est le Medical OutCome Study-36 Short Form (28).

A la différence de cela, les questionnaires spécifiques tiennent compte d'une pathologie particulière et ne sont utilisables que pour une population particulière, atteinte de cette pathologie (28). Les questionnaires spécifiques évaluant la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire sont donc destinés à une population souffrant d'incontinence urinaire. Les questions sont alors plus spécifiques à la pathologie.

Il existe trois formes principales de questionnaires : les auto-questionnaires, les questionnaires complétés en entretien et les hétéro-questionnaires (28). Les auto-questionnaires sont complétés directement par le patient lui-même (28). L'auto-questionnaire a des avantages puisque seul le patient est expert de sa qualité de vie. Cependant, l'état de santé du patient ou des troubles de la compréhension des questions peuvent nuire à l'achèvement du questionnaire.

Les questionnaires complétés en entretien sont remplis par un évaluateur qui pose directement les questions au patient (28). La personne qui pose les questions et complète le questionnaire ne doit pas influencer les réponses et doit respecter les indications concernant l'administration du questionnaire.

Les hétéro-questionnaires sont remplis par une autre personne, qui évalue la qualité de vie du patient (28). Il s'agit généralement d'un proche du patient.

2.8 Différents questionnaires

L'analyse des questionnaires est une question complexe. Les questionnaires peuvent être complétés et interprétés de diverses manières, en fonction de la conception du questionnaire et de son objectif particulier. Chaque méthode se traduira par différents modèles de score, il est donc important de rester prudent dans l'interprétation.

Il existe des questionnaires avec des scores additifs simples. Cependant, certains questionnaires plus compliqués, en particulier ceux qui évaluent la qualité de vie, sont souvent construits sous forme de sections ou domaines. Les sections contiennent un certain nombre de questions, chaque section ayant son propre score. Les problèmes avec de tels scores sont le fait qu'un score total peut être obtenu par un large éventail de sous-scores différents et peut donner une mauvaise précision aux scores.

Il existe d'autres manières de compléter un questionnaire comme les scores multiplicateurs, ou encore les scores pondérés. Certains questionnaires ne donnent aucun score et sont souvent utilisés à des fins descriptives.

Nous détaillons par la suite les dix-huit questionnaires retenus de la Guideline européenne, qui sont à la fois des questionnaires de symptômes et de qualité de vie, et qui respectent les trois critères métrologiques que sont la validité, la fiabilité et la sensibilité au changement. L'ordre de présentation des questionnaires reprend celui utilisé par la Guideline européenne. La présentation des questionnaires s'est faite sur la base de données retrouvées dans la littérature. Ces dernières varient en fonction des questionnaires, et n'apportent pas le même niveau de connaissance sur chacun d'entre eux.

2.8.1 L'International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF)

L'ICIQ-UI SF, disponible en annexe (*Annexe 1*), est un questionnaire pour évaluer la fréquence, la gravité et l'impact sur la qualité de vie de l'incontinence urinaire chez les hommes et les femmes pour la recherche et la pratique clinique. La version finale de l'ICIQ-UI SF comprend trois parties : l'évaluation de la fréquence de l'incontinence urinaire, la quantité et l'impact perçu sur la qualité de vie. Il comprend également un élément d'autodiagnostic non noté évaluant les circonstances des fuites (29). Le score total est obtenu en additionnant les scores des trois premières questions, et peut varier de 0 à 21 points.

Le questionnaire est disponible pour un usage général, il se complète en quelques minutes. Il s'agit d'une version courte et fiable tant pour l'utilisation des résultats et la recherche épidémiologique que pour la pratique clinique quotidienne. Il peut être potentiellement utilisé avec un large éventail de patients (29).

Le ICIQ a été traduit en plusieurs langues en utilisant des méthodes standards de traduction, pour une utilisation dans les pays non anglophones. En 2004, il était traduit dans vingt-sept langues y compris le français (29).

2.8.2 L'International Consultation on Incontinence Questionnaire - Female Lower Urinary Tract Symptoms Modules (ICIQ-FLUTS)

L'ICIQ-FLUTS est un questionnaire pour évaluer les symptômes des voies urinaires inférieures de la femme et leur impact sur la qualité de vie, à la fois dans la recherche et la pratique clinique, à travers le monde. L'ICI-FLUTS est dérivé de la version courte du questionnaire

Bistol Female Lower Urinary Tract Symptoms (BFLUTS-SF), ce dernier étant entièrement validé (30).

Il est composé de trois sous-échelles évaluant les symptômes de remplissage, les symptômes mictionnels et les symptômes de l'incontinence. Le temps pour le compléter est de quelques minutes (30).

2.8.3 L'International Consultation on Incontinence Questionnaire – Male Lower Urinary Tract Symptoms Modules (ICIQ-MLUTS)

L'ICIQ-MLUTS est un questionnaire pour évaluer les symptômes des voies urinaires inférieures chez l'homme (31). Ne nous intéressant qu'aux symptômes de l'incontinence urinaire chez la femme, nous ne prendrons pas en compte ce questionnaire lors de nos recherches.

2.8.4 L'Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) et l'IIQ-7

L'IIQ a été mis au point pour évaluer l'impact psychosocial de l'incontinence urinaire chez les femmes et se compose de trente éléments, vingt-quatre sur le degré auquel l'incontinence affecte les activités de la personne et six sur les sentiments que cela engendre. Un score global est obtenu, il est également possible d'obtenir un score pour les quatre sous-échelles : l'activité physique, les voyages, les relations sociales et la santé émotionnelle (32).

Le IIQ a également été produit sous une forme courte comportant sept éléments (33). L'IIQ-7 est disponible en annexe (*Annexe 1*).

2.8.5 L'Incontinence Quality Of life Instrument (I-QOL ou ICIQ-Uqol)

Ce questionnaire a été conçu pour être utilisé dans des essais cliniques pour mesurer l'impact de l'incontinence sur la qualité de vie des hommes et des femmes. Il est composé de 22 questions, divisées en trois parties : les contraintes, l'impact psychologique et la gêne sociale (34,35). Chaque réponse se fait grâce à une échelle de Likert en cinq points (3). Le total des scores I-QOL et les sommes des sous-échelles sont transformés sur une échelle de 0 à 100 pour une meilleure interprétation, avec les scores les plus élevés représentant une meilleure qualité de vie (3). L'I-QOL est un questionnaire auto-administré (3). L'I-QOL est disponible en annexe de ce document (*Annexe 1*).

2.8.6 L'Index of Sexual Satisfaction (ISS)

L'ISS a été développé par Hudson et al., en 1981 pour mesurer l'ampleur des problèmes chez les personnes souffrant de dysfonctions sexuelles. Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 25 questions (36).

2.8.7 Le Kings Health Questionnaires (KHQ)

Le KHQ, disponible en annexe (*Annexe 1*), a été développé au King's College Hospital de Londres dans le cadre d'une étude sur la qualité de vie (15). Le questionnaire comporte trois parties. La première section contient deux questions visant à mesurer la santé générale et la santé globale liée aux symptômes urinaires. La deuxième partie du questionnaire comprend onze questions mesurant la gravité des symptômes. La dernière section comprend dix-neuf questions réparties en six domaines : les limitations dans les activités quotidiennes, les limites physiques ou sociales, les relations personnelles, les émotions, la fréquence, le sommeil et l'énergie (15,37).

Chaque question est évaluée grâce à une échelle de Likert avec trois, quatre ou cinq items de réponse possible (4,13,38). Le score, pour chaque section, varie de 0 (moins d'impact de l'incontinence urinaire et donc une meilleure qualité de vie) à 100 (plus grand impact et donc qualité de vie plus faible) (4,13,38). Ce questionnaire permet d'obtenir une valeur globale de la qualité de vie du patient atteint d'incontinence urinaire et une autre spécifique pour chaque dimension grâce à une échelle allant de 0 à 100. Il y a huit adaptations culturelles validées du questionnaire disponible en vingt-six langues, dont le français (16).

2.8.8 Le Leicester Impact Scale (LIS)

Le LIS a été élaboré pour évaluer l'impact des symptômes de « stockage » ou symptômes irritatifs (avec et sans incontinence), chez l'homme ou la femme. Ce questionnaire administré en entretien évalue l'impact de l'incontinence sur les activités et le ressenti à travers vingt et une questions (39).

2.8.9 Le Nocturia Quality of Life Module (N-QoL)

Le N-QoL est un questionnaire utilisé pour évaluer la qualité de vie chez les patients ayant des nycturies (40). Il existe une version validée par la Consultation Internationale : l'ICIQ-N-QoL (41). Il fournit une mesure détaillée et fiable pour évaluer l'impact des nycturies sur la qualité de vie (40). Il est un outil de recherche idéal car il explore en détail l'impact des nycturies sur la qualité de vie, mais peut être aussi utilisé dans la pratique clinique. Il se compose de treize questions (40).

2.8.10 L'Overactive Bladder Symptom et Health Related Quality of Life (OAB-q & OAB-q SF)

Le OAB-q a été mis au point au cours du programme d'évaluation nationale de la vessie hyperactive aux Etats-Unis. L'OAB-q comprend trente-trois questions (huit sur les symptômes

et vingt-cinq sur la qualité de vie) réparties en six domaines : la peine, le coping, l'inquiétude, le sommeil, l'interaction sociale et la qualité de vie globale (42). Les patients évaluent chaque item avec une échelle de Likert à six points allant de « jamais » à « tout le temps », ou « pas du tout » à « très grande » (42,43). Une version courte de ce questionnaire existe, l'OAB-q SF (42).

2.8.11 Le Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI & PFDI-20)

Ce questionnaire est une adaptation du questionnaire Urinary Distress Inventory (UDI) dans le but d'élaborer un instrument spécifique pour évaluer l'impact du prolapsus des organes pelviens et d'autres aspects de la dysfonction colorectale-anale, ainsi que de l'incontinence urinaire (44). Le PFDI conserve des éléments originaux du questionnaire UDI et ajoute des questions liées aux symptômes des voies urinaires inférieures qui sont courants chez les femmes atteintes de troubles du plancher pelvien (44). Il existe également une version courte.

2.8.12 Le Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ & PFIQ-7)

Le PFIQ est une adaptation du questionnaire IIQ pour évaluer l'impact sur la qualité de vie chez les femmes souffrant de troubles du plancher pelvien (44). Il contient des éléments d'origine du questionnaire IIQ et des nouveaux éléments liés à d'autres troubles du plancher pelvien (44). Ce questionnaire existe également en version courte.

2.8.13 Le PRAFAB

Le PRAFAB-questionnaire est un questionnaire de qualité de vie largement utilisé aux Pays-Bas par des kinésithérapeutes et des chercheurs. Il combine d'importants aspects objectifs et subjectifs de gravité de l'incontinence urinaire : l'utilisation de protection, la quantité de perte d'urine, la fréquence des fuites urinaires, les modifications du comportement qu'entraînent les fuites urinaires et l'image du corps en raison de l'incontinence urinaire. Pour chaque élément, une note de 1 à 4 est attribuée, le score minimum du PRAFAB-Q étant de 5 et le score maximum de 20 (45).

2.8.14 L'Urinary Incontinence Severity Score (UISS)

L'UISS a été conçu par un groupe de travail de la Société Gynécologique et Urogynécologique de Finlande en 1992 et comprend dix questions réparties en trois domaines : les interactions sociales, les activités physiques et la fonction sexuelle (46). Il comprend une échelle visuelle analogique pour la charge subjective de l'incontinence urinaire (46). Il a été plus largement utilisé dans la pratique clinique que dans la recherche.

3 Problématique et question de recherche

L'incontinence urinaire n'engage pas le pronostic vital de la patiente, cependant celle-ci peut fortement nuire à sa qualité de vie. Il s'agit généralement du motif principal de consultation des patientes. Il ne s'agit pas de la douleur, à la différence d'un grand nombre de prises en charge d'autres pathologies, que le masseur-kinésithérapeute va chercher à diminuer mais bien l'impact de l'incontinence urinaire sur les activités de la vie quotidienne de la patiente.

Dans l'ensemble, il n'y a qu'une faible corrélation entre l'évaluation clinique ou urodynamique symptomatique, et l'évaluation objective de la qualité de vie des patientes souffrant d'incontinence urinaire (15). Le type, la gravité ou le nombre de fuites urinaires, les résultats des évaluations urodynamiques ou cliniques ne peuvent pas prédire le niveau de perte de qualité de vie (16). Il n'est donc pas surprenant que ce qui est démontré cliniquement diffère de ce qui est perçu par les patients dans leur vie quotidienne. Les mesures cliniques et questionnaires validés mesurent probablement des aspects différents mais tous liés à l'incontinence urinaire. Il paraît donc essentiel de devoir compléter l'évaluation clinique d'une évaluation objective de l'impact des symptômes sur la qualité de vie de la patiente (16).

Pour ce faire, l'utilisation de questionnaires est une solution envisageable par le masseur-kinésithérapeute. Les questionnaires de symptômes et de qualité de vie peuvent généralement être complétés en peu de temps. Cependant, existe-t-il un questionnaire fiable, valide, sensible, existant en français et corrélé à l'examen physique, que le masseur-kinésithérapeute peut utiliser afin d'évaluer l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie ?

Il existe des questionnaires dits généraux pour évaluer la qualité de vie des patients, comme le questionnaire *Outcomes Study Short Form 36* (SF-36). Cependant, l'incontinence urinaire étant une pathologie affectant principalement la qualité de vie, de nombreux outils spécifiques ont donc été élaborés. Parmi tous les questionnaires proposés, certains sont plus ou moins utilisés dans les publications internationales. Certains sont même couramment utilisés par les professionnels de santé sans être les plus recommandés par les Guidelines européennes. L'objectif serait donc de pouvoir conseiller un questionnaire en priorité à utiliser par le masseur-kinésithérapeute. Cela permettrait d'uniformiser l'utilisation des questionnaires par tous les masseurs-kinésithérapeutes français, lors du bilan des patientes souffrant d'incontinence urinaire.

Les données métrologiques d'un questionnaire renseignent sur sa qualité. Il paraît donc possible de comparer les différents questionnaires. En effet, les recommandations de la Guideline européenne trient les questionnaires en fonction de trois qualités métrologiques que sont la fiabilité, la validité et la sensibilité au changement. Cependant, il n'est pas spécifié de données métrologiques précises et chiffrées de chaque questionnaire. Celle-ci pourrait donc nous indiquer en quoi un questionnaire est plus recommandé qu'un autre.

Les données métrologiques ne sont pas le seul élément à prendre en compte pour évaluer un questionnaire. Des données pratiques telles que le temps de remplissage du questionnaire ou encore sa faisabilité sont importantes à considérer pour évaluer l'utilisation d'un questionnaire. Ce sont donc les données métrologiques ainsi que les données pratiques des questionnaires qui vont pouvoir nous être utiles pour comparer les différents questionnaires et répondre à la problématique suivante.

Ainsi, nous souhaiterions pouvoir répondre à cette question : **Au vu des répercussions de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie chez la femme, quel serait le questionnaire de qualité de vie le plus adapté à utiliser par le masseur-kinésithérapeute français, compte tenu des recommandations européennes et des données métrologiques de chacun, alors qu'il en existe plus d'une quarantaine ?**

Nos différentes lectures sur le sujet de l'incontinence urinaire et de la qualité de vie nous ont montré que les questionnaires ICIQ-UI SF et KHQ sont les plus utilisés dans la pratique clinique (4). Nous pourrions alors faire l'hypothèse qu'il s'agit des questionnaires les plus adaptés pour le masseur-kinésithérapeute. Cependant, une version française doit également être validée. De plus, les questionnaires ICIQ étant soutenus par la Consultation Internationale (16), nous pourrions faire une seconde hypothèse : les questionnaires ICIQ sont les plus adaptés pour la pratique clinique.

Afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses, une revue de la littérature a été réalisée.

4 Matériel et méthodes

Une revue systématique de la littérature nous a permis de répertorier et de trier un maximum d'articles afin de faire un état des lieux actuel des différents questionnaires existants et de leur possible utilisation par le masseur-kinésithérapeute français. Une revue systématique de la littérature, grâce à son haut niveau de preuves, permet de faire ressortir des données

valides de la littérature scientifique et nous permet donc de fournir des recommandations concernant l'utilisation de questionnaires de qualité de vie liés à l'incontinence urinaire.

Pour répondre à la problématique précédemment posée, nous avons souhaité interroger plusieurs bases de données électroniques pour recueillir un maximum de données sur les différents questionnaires. Nous avons donc effectué nos recherches durant les mois de janvier et février 2020. Six bases de données ont ainsi pu être interrogées : PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect, PEDro, DiTA et Kinédoc. Nous voulions interroger au moins trois moteurs de recherche afin d'être suffisamment exhaustifs et nous souhaitions interroger des bases de données à la fois généralistes comme PubMed, mais également thématiques comme PEDro. Cette dernière recueillant principalement de la littérature concernant des traitements kinésithérapiques, nous avons recherché une base de données regroupant de la littérature sur les tests de diagnostics kinésithérapiques. Pour cela, nous avons donc utilisé la base de données DiTA, produite par PEDro.

En ce qui concerne la stratégie de recherche, nous avons dans un premier temps défini des critères PICO (Patient, Intervention, Comparaison, Outcome) ainsi que plusieurs mots clés afin de structurer nos recherches, repris dans le Tableau 1.

Tableau 1 - Critères PICO et mots clés

Critères PICO	Caractéristiques	Mots-clés en anglais
PATIENT (P)	Femmes, atteintes d'incontinence urinaire	<i>Woman, female, urinary incontinence</i>
INTERVENTION (I)	Questionnaires de symptômes et de qualité de vie, spécifiques à l'incontinence urinaire	<i>Questionnaire, survey</i>
COMPARAISON (C)	Données métrologiques des différents questionnaires	<i>Metrologic, psychométric, comparison, reliability, validity, sensitivity to change, responsiveness</i>
OUTCOME (O)	Evaluation de la qualité de vie	<i>Quality of life</i>

Nous avons ensuite réalisé plusieurs équations de recherche pour chacune des bases de données, à partir des différents mots clés, dans la langue adaptée et en utilisant les opérateurs booléens adaptés :

- PubMed : questionnaire AND (comparison OR metrologic OR psychometric) AND (reliability OR validity OR "sensitivity to change") AND "quality of life" AND "urinary incontinence" AND (woman OR female), en ajoutant le filtre "review"
- ScienceDirect : questionnaire AND (comparison OR metrologic OR psychometric) AND (reliability OR validity OR "sensitivity to change") AND "quality of life" AND "urinary incontinence" AND (woman OR female), en ajoutant le filtre "review articles"
- PEDro : questionnaire comparison "quality of life" "urinary incontinence"
- PEDro en utilisant l'option recherche avancée :
 - o Title : questionnaire quality of life metrological
 - o Body part : perineum or genito-urinary system
 - o Subdiscipline : continence and women's health
 - o Probleme : incontinence
 - o Match all search terms (AND)
- Kinédoc : questionnaire ET ("données métrologiques" OU psychométrie OU fiabilité OU validité OU "sensibilité au changement") ET "qualité de vie" ET "incontinence urinaire" ET femme
- DiTA en utilisation l'option recherche avancée :
 - o Body part : perineum or genito-urinary system
 - o Subdiscipline : continence and women's health
 - o Pathology : genito-urinary
 - o Type of index test : questionnaire
 - o Method : systematic review
 - o March all search terms (AND)
- Cochrane : questionnaire AND (comparison OR metrologic OR psychometric) AND (reliability OR validity OR "sensitivity to change") AND "quality of life" AND "urinary incontinence" AND (woman OR female)

L'équation de recherche effectuée sur PubMed nous a permis d'aboutir à 2 résultats le 26 février 2020. A la même date, nous avons obtenu 178 résultats sur ScienceDirect, 8 résultats sur PEDro en recherche simple, 1 résultat sur Kinédoc, 1 résultat sur Cochrane Library et enfin 2 résultats sur DiTA.

Nous avons souhaité centrer nos recherches uniquement sur des revues de la littérature, narratives ou systématiques. Nous n'avons pas souhaité retenir dans notre étude, d'autres types d'articles, comme des études transversales ou des essais contrôlés randomisés, afin de pouvoir comparer les articles retenus entre eux de manière plus évidente.

Nos critères d'inclusion pour cette recherche documentaire portaient donc principalement sur le fait que l'article retenu devait être une revue de la littérature, narrative ou systématique, devait apporter des données métrologiques sur les questionnaires de qualité de vie liés à l'incontinence urinaire. L'article devait également traiter de l'incontinence urinaire féminine. Il pouvait être rédigé en anglais, espagnol ou français, langues que nous maîtrisons, et sans limite de date. Nos critères d'inclusion et d'exclusion sont répertoriés dans le Tableau 2.

Tous les articles inclus et exclus de cette étude sont regroupés dans le Tableau 6 de l'Annexe 2.

Tableau 2 - Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Revue de la littérature narrative ou systématique - Données métrologiques des questionnaires - Questionnaires de symptômes et de qualité de vie - Population de femmes souffrant d'incontinence urinaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Autres types d'articles - Articles évaluant un traitement ou une intervention - Titre et résumé ne correspondant pas aux mots-clés - Articles traitant de questionnaires génériques

Le diagramme de flux suivant (Figure 2) permet de résumer notre démarche de sélection des articles.

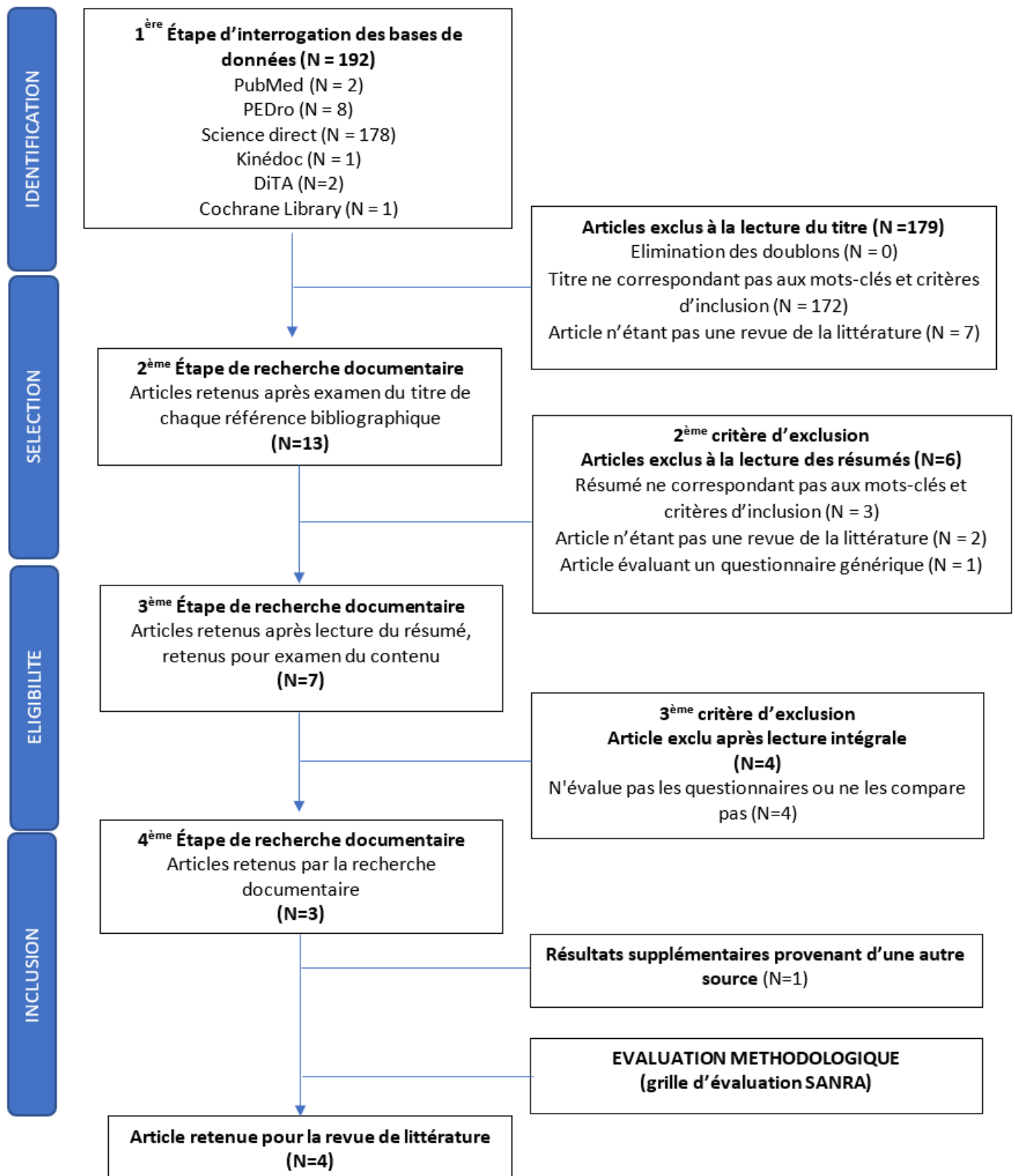


Figure 2 - Diagramme de flux de notre recherche documentaire d'après Gedda (47)

5 Résultats

5.1 Présentation des publications retenues

Le Tableau 3 regroupe l'ensemble des différentes revues de la littérature retenues pour notre étude, classées par ordre alphabétique du nom de l'auteur, ainsi que leur évaluation méthodologique réalisée avec le score SANRA, qui sera précisé par la suite.

Tableau 3 - Revues de la littérature retenues

En gras sont précisés les questionnaires issus de la Guideline européenne

Revues	Score SANRA	Questionnaires spécifiques chez la femme étudiés dans l'article	Critères d'évaluation des questionnaires retenus
Bonnaud et al., 2005 (48)	8/12	Incontinence stress index, IIQ, IIQ-7 , UDI, UDI-6, YIPS, BFLUTS, SII, SSI, Ditrovie, Contilife, PGIS, PGII, I-QOL, KHQ , Urge-IIQ, Urge-UDI, Qualiveen, OAB-q, ICIQ, Leicester impact scale	Evaluation des symptômes, fiabilité, validité, sensibilité au changement, adaptation culturelle
Corcos et al., 2002 (49)	7/12	BFLUTS, SII, IIQ, KHQ, I-QOL , Incontinence stress index	Nombre de questions, fiabilité, validité, sensibilité au changement
Matza et al., 2004 (50)	6/12	Contilife, KHQ, OAB-q, IIQ, IIQ-7 , IIQ-R, I-QOL , ISQ-P, Quality-of-life Questionnaire for Urinary Urge Incontinence, SII-SI, UISS , Urge Impact Scale, Urge Incontinence Impac Questionnaire, Urinary Incontinence Handicap Inventory, YIPS	Nombre de questions, période à évaluer, domaines, fiabilité, validité, sensibilité au changement
Symonds, 2003 (51)	7/12	KHQ , ISQ-P, IIQ, IIQ-7, I-QOL , BFLUTS, IQoLI, QoL Questionnaire for Urgent Micturitions, URIS-24, Urge Incontinence Impact Questionnaire, SII-SI	Fiabilité, validité, sensibilité au changement

5.2 Evaluation des articles retenus

Les quatre revues retenues se sont révélées toutes être des revues narratives de la littérature. En effet, chaque auteur a tenté de résumer la littérature d'une manière qui n'est pas explicitement systématique, notamment pour la méthode de la recherche documentaire. Les revues narratives sont généralement considérées comme moins fiables comparativement à une revue systématique de la littérature. Notre recherche documentaire ne nous ayant pas permis d'extraire des revues systématiques de la littérature, notre travail paraît donc pertinent. En effet, nous pourrions donc fournir une revue systématique de la littérature sur le sujet des questionnaires de qualité de vie liés à l'incontinence urinaire.

Les quatre revues de la littérature incluses dans notre étude ont donc pu être évaluées grâce à la cotation SANRA (52). Il s'agit d'une grille d'évaluation pour la notation des revues narratives de la littérature. Le détail de l'évaluation de chaque revue de la littérature se trouve en annexe (*Annexe 3*). Les quatre revues de la littérature retenues obtiennent des scores compris entre 6 et 8 sur 12. La moyenne du score SANRA était de 7 (écart-type de 0,82). Parmi les items de la grille SANRA, les critères n°1 et n°5, à savoir la justification de l'importance de l'article pour le lectorat et le raisonnement scientifique, n'ont été validés par aucune des revues. En ce qui concerne le raisonnement scientifique, aucune revue n'a précisé la qualité de l'argument scientifique avancé en présentant le type d'article et son niveau de preuve. Le critère n°4 a, pour sa part, été validé par l'ensemble des revues : les déclarations et recommandations importantes de chaque article sont référencées.

5.3 Evaluation des critères métrologiques des articles retenus

En ce qui concerne la revue de la littérature de Bonniaud et al., (48), les auteurs ont souhaité identifier les questionnaires mesurant la qualité de vie liée aux troubles urinaires. Pour cela, ils se sont appuyés sur les recommandations de la seconde Consultation Internationale sur l'incontinence (53). Leur revue de littérature a inclus des articles rapportant les données psychométriques des différents questionnaires de qualité de vie. Les questionnaires génériques ont été exclus, tout comme les questionnaires spécifiques aux enfants et au cancer de la prostate. Les auteurs ont comparé les différents questionnaires à la fois chez les femmes, chez les hommes et chez les deux sexes. Bien que s'intéressant aux troubles urinaires en général, Bonniaud et al., ont pu affirmer que la plupart des questionnaires spécifiques chez la femme s'intéressait à l'incontinence urinaire.

Dans l'article de Bonniaud et al., (48), un tableau rapporte la comparaison de chaque questionnaire. En effet, il a été recherché si chaque questionnaire comportait un item « symptômes », à savoir si les questionnaires possédaient une question directement en lien avec les symptômes urinaires. La fiabilité a été recherchée pour chaque questionnaire en prenant en compte la cohérence interne évaluée par le coefficient de Cronbach, et la fiabilité test-retest avec le coefficient de corrélation intra-classe. La validité discriminative de construction a pu être évaluée grâce à un coefficient de corrélation entre le questionnaire et une autre mesure validée. La validité évaluative de construction a été déterminée en mesurant la corrélation entre les réponses au questionnaire au fil du temps et les résultats à une autre mesure également à travers le temps. Pour finir, la sensibilité au changement a pu être examinée par la mesure de la différence des scores, grâce à la taille de l'effet (effect size), la réponse moyenne normalisée (standardized response mean) et l'estimation de la différence minimale importante (responsiveness index). Les auteurs présentent à la fin de leur article un guide concernant les données psychométriques des questionnaires ainsi que leurs interprétations (modéré, bon, excellent). Pour finir, il est rapporté dans l'article si une adaptation culturelle a été faite pour chaque questionnaire. L'article étant écrit en français, les auteurs précisent s'il existe une version française des questionnaires.

La revue de la littérature de Corcos et al., met l'accent sur les données suivantes : le fait que le questionnaire doit être auto-administré et qu'il doit être testé dans la population dans laquelle on souhaite l'utiliser (49). En effet, pour les auteurs, l'interprétation de la qualité de vie est influencée par la culture, bien que les propriétés psychométriques d'un instrument restent normalement stables dans diverses populations. Un point important est donc la traduction et l'adaptation culturelle du questionnaire. Pour Corcos et al., la performance psychométrique d'un questionnaire se réfère à sa fiabilité, sa validité et sa réactivité (49). Les auteurs examinent deux aspects principaux de la fiabilité, à savoir la fiabilité interne mesurée par le coefficient de Cronbach et la reproductibilité au test-retest mesurée par le coefficient de corrélation de Spearman ou le coefficient de corrélation intra-classe voire même le « R » de Pearson. D'après l'article, la validité de contenu est traitée le plus souvent dans la première phase de développement du questionnaire. La validité de construction est ensuite évaluée grâce au coefficient de Person ou de Spearman afin de quantifier les corrélations attendues entre la mesure de la qualité de vie et d'autres domaines tels que la douleur. Pour finir, la

sensibilité au changement serait généralement mesurée en comparant les résultats avant et après un traitement. Les auteurs précisent qu'il est possible de compléter cette mesure grâce au test T de Student, test qui compare les moyennes entre deux groupes et qui est une preuve supplémentaire de la sensibilité au changement. Cette dernière peut également être mesurée grâce à la taille de l'effet (effect size). Pour Corcos et al., idéalement, les études de sensibilité au changement devraient également inclure un groupe contrôle pour s'assurer que le questionnaire sur la qualité de vie démontre un changement chez les patients traités et une stabilité chez les patients non traités.

La revue de la littérature de Corcos et al., regroupe les questionnaires spécifiques pour l'incontinence urinaire chez la femme dans un tableau, permettant de comparer ainsi les caractéristiques de chaque questionnaire (49). Les auteurs précisent également que la brièveté d'un questionnaire est une condition clinique importante : il faut, selon eux, quelques éléments, que le questionnaire soit facile à comprendre, qu'il soit possible de le remplir en quelques minutes, et que son interprétation se fasse en quelques secondes. L'article recommande d'ailleurs d'utiliser des questionnaires distincts pour chaque type d'incontinence urinaire. En effet, selon les auteurs, l'incontinence urinaire par urgenturie influencerait plus la qualité de vie. De plus, il faudrait que les questionnaires soient validés en fonction de différents groupes d'âges des patients : l'impact sur la qualité de vie étant différent en fonction de l'âge, notamment à cause du rôle social des patients. Pour finir, Corcos et al., s'interrogent également sur l'effet des différences culturelles. Ils évoquent, pour finir, si les questionnaires interrogent les patients sur les mois précédents ou sur une durée plus ou moins longue.

Matza et al., définissent les cinq mêmes propriétés psychométriques prises en compte dans l'examen d'un questionnaire (50). La fiabilité, comprenant la cohérence interne et la reproductibilité test-retest, la validité, comprenant la validité de critère et la validité discriminante, et pour finir la sensibilité au changement ont permis aux auteurs d'évaluer les questionnaires retenus. Les auteurs ont sélectionné dix questionnaires. L'article précise pour chaque questionnaire s'il existe des versions traduites. Cependant, aucune précision n'est apportée quant à l'interprétation des données psychométriques.

Symonds a réalisé une revue de la littérature afin d'évaluer dix questionnaires de qualité de vie concernant l'incontinence urinaire (51). L'auteur s'appuie sur les critères psychométriques

suivants : la faisabilité avec la cohérence interne et la reproductibilité test-retest, la validité convergente et divergente ainsi que la capacité à distinguer les différents groupes, et pour finir la sensibilité au changement. L'auteur regroupe les questionnaires dans des tableaux afin de les comparer et de les classer entre les instruments permettant l'évaluation de tout type d'incontinence urinaire, l'évaluation de l'incontinence urinaire par urgenturie et l'évaluation de l'incontinence urinaire d'effort.

Le Tableau 4 synthétise les différents critères psychométriques dont se servent les quatre revues de la littérature retenues. Il précise également les seuils de ces critères et leurs interprétations par les auteurs afin de pouvoir comparer les données des différents questionnaires. En effet, nous souhaitons confronter les comparaisons des différents questionnaires de chaque revue. Pour cela, nous avons besoin de mettre en parallèle les interprétations des données psychométriques des questionnaires, afin de savoir si nous pouvons confronter les comparaisons des questionnaires entre elles.

Tableau 4 - Interprétation des données psychométriques des questionnaires en fonction des revues de littérature

	Fiabilité		Validité	Sensibilité au changement	
	Cohérence interne : coefficient alpha de Cronbach	Réactivité test-retest : coefficient de corrélacion intra-classe			
Bonnaud et al., 2005 (48)	Niveau recommandé : >0,7 pour une comparaison de groupe et > 0,9 pour une comparaison individuelle	Niveau recommandé : > 0,7	Validité discriminative de construction Modérée : validité de contenu évaluée Bonne : validité de construction en comparant le questionnaire à d'autres mesures Excellente : validité de construction en faisant des hypothèses sur le lien entre les résultats et les autres mesures	Effect size Excellent : ≥ 1 Bon : $\geq 0,8$ Modéré : $\geq 0,5$ Faible : $< 0,5$	Responsiveness index Excellent : ≥ 1 Bon : $\geq 0,8$ Modéré : $\geq 0,5$ Faible : $< 0,5$
	Modérée si seule la cohérence interne est évaluée Bonne si cohérence interne et réactivité test- retest évaluées		Validité évaluative de construction Modérée : validité de contenu évaluée Bonne : validité de construction en comparant le questionnaire à d'autres mesures Excellente : validité de construction en faisant des hypothèses sur le lien entre les résultats et les autres mesures	Modérée : si seule la différence des scores est évaluée Bonne : si l'effect size est évalué Excellente : si le responsiveness index est évalué en plus	
Corcos et al., 2002 (49)	Pauvre : de 0,2 à 0,6 Acceptable : 0,7 Bonne : 0,8 Excellente : > 0,9	Léger : 0,1 Faible : de 0,2 à 0,3 Modéré : de 0,4 à 0,6 Bon à haut : de 0,7 à 0,8 Très haut : > 0,9	Modérée : validité de contenu évaluée Bonne : validité de contenu évaluée et validité de construction ou de critère évaluée Très bonne : validités de contenu, de construction et de critères évaluées	Effect size Petit : 0,2 à 0,4 Modéré : 0,5 à 0,7 Grand : 0,8 à 0,9 Très bon : ≥ 1	Test T de Student : pas de données chiffrées
Matza et al., 2004 (50)	Non précisé	Non précisé	Non précisé	Non précisé	
Symonds, 2003 (51)	Excellente : > 0,95	Excellente : > 0,9	Validité convergente : Adéquate : > 0,4 Validité divergente : Non précisé	Non précisé	

5.4 Evaluation des différents questionnaires

Nous appuyant sur la guideline européenne datant de 2018, nous étudierons dans un premier temps les questionnaires recommandés par cette dernière, apparaissant dans les quatre revues de la littérature retenues (7). De plus, les données psychométriques utilisées par les différents questionnaires étant parfois différentes dans leur interprétation, nous ne pouvons pas réaliser de méta-analyses des résultats, mais plutôt une analyse qualitative de ces derniers.

Le questionnaire IIQ et sa version courte IIQ-7 sont évalués par les quatre revues de la littérature retenues. D'après Bonniaud et al., ce questionnaire a été validé pour être utilisé dans l'incontinence urinaire par urgenterie et d'effort (48). Lors de l'évaluation de sa reproductibilité test-retest, il a été retrouvé un coefficient de corrélation intra-classe de 0,73. Rappelons que pour Bonniaud et al., le niveau recommandé pour ce coefficient doit être supérieur à 0,70, sa fiabilité est donc considérée comme « bonne ». Corcos et al., retrouvent la même valeur pour la reproductibilité test-retest du questionnaire et précisent la fiabilité du questionnaire grâce à son coefficient alpha de Cronbach qui fut évalué à 0,75 (acceptable) pour le score total de l'IIQ et variait de 0,88 à 0,91 (bonne à excellente) pour les sous-échelles (49). Pour Matza et al., l'IIQ a démontré une bonne fiabilité (50). Symonds retrouve quant à lui, une cohérence interne forte puisque tous les domaines ont été évalués avec un coefficient alpha de Cronbach supérieur à 0,86 (51). Cependant, il précise que la reproductibilité test-retest n'a pas été évaluée. En ce qui concerne la validité, pour Bonniaud et al., la validité discriminative de construction se base sur des « corrélations faibles, mais significatives », concernant les domaines qui évaluent la fréquence (0,23 à 0,34) et la quantité (0,19 à 0,34) comparativement au pad-test. Des corrélations faibles à modérées sont retrouvées avec quatre autres questionnaires de qualité de vie (0,37 à 0,52). La validité de construction évaluative a été évaluée comme modérée avec une corrélation de 0,46 entre le changement du score total de l'IIQ et le changement du nombre de fuites. Les sous-scores de ce questionnaire étaient corrélés significativement, mais faiblement avec la fréquence (0,34) et la quantité de perte d'urine (0,27), telle que mesurée par le pad-test, pour la revue de la littérature de Corcos et al. Matza et al., révèlent une « faible » validité de construction avec des corrélations faibles avec d'autres mesures cliniques, sans autre précision. Symonds démontre une validité convergente. La sensibilité au changement de l'IIQ s'est révélée être

« bonne » pour Bonniaud et al., ainsi que pour Corcos et al., puisqu'un effect size de 1,14 a été retrouvé. Les revues de Matza et al., et de Symonds ont rapporté une sensibilité au changement significative, notamment après une période de trois mois de traitement pour la seconde. Il existe une version française de l'IIQ (48). La version courte de l'IIQ, l'IIQ-7 retrouve les mêmes propriétés psychométriques, et rapporte une bonne validité de construction (48,50).

Le KHQ est également retrouvé dans chacune des revues de la littérature. Pour Bonniaud et al., la version française du questionnaire est évaluée avec une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach $> 0,70$) à l'exception de trois sous-scores. Corcos et al., retrouvent, quant à eux, une cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach, pour la version originale de 0,72 à 0,92 et une bonne reproductibilité test-retest ($p \geq 0,8$). Symonds précise que tous les domaines ont retrouvé une cohérence interne raisonnable (alpha de Cronbach $> 0,7$) et une excellente reproductibilité. Les validités de construction discriminative et évaluative ont été démontrées d'après Bonniaud et al., et Corcos et al. Symonds précise que tous les domaines comparables à ceux du SF-36 ont révélé une corrélation statistiquement significative (0,34 à 0,64), ce qui indique une « bonne » convergence. La sensibilité au changement a été jugée comme « faible » pour Bonniaud et al., Corcos et al., n'ayant pas rapporté de données pour ce critère. Symonds relève une bonne sensibilité au changement après un traitement de dix semaines. Pour Matza et al., le KHQ a démontré de bonnes propriétés psychométriques.

L'I-QOL a révélé une fiabilité très élevée pour Bonniaud et al., pour chacun des domaines ainsi que pour le score total, avec un coefficient de corrélation intra-classe allant de 0,87 à 0,91. Corcos et al., rapportent une cohérence interne élevée (alpha de Cronbach = 0,95) et une reproductibilité test-retest excellente avec un coefficient de corrélation intra-classe de 0,93. Symonds rapporte également une reproductibilité excellente (0,91) et une cohérence interne élevée ($\alpha = 0,95$). Pour Matza et al., la fiabilité et la validité du questionnaire ont été démontrées, mais les résultats psychométriques rapportés ont principalement porté sur le score total plutôt que sur les sous-échelles. La validité discriminative de construction a été évaluée comme « bonne » avec des corrélations mises en avant avec d'autres questionnaires et des évaluations cliniques comme le pad-test, à la fois pour la revue de Bonniaud et al., et celle de Corcos et al. Matza et al., évoquent également que la validité discriminante de

construction a été démontrée, tout comme Symonds. Ce dernier précise que la validité de convergence a été confirmée. Bonniaud et al., précisent également que la validité évaluative de construction a été démontrée. En ce qui concerne la sensibilité au changement de l'I-QOL, Bonniaud et al., l'ont évaluée comme étant « bonne » avec un standardized response mean de 0,8 et malgré un effect size de 0,4. Avec le même effect size, Corcos et al., qualifient la sensibilité au changement de l'I-QOL comme « pauvre ». Symonds évoque que la sensibilité au changement a été confirmée. Ce questionnaire possède une version française, cette dernière ayant des propriétés psychométriques identiques à la version originale (48).

L'OAB-q n'a été retrouvé qu'au sein de deux revues de la littérature. Bonniaud et al., précisent que seules sa cohérence interne et sa validité de construction discriminative ont été démontrées, sa fiabilité étant évaluée comme « modérée » et sa validité comme « bonne ». Les auteurs ne précisent pas de données chiffrées concernant ce questionnaire. L'OAB-q ne présente pas de version française. Matza et al., rapportent qu'il a été démontré avoir des « bonnes » propriétés psychométriques, y compris la réactivité aux changements. Les données sur la fiabilité test-retest ont été analysées et soumises à une présentation, d'après Matza et al.

Seule la revue de la littérature de Bonniaud et al., a analysé les données psychométriques du questionnaire ICIQ-UI SF. La validité de construction du questionnaire a été évaluée comme « modérée » pour le domaine « volume des fuites », avec un coefficient de corrélation de 0,53 et « forte » pour le domaine « fréquence des fuites » avec un coefficient de corrélation de 0,86, la relation ayant été établie avec le questionnaire BFLUTS. La corrélation avec les questionnaires BFLUTS et ICS male SF a révélé être « faible à modérée » pour le domaine « circonstances des fuites » avec un coefficient de corrélation allant de 0,24 à 0,55. La cohérence interne de l'ICIQ-UI SF s'est révélée être « bonne » avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,92. La sensibilité au changement a été qualifiée de « modérée » car seuls les domaines évaluant les symptômes ont prouvé une différence significative dans les scores, le domaine « qualité de vie » n'ayant pas montré de sensibilité au changement.

Le questionnaire Leicester Impact Scale a lui aussi été évalué uniquement par la revue de la littérature de Bonniaud et al. Il a été rapporté une reproductibilité test-retest « bonne », tout

comme la validité de construction. Cependant la sensibilité au changement a été jugée « faible ».

Pour Matza et al., le questionnaire UISS a démontré des propriétés psychométriques suffisantes, cependant ils révèlent un problème inhérent à la notation. L'instrument ne rend qu'une note totale qui combine les quatre éléments de symptômes et les six éléments de l'impact des symptômes. Pour les auteurs, ce questionnaire ne fournit pas une indication précise de l'impact des symptômes sur la qualité de vie.

Le Tableau 5 résume les données psychométriques de chaque questionnaire, extraites des tableaux comparatifs des quatre revues de littérature.

Pour finir, les questionnaires ICIQ-FLUTS, ICIQ-MFLUTS, ISS, ICIQ-N-QoI, PFDI et PFDI-20, PFIQ et PFIQ-7 et PRAFAB n'ont été retrouvés dans aucune des revues de la littérature retenues pour notre étude.

Tableau 5 - Comparaison des propriétés psychométriques en fonction des quatre revues de la littérature, accompagné de sa légende

	Nombre d'items	Items évaluant les symptômes	Période évaluée	Fiabilité		Validité	Sensibilité au changement	Version française
				Cohérence interne	Reproductibilité			
IIQ (IIQ-7)	30 (7)	+ (-)	Actuelle (actuelle)	Bonne (Modérée) Modérée (Modérée) Bonne (NP) Démontrée (Non démontrée)	Non démontrée (Non démontrée)	Bonne (Excellente) Bonne (Bonne) Faible (Bonne) Démontrée (Non démontrée)	Bonne (NP) Très bonne (NP) Bonne (NP) Démontrée (Non démontrée)	+ (-)
KHQ	21	+	Actuelle)	Modérée Bonne Bonne Démontrée		Bonne Bonne Bonne Démontrée	Faible NP Bonne Démontrée	- +
I-QOL	22	-	Aujourd'hui	Bonne Très bonne Démontrée Démontrée		Bonne Bonne Démontrée Démontrée	Bonne Pauvre NP Démontrée	+
OAB-q	33	+	4 semaines passées	Modérée	Bonnes propriétés psychométriques		NP	-
ICIQ-UI SF	4	+	NP	Modérée		Bonne	Modérée	-
LIS	NP	-	NP	Modérée		Bonne	Faible	-
UISS	10	NP	Actuelle	Données psychométriques suffisantes mais problème de notation				NP

Légende du Tableau 5

- Informations provenant de Bonniaud et al. (48)
- Informations provenant de Corcos et al. (49)
- Informations provenant de Matza et al. (50)
- Informations provenant de Symonds (51)

NP : Non précisé

6 Analyse des résultats

6.1 Les données psychométriques des questionnaires

Les données métrologiques retrouvées dans les articles retenus sont souvent incomplètes et hétérogènes. Les quatre revues de littérature étudiées nous précisent toutes que les données psychométriques des questionnaires évalués sont généralement incomplètes. Pour Bonniaud et al., la sensibilité au changement est la donnée la plus souvent manquante, avec parfois la fiabilité test-retest. Corcos et al., évoquent également l'absence fréquente de ces deux données.

En ce qui concerne les recommandations de chaque article, Bonniaud et al., considèrent que l'IIQ et l'UDI sont les plus complets au niveau de leurs performances psychométriques. La revue de la littérature écrite par Bonniaud et al., ayant l'avantage d'être en français, les auteurs soulignent le fait qu'il existe une version française de ces questionnaires, mais également des formes courtes. Corcos et al., présentent également le questionnaire IIQ comme celui ayant les performances psychométriques les plus complètes. Corcos et al., rajoutent même que l'IQ et l'I-QOL ont tous les critères psychométriques nécessaires, mais sont trop longs pour une utilisation quotidienne, avec respectivement trente et vingt-deux questions.

Cela nous permet d'appuyer le fait que Corcos et al., évoquent qu'il existe une version courte de l'IQ, l'IQ-7, brève et robuste d'un point de vue psychométrique.

Matza et al., précisent quant à eux, que le KHQ est le questionnaire validé dans la population la plus large et la plus diverse, et qu'il existe un grand nombre de traductions de ce questionnaire. Cependant, ils évoquent également que d'autres instruments spécifiques à l'incontinence urinaire et ayant des données psychométriques importantes sont donc plus appropriés pour les femmes à savoir, l'IQ et l'I-QOL. Matza et al., parlent également de la forme courte du premier questionnaire, en précisant qu'il est préférable de l'utiliser si le temps de remplissage est un problème.

Symonds conclut, quant à lui, que le KHQ et l'I-QOL sont les questionnaires ayant les données psychométriques les plus robustes. Bonniaud et al., précisent également que le KHQ et l'I-QOL ont des qualités psychométriques suffisantes.

Les quatre revues de la littérature que nous avons étudiées semblent donc toutes faire consensus sur les quatre mêmes questionnaires, à savoir l'IIQ et plus particulièrement l'IIQ-7, l'I-QOL et le KHQ. Les quatre questionnaires ayant une version française, il serait possible de les utiliser par le masseur-kinésithérapeute français.

En ce qui concerne les données psychométriques chiffrées de chaque questionnaire, nous retrouvons des données hétérogènes en fonction des auteurs. Cependant, les quatre articles retenus étant des revues narratives, aucune n'évalue la qualité scientifique des articles sur lesquels elles s'appuient. Nous ne pouvons pas donner plus ou moins de poids à l'une des revues et donc conclure précisément sur les données psychométriques des questionnaires.

6.2 Les autres questionnaires

Les questionnaires ICIQ-FLUTS, ISS, N-QoI, PFDI et PFDI-20, PFIQ et PFIQ-7 et PRAFAB n'ont été retrouvés dans aucune des revues de la littérature retenues pour notre étude. Cependant, d'autres articles nous ont permis d'obtenir des informations sur les données métrologiques de ces questionnaires. Nous ne présenterons que les données des questionnaires le plus souvent retrouvés dans la littérature. En effet, certains questionnaires sont très peu mentionnés dans la littérature, d'où le peu d'informations retrouvées à la fois dans la présentation des différents questionnaires et dans la présentation de leurs données psychométriques.

Des études ont été menées pour évaluer les propriétés métrologiques du questionnaire ICIQ-FLUTS d'après l'Institut urologique de Bristol (30). Le questionnaire possède une validité, une fiabilité et une réactivité établies avec rigueur dans plusieurs ensembles de données (30).

Le questionnaire PFIQ (Pelvic Floor Impact Questionnaire) est une adaptation du questionnaire IIQ pour évaluer l'impact sur la qualité de vie des femmes souffrant de troubles du plancher pelvien. Les propriétés métrologiques du PFIQ ont été évaluées chez cent patientes présentant un dysfonctionnement du plancher pelvien (44). Le PFIQ a montré une bonne validité. La cohérence interne était excellente (coefficient alpha de Cronbach de 0,98) et la reproductibilité du test-retest était élevée (ICC global de 0,86) (44). Une version en langue française a été produite mais n'a pas été évaluée de manière satisfaisante (54).

6.3 Les questionnaires non recommandés

Les questionnaires Contilife, Ditrovie, BFLUTS, Symptom Severity Index (SSI), Symptom Impact Index (SII), Incontinence Stress Index (ISI), UDI & UDI-6, York Incontinence Perceptions Scales (YIPS), Patient Global Impression of Severity et Global Impression of Improvement (PGIS + PGII), Urge UDI, Urge IIQ, Qualiveen, Incontinence Stress Questionnaire for Patients (ISQ-P), Incontinence Quality of Life Index (IQoLI), QoL Questionnaire for Urgent Micturitions, Urge Impact Scale (URIS-24), Urge Incontinence Impact Questionnaire (U-IIQ), Urinary Incontinence Handicap Inventory (UIHI) n'étaient pas recommandés par la guideline européenne et ont, cependant, été nommés et catégorisés dans les différentes revues de la littérature étudiées. Nous reprendrons également les questionnaires les plus mentionnés dans la littérature.

L'UDI a été élaboré aux Etats-Unis pour évaluer dans quelle mesure les symptômes associés à l'incontinence impactent la qualité de vie. Il est composé de dix-neuf questions, réparties en trois parties : les symptômes irritatifs, les symptômes obstructifs et l'incontinence urinaire d'effort. Il s'est avéré valide, fiable et réactif dans une population de femmes souffrant d'incontinence urinaire (55,56). Le coefficient de corrélation intra-classe a été mesuré à 0,71, révélant ainsi une fiabilité test-retest bonne (55). Il a été rapporté une corrélation faible (0,23 à 0,27), mais significative entre l'UDI et le nombre de fuites urinaires (48). Cependant, deux des domaines de l'UDI se sont révélés peu corrélés avec le pad-test (48). Une version abrégée de l'UDI (UDI-6 Short Form) a été évaluée comme valide et fiable (55).

Le questionnaire Contilife a été développé en France et traduit dans plusieurs langues. Il contient vingt-huit questions réparties dans six domaines : les activités quotidiennes, les activités physiques, l'image de soi, les conséquences émotionnelles, la sexualité et le bien-être. Un examen des propriétés psychométriques du questionnaire en cinq langues a montré une bonne validité de construction en français, avec de bons niveaux de cohérence interne et un coefficient alpha de Cronbach allant de 0,71 à 0,94 (57). La réactivité au changement a été évaluée avec un effect size supérieur à 0,50, sauf pour les dimensions de la sexualité et du bien-être (57). Le questionnaire Contilife est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS), ainsi que le questionnaire Ditrovie (58). Cependant, le guide de recommandation de la HAS date de l'année 2000.

Le questionnaire BFLUTS est composé de dix-neuf questions sur les symptômes urinaires, et sept questions sur leurs conséquences sur la qualité de vie et la vie sexuelle. Il a montré un bon niveau de validité et de fiabilité (59). La sensibilité au changement a été évaluée grâce à un effect size allant de 0,82 à 1,87 pour les différentes parties du questionnaire (60). De plus, une forme courte de ce questionnaire existe.

Le questionnaire PGIS est un indice global de gravité et d'amélioration. La validité de construction a été évaluée grâce à une corrélation significative avec le nombre d'épisodes d'incontinence, le pad-test et l'I-QOL (61). Cependant, aucune évaluation de la fiabilité et de la sensibilité au changement n'a été retrouvée.

Le questionnaire SSI est un court questionnaire, mis au point au Royaume-Uni pour évaluer l'incontinence d'effort (62). Le coefficient de Cronbach a été évalué à 0,69 (63). Toutes les questions du SSI sont significativement corrélées avec des éléments similaires de l'UDI et du PFDI (63). Selon Twiss et al., le questionnaire SSI démontre une bonne fiabilité et validité (63).

Les questionnaires Urge UDI et Urge IIQ sont des versions adaptées des questionnaires UDI et IIQ spécifiques à l'évaluation de l'incontinence urinaire par urgenturie. Ils comprennent respectivement neuf et trente-deux questions. L'U-IIQ a prouvé une cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach variant de 0,74 à 0,96 pour le score global et les différentes sous-échelles. La fiabilité test-rests a été mesurée grâce au coefficient de corrélation intra-classe qui varie de 0,68 à 0,88 (64,65).

7 Discussion

7.1 Interprétation des résultats

Chacune des revues revient sur le fait qu'il n'existe pas de gold standard et que l'utilisation des questionnaires dépend d'un grand nombre de facteurs comme les symptômes, la population (sexe, âge, culture), le temps d'administration, la compréhension rapide des résultats, la validation des données psychométriques, la durée sur laquelle sont évalués les symptômes, le domaine fonctionnel particulier évalué, etc. En effet selon Symonds, un questionnaire ayant de « bonnes » données psychométriques dans un groupe peut s'avérer « mauvais » pour une autre population (51). Corcos et al., précisent même qu'il faudrait étudier la validité de chaque questionnaire en fonction de l'âge de la population (49). En effet,

pour les auteurs, l'impact sur la qualité de vie semble différent en fonction de l'âge et du rôle social de chacun (49). Corcos et al., évoquent également l'effet de la différence culturelle (49).

Une question se pose concernant la durée sur laquelle le questionnaire doit évaluer les symptômes. Cette période varie en fonction des questionnaires, et il est important d'en tenir compte selon ce que l'on souhaite évaluer. D'après l'article de Matza et al., pour une étude à court terme, il serait en effet plus intéressant d'utiliser un questionnaire évaluant le fonctionnement actuel plutôt qu'un questionnaire évaluant les quatre dernières semaines (50).

Matza et al., conseillent d'utiliser un questionnaire plutôt qu'un autre en fonction du domaine fonctionnel particulier que l'on souhaite évaluer (50). Ils donnent comme exemple que si les « voyages » sont le domaine particulier que l'on souhaite évaluer chez une patiente, alors l'IQ semble plus adapté qu'un autre questionnaire.

Pour Corcos et al., il serait intéressant d'établir des questionnaires distincts pour chaque type d'incontinence urinaire (49). En effet, l'incontinence urinaire par urgenturie est plus perturbatrice pour la qualité de vie que les autres types d'incontinence urinaire.

Bonnaud et al., évoquent même le fait qu'il serait nécessaire de réaliser des études supplémentaires sur les questionnaires existants (48). Pour Corcos et al., il faudrait affiner les questionnaires existants, utiliser des mesures publiées et validées au lieu de développer davantage de mesures (49).

Si nous devons répondre aujourd'hui à la question « Quel questionnaire dois-je utiliser pour évaluer la qualité de vie de la patiente dont je réalise le bilan diagnostic kinésithérapique ? », nous ne pourrions y répondre tel que. Cependant, l'étude de chaque questionnaire permet de faire un choix judicieux quant au questionnaire à utiliser en fonction de la patiente, et donc presque au cas par cas. De plus, l'examen des questionnaires pourrait encourager les professionnels de santé à les utiliser et à comprendre la portée sur la qualité de vie en ce qui concerne l'incontinence urinaire. Il est important de prendre en compte tous les aspects que comporte l'utilisation d'un questionnaire évaluant l'impact d'une pathologie sur la qualité de vie.

La connaissance du questionnaire par le professionnel de santé passe par la capacité à l'expliquer et à le transmettre au patient, à répondre aux questions que peut poser le patient et surtout à la compréhension et l'interprétation du résultat. En effet, les questionnaires à score cumulatif global, peuvent donner les mêmes scores à deux patientes, alors qu'elles souffrent de deux types d'incontinence urinaire différents, ou bien que leur qualité de vie soit impactée dans différents domaines. Le professionnel de santé doit pouvoir différencier les patientes, il doit être en mesure d'interpréter le résultat du questionnaire et pour cela il est essentiel qu'il connaisse l'outil qu'il utilise.

La connaissance par le professionnel de santé de l'outil qu'il utilise pour évaluer l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie, passe à la fois par l'expérience du masseur-kinésithérapeute qui aura utilisé un certain nombre de fois le questionnaire pour s'entraîner, avant de l'utiliser avec les patientes. Cela passe également par la transmission que les auteurs du questionnaire font de ce dernier, avec des instructions plus ou moins complètes.

Comme pour la plupart des échelles, cela souligne l'importance d'utiliser les instructions qui appartiennent à l'échelle, par exemple les documents d'explications et d'instructions. Il est également conseillé de se former à l'aide du questionnaire avant de l'appliquer aux patientes.

Cependant, le fait que le professionnel de santé connaisse bien le questionnaire qu'il utilise peut influencer la transmission faite au patient. En effet, le praticien peut aiguiller le patient dans ses réponses par la présentation du questionnaire ou l'explication des questions. Le masseur-kinésithérapeute peut conduire le patient vers telle ou telle réponse en fonction de ses propres biais et hypothèses faits à la suite du bilan. La communication thérapeutique reste donc un aspect important à travailler pour le soignant, en plus de la connaissance et de l'interprétation du questionnaire.

De plus, il est important de garder à l'esprit que le test d'un questionnaire ne se rapporte qu'au cadre d'une étude donnée. Ainsi, les résultats présentés ici ne sont pas des caractéristiques générales des questionnaires, mais des caractéristiques des questionnaires remplis ou transmis par certains évaluateurs, à un échantillon particulier de population.

L'accessibilité des questionnaires est également un point à prendre en compte. En effet, il est relativement facile de se procurer les questionnaires ICIQ sur Internet, et ce dans n'importe

quelle version traduite. Le questionnaire KHQ peut être trouvé relativement aisément. A la différence de ces questionnaires, l'I-QOL est relativement difficile à trouver puisque payant si l'on souhaite la version traduite. Il s'agit de la raison pour laquelle le questionnaire se trouve en version anglaise originale en annexe de ce document. L'accessibilité des questionnaires est donc un élément à considérer puisque le masseur-kinésithérapeute doit prendre en compte un éventuel budget pour acquérir les questionnaires et leur traduction. Cela peut impacter le choix du professionnel de santé quant à l'utilisation d'un questionnaire plutôt qu'un autre.

7.2 Limites de la revue systématique de la littérature

Notre question de départ était une question pratico-pratique. Nous souhaitions apporter une réponse qui puisse nous servir immédiatement dans notre pratique professionnelle future. Afin de répondre à notre attente de recommandation pratique, nous avons préféré privilégier une revue systématique de la littérature en ne sélectionnant que des revues de la littérature. Notre choix aurait pu se porter sur la sélection d'articles uniquement sous la forme d'études transversales ou d'essais contrôlés randomisés. Nous aurions ainsi pu évaluer la qualité métrologique des articles retenus afin de donner plus ou moins de poids à l'un ou l'une des essais contrôlés randomisés ou études transversales sélectionnés. Cependant notre écrit aurait alors été tourné préférentiellement vers de la recherche scientifique. En effet, les études transversales ou les essais contrôlés randomisés nous auraient apporté des résultats chiffrés sur les données métrologiques des différents questionnaires. Cependant, comme nous avons pu le voir, les données métrologiques sont généralement hétérogènes, évaluées de différentes manières avec différents coefficients. La comparaison de ces données peut alors être un exercice périlleux si l'analogie ne peut être faite entre les chiffres retrouvés. L'utilisation de revue de la littérature nous permettait de nous appuyer sur des données déjà interprétées, puisque les revues permettent généralement d'apporter des recommandations quant à la pratique professionnelle. Nous pouvions ainsi comparer les indications qu'apportaient les revues. Nous avons depuis le début l'envie de faire ressortir de ce travail le côté pratique et pouvoir utiliser les résultats de ce travail d'initiation à la recherche à des fins professionnelles immédiates.

Les revues que nous avons sélectionnées sont donc toutes des revues narratives de la littérature. Les revues narratives comportent un plus faible niveau de preuve que les revues

systematiques de la littérature. Elles apportent une information plus subjective. Bien que notre étude ait été la plus exhaustive possible, en respectant une méthodologie rigoureuse et systématique, en ne sélectionnant que des revues narratives de la littérature nous aurions pu manquer les résultats d'articles non sélectionnés par les auteurs de nos revues. En effet, une revue systématique de la littérature souhaite inclure un maximum de résultats pour rendre acceptable son niveau de preuve. Si les revues narratives que nous avons sélectionnées ont, par leur plus faible rigueur méthodologique, omis d'inclure certains articles, malgré notre méthodologie particulièrement méticuleuse, nous avons inévitablement omis certains résultats. Cependant, nous avons pu évaluer la qualité méthodologique de chaque revue narrative. Ces dernières ont toutes utilisé des critères d'inclusion et d'exclusion, ce qui est un point positif concernant leur méthode de recherche. Il peut donc être préférable pour notre travail d'initiation à la recherche de s'appuyer sur des revues narratives de qualité que sur des revues systématiques de faible qualité.

Comme nous venons de le voir, le fait de ne sélectionner que des revues narratives aurait pu être préjudiciable pour notre travail. En effet, leurs qualités varient considérablement en fonction des revues et sont souvent comparées de manière négative aux revues systématiques. Cependant, les méthodologies narratives sont mieux adaptées pour aborder un sujet de manière plus large, comme ici le concept de qualité de vie. De plus, le fait de ne pas trouver de revues systématiques lors de notre sélection d'articles, et malgré un chiffre important d'articles extraits lors de nos recherches documentaires (N = 192), permet d'appuyer la nécessité de réaliser un tel exercice. Ayant conscience que notre revue de littérature peut comporter des biais, notamment le fait que la sélection des articles n'a pas été réalisée par plusieurs personnes, nous pourrions alors poursuivre ce travail de recherche dans le futur, lorsque notre pratique professionnelle en urologie se sera développée, grâce à la formation continue ou le développement professionnel continu (DPC) par exemple. Il serait, en effet, intéressant, dans le futur, de pouvoir réaliser une revue systématique des articles de type études transversales ou essais contrôlés randomisés sur le sujet, afin de comparer les résultats à nos constats.

En ce qui concerne les biais de notre travail d'initiation à la recherche, la revue narrative la plus récente que nous avons sélectionnée date de 2005. Cet article date de quinze ans et ne

peut donc être considéré comme récent (inférieur à dix ans). Nous nous interrogeons alors sur nos équations de recherches et nos critères d'inclusion et d'exclusion, qui auraient potentiellement pu laisser un silence documentaire trop important, ne nous permettant pas d'accéder à des articles plus récents. L'utilisation de certains mots-clés peut représenter un biais lors de la recherche documentaire. Lors de la recherche de mots-clés, concernant le mot « questionnaire », notre recherche de « MeSH Term » (Medical Subject Headings) nous a apporté le mot « survey ». Cependant, ce dernier signifie « une enquête » ou « un sondage ». Nous avons donc exclu ce terme de nos équations de recherche. L'expression « qualité de vie », que nous avons traduite par « quality of life » est rapportée dans certains articles sous le terme de « Health-Related Quality of Life », et fait parfois référence à l'abréviation « HRQOL ». Nous n'avons pas inclus ces termes dans nos recherches. Cependant, l'utilisation d'une équation de recherche plus complète, avec plus de mots-clés aurait pu nous permettre de limiter le silence documentaire et donc de trouver des articles plus récents.

En ce qui concerne nos critères d'inclusion et d'exclusion, ne nous intéressant qu'à l'incontinence urinaire chez la femme, nous avons restreint nos recherches à une population exclusivement féminine. Cependant, nous avons pu voir que certains questionnaires, en plus d'être validés chez la femme, le sont également chez l'homme. Nous aurions ainsi pu inclure les revues évoquant des populations masculines pour tirer des informations concernant les questionnaires pouvant être utilisés chez les deux populations. Notre choix peut cependant être justifié puisqu'un questionnaire validé pour une population féminine peut ne pas l'être pour une population masculine. Les articles ayant sélectionné les questionnaires utilisés chez l'homme pourraient n'apporter des données psychométriques que dans la population masculine.

De plus, en ce qui concerne la connaissance du questionnaire que nous utilisons en pratique, cette dernière peut également être transposée à notre travail de recherche. En effet, pour cette revue de la littérature, nous avons décidé d'utiliser la grille d'évaluation SANRA pour mesurer la qualité méthodologique de chacune des revues narratives sélectionnées. N'ayant jamais réalisé de revue systématique de la littérature, nous n'avions jamais utilisé auparavant la grille SANRA. Les auteurs de la grille SANRA recommandent aux utilisateurs de leur outil de tester quelques revues pour se familiariser avec l'échelle, avant de l'utiliser à des fins de

recherche (52). Bien qu'ayant pu tester la grille SANRA sur différentes revues avant de l'utiliser lors de notre travail de recherche, nous pensons que, n'étant pas extrêmement familiarisés avec ce genre d'exercice cela peut être considéré comme un biais à notre étude.

Pour finir, nous nous sommes appuyés sur la Guideline européenne datant de 2018, pour faire une première sélection des questionnaires que nous avons évalués (7). Cette dernière présente les questionnaires en trois catégories, ceux validant les trois critères métrologiques, ceux n'en validant que deux, et ceux n'en valident qu'un seul. Cependant, la Guideline ne présente pas les données métrologiques de chaque questionnaire et ne précise pas quel critère métrologique n'est pas respecté pour les deuxième et troisième catégories. Elle n'avance donc pas les critères métrologiques permettant un tel classement, ne nous donnant pas la possibilité de poursuivre les recherches sur les données manquantes.

7.3 Apports et perspectives professionnels

Ce mémoire nous a avant tout permis de réaliser un travail d'initiation à la recherche, exercice pour lequel nous n'avions pas d'expérience. De plus, en étudiant et en essayant de rendre limpides les données métrologiques existantes, nous pourrions envisager de les utiliser à des fins de recherche et de pratique, une fois diplômés. Nous pensions que ces données nous étaient inaccessibles étant donné leur complexité et leur diversité. Cependant, lors de leur utilisation pratique afin de comparer les différents questionnaires, nous avons pu nous rendre compte que nous pouvions les utiliser dans notre pratique professionnelle.

Les cours, lors de notre formation initiale, nous ont apporté les bases nécessaires à la compréhension des données psychométriques des questionnaires. Comme évoqué précédemment, la réponse que nous souhaitons apporter se voulait principalement pratique, alors que les données psychométriques sont généralement difficilement interprétables lorsqu'elles proviennent de la littérature. Elles ne donnent à voir aux professionnels de santé souhaitant les utiliser, que des données chiffrées, rarement exploitables immédiatement dans la pratique professionnelle. Des guides de recommandations sont donc essentiels, afin de permettre aux professionnels voulant utiliser un questionnaire de qualité de vie concernant l'incontinence urinaire de la femme, de savoir vers quel outil se tourner.

Nous n'apportons pas de réponse ferme et définitive à notre question de départ. Cependant, cet écrit peut permettre de faire un choix plus judicieux en ce qui concerne les nombreux

questionnaires disponibles. De plus, il remet au centre l'importance de la qualité de vie, notion trop souvent oubliée, et que les données analytiques des bilans cliniques viennent souvent masquer. Les professionnels de santé sont actuellement dans un processus de changement en ce qui concerne la prise en charge de l'impact sur la qualité de vie. Les outils permettant d'évaluer cette dernière doivent donc être développés, évalués et doivent être inclus de plus en plus dans notre pratique courante. Il faudra, dans notre futur, évaluer les symptômes d'une part, mais aussi leur impact sur la vie quotidienne des patients, quelle que soit la pathologie rencontrée.

Pour finir, en ce qui concerne l'évaluation des revues de littérature, réalisant une revue systématique, nous avons souhaité auto-évaluer notre revue de la littérature afin de construire notre écrit de la manière la plus adaptée. Nous nous sommes alors appuyés sur la grille d'évaluation AMSTAR (A Measurement Tool to Assess systematic Review), spécialement dédiée à l'évaluation des revues systématiques (66). Cette dernière nous a permis d'essayer de valider le maximum de critères afin que notre revue comporte le minimum de biais. Certes, la sélection des études n'a pas pu être réalisée par deux personnes, cependant nous avons tenté d'établir une question de recherche, des critères d'inclusion, une recherche documentaire exhaustive. Nous avons pu, grâce à cette auto-évaluation, fournir en annexe de ce document, une liste des études incluses et exclues. De plus, nous avons évalué la qualité scientifique des articles retenus, comme demandé dans la grille d'évaluation AMSTAR. Ce travail d'auto-évaluation de notre écrit nous a permis de prendre conscience qu'il était essentiel de s'appuyer sur des outils fiables et validés pour remettre en cause nos activités et notre pratique. Cela permet d'affiner notre travail, de se tourner vers des pratiques recommandées par la littérature ou encore de prendre du recul sur nos connaissances.

Concernant les apports de ce travail pour nos perspectives cliniques, nous pourrions donner notre avis concernant l'utilisation des questionnaires. Au vu des différentes données retrouvées dans la littérature, l'utilisation d'un questionnaire comme le KHQ que nous trouvons relativement simple à utiliser, pourra être privilégiée. Pour un gain de temps, l'IHQ-7 peut être une bonne solution. Quel que soit le questionnaire que nous utiliserons dans notre pratique future, nous mettrons un point d'honneur à évaluer la qualité de vie, quelque soit la pathologie que nous traiterons.

8 Conclusion

Ce mémoire souhaitait répondre à la question : « Existe-t-il un questionnaire fiable, valide, sensible, existant en français et corrélé à l'examen physique, que le masseur-kinésithérapeute français peut utiliser afin d'évaluer l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie chez la femme ? ». Au cours de ce travail d'initiation à la recherche, nous avons pu voir qu'il existait un grand nombre de questionnaires fiables, valides et sensibles, existants en français, pouvant répondre à cette demande. Nous avons souhaité les comparer entre eux, afin de savoir quel questionnaire pourrait utiliser un professionnel de santé, demain, lors de son bilan diagnostic avec la patiente. La comparaison des questionnaires a pu être réalisée par une revue de la littérature qui a sélectionné quatre revues narratives. Ces quatre articles recommandent l'utilisation de quatre questionnaires. Cependant, chacun des articles précise qu'il n'existe pas de gold standard pour l'utilisation de ces questionnaires.

L'utilisation des questionnaires spécifiques de qualité de vie liés à l'incontinence urinaire se fait en fonction du praticien et de la patiente. En effet, il est nécessaire que le praticien connaisse bien le questionnaire qu'il utilise. Il doit pouvoir faire un choix judicieux quant au questionnaire qu'il va choisir, pour que celui-ci soit adapté à la patiente qu'il souhaite évaluer, à son type d'incontinence urinaire, au domaine de qualité de vie le plus touché et à l'utilisation qu'il va faire du résultat (recherche ou pratique clinique).

L'utilisation d'un questionnaire peut paraître anodine pour les professionnels, si la patiente se confie suffisamment sur l'impact de son incontinence urinaire sur sa qualité de vie. Cependant, l'utilisation d'un questionnaire fiable, valide et sensible permet notamment de rendre reproductible la mesure, avant et après un traitement. Elle permet également aux femmes de pouvoir prendre conscience qu'une gêne qu'elles minimisent est finalement pathologique et nécessite une rééducation.

L'évaluation de la qualité de vie doit être développée dans la prise en charge de l'incontinence urinaire mais également dans n'importe quel type de prise en charge. En effet, l'impact sur la qualité de vie peut varier en fonction de l'âge de la personne, de sa culture, de son environnement. Il est important, à l'heure actuelle, d'inclure cette modalité à notre prise en charge.

Références bibliographiques et autres sources

1. Almousa S, Bandin van Loon A. The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review. *Maturitas*. janv 2018;107:78-83.
2. Lasserre A, Pelat C, Guérout V, Hanslik T, Chartier-Kastler E, Blanchon T, et al. Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life. *Eur Urol*. juill 2009;56(1):177-83.
3. Bushnell DM, Martin ML, Summers KH, Svihra J, Lionis C, Patrick DL. Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: Cross-cultural Performance of 15 Language Versions of the I-QOL. *Qual Life Res*. oct 2005;14(8):1901-13.
4. Espuña Pons M, Castro Díaz D, Carbonell C, Dilla T. Comparación entre el cuestionario “ICIQ-UI Short Form” y el “King’s Health Questionnaire” como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. *Actas Urol Esp*. janv 2007;31(5):502-10.
5. Steenstrup B, Bakker E, Nouhaud F-X, Cornu J-N, Grise P. Le traitement rééducatif de l’incontinence urinaire : proposition de mise à jour de bonnes pratiques. *Kinésithérapie Rev*. nov 2017;17(191):3-13.
6. Haute Autorité de Santé - Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé. Prise en charge de l’incontinence urinaire de la femme en médecine générale. *Recommandations*. 2003;
7. Burkhard F, Bosch J, Cruz F, Lemack G, Nambiar A, Thiruchelvam A, et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults. *Eur Assoc Urol*. 2018;99.
8. Kamina P, Martinet C, Gouazé A. Anatomie clinique. Tome 4, Tome 4,. Paris: Maloine; 2008.
9. Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé. Prise en charge de l’incontinence urinaire de la femme en médecine générale. *Argumentaire*. 2003;

10. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2009;n/a-n/a.
11. Bakker E, Fayt C. Proposition d'un modèle fonctionnel de la continence pour le diagnostic et la rééducation de l'incontinence urinaire à l'effort. *Kinésithérapie Rev*. août 2009;9(92-93):39-44.
12. Aoki Y, Brown HW, Brubaker L, Cornu JN, Daly JO, Cartwright R. Urinary incontinence in women. *Nat Rev Dis Primer*. déc 2017;3(1):17042.
13. Kamińska A, Futyma K, Romanek-Piva K, Streit-Ciećkiewicz D, Rechberger T. Sexual function specific questionnaires as a useful tool in management of urogynecological patients – Review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1 mars 2019;234:126-30.
14. World Health Organization - Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL - Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health. 1997.
15. Kelleher C. Quality of life and urinary incontinence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. avr 2000;14(2):363-79.
16. Donovan J, Bosch R, Gotoh M, Jackson S, Naughton M, Radley S, et al. Symptom and Quality of Life Assessment. 3rd Int Consult Incontinence Book. 2005;Vol 1 : Basics and Evaluation:66.
17. Code de la santé publique - Article R4321-5. Code de la santé publique.
18. Le référentiel de la profession. [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2012 [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/ordre/le-referentiel-du-masseur-kinesitherapeute-et-du-masseur-kinesitherapeute-osteopathe/>
19. Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Incontinence Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 4 oct 2018 [cité 12 mars 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005654.pub4>

20. Nambiar AK, Bosch R, Cruz F, Lemack GE, Thiruchelvam N, Tubaro A, et al. EAU Guidelines on Assessment and Nonsurgical Management of Urinary Incontinence. *Eur Urol.* 1 avr 2018;73(4):596-609.
21. Mateus-Vasconcelos ECL, Ribeiro AM, Antônio FI, Brito LG de O, Ferreira CHJ. Physiotherapy methods to facilitate pelvic floor muscle contraction: A systematic review. *Physiother Theory Pract.* 26 déc 2017;34(6):420-32.
22. Peyronnet B, Rigole H, Damphousse M, Manunta A. Prise en charge de l'hyperactivité vésicale chez la femme. *Prog En Urol.* nov 2015;25(14):877-83.
23. Organisation Mondiale de la Santé, éditeur. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.
24. de Tayrac R, Letouzey V, Triopon G, Wagner L, Costa P. Diagnostic et évaluation clinique de l'incontinence urinaire féminine. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2009;38(8):S153-65.
25. Jolleys JV, Donovan JL, Nanachahal K, Peters TJ, Abrams P. Urinary symptoms in the community: how bothersome are they? *Br J Urol.* nov 1994;74(5):551-5.
26. Aaronson NK. Quality of life assessment in clinical trials: Methodologic issues. *Control Clin Trials.* déc 1989;10(4):195-208.
27. Maison de l'Urologie. Comment mesurer de l'impact sur la qualité de vie d'un traitement du cancer localisé de la prostate ? [Internet]. 2018 [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/comment-mesurer-de-limpact-sur-la-qualite-de-vie-dun-traitement-du-cancer>
28. Septans A-L. Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer. *Univ Franche-Comté.* 2014;131.
29. ICIQ-UI SF [Internet]. ICIQ. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://iciq.net/iciq-ui-sf>
30. ICIQ-FLUTS [Internet]. ICIQ. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://iciq.net/iciq-fluts>

31. ICIQ-MLUTS [Internet]. ICIQ. [cité 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://iciq.net/iciq-mluts>
32. Hagen S, Hanley J, Capewell A. Test-retest reliability, validity, and sensitivity to change of the urogenital distress inventory and the incontinence impact questionnaire. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(6):534-9.
33. Yu H-J. Quality of life impact and treatment seeking of Chinese women with urinary incontinence. *Qual Life Res*. 2003;12(3):327-33.
34. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM, Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology*. janv 1999;53(1):71-6.
35. Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DE. Quality of life of persons with urinary incontinence: Development of a new measure. *Urology*. janv 1996;47(1):67-71.
36. Hudson WW. A Measurement Package for Clinical Workers. *J Appl Behav Sci*. juin 1982;18(2):229-38.
37. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. déc 1997;104(12):1374-9.
38. Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clínica*. janv 2000;114(17):647-52.
39. Shaw C. A Systematic Review of the Literature on the Prevalence of Sexual Impairment in Women with Urinary Incontinence and the Prevalence of Urinary Leakage during Sexual Activity. *Eur Urol*. 1 nov 2002;42(5):432-40.

40. Questionnaire sur la qualité de vie de la nocturie (N-QOL) | Pfizer PCOA [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.pfizerpcoa.com/nocturia-quality-life-questionnaire-n-qol>
41. ICIQ-Nqol [Internet]. ICIQ. [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: <https://iciq.net/iciq-nqol>
42. Acquadro C, Kopp Z, Coyne KS, Corcos J, Tubaro A, Choo M-S. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology*. mars 2006;67(3):536-40.
43. Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire : the OAB-q. *Qual Life Res*. 2002;11(6):563-74.
44. Barber MD, Kuchibhatla MN, Pieper CF, Bump RC. Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol*. déc 2001;185(6):1388-95.
45. Hendriks EJM, Bernards ATM, Berghmans BCM, de Bie RA. The psychometric properties of the PRAFAB-questionnaire: A brief assessment questionnaire to evaluate severity of urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn*. nov 2007;26(7):998-1007.
46. Stach-Lempinen, E. Kujansuu, P. Lai B. Visual Analogue Scale, Urinary Incontinence Severity Score and 15 D'Psychometric Testing of Three Different Health-related Quality-of-life Instruments for Urinary Incontinent Women. *Scand J Urol Nephrol*. janv 2001;35(6):476-83.
47. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):39-44.
48. Bonniaud V, Raibaut P, Guyatt G, Amarenco G, Parratte B. Scores de symptômes et de qualité de vie au cours des troubles vésicosphinctériens. *Ann Réadapt Médecine Phys*. juill 2005;48(6):392-403.

49. Corcos J, Beaulieu S, Donovan J, Naughton M, Gotoh M, MEMBERS of the SYMPTOM QUALITY OF LIFE ASSESSMENT COMMITTEE OF THE FIRST INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE*. Quality of Life Assessment in Men and Women With Urinary Incontinence. *J Urol.* sept 2002;168(3):896-905.
50. Matza LS, Zyczynski TM, Bavendam T. A review of quality-of-life questionnaires for urinary incontinence and overactive bladder: Which ones to use and why? *Curr Urol Rep.* sept 2004;5(5):336-42.
51. Symonds T. A Review of Condition-Specific Instruments to Assess the Impact of Urinary Incontinence on Health-Related Quality of Life. *Eur Urol.* mars 2003;43(3):219-25.
52. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev.* déc 2019;4(1):5.
53. Donovan J, Badia X, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C, Naughton M. Symptom and quality of life assessment. Abams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence : Second International Consultation Proceedings.* 2002;Plymouth : Health Publication:267-316.
54. de Tayrac R, Chauveaud-Lambling A, Fernandez D, Fernandez H. Instruments de mesure de la qualité de vie chez les patientes présentant un prolapsus génito-urinaire. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* oct 2003;32(6):503-23.
55. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA, the Continence Program in Women (CPW) Research Group. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. *Qual Life Res.* oct 1994;3(5):291-306.
56. Robinson D. Relationship Between Patient Reports of Urinary Incontinence Symptoms and Quality of Life Measures. *Obstet Gynecol.* févr 1998;91(2):224-8.
57. Amarenco G, Arnould B, Carita P, Haab F, Labat JJ, Richard F. European psychometric validation of the CONTILIFE: a Quality of Life questionnaire for urinary incontinence. *Eur Urol.* avr 2003;43(4):391-404.

58. Haute Autorité de Sante - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Bilans et techniques de rééducation périonéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. 2000 [cité 4 janv 2020]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271901/fr/bilans-et-techniques-de-reeducation-perineo-sphincterienne-pour-le-traitement-de-l-incontinence-urinaire-chez-la-femme-a-l-exclusion-des-affections-neurologiques-2000
59. Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P. The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *BJU Int.* juin 1996;77(6):805-12.
60. Brookes ST, Donovan JL, Wright M, Jackson S, Abrams P. A scored form of the Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: Data from a randomized controlled trial of surgery for women with stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* juill 2004;191(1):73-82.
61. Yalcin I, Bump RC. Validation of two global impression questionnaires for incontinence. *Am J Obstet Gynecol.* 1 juill 2003;189(1):98-101.
62. Black N, Griffiths J, Pope C. Development of a symptom severity index and a symptom impact index for stress incontinence in women. *Neurourol Urodyn.* 1996;15(6):630-40.
63. Twiss C, Triaca V, Anger J, Patel M, Smith A, Kim J-H, et al. Validating the incontinence symptom severity index: a self-assessment instrument for voiding symptom severity in women. *J Urol.* nov 2009;182(5):2384-91.
64. Lubeck DP, Prebil LA, Peebles P, Brown JS. A health related quality of life measure for use in patients with urge urinary incontinence: a validation study. *Qual Life Res.* 1999;8(4):337-44.
65. Brown JS, Posner SF, Stewart AL. Urge Incontinence: New Health-Related Quality of Life Measures. *J Am Geriatr Soc.* août 1999;47(8):980-8.

66. Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux. AMSTAR - Grille d'évaluation de la qualité des revues systématiques - (A measurement tool to assess the methodological quality of systematic review) [Internet]. INESSS; [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.inesss.qc.ca/>
67. ICIQ | Questionnaires for urinary, vaginal & bowel dysfunctions [Internet]. ICIQ. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: <https://iciq.net/>
68. Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, Continenence Program for Women Research Group. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: The incontinence impact questionnaire and the urogenital distress inventory. *Neurourol Urodyn*. 1995;14(2):131-9.
69. ePROVIDE TM - Support en ligne pour les évaluations des résultats cliniques [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://eprovide.mapi-trust.org/>

L'IIQ – 7 (68)

Has urine leakage and/or prolapse affected you :

- 1 – Ability to do household chores (cooking, housecleaning, laundry) ? (PA)
- 2 – Physical recreation such as walking, swimming or other exercise ? (PA)
- 3 – Entertainment activities (movies, concerts, etc.) ? (T)
- 4 – Ability to travel by car or bus more than 30 minutes from home ? (T)
- 5 – Participation in social activities outside your home ? (SR)
- 6 – Emotional health (nervousness, depression, etc.) ? (EH)
- 7 – Feeling frustrated ? (EH)

Item response levels are :

0 = not at all, 1 = slightly, 2 = moderately, 3 = greatly

PA = physical activity ; T = travel ; SR = social / relationship ; EH = emotional health

L'I-QOL (3)

Q1 : I worry about not being able to get to the toilet on time

Q2 : I worry about coughing or sneezing because of my urinary problems or incontinence

Q3 : I have to be careful standing up after I've been sitting down because of my urinary problems of incontinence

Q4 : I worry about where toilets are in new places

Q5 : I feel depressed because of my urinary problems or incontinence

Q6 : Because of my urinary problems or incontinence, I don't feel free to leave my home for long periods of time

Q7 : I feel frustrated because my urinary problems or incontinence prevents me from doing what I want

Q8 : I worry about others smelling urine on me

Q9 : My urinary problems or incontinence is always on my mind

Q10 : It's important for me to make frequent trips to the toilet

Q11 : Because of my urinary problems or incontinence , it's important to plan every detail in advance

Q12 : I worry about my urinary problems or incontinence getting worse as I grow older

Q13 : I have a hard time getting a good night of sleep because of my urinary problems or incontinence

Q14 : I worry about being embarrassed or humiliated because of my urinary problems or incontinence

Q15 : My urinary problems or incontinence makes me feel like I'm not a healthy person

Q16 : My urinary problems or incontinence makes me feel helpless

Q17 : I get less enjoyment out of life because of my urinary problems or incontinence

Q18 : I worry about wetting myself

Q19 : I feel like I have no control over my bladder

Q20 : I have to watch what or how much I drink because of my urinary problems or incontinence

Q21 : My urinary problems or incontinence limit my choice of clothing

Q22 : I worry about having sex because of my urinary problems or incontinence

All items use the following response scale :

1 = EXTREMELY, 2 = QUITE A BIT, 3 = MODERATELY, 4 = A LITTLE, 5 = NOT AT ALL

Subscale Structure:

Avoidance and Limiting Behavior: Items 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13, and 20

Psychosocial Impacts: Items 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17, 21, and 22

Social Embarrassment: Items 8, 12, 14, 18 and 19

Le questionnaire KHQ (69)

Selon vous, votre état de santé général est actuellement :	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Très mauvais
A votre avis, dans quelle mesure vos problèmes urinaires affectent-ils votre vie ?	Pas du tout		Un peu	Modérément	Beaucoup
Dans quelle mesure ces problèmes vous affectent-ils ?					
Fréquence : aller aux toilettes très souvent		Un peu		Modérément	Beaucoup
Mictions nocturnes : se lever la nuit pour uriner		Un peu		Modérément	Beaucoup
Envies urgentes : envie d'uriner pressante et difficile à contrôler		Un peu		Modérément	Beaucoup
Incontinence par impériosité : fuites d'urine liées à une envie pressante d'uriner		Un peu		Modérément	Beaucoup
Incontinence d'effort : fuites d'urine liées à une activité physique, comme tousser, éternuer, courir		Un peu		Modérément	Beaucoup
Enurésie nocturne : mouiller son lit la nuit		Un peu		Modérément	Beaucoup
Incontinence au cours des rapports sexuels : fuites d'urine pendant les rapports sexuels		Un peu		Modérément	Beaucoup
Infections fréquentes des voies urinaires		Un peu		Modérément	Beaucoup
Douleurs dans la vessie		Un peu		Modérément	Beaucoup
Difficultés à uriner		Un peu		Modérément	Beaucoup
Autre problème urinaire (préciser)		Un peu		Modérément	Beaucoup

Limitations dans vos activités quotidiennes

Vos problèmes urinaires vous gênent-ils dans vos activités domestiques (comme faire le ménage, les courses, etc.) ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Vos problèmes urinaires vous gênent-ils dans votre travail ou vos activités quotidiennes habituelles en dehors de chez vous ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Limitations physiques ou sociales

Vos problèmes urinaires vous gênent-ils dans vos activités physiques (comme vous promener, courir, faire du sport, de la gym, etc.) ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Vos problèmes urinaires affectent-ils votre capacité à vous déplacer (bus, voiture, train, avion) ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Vos problèmes urinaires limitent-ils vos relations et vos activités avec les autres ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Vos problèmes urinaires vous empêchent-ils de voir vos amis ou de leur rendre visite ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Vie privée

Vos problèmes urinaires vous gênent-ils dans votre relation avec votre partenaire ?

Non concerné(e) Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Vos problèmes urinaires vous gênent-ils dans votre vie sexuelle ?

Non concerné(e) Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Vos problèmes urinaires affectent-ils votre vie familiale ?

Non concerné(e) Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Emotions

Vous sentez-vous déprimé(e) à cause de vos problèmes urinaires ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Vous sentez-vous anxieux(se) ou nerveux(se) à cause de vos problèmes urinaires ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Avez-vous une mauvaise image de vous-même à cause de vos problèmes urinaires ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup

Sommeil/énergie

Vos problèmes urinaires perturbent-ils votre sommeil ?

Jamais Quelquefois Souvent Tout le temps

Vous sentez-vous fatigué(e) ou épuisé(e) à cause de vos problèmes urinaires ?

Jamais Quelquefois Souvent Tout le temps

A quelle fréquence faites-vous ou ressentez-vous ce qui est décrit dans les questions suivantes ?

Portez-vous des protections pour rester au sec ?	Jamais	Quelquefois	Souvent	Tout le temps
Faites-vous attention à la quantité de liquide que vous buvez ?	Jamais	Quelquefois	Souvent	Tout le temps
Devez-vous changer vos sous-vêtements parce qu'ils sont mouillés ?	Jamais	Quelquefois	Souvent	Tout le temps
Avez-vous peur de dégager une odeur désagréable ?	Jamais	Quelquefois	Souvent	Tout le temps
Etes-vous gêné(e) vis-à-vis des autres à cause de vos problèmes urinaires ?	Jamais	Quelquefois	Souvent	Tout le temps

Annexe 2 – Articles inclus et exclus de l'étude

Tableau 6 - Articles inclus et exclus de l'étude

Date	Auteurs	Titre	Base de données
2015	Ayeleke, et al.	Pelvic floor muscle training added to another active treatment versus the same active treatment alone for urinary incontinence in women	Cochrane
2017	't Hoen et al.	A Quality Assessment of Patient-Reported Outcome Measures for Sexual Function in Neurologic Patients Using the Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments Checklist: A Systematic Review	ScienceDirect
2019	Aleixo et al.	Total Versus Subtotal Hysterectomy: Systematic Review and Meta-analysis of Intraoperative Outcomes and Postoperative Short-term Events	ScienceDirect
2009	Apostolidis, et al.	Recommendations on the Use of Botulinum Toxin in the Treatment of Lower Urinary Tract Disorders and Pelvic Floor Dysfunctions: A European Consensus Report	ScienceDirect
2018	Aragón, et al.	The Urinary Tract Microbiome in Health and Disease	ScienceDirect
2007	Avery, et al.	Questionnaires to Assess Urinary and Anal Incontinence: Review and Recommendations	ScienceDirect
2010	Bartoli, et al.	Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review	ScienceDirect
2018	Bicudo-Fürst, et al.	Female Sexual Function Following Surgical Treatment of Stress Urinary Incontinence: Systematic Review and Meta-Analysis	ScienceDirect
2017	Birring, et al.	Physiotherapy and Speech and Language therapy intervention for chronic cough	ScienceDirect
2005	Bonnaud, et al.	Scores de symptômes et de qualité de vie au cours des troubles vésicosphinctériens	Kinédoc
2008	Borello-France, et al.	Continence and Quality-of-Life Outcomes 6 Months Following an Intensive Pelvic-Floor Muscle Exercise Program for Female Stress Urinary Incontinence: A Randomized Trial Comparing Low- and High-Frequency Maintenance Exercise	PEdro
2005	Bracarda, et al.	Cancer of the prostate	ScienceDirect
2017	Bradley, et al.,	Evidence of the Impact of Diet, Fluid Intake, Caffeine, Alcohol and Tobacco on Lower Urinary Tract Symptoms: A Systematic Review	ScienceDirect
2006	Brazzelli, et al.	Efficacy and Safety of Sacral Nerve Stimulation for Urinary Urge Incontinence: A Systematic Review	ScienceDirect
2003	Brucker, et al.	Measuring self-reported sexual function in men with prostate cancer	ScienceDirect
2015	Bunn, et al.	Increasing Fluid Intake and Reducing Dehydration Risk in Older People Living in Long-Term Care: A Systematic Review	ScienceDirect
2002	Bunting	Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen: beware the biases	ScienceDirect
2019	Canty, et al.	Sexual Function in Women with Colorectal/Anal Cancer	ScienceDirect
2016	Carmel, et al.	Definition of Success after Surgery for Female Stress Incontinence or Voiding Dysfunction: An Attempt at Standardization	ScienceDirect
2015	Carter, et al.	Wellbeing during Active Surveillance for localised prostate cancer: A systematic review of psychological morbidity and quality of life	ScienceDirect
2020	Castellani, et al.	State of the Art of Thulium Laser Enucleation and Vapoenucleation of the Prostate: A Systematic Review	ScienceDirect
2013	Castellier, et al.	Place des mini-bandelettes dans le traitement de l'incontinence urinaire de la femme	ScienceDirect
2003	Catton, et al.	Recurrent prostate cancer following external beam radiotherapy: Follow-up strategies and management	ScienceDirect
2012	Chade, et al.	Cancer Control and Functional Outcomes of Salvage Radical Prostatectomy for Radiation-recurrent Prostate Cancer: A Systematic Review of the Literature	ScienceDirect
2014	Chalmers	Overview of factors that affect comfort with modern soft contact lenses	ScienceDirect
2017	Chan, et al.	The emerging phenotype of late-onset Pompe disease: A systematic literature review	ScienceDirect
2010	Chang, et al.	Cough in the Pediatric Population	ScienceDirect
2016	Chapple, et al.	A Narrative Review of Patient-reported Outcomes in Overactive Bladder: What is the Way of the Future?	ScienceDirect
2008	Chapple, et al.	The Effects of Antimuscarinic Treatments in Overactive Bladder: An Update of a Systematic Review and Meta-Analysis	ScienceDirect
2008	Chapple, et al.	Lower Urinary Tract Symptoms Revisited: A Broader Clinical Perspective	ScienceDirect
2005	Chapple, et al.	The Effects of Antimuscarinic Treatments in Overactive Bladder: A Systematic Review and Meta-Analysis	ScienceDirect
2018	Chase, et al.	Diagnostic scores, questionnaires, quality of life, and outcome measures in pediatric continence: A review of available tools from the International Children's Continence Society	ScienceDirect
2011	Chaudhuri, et al.	Parkinson's disease: The non-motor issues	ScienceDirect
2004	Chen, et al.	Utilization of comprehensive geriatric assessment in cancer patients	ScienceDirect
2019	Chen, et al.	Effects of nonpharmacological interventions on depressive symptoms and depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis	ScienceDirect
2011	Chen	Nocturia: A Nonspecific but Bothersome Symptom in Urology	ScienceDirect

Date	Auteurs	Titre	Base de données
2010	Cherubini, et al.	Hypertension and Cognitive Function in the Elderly	ScienceDirect
2009	Clayton, et al.	Female Sexual Dysfunction	ScienceDirect
2010	Clayton, et al.	Female Sexual Dysfunction	ScienceDirect
2002	Corcos, et al.	Quality of Life Assessment in Men and Women With Urinary Incontinence	ScienceDirect
2012	Cornu, et al.	A Contemporary Assessment of Nocturia: Definition, Epidemiology, Pathophysiology, and Management—a Systematic Review and Meta-analysis	ScienceDirect
2014	Darwish, et al.	Psychological outcomes after hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis	ScienceDirect
2013	Davis, et al.	A review of the psychometric performance of the EQ-5D in people with urinary incontinence	PubMed
2014	Davis, et al.	Androgen treatment of postmenopausal women	ScienceDirect
2009	de Oliveira et al.	Pelvic floor muscle training in female stress urinary incontinence: comparison between group training and individual treatment using PERFECT assessment scheme	PEDro
2004	de Vylder, et al.	Myelomeningocele and Female Sexuality: An Issue?	ScienceDirect
2017	DeLay, et al..	The Conception and Evaluation of Sexual Health Literature	ScienceDirect
2001	Demain, et al.	Comparison of Group and Individual Physiotherapy for Female Urinary Incontinence in Primary Care	PEDro
2012	Dillon, et al.	Urodynamics: Role in Incontinence and Prolapse: A Urology Perspective	ScienceDirect
2011	Donahoe-Fillmore, et al.	A comparison of two pelvic floor muscle training programs in females with stress urinary incontinence : a pilot study	PEDro
2014	Dong, et al.	Symptom Clusters in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review of Observational Studies	ScienceDirect
2005	Ensberg, et al.	Incremental Geriatric Assessment	ScienceDirect
2017	Erickson, et al.	Definition of Successful Treatment and Optimal Follow-up after Urethral Reconstruction for Urethral Stricture Disease	ScienceDirect
2015	Farzinmehr, et al.	A Comparative Study of Whole Body Vibration Training and Pelvic Floor Muscle Training on Women's Stress Urinary Incontinence: Three- Month Follow- Up	PEDro
2019	Fervaha, et al.	Depression and prostate cancer: A focused review for the clinician	ScienceDirect
2009	Ficarra, et al.	Retropubic, Laparoscopic, and Robot-Assisted Radical Prostatectomy: A Systematic Review and Cumulative Analysis of Comparative Studies	ScienceDirect
2015	Fonte, et al.	A review of olanzapine as an antiemetic in chemotherapy-induced nausea and vomiting and in palliative care patients	ScienceDirect
2018	Fortin, et al.	Alternatives to hysterectomy: The burden of fibroids and the quality of life	ScienceDirect
2019	Fortin, et al.	Impact of Laparoscopic Hysterectomy on Quality of Life	ScienceDirect
2014	Gandaglia, et al.	Models of Assessment of Comparative Outcomes of Robot-Assisted Surgery: Best Evidence Regarding the Superiority or Inferiority of Robot-Assisted Radical Prostatectomy	ScienceDirect
2000	Giesler	Assessing the quality of life in patients with cancer	ScienceDirect
2015	Gilbert, et al.	Systematic Review of Radiation Therapy Toxicity Reporting in Randomized Controlled Trials of Rectal Cancer: A Comparison of Patient-Reported Outcomes and Clinician Toxicity Reporting	ScienceDirect
2018	Gilbert	Quality of Life and Urinary Diversion	ScienceDirect
2002	Gillitzer, et al.	Relative advantages and disadvantages of radical perineal prostatectomy versus radical retropubic prostatectomy	ScienceDirect
2012	Gomelsky	Vaginal Prolapse Repair: Suture Repair Versus Mesh Augmentation: A Urology Perspective	ScienceDirect
2013	Gopinath, et al.	Complications of polypropylene mesh in prolapse surgery: an update	ScienceDirect
2015	Greenwell, et al.	Predictors of the psychosocial impact of being a carer of people living with Parkinson's disease: A systematic review	ScienceDirect
2010	Gupta, et al.	Fesoterodine for overactive bladder: A review of the literature	ScienceDirect
2019	Hadizadeh-Talasaz, et al.	Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials	ScienceDirect
2004	Hajjar	Psychosocial impact of urinary incontinence in the elderly population	ScienceDirect
2011	Hakkennes, et al.	Selection for Inpatient Rehabilitation After Acute Stroke: A Systematic Review of the Literature	ScienceDirect
2004	Hampel, et al.	Understanding the Burden of Stress Urinary Incontinence in Europe: A Qualitative Review of the Literature	ScienceDirect
2004	Henderson, et al.	Quality of Life Following Treatment for Early Prostate Cancer: Does Low Dose Rate (LDR) Brachytherapy Offer a Better Outcome? A Review	ScienceDirect
2006	Hendrie, et al.	The NIH Cognitive and Emotional Health Project: Report of the Critical Evaluation Study Committee	ScienceDirect
2009	Hinou, et al.	Surgical management of urinary stress incontinence in women: A historical and clinical overview	ScienceDirect
2007	Hogan, et al.	Management of mild to moderate Alzheimer's disease and dementia	ScienceDirect

Date	Auteurs	Titre	Base de données
2012	Hopkinson, et al.	The Effectiveness of Patient-Family Carer (Couple) Intervention for the Management of Symptoms and Other Health-Related Problems in People Affected by Cancer: A Systematic Literature Search and Narrative Review	ScienceDirect
2018	Hsiao, et al.	Medical treatment of female overactive bladder syndrome and treatment-related effects	ScienceDirect
2016	Hsu, et al.	Beneficial effects of biofeedback-assisted pelvic floor muscle training in patients with urinary incontinence after radical prostatectomy: A systematic review and metaanalysis	ScienceDirect
2017	Hui, et al.	The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments	ScienceDirect
2014	Isgoren, et al.	Erectile Function Outcomes after Robot-Assisted Radical Prostatectomy: Is It Superior to Open Retropubic or Laparoscopic Approach?	ScienceDirect
2005	Jarvis, et al.	Peri-operative physiotherapy improves outcomes for women undergoing incontinence and or prolapse surgery: Results of a randomised controlled trial	PEdro
2017	Jayadevappa, Ravishankar; et al.	Minimal important difference to infer changes in health-related quality of life—a systematic review	ScienceDirect
2018	Jiang et al.	Assessment of pediatric bowel and bladder dysfunction: a critical appraisal of the literature	ScienceDirect
2011	Kalula, et al.	Falls and fall prevention programmes in developing countries: Environmental scan for the adaptation of the Canadian Falls prevention curriculum for developing countries	ScienceDirect
2019	Kamińska, et al.	Sexual function specific questionnaires as a useful tool in management of urogynecological patients – Review	ScienceDirect
2018	Kanesarajah, et al.	Multimorbidity and quality of life at mid-life: A systematic review of general population studies	ScienceDirect
2006	Karakiewicz, et al.	Outcomes Research: A Methodologic Review	ScienceDirect
2011	Kashanian, et al.	Evaluation of the effect of pelvic floor muscle training (PFMT or Kegel exercise) and assisted pelvic floor muscle training (APFMT) by a resistance device (Kegelmaster device) on the urinary incontinence in women "comparison between them: a randomized trial"	PEdro
2005	Kessler, et al.	Clinical Indications and Outcomes with Nerve-sparing Cystectomy in Patients with Bladder Cancer	ScienceDirect
2005	Kramer, et al.	Patient Preferences in Prostate Cancer: A Clinician's Guide to Understanding Health Utilities	ScienceDirect
2017	Kretschmer, et al.	Surgical Treatment of Male Postprostatectomy Incontinence: Current Concepts	ScienceDirect
2000	Kushner et al.D	Obesity and quality of life	ScienceDirect
2012	Labrie, et al.	Health-related quality of life. The effect of pelvic floor muscle training and midurethral sling surgery: a systematic review	PEdro
2011	Lammers, et al.	The Role of a Combined Regimen With Intravesical Chemotherapy and Hyperthermia in the Management of Non-muscle-invasive Bladder Cancer: A Systematic Review	ScienceDirect
2008	Leach	Symptoms and signs of respiratory disease	ScienceDirect
2005	Leibovitch, et al.	The Vicious Cycling: Bicycling Related Urogenital Disorders	ScienceDirect
2017	Leone Roberti Maggiore, et al.	Bladder Endometriosis: A Systematic Review of Pathogenesis, Diagnosis, Treatment, Impact on Fertility, and Risk of Malignant Transformation	ScienceDirect
2019	Liao, et al.	Changes in Female Sexual Function After Vaginal Mesh Repair Versus Native Tissue Repair for Pelvic Organ Prolapse: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	ScienceDirect
2011	Liepe, et al.	Internal radiotherapy of painful bone metastases	ScienceDirect
1999	Lightner, et al.	Treatment Options for Women With Stress Urinary Incontinence	ScienceDirect
2011	Lockett, et al.	Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations	ScienceDirect
2006	Maniscalco, et al.	Solifenacin succinate for the treatment of symptoms of overactive bladder	ScienceDirect
2004	Matza, et al.	A review of quality-of-life questionnaires for urinary incontinence and overactive bladder: which ones to use and why?	PubMed
2019	Maxwell, et al.	Frailty and Prognostication in Geriatric Surgery and Trauma	ScienceDirect
2009	McDermott, et al.	Abdominal, Laparoscopic, and Robotic Surgery for Pelvic Organ Prolapse	ScienceDirect
2012	McGlone, et al.	Functional outcomes following laparoscopic and open rectal resection for cancer	ScienceDirect
2008	Mechanick, et al.	American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient	ScienceDirect
2013	Mechanick, et al.	Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient—2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery	ScienceDirect
2018	Meriwether, et al.	Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines	ScienceDirect
2009	Miller, et al.	Quality of care indicators for prostate cancer: Progress toward consensus	ScienceDirect



Date	Auteurs	Titre	Base de données
2014	Mirabeau-Beale, et al.	Quality of life (QOL) in women treated for gynecologic malignancies with radiation therapy: A literature review of patient - reported outcomes	ScienceDirect
2012	Montorsi, et al.	Best Practices in Robot-assisted Radical Prostatectomy: Recommendations of the Pasadena Consensus Panel	ScienceDirect
2015	Morgan, et al.	Psychogenic Paroxysmal Nonepileptic Events in Children: A Review	ScienceDirect
2012	Mouraviev, et al.	Salvage Cryoablation for Locally Recurrent Prostate Cancer Following Primary Radiotherapy	ScienceDirect
2005	Mouritsen	Classification and evaluation of prolapse	ScienceDirect
2017	Mungovan, et al.	Preoperative Membranous Urethral Length Measurement and Continence Recovery Following Radical Prostatectomy: A Systematic Review and Meta-analysis	ScienceDirect
2010	Murphy, et al.	Downsides of Robot-assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy: Limitations and Complications	ScienceDirect
2017	Myers, et al.	Mending Gaps in Knowledge: Collaborations in Neurogenic Bladder Research	ScienceDirect
2017	Neels, et al.	Vaginal wind: A literature review	ScienceDirect
2019	Neijenhuijs, Koen et al.	The Female Sexual Function Index (FSFI)—A Systematic Review of Measurement Properties	ScienceDirect
2008	Nelson	Menopause	ScienceDirect
2018	Nelson et al.	Screening for Urinary Incontinence in Women: A Systematic Review for the Women's Preventive Services Initiative	DiTa
2017	Neumaier, et al.	Surgical Approaches in Psychiatry: A Survey of the World Literature on Psychosurgery	ScienceDirect
2013	Newman, et al.	Office-Based Behavioral Therapy for Management of Incontinence and Other Pelvic Disorders	ScienceDirect
2017	Nguyen, et al.	The Risks and Benefits of Cavernous Neurovascular Bundle Sparing during Radical Prostatectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis	ScienceDirect
2019	Nieuwhof-Leppink, et al.	Daytime urinary incontinence in children and adolescents	ScienceDirect
2006	Novara, et al.	Critical Assessment of Pelvic Floor Surgical Reconstruction Outcome	ScienceDirect
2019	Nunes, et al.	Biofeedback for pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis	ScienceDirect
2001	O'Rourke, et al.	Decision making and prostate cancer treatment selection: A review	ScienceDirect
2016	Page, et al.	Deprescribing in older people	ScienceDirect
2016	Pan, et al.	A systematic review and meta-analysis of conventional laparoscopic sacrocolpopexy versus robot-assisted laparoscopic sacrocolpopexy	ScienceDirect
2017	Patel, et al.	How to Measure Quality-of-Life Concerns in Patients with Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction	ScienceDirect
2018	Paterson, et al.	Unmet informational and supportive care needs of patients with muscle invasive bladder cancer: A systematic review of the evidence	ScienceDirect
2015	Paterson, et al.	Identifying the unmet supportive care needs of men living with and beyond prostate cancer: A systematic review	ScienceDirect
2011	Peinemann, et al.	Permanent Interstitial Low-Dose-Rate Brachytherapy for Patients with Localised Prostate Cancer: A Systematic Review of Randomised and Nonrandomised Controlled Clinical Trials	ScienceDirect
2003	Penson, et al.	Health Related Quality of Life in Men With Prostate Cancer	ScienceDirect
2014	Pizzoferrato, et al.	Dynamic Magnetic Resonance Imaging and pelvic floor disorders: how and when?	ScienceDirect
2005	Porter, et al.	Quality of Life Issues in Bladder Cancer Patients Following Cystectomy and Urinary Diversion	ScienceDirect
2005	Quek, et al.	Quality of life in patients with localized prostate cancer	ScienceDirect
2018	Radadia, et al.	Management of Postradical Prostatectomy Urinary Incontinence: A Review	ScienceDirect
1997	Riehmman, et al.	Symptom scores in benign prostatic hyperplasia	ScienceDirect
2010	Riss, et al.	Maintaining standards for surgery for female urinary incontinence	ScienceDirect
2014	Robertson, et al.	Outcomes With Individual Versus Group Physical Therapy for Treating Urinary Incontinence and Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	ScienceDirect
2006	Robson, et al.	An Approach to Daytime Wetting in Children	ScienceDirect
2012	Rocco, et al.	Posterior Musculofascial Reconstruction After Radical Prostatectomy: A Systematic Review of the Literature	ScienceDirect
2016	Roehrborn	Prostatic Urethral Lift: A Unique Minimally Invasive Surgical Treatment of Male Lower Urinary Tract Symptoms Secondary to Benign Prostatic Hyperplasia	ScienceDirect
2012	Salonia, et al.	Prevention and Management of Postprostatectomy Sexual Dysfunctions Part 1: Choosing the Right Patient at the Right Time for the Right Surgery	ScienceDirect
2012	Salonia, et al.	Prevention and Management of Postprostatectomy Sexual Dysfunctions Part 2: Recovery and Preservation of Erectile Function, Sexual Desire, and Orgasmic Function	ScienceDirect

Date	Auteurs	Titre	Base de données
2010	Samsioe, et al.	The Women's Health in the Lund Area (WHILA) study—An overview	ScienceDirect
2018	Santos-Iglesias, et al.	A Systematic Review of Sexual Distress Measures	ScienceDirect
2019	Santos-Iglesias, et al.	A Systematic Review of Sexual Satisfaction in Prostate Cancer Patients	ScienceDirect
2015	Schmid, et al.	Assessment of anticancer-treatment outcome in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer—going beyond PSA and imaging, a systematic literature review	ScienceDirect
2010	Schmidt	Effect of antiepileptic drugs on the postictal state. A critical overview	ScienceDirect
2009	Serati, et al.	The Impact of the Mid-Urethral Slings for the Treatment of Stress Urinary Incontinence on Female Sexuality	ScienceDirect
2004	Shah, et al.	Health-Related Quality of Life in Treatment for Prostate Cancer: Looking Beyond Survival	ScienceDirect
2007	Sharma, et al.	Psychosocial factors and quality of life in colorectal cancer	ScienceDirect
2017	Shirk, et al..	From QOL to QALYs: Comparing nononcologic outcomes in prostate cancer survivors across treatments	ScienceDirect
2018	Sievert, et al.	Sling Surgery for Female Incontinence	ScienceDirect
2013	Singh, et al.	A systematic review of pre-surgical exercise intervention studies with cancer patients	ScienceDirect
2013	Sinha	Approach to the evaluation and treatment of stress urinary incontinence in women	ScienceDirect
2013	Smith, et al.	Assessment of people with cognitive impairment and hip fracture: A systematic review and meta-analysis	ScienceDirect
2009	Sørbye, et al.	Shaping home care in Europe: The contribution of the Aged in Home Care project	ScienceDirect
2008	Spencer, et al.	Outcomes of epilepsy surgery in adults and children	ScienceDirect
2019	Steffens, et al.	Is preoperative physical activity level of patients undergoing cancer surgery associated with postoperative outcomes? A systematic review and meta-analysis	ScienceDirect
2011	Sternfeld, et al.	Physical Activity and Health During the Menopausal Transition	ScienceDirect
2007	Stewart, Heather et al.	Memory Disorders	ScienceDirect
2005	Stewart	Hypnosis in Contemporary Medicine	ScienceDirect
2009	Sutcliffe, et al.	Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: a systematic review	ScienceDirect
2003	Symonds	A review of condition-specific instruments to assess the impac of urinary incontinence on health-related quality of life	Ajour
2015	Taheri Tanjani, et al.	The prevalence of diabetes mellitus (DM) type II among Iranian elderly population and its association with other age-related diseases, 2012	ScienceDirect
2008	Tannenbaum, et al.	Outcomes in Urinary Incontinence: Reconciling Clinical Relevance with Scientific Rigour	ScienceDirect
2004	Taphoorn, et al.	Cognitive deficits in adult patients with brain tumours	ScienceDirect
2006	Temmerman, et al.	Reproductive health indicators in the European Union: The REPROSTAT project	ScienceDirect
2016	Thomas, et al.	A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review	ScienceDirect
2010	Thompson, et al.	Pharmacological management of symptoms in multiple sclerosis: current approaches and future directions	ScienceDirect
2014	Thronson, L. et al.	Psychopharmacology	ScienceDirect
2018	Tutolo, et al.	Efficacy and Safety of Sacral and Percutaneous Tibial Neuromodulation in Non-neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction and Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review of the Literature	ScienceDirect
2006	Tyagi, et al.	The Overactive Bladder: Epidemiology and Morbidity	ScienceDirect
2008	Valentini, et al.	Evidence and research in rectal cancer	ScienceDirect
2015	Van der Woude, et al.	Health status and quality of life in postpartum women: a systematic review of associated factors	ScienceDirect
2006	van Gerwen, et al.	[Diagnostic value of patient history and physical examination in elderly patients with urinary incontinence; a literature review]	DTa
2014	Van Lancker, et al.	Prevalence of Symptoms in Older Cancer Patients Receiving Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis	ScienceDirect
2020	Vasconcelos, et al.	Women and healthcare providers' knowledge, attitudes and practice related to pessaries for pelvic organ prolapse: A Systematic review	ScienceDirect
2006	Vistad, et al.	A critical review of patient-rated quality of life studies of long-term survivors of cervical cancer	ScienceDirect
2015	Vrijens, et al.	Affective symptoms and the overactive bladder — A systematic review	ScienceDirect
2005	Weintraub, et al.	Pharmacologic Interventions for Psychosis and Agitation in Neurodegenerative Diseases: Evidence About Efficacy and Safety	ScienceDirect
2009	Wieslander	Clinical Approach and Office Evaluation of the Patient with Pelvic Floor Dysfunction	ScienceDirect
2013	Wills, et al.	A review of complications associated with the surgical treatment of vulvar cancer	ScienceDirect


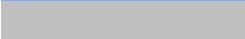
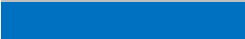
Date	Auteurs	Titre	Base de données
2017	Wolpe, et al..	Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review	ScienceDirect
2018	Wyndaele, et al.	Urodynamics in Female Urology	ScienceDirect
2013	Xin, et al.	Addition of Antimuscarinics to Alpha-blockers for Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms in Men: A Meta-analysis	ScienceDirect
2007	Yip, et al.	Psychological morbidity and female urinary incontinence	ScienceDirect

Légende



A la lecture du titre

-  Ne correspond pas aux mots clés
-  Pas une revue de la littérature

A la lecture du résumé

-  Ne correspond pas aux mots clés
-  Pas une revue de la littérature
-  Concerne un questionnaire générique

A la lecture intégrale

-  N'évalue pas les questionnaires ou ne les compare pas
-  Conservé

Annexe 3 : Evaluation de la qualité méthodologique des trois revues de littératures incluses d'après la cotation SANRA (52)

Tableau 7 - Evaluation des revues de littérature par la cotation SANRA

REVUE DE LITTERATURE	1	2	3	4	5	6	SCORE TOTAL SANRA
BONNIAUD ET AL., 2005	0	2	2	2	0	2	8/12
CORCOS ET AL., 2002	0	1	2	2	0	2	7/12
MATZA ET AL., 2004	0	2	1	2	0	1	6/12
SYMONDS, 2003	0	1	2	2	0	2	7/12

Les six éléments qui forment l'échelle révisée sont notés en nombres entiers de 0 (standard bas) à 2 (standard élevé), avec 1 comme score intermédiaire. Le score total maximal est de 12.

Le score total de l'échelle est destiné à mesurer la construction « qualité d'un article de revue narrative ».

Cotation SANRA utilisée pour évaluer la qualité méthodologique des revues systématiques

1. Justification de l'importance de l'article pour le lectorat
 - 0 L'importance n'est pas justifiée.
 - 1 L'importance est mentionnée, mais pas explicitement justifiée.
 - 2 L'importance est explicitement justifiée.
2. Enoncé des objectifs concrets de formulation des questions
 - 0 Aucun objectif ou question n'est formulé.
 - 1 Les objectifs sont formulés de manière générale mais pas concrète ou en termes de questions claires.
 - 2 Un ou plusieurs objectifs ou questions concrets sont formulés.
3. Description de la recherche documentaire.
 - 0 La stratégie de recherche n'est pas présentée.
 - 1 La recherche documentaire est brièvement décrite.
 - 2 La recherche documentaire est décrite en détail, y compris les termes de recherche et les critères d'inclusion.
4. Référencement
 - 0 Les déclarations clés ne sont pas prises en charge par les références.
 - 1 Le référencement des déclarations clés est incohérent.
 - 2 Les déclarations clés sont appuyées par des références.
5. Raisonnement scientifique (qualité de l'argument scientifique avancé : conception de l'article et son niveau de preuve)
 - 0 Les preuves de l'article ne sont pas basées sur des arguments appropriés
 - 1 Des preuves appropriées sont présentées de manière sélective.
 - 2 Des preuves appropriées sont généralement présentes.
6. Présentation appropriée des données
 - 0 Les données sont présentées de manière inadéquate.
 - 1 Les données ne sont souvent pas présentées de la manière la plus appropriée.
 - 2 Les données de résultats pertinentes sont généralement présentées de manière appropriée.

