

Annexe 2. Le questionnaire FPFQ (Female Pelvic Floor Questionnaire ou Australian Pelvic Floor Questionnaire)

Le *Female Pelvic Floor Questionnaire* (FPFQ) est un outil auto-administrable qui explore les symptômes périnéaux.

Le FPFQ est un auto-questionnaire qui se décline en 37 questions. Trente-trois d'entre elles évaluent les symptômes dans quatre domaines (urinaire, ano-rectal, prolapsus génital et sexualité) et 4 questions explorent la gêne occasionnée par ces symptômes dans chaque domaine.

Chaque question comporte plusieurs items de réponses de sévérité croissante (le plus souvent : jamais, parfois, souvent, tous les jours).

Il est possible de calculer un sous-score sur 10 points pour chaque domaine. Chaque sous-score correspond à la somme des notes obtenues aux questions du domaine, divisée par le nombre maximal de points du domaine puis multipliée par 10.

L'addition de ces 4 sous-scores permet d'obtenir un score global sur 40. Plus ce score est élevé, plus la femme souffre de troubles de la statique pelvienne.

Source : adaptation culturelle du *Female Pelvic Floor Questionnaire* (FPFQ) en langue française, Progrès en urologie, 2005

Copyright Elsevier Masson : <https://www.elsevier-masson.fr/droits-copyrights>

Éditions Elsevier Masson SAS Demande d'autorisation de reproduction 65, rue Camille Desmoulins 92442 Issy-les-Moulineaux, France

Tél. : +33 (0)1 71 16 55 00 Mail : permissionsfrance@elsevier.com

1. Combien de fois urinez-vous dans la journée ?	Jusqu'à 7 fois	<input type="checkbox"/> 0
	8 à 10 fois	<input type="checkbox"/> 1
	11 à 15 fois	<input type="checkbox"/> 2
	Plus de 15 fois	<input type="checkbox"/> 3
2. Combien de fois vous levez-vous la nuit pour uriner ?	1 fois ou moins	<input type="checkbox"/> 0
	2 fois	<input type="checkbox"/> 1
	3 fois	<input type="checkbox"/> 2
	4 fois ou plus	<input type="checkbox"/> 3
3. Devez-vous vous précipiter (presser) quand vous avez un besoin urgent d'uriner ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
4. Avez-vous des fuites d'urine quand vous avez un besoin urgent d'uriner ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
5. Avez-vous des fuites d'urine à l'effort, à la toux, à l'éternuement ou au rire ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
6. Portez-vous des garnitures (protections) pour ne pas être mouillée ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Par précaution	<input type="checkbox"/> 1
	En cas d'effort	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
7. Limitez-vous vos boissons pour réduire les fuites ?	Jamais	<input type="checkbox"/> 0
	Avant de sortir de chez moi (par précaution)	<input type="checkbox"/> 1
	Si je suis en société (au travail, au sport)	<input type="checkbox"/> 2
	Toujours	<input type="checkbox"/> 3

8. Les fuites d'urine perturbent-elles vos activités habituelles (sorties, courses) ?	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 0
	Un peu	<input type="checkbox"/> 1
	Moyennement	<input type="checkbox"/> 2
	Beaucoup	<input type="checkbox"/> 3
9. Votre jet urinaire est-il faible ou ralenti ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
10. Avez-vous la sensation que votre vessie se vide de manière incomplète ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
11. Devez-vous pousser pour terminer de vider complètement votre vessie ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
12. Ces problèmes de vessie sont-ils une gêne pour vous ?	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 0
	Un peu	<input type="checkbox"/> 1
	Moyennement	<input type="checkbox"/> 2
	Beaucoup	<input type="checkbox"/> 3
13. Combien de fois allez-vous à la selle ?	Plus d'une fois par jour	<input type="checkbox"/> 1
	Tous les jours ou presque	<input type="checkbox"/> 0
	Moins que tous les 3 jours	<input type="checkbox"/> 1
	Moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/> 2
14. Quelle est la consistance habituelle de vos selles ?	Molle	<input type="checkbox"/> 0
	Ferme	<input type="checkbox"/> 0
	Dure	<input type="checkbox"/> 1
	Liquide	<input type="checkbox"/> 2
	Variable	<input type="checkbox"/> 1
15. Devez-vous pousser beaucoup pour obtenir des selles ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
16. Devez-vous utiliser des laxatifs pour aller à la selle ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
17. Vous sentez-vous constipée ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
18. Avez-vous des fuites involontaires de gaz ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
19. Devez-vous vous précipiter (presser) quand vous avez une envie urgente d'aller à la selle ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
20. Avez-vous des fuites involontaires de selles liquides ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
21. Avez-vous des fuites involontaires de selles normales (molles ou fermes) ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
22. Avez-vous la sensation d'une évacuation incomplète de vos selles ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
23. Devez-vous appuyer avec les doigts pour évacuer vos selles ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3

24. Ces problèmes d'intestins sont-ils une gêne pour vous ?	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 0
	Un peu	<input type="checkbox"/> 1
	Moyennement	<input type="checkbox"/> 2
	Beaucoup	<input type="checkbox"/> 3
25. Avez-vous l'impression qu'une grosseur sort par le vagin ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
26. Avez-vous une pesanteur (lourdeur) vaginale ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> 2
	Tous les jours	<input type="checkbox"/> 3
27. Cette grosseur ou cette pesanteur sont-elles une gêne pour vous ?	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 0
	Un peu	<input type="checkbox"/> 1
	Moyennement	<input type="checkbox"/> 2
	Beaucoup	<input type="checkbox"/> 3
28. Quel a été le niveau de votre envie sexuelle (libido) au cours du dernier mois ?	Absente	<input type="checkbox"/> a
	Basse	<input type="checkbox"/> b
	Moyenne	<input type="checkbox"/> c
	Haute	<input type="checkbox"/> d
29. Avez-vous des rapports sexuels ?	Non	<input type="checkbox"/> a
	Parfois (1 fois par semaine ou moins)	<input type="checkbox"/> b
	Souvent (plus d'une fois par semaine)	<input type="checkbox"/> c
	Tous les jours ou presque	<input type="checkbox"/> d
30. Si non, pour quelle raison ? [si vous répondez Pas de partenaire, Pas d'envie, ou Partenaire non disponible vous n'avez pas à répondre aux questions 31 à 37]	Pas de partenaire [fin]	<input type="checkbox"/> a
	Pas d'envie [fin]	<input type="checkbox"/> b
	Partenaire non disponible [fin]	<input type="checkbox"/> c
	Douleur ou sécheresse vaginale	<input type="checkbox"/> 10
	Gêne liée à l'incontinence ou au prolapsus	<input type="checkbox"/> 10
	Autre raison :	<input type="checkbox"/> d
31. Parvenez-vous à l'orgasme (plaisir sexuel) ?	Rarement	<input type="checkbox"/> 3
	Quelquefois	<input type="checkbox"/> 2
	Généralement	<input type="checkbox"/> 1
	Toujours	<input type="checkbox"/> 0
32. Vous parvenez à l'orgasme avec :	Je n'atteins pas l'orgasme	<input type="checkbox"/> a
	La stimulation du clitoris	<input type="checkbox"/> b
	La pénétration vaginale	<input type="checkbox"/> c
	Les deux	<input type="checkbox"/> d
	Autre :	<input type="checkbox"/> e
33. Lors de la pénétration, la sensation vaginale est :	Absente	<input type="checkbox"/> 3
	Minime	<input type="checkbox"/> 2
	Agréable	<input type="checkbox"/> 1
	Très agréable	<input type="checkbox"/> 0
34. La lubrification vaginale est-elle suffisante lors des rapports ?	Oui	<input type="checkbox"/> 0
	Non	<input type="checkbox"/> 1
35. Les rapports sexuels sont-ils douloureux ?	Non	<input type="checkbox"/> 0
	Parfois	<input type="checkbox"/> 1
	Souvent	<input type="checkbox"/> 2
	Toujours	<input type="checkbox"/> 3
36. La douleur est située :	Pas de douleur	<input type="checkbox"/> 0
	A l'entrée du vagin	<input type="checkbox"/> 1
	Au fond du vagin	<input type="checkbox"/> 1
	Au deux endroits	<input type="checkbox"/> 2
37. Un rapport sexuel est-il agréable pour vous ?	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3
	Parfois	<input type="checkbox"/> 2
	Souvent	<input type="checkbox"/> 1
	Toujours	<input type="checkbox"/> 0