

AVIS

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

Volet 1 – Incontinence urinaire

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

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

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

Volet 1 – Incontinence urinaire

Rédaction

Stéphanie Roberge
Cathy Gosselin
Marilyn Fortin
Amélie Rousseau

Collaboration

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

Coordination scientifique

Véronique Gagné
Caroline Turcotte
Cédric Jehanno
Joël Brabant

Direction

Catherine Truchon
Ann Lévesque

Le présent produit de connaissance a été présenté au Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 13 juin 2022.

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

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

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

Collaboratrices et collaborateurs internes

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

Collaboratrice externe

Chantale Dumoulin, Ph. D.

Coordonnatrices et coordonnateurs scientifiques

Véronique Gagné, M. Sc.
Caroline Turcotte, Ph. D.
Cédric Jehanno, M. Sc., M.B.A.
Joël Brabant, M. Sc.

Directrice adjointe, volets transversal et scientifique

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

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

Repérage de l'information scientifique

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Gestion de l'information

Houssem Missaoui, Pharm. D., M.B.A.
Yuliya Legkaya, M. Sc.
Mike Benigeri, Ph. D.

Soutien administratif

Lolita Haddad

Équipe de l'édition

Denis Santerre
Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Renée Latulippe, M.A.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
Bibliothèque et Archives Canada, 2022
ISBN 978-2-550-92941-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). La rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention et le traitement des dysfonctions du plancher pelvien. Volet 1 – Incontinence urinaire. Avis rédigé par Stéphanie Roberge, Cathy Gosselin, Marilyn Fortin et Amélie Rousseau. Québec, Qc : INESSS; 2022. 121 p.

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

Comité consultatif

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

M^{me} Sarah Bergeron, sage-femme, OSFQ

D^{re} Anne Gosselin Brisson, médecin de famille, AOPQ

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

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

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

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

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

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

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

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

Comité de suivi

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

M^{me} Sarah Bergeron, sage-femme, OSFQ

D^{re} Sylvie Bouvet, gynécologue obstétricienne, MSSS

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

M^{me} Stéphanie Grégoire, physiothérapeute, OPPQ

D^r Claude Guimond, médecin de famille, directeur, formation professionnelle à la FMOQ

Lecteur et lectrices externes

Pour ce rapport, les lecteur et lectrices externes sont :

M^{me} Manon Dufresne, physiothérapeute, présidente, OPPQ

D^r Benoît Guertin, urologue, Polyclinique médicale Concorde, Laval

M^{me} Hélène Lamalice, directrice des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire (DSMREU) au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSMO), physiothérapeute

M^{me} Linda McLean, professeure titulaire, École des sciences de la réadaptation, Université d'Ottawa

Comité de patientes collaboratrices

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

M^{me} Suzanne Blais

M^{me} Myriame Larose

M^{me} Mélanie Lussier

M^{me} Josée Maltais

M^{me} Audrey Paradis

M^{me} Isabelle Rodrigue

Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M^{me} Stéphanie Therrien, directrice de l'éthique et du développement durable, Revenu Québec

Déclaration d'intérêts

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

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

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

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

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

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

Responsabilité

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

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	XI
SIGLES ET ACRONYMES	XX
GLOSSAIRE	XXIII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE.....	3
1.1 Problématique	3
1.1.1 Prévalence de l'incontinence urinaire.....	3
1.1.2 Facteurs de risque	4
1.1.3 Traitement de l'incontinence urinaire	4
1.1.4 La chirurgie de bandelette et ses conséquences	4
1.1.5 Coûts associés à la condition	5
1.2 Rééducation périnéale et pelvienne.....	6
1.2.1 Remboursement de la rééducation périnéale et pelvienne	7
1.3 État de la pratique au Québec	8
1.3.1 Prise en charge.....	8
1.3.2 Offre de services et accessibilité	9
1.3.3 Type et formation professionnelle	10
2 MÉTHODOLOGIE.....	11
2.1 Questions d'évaluation.....	11
2.2 Approches et méthodes d'évaluation	12
2.2.1 Données issues de la littérature	12
2.2.2 Données issues des comités et consultations.....	12
2.2.3 Données issues des analyses économiques	13
2.3 Élaboration des recommandations.....	13
2.3.1 Approche d'intégration de l'ensemble de la preuve	13
3 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE SUR L'EFFICACITÉ ET SUR LES RECOMMANDATIONS CLINIQUES	14
4 RÉSULTATS DES REVUES SYSTÉMATIQUES SUR L'EFFICACITÉ DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LES FEMMES EN PÉRIODE PÉRINATALE.....	15
4.1 Prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale	15
4.1.1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale	15
4.1.2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale.....	19
4.2 Traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale	19
4.2.1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale	19
4.2.2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale.....	22
4.3 Limites de la littérature	26

4.4	Énoncés de preuve pour la période périnatale	28
5	RÉSULTATS DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE – PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LES FEMMES EN PÉRIODE PÉRinataLE.....	29
5.1	Prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale	29
5.2	Traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale	30
6	RÉSULTATS DES REVUES SYSTÉMATIQUES SUR L'EFFICACITÉ DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LES FEMMES ADULTES (Y INCLUS LES FEMMES ÂGÉES DE 55 ANS ET PLUS).....	32
6.1	Traitement de l'incontinence urinaire chez la femme adulte en général.....	32
6.1.1	Mesures déclarées par les participantes	32
6.1.2	Mesures objectives	39
6.1.3	Limites de la littérature	40
6.1.4	En résumé, chez la femme adulte en général	41
6.2	Traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes âgées de 55 ans et plus.....	42
6.2.1	Résultats.....	42
6.2.2	Limites de la littérature	43
6.2.3	En résumé, chez la femme âgée de 55 ans et plus	43
6.3	Traitement de l'incontinence urinaire – Intervention chirurgicale versus rééducation périnéale et pelvienne	43
7	RÉSULTATS DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE – TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LES FEMMES ADULTES ET LES FEMMES ÂGÉES.....	46
7.1	Incontinence urinaire chez les femmes adultes	46
7.1.1	Incontinence urinaire tous types confondus	46
7.1.2	Incontinence urinaire à l'effort	46
7.1.3	Incontinence urinaire mixte.....	47
7.1.4	Incontinence urinaire par urgenturie.....	47
7.1.5	Hyperactivité vésicale	47
7.2	Incontinence urinaire chez les femmes âgées	48
7.3	Rééducation périnéale et pelvienne comparativement aux interventions chirurgicales ou en complément aux interventions chirurgicales pour le traitement de l'incontinence urinaire.....	49
8	RÉSUMÉ DES CONSTATS SUR L'EFFICACITÉ ET DES RECOMMANDATIONS CLINIQUES.....	50
9	RÉSULTATS DES REVUES SYSTÉMATIQUES SUR L'INNOCUITÉ DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE	51
9.1	Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne.....	51
9.1.1	Femmes en période périnatale.....	51
9.1.2	Femmes adultes	52
9.2	Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne comparativement aux interventions chirurgicales	53
9.3	Résumé sur l'innocuité	56
10	RÉSULTATS DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE – INNOCUITÉ DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE	57

11	RÉSULTATS DE LA LITTÉRATURE SUR LES MODALITÉS DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE	58
11.1	Modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne.....	58
11.1.1	Supervision et durée de la séance avec le professionnel	59
11.1.2	Durée totale du traitement de rééducation	61
11.1.3	Nombre de séances de rééducation	62
11.1.4	Intensité du traitement	64
11.1.5	Considérations sur les modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne	66
11.2	Modalités de l'offre de rééducation périnéale et pelvienne.....	67
11.2.1	Séances de groupe versus individuelles	67
11.2.2	Téléréadaptation.....	68
11.2.3	Type de professionnel	70
12	RÉSULTATS ET PERSPECTIVE DES PATIENTES	72
12.1	Résultats sommaires de la revue de la littérature.....	72
12.2	Résultats sommaires de la consultation au Québec.....	72
12.3	Perspective générale des femmes en lien avec l'incontinence urinaire et la rééducation périnéale et pelvienne	73
12.3.1	Impact de l'incontinence urinaire.....	73
12.3.2	Connaissance de l'incontinence urinaire et de la rééducation périnéale et pelvienne et expérience de soins	74
12.3.3	Perception face à la rééducation périnéale et pelvienne	74
12.3.4	Obstacles et facilitateurs de la rééducation périnéale et pelvienne	74
12.3.5	Accessibilité et qualité des services	75
12.3.6	Pistes de solution pour mieux répondre aux besoins des personnes à risque ou touchées par les dysfonctions du plancher pelvien (y compris l'incontinence urinaire).....	76
12.4	Forces et limites	77
13	ENJEUX ORGANISATIONNELS	78
14	RÉSULTATS DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE	80
14.1	Littérature économique sur la rééducation périnéale et pelvienne et appréciation de la transférabilité des résultats sur l'efficacité au contexte québécois	80
14.1.1	Rééducation périnéale et pelvienne périnatale pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire.....	80
14.1.2	Rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes (y compris les femmes âgées de 55 ans et plus)	82
14.2	Analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne.....	87
14.2.1	Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité	88
14.2.2	Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité.....	91
14.2.3	Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes	94

14.2.4 Limites des analyses d'impact budgétaire.....	98
FORCES ET LIMITES	101
PRINCIPAUX CONSTATS	103
DÉLIBÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS	110
RÉFÉRENCES	112

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques des revues systématiques sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme en période périnatale	16
Tableau 2	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur le risque d'incontinence urinaire prénatale, postnatale et à long terme chez les femmes enceintes continentes.....	17
Tableau 3	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la qualité de vie liée à l'incontinence chez les femmes enceintes continentes	18
Tableau 4	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur le risque d'incontinence urinaire prénatale et postnatale chez une population de femmes enceintes incontinentes	20
Tableau 5	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire chez une population de femmes enceintes incontinentes	21
Tableau 6	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur le risque d'incontinence urinaire postnatale et à long terme chez une population de femmes incontinentes	23
Tableau 7	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur la prévalence de l'incontinence urinaire à l'effort postnatale chez une population de femmes incontinentes	24
Tableau 8	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire chez une population de femmes incontinentes	25
Tableau 9	Caractéristiques des revues systématiques sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour traiter l'incontinence urinaire chez la femme adulte.....	33
Tableau 10	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – guérison ou amélioration des symptômes perçue par les participantes à la fin du traitement	34
Tableau 11	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire sur les symptômes spécifiques à l'incontinence urinaire rapportés par une population de femmes adultes à la fin du traitement	36
Tableau 12	Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire rapportés par une population de femmes adultes à la fin du traitement.....	37
Tableau 13	Effet de la colposuspension rétropubienne ouverte comparativement à la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire à l'effort ou mixte chez une population de femmes adultes	44
Tableau 14	Résultats des constats pour les populations chez qui la rééducation périnéale et pelvienne a démontré de l'efficacité clinique	50
Tableau 15	Résultats des constats pour les populations chez qui la rééducation périnéale et pelvienne n'a pas démontré d'efficacité clinique	50

Tableau 16	Proportion de femmes en période de périnatalité qui ont eu recours à la rééducation périnéale et pelvienne et qui ont fait état de la présence ou de l'absence d'un effet indésirable.....	52
Tableau 17	Proportion de femmes adultes qui ont eu recours à la rééducation périnéale et pelvienne et qui ont fait état de la présence ou de l'absence d'un effet indésirable.....	54
Tableau 18	Résultats des analyses sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes, jugées transposables au contexte québécois	86
Tableau 19	Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité	90
Tableau 20	Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité	93
Tableau 21	Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes	96

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Séquences de traitements considérées pour l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité	88
Figure 2	Séquences de traitements considérées pour l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité	91
Figure 3	Séquences de traitements considérées pour l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes	95

RÉSUMÉ

Introduction

L'incontinence urinaire est définie comme toute perte involontaire d'urine dont se plaint une personne (International Continence Society [ICS]). Elle compromet la qualité de vie des personnes atteintes, tant sur le plan physique et psychologique que sexuel et social. Elle représente un fardeau de santé et économique important, puisqu'une femme sur trois en sera atteinte au cours de sa vie. L'incontinence urinaire peut avoir différentes causes dont une dysfonction du plancher pelvien. Elle peut être traitée, notamment, par des traitements conservateurs, des traitements pharmacologiques ou des interventions chirurgicales. Ces dernières comportent des risques pour la femme, et la chirurgie de bandelette sous-urétrale fait actuellement l'objet d'un moratoire au Québec en raison des complications qui y sont associées. La rééducation périnéale et pelvienne (REPP) est l'une des approches conservatrices qui peuvent être employées en première intention pour traiter et prévenir l'incontinence urinaire chez la femme. Au Québec, cette option de remplacement de la chirurgie est pratiquée par des physiothérapeutes. Elle est offerte majoritairement dans le secteur privé et est peu couverte par le système public, contrairement à ce qui est observé dans certains autres pays. Compte tenu de l'impact et des avantages potentiels de la rééducation périnéale et pelvienne, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS – le Ministère) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'évaluer la pertinence de l'inclure à la gamme de services publics offerts au Québec pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien, et plus précisément l'incontinence urinaire, la dysfonction la plus fréquente du plancher pelvien – des travaux complémentaires aborderont les autres dysfonctions existantes. Plus spécifiquement, l'INESSS a évalué l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne, son impact sur la qualité de vie et les risques qui y sont associés en prévention et en traitement de l'incontinence urinaire. Les enjeux organisationnels, l'efficience et l'impact économique d'un programme de remboursement ont également été examinés.

Méthodologie

Une recherche de la littérature scientifique et des autres sources d'information a été réalisée : revue des revues, revue rapide ou revue exploratoire, lignes directrices selon la question d'évaluation. Des données contextuelles et expérientielles ont été recueillies auprès de cliniciens chercheurs, de professionnels de la santé et de femmes atteintes d'une dysfonction du plancher pelvien ou qui sont à risque d'en développer une. Une revue de la littérature économique a été réalisée pour évaluer l'efficience de la rééducation périnéale et pelvienne, à l'aide d'études jugées transférables au contexte québécois. Une analyse d'impact budgétaire a permis d'estimer l'impact de l'ajout de l'offre de la rééducation périnéale et pelvienne à la gamme de services publics offerts au Québec pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire. Les travaux ont été accompagnés par un comité consultatif d'experts, un comité de patientes collaboratrices et un comité de suivi. Dans un souci de mobilisation et d'intégration des connaissances,

une approche multidimensionnelle a été employée en intégrant les données scientifiques, contextuelles et expérientielles. L'intégration a été soumise à une appréciation de la preuve scientifique. Les recommandations ont fait l'objet d'une délibération par le Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé.

Résultats

Problématique de santé

- L'incontinence urinaire est une problématique de santé importante qui peut toucher plus de 30 % des femmes au cours de leur vie. Elle serait grandement sous-rapportée en raison de la stigmatisation qui y est associée.
- L'incontinence urinaire est une dysfonction du plancher pelvien qui se présente sous plusieurs formes comprenant l'incontinence urinaire à l'effort, l'incontinence urinaire par urgenturie ou l'hyperactivité vésicale et l'incontinence urinaire mixte.
- L'incontinence urinaire peut survenir à tout moment dans la vie d'une femme, mais les risques augmentent avec l'âge. Plusieurs autres facteurs accroissent le risque d'incontinence urinaire, soit la grossesse, le nombre et le type des accouchements, les habitudes de vie ou la présence de comorbidités (diabète, obésité, etc.).
- L'incontinence urinaire représente un fardeau économique important pour les individus et les systèmes de santé. Au Canada, les coûts directs et indirects combinés associés à l'incontinence urinaire se chiffrent actuellement entre 2,6 milliards et 8,5 milliards de dollars annuellement.
- La prise en charge actuelle est faite par des approches de première intention conservatrices comme des changements des habitudes de vie ainsi que la rééducation périnéale et pelvienne, ou des approches de deuxième intention telles que des traitements pharmacologiques et des interventions chirurgicales.

État de la pratique et contexte

- Plusieurs pays remboursent en partie ou en totalité les frais de rééducation périnéale et pelvienne selon diverses modalités, y compris la France, le Royaume-Uni et l'Australie.
- Peu de provinces canadiennes offrent des programmes de rééducation périnéale et pelvienne comme intervention pour traiter ou prévenir l'incontinence urinaire.
- Au Québec, la rééducation périnéale et pelvienne est offerte par des physiothérapeutes qui exercent majoritairement dans des cliniques privées. Les frais de la rééducation périnéale et pelvienne sont assumés en totalité ou presque par les femmes, selon le type d'assurance privée (environ 100 \$ par séance).

- Au Québec, l'offre de services est limitée selon les régions administratives et selon le nombre de physiothérapeutes qui offrent la rééducation périnéale et pelvienne, ce qui a pour conséquence des délais avant les consultations.
- Le nombre de physiothérapeutes formés et qui offrent ce service est présentement limité au Québec – soit environ 600. Un programme de formation de deuxième cycle en rééducation périnéale et pelvienne permet actuellement de former environ 30 nouveaux thérapeutes par an. Certains organismes privés proposent également des formations en rééducation périnéale et pelvienne accessibles aux physiothérapeutes.

Efficacité et recommandations cliniques

- Au total, 11 revues systématiques et 17 guides de pratique clinique ou rapports d'évaluation des technologies de la santé ont été analysés. L'analyse a porté sur l'efficacité et les recommandations d'usage de la rééducation périnéale et pelvienne comprenant minimalement des exercices du plancher pelvien pour prévenir ou traiter l'incontinence urinaire à différents stades de la vie d'une femme, soit en période périnatale, chez les autres femmes adultes et chez la femme âgée de 55 ans et plus.

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir ou traiter l'incontinence urinaire en période périnatale

Dans les études menées auprès de femmes en période périnatale, la durée du suivi après l'intervention est courte (généralement moins d'un an). Cela limite la capacité à se prononcer sur l'efficacité à long terme.

Prévention de l'incontinence urinaire chez la femme enceinte

- Selon la littérature scientifique, la rééducation périnéale et pelvienne prénatale chez les femmes enceintes continentales est efficace pour prévenir l'incontinence urinaire jusqu'au milieu de période postnatale (> 3 à 6 mois; niveau de preuve : élevé). La rééducation périnéale et pelvienne est recommandée par les guides pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes enceintes.

Prévention de l'incontinence urinaire chez la femme en post-partum

- Aucune donnée n'est disponible sur l'efficacité de la prévention de l'incontinence urinaire chez la femme en post-partum. La rééducation périnéale et pelvienne n'est pas recommandée par les guides pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en post-partum.

Traitement de l'incontinence urinaire chez la femme enceinte

- Selon la littérature scientifique, la rééducation périnéale et pelvienne prénatale ne semble pas efficace pour traiter l'incontinence urinaire chez les femmes enceintes incontinentes. Par contre, il pourrait y avoir une certaine efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour réduire la sévérité des symptômes et

améliorer la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire en fin de grossesse (niveau de preuve : faible). La rééducation périnéale et pelvienne est recommandée par les guides en première intention pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes enceintes.

Traitement de l'incontinence urinaire chez la femme en post-partum

- Selon la littérature scientifique, il semble y avoir une certaine efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour traiter l'incontinence urinaire chez les femmes incontinentes en post-partum, jusqu'à 12 mois après l'accouchement (niveau de preuve : faible). La rééducation périnéale et pelvienne est recommandée en première intention pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en post-partum par les guides de pratique clinique.

La rééducation périnéale et pelvienne pour traiter l'incontinence urinaire

Chez les autres femmes adultes

Dans les études menées auprès de femmes adultes, la durée du suivi après l'intervention est courte (jusqu'à un an). Cela limite la capacité à se prononcer sur l'efficacité à long terme de cette rééducation.

- La rééducation périnéale et pelvienne est efficace pour traiter l'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes adultes (niveau de preuve : élevé). La rééducation périnéale et pelvienne est recommandée par les guides en première intention dans le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes adultes.
- Les données scientifiques ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour traiter les femmes adultes souffrant exclusivement d'incontinence urinaire mixte (niveau de preuve : insuffisant). La rééducation périnéale et pelvienne est recommandée en première intention par les guides pour le traitement de l'incontinence urinaire mixte chez les femmes adultes, particulièrement chez celles qui ont de l'incontinence urinaire mixte dominée par l'incontinence urinaire à l'effort.
- Les données scientifiques ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour traiter les femmes adultes souffrant exclusivement d'incontinence urinaire par urgenturie (niveau de preuve : insuffisant). Selon les guides toutefois, la rééducation périnéale et pelvienne est l'une des approches conservatrices de première intention qui peuvent être proposées dans le traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie chez les femmes adultes.
- Selon les guides de pratique recensés, la rééducation périnéale et pelvienne est l'une des approches conservatrices qui peuvent être proposées dans le traitement de l'hyperactivité vésicale chez les femmes adultes.

- La rééducation périnéale et pelvienne est efficace pour traiter l'incontinence urinaire (sans distinction pour le type d'incontinence urinaire) chez les femmes adultes (niveau de preuve : modéré). Selon les guides, la rééducation périnéale et pelvienne est l'une des approches conservatrices recommandées en première intention pour le traitement de l'incontinence urinaire (non spécifié) chez les femmes adultes.

Chez la femme âgée de 55 ans et plus

- Intégrée à un programme d'intervention multifacette, la rééducation périnéale et pelvienne semble efficace pour traiter l'incontinence urinaire chez la femme âgée de 55 ans et plus (niveau de preuve : faible). Selon les guides, la rééducation périnéale et pelvienne est recommandée dans le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes âgées.

Comparativement aux interventions chirurgicales

- Selon la littérature scientifique, la colposuspension rétropubienne ouverte est plus efficace que la rééducation périnéale et pelvienne pour traiter l'incontinence urinaire à l'effort et l'incontinence urinaire mixte. Par contre, la rééducation périnéale et pelvienne semble engendrer moins d'effets indésirables (niveau de preuve : faible). Aucune donnée comparant l'efficacité ou l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne à la chirurgie de bandelette n'a été repérée. Les interventions chirurgicales sont recommandées par les guides pour les femmes souffrant d'incontinence urinaire après l'échec des traitements conservateurs (y compris la rééducation périnéale et pelvienne).

Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne

- La rééducation périnéale et pelvienne est sécuritaire pour prévenir ou traiter l'incontinence urinaire chez la femme en période de périnatalité et pour traiter l'incontinence urinaire chez les autres femmes adultes en général. Les effets indésirables (sensation d'inconfort, douleurs) sont rares et transitoires et aucun effet indésirable grave n'a été rapporté. Les guides rapportent également peu ou pas d'effet indésirable associé à la rééducation périnéale et pelvienne.

Modalités de la rééducation périnéale et pelvienne

- La rééducation périnéale et pelvienne est plus efficace lorsqu'elle est supervisée par un physiothérapeute. Il semble préférable qu'elle soit réalisée durant une période minimale de 12 semaines et que les exercices soient pratiqués de façon intensive.
- Selon la littérature et les experts, jusqu'à 4 séances peuvent être suffisantes pour prévenir l'incontinence urinaire chez les femmes enceintes, jusqu'à 7 séances pour traiter l'incontinence urinaire chez les femmes en postnatal, et jusqu'à 10 séances pour traiter l'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes adultes.

- Selon une revue exploratoire et les experts consultés, les séances de groupe de même que la téléadaptation sont des avenues intéressantes pour améliorer l'accès à la rééducation périnéale et pelvienne pour certaines clientèles.
- Au Québec, seuls les physiothérapeutes peuvent pratiquer la rééducation périnéale et pelvienne. Bien qu'ailleurs cette rééducation soit principalement pratiquée par les physiothérapeutes, il est rapporté que d'autres types de professionnels peuvent également en faire. En Ontario, des infirmières spécialisées et des médecins peuvent être accrédités, tandis qu'en France on trouve notamment des sages-femmes qui la pratiquent. Par contre, aucune étude qui aurait comparé les effets ou l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne selon le type de professionnel concerné n'a été repérée.

Enjeux organisationnels

- Des enjeux relatifs au nombre de femmes qui pourraient se prévaloir de la rééducation périnéale et pelvienne ont été soulevés par les experts consultés, et certains jugent que le système risquerait d'être surchargé par une couverture publique de la rééducation périnéale et pelvienne.
- L'offre de services est limitée par le nombre restreint de professionnels qualifiés et le nombre limité d'étudiants en rééducation périnéale et pelvienne.
- L'accessibilité de la rééducation périnéale et pelvienne serait variable selon les régions du Québec et elle serait particulièrement difficile dans les régions éloignées des grands centres.
- Les différentes parties prenantes consultées ont souligné le besoin d'une approche interdisciplinaire impliquant la participation d'un plus grand nombre de professionnels à la prise en charge de l'incontinence urinaire.
- On observe un besoin d'outils de transfert des connaissances pour les professionnels et les femmes au regard de l'incontinence urinaire et de la rééducation périnéale et pelvienne.

Perspective des patiente

- Les femmes touchées par l'incontinence urinaire soulignent que leur condition compromet leur santé physique, psychologique et sexuelle ainsi que leur indépendance, leur estime de soi et leur habileté à fonctionner au quotidien.
- Plusieurs obstacles peuvent empêcher les femmes de consulter ou d'entreprendre un traitement de rééducation périnéale et pelvienne : information contradictoire et parcellaire sur l'incontinence urinaire et la rééducation périnéale et pelvienne, gêne, difficulté à obtenir un rendez-vous pour en discuter, difficulté d'accès à la rééducation périnéale et pelvienne, coûts.

- Les femmes qui ont reçu des traitements de rééducation périnéale et pelvienne au Québec rapportent que l'intervention permet :
 - de prévenir l'apparition ou l'aggravation de symptômes de dysfonction du plancher pelvien (entre autres l'incontinence urinaire) et d'améliorer leur bien-être au quotidien;
 - un meilleur contrôle du muscle du plancher pelvien et la gestion d'autres symptômes associés comme la douleur pelvienne;
 - de reprendre rapidement leurs activités quotidiennes, de faciliter l'accouchement et de réduire les traumatismes induits durant l'accouchement.
- Les femmes consultées soutiennent qu'une assurance qui couvre les frais de traitement (en tout ou en partie), un suivi individualisé par un physiothérapeute spécialisé en rééducation périnéale et pelvienne, la participation d'une équipe interdisciplinaire et une diversité d'options de traitement (p. ex. cours en groupe, téléadaptation) faciliteraient l'accès et l'adhésion à la rééducation périnéale et pelvienne.

Aspects économiques

Efficience

- Selon les études économiques recensées dans la littérature qui ont été jugées transférables au contexte clinique québécois :
 - la rééducation périnéale et pelvienne prénatale en prévention de l'incontinence urinaire et la rééducation périnéale et pelvienne postnatale en traitement de l'incontinence urinaire sont associées à de faibles ratios coût-efficacité incrémentaux par rapport aux soins usuels ou à l'absence de soins;
 - la rééducation périnéale et pelvienne prénatale en prévention de l'incontinence urinaire engendre de meilleurs résultats sur la santé et des coûts moins élevés comparativement à la rééducation périnéale et pelvienne postnatale en traitement de l'incontinence urinaire;
 - la rééducation périnéale et pelvienne en traitement de l'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes adultes est associée à des ratios d'efficience (ratio coût-utilité incrémental) inférieurs aux seuils d'efficience habituellement acceptés. En particulier, les séquences de traitement qui incluent une prise en charge composée initialement d'une rééducation périnéale et pelvienne seule ou combinée à la modification des habitudes de vie sont généralement moins chères et plus efficaces comparativement à une prise en charge excluant la rééducation périnéale et pelvienne.
- L'efficience de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire par urgenterie (avec ou sans hyperactivité vésicale) ou de l'incontinence urinaire mixte chez les femmes adultes n'a pas pu être évaluée à partir de la littérature économique repérée.

Impact budgétaire

- Selon les diverses hypothèses employées lors des analyses d'impact budgétaire préalables à l'introduction possible d'un remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne au Québec :
 - l'ajout de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité pourrait entraîner, selon le nombre de séances réalisées (entre 2 et 4), des dépenses additionnelles de 53 à 106 M\$, il toucherait environ 252 000 femmes et permettrait d'éviter environ 22 000 cas d'incontinence urinaire en 5 ans;
 - l'ajout de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes pourrait entraîner, selon le nombre de séances réalisées (entre 4 et 7), des dépenses additionnelles de 18 à 31 M\$, toucherait environ 42 500 femmes et permettrait de traiter environ 3 400 cas d'incontinence urinaire supplémentaires en 5 ans;
 - l'ajout de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes pourrait entraîner, selon le nombre de séances réalisées (entre 5 et 10), des dépenses additionnelles de 209 à 419 M\$, toucherait environ 398 000 femmes et permettrait de traiter environ 294 000 cas d'incontinence urinaire supplémentaires en 5 ans.
- Le recours possible à des modalités complémentaires d'offre de la rééducation périnéale et pelvienne pour certaines clientèles, comme les séances de groupe ou la téléadaptation, n'a pas été envisagé dans les analyses d'impact budgétaire réalisées; il pourrait cependant permettre d'atténuer les impacts nets associés à la rééducation périnéale et pelvienne au Québec auprès des populations visées.

Délibérations

Les membres du Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé (CDP) ont reconnu à l'unanimité l'efficacité clinique de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention chez les populations de femmes enceintes et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en post-partum et les autres femmes adultes – y compris les femmes âgées de 55 ans et plus. Ils ont également reconnu qu'il s'agit d'une intervention peu coûteuse et efficace. Ils ont souligné l'importance des approches préventives, notamment pour les femmes enceintes continentales, et ont considéré que la prévention de l'incontinence urinaire était tout aussi importante que son traitement. Par contre, certaines préoccupations ont été soulevées concernant le nombre élevé de femmes qui pourraient avoir recours aux services de rééducation périnéale et pelvienne. Ils ont constaté que l'offre de services et le nombre de physiothérapeutes pratiquant dans le domaine sont limités au Québec. Par conséquent, ils ont souhaité que l'INESSS propose des facteurs de priorisation en vue d'une mise en œuvre progressive de la rééducation. Les données disponibles ne permettant pas d'établir des facteurs de priorisation, les membres du Comité étaient en accord à propos de l'importance d'inclure

un ensemble de recommandations visant à faciliter l'implantation de la rééducation périnéale et pelvienne, qui pourraient favoriser la prise en charge d'un plus grand nombre de femmes.

Recommandations

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

- un accès facilité à la rééducation périnéale et pelvienne lorsque cela est indiqué :
 - chez la femme enceinte pour prévenir l'incontinence urinaire;
 - chez la femme en post-partum pour traiter l'incontinence urinaire;
 - chez toute autre femme adulte (y compris la femme âgée de 55 ans et plus) pour traiter l'incontinence urinaire.
- un accès à l'intervention pour un maximum de :
 - quatre séances en prévention de l'incontinence urinaire;
 - dix séances en traitement de l'incontinence urinaire.
- que l'intervention soit supervisée par un physiothérapeute qualifié et détenant l'expertise requise;
- que l'intervention puisse s'étendre sur une période de douze semaines ou plus, selon les besoins individuels des patientes, avant de procéder à une réévaluation de la conduite à tenir;
- que l'accès à la rééducation périnéale et pelvienne soit proposé plus d'une fois, soit à différentes périodes dans la vie d'une femme (p. ex. période périnatale et périménopause).

Compte tenu du volume important de femmes qui pourraient bénéficier de la rééducation périnéale et pelvienne alors que les services de physiothérapie périnéale sont présentement limités, l'INESSS recommande que le Ministère se dote d'une stratégie et d'un plan d'implantation impliquant :

- la mise en œuvre progressive des services en fonction des ressources disponibles;
- l'application de mesures pour favoriser un accès équitable à ces services à toutes les femmes du Québec pour qui la rééducation serait indiquée;

- le développement d'outils de sensibilisation pour informer les femmes et les professionnels de la santé sur l'incontinence urinaire et l'existence de modalités thérapeutiques comme la rééducation périnéale et pelvienne – p. ex. feuillet d'information, sites Web, médias, etc.;
- le recours possible à d'autres modalités complémentaires d'offre de la rééducation périnéale et pelvienne pour certaines clientèles, comme des séances de groupe ou de la téléadaptation. Ces interventions :
 - devraient impliquer une supervision par un physiothérapeute qualifié;
 - devraient être utilisées avec prudence, puisque leur efficacité n'a pas été évaluée systématiquement dans le cadre des présents travaux;
 - devraient faire l'objet de projets de recherche dans le contexte québécois et être adaptées au fur et à mesure que de nouvelles données seront disponibles.
- l'application de mesures pour favoriser la formation de physiothérapeutes;
- l'application de mesures pour favoriser une approche interdisciplinaire impliquant la participation d'autres professionnels (sages-femmes, personnel infirmier, médecins, technologues en physiothérapie) pour soutenir les physiothérapeutes dans cette offre de services, dans le respect des actes réservés;
- l'adaptation de l'offre de services en fonction de la demande au fil du temps en fonction des nouveaux développements ou recherches dans le domaine.

SUMMARY

Perineal and pelvic rehabilitation for the prevention and treatment of pelvic floor dysfunctions – Part 1: Urinary incontinence

Introduction

Urinary incontinence is defined as the complaint of involuntary loss of urine (International Continence Society [ICS]). It compromises the quality of life of those affected on a physical, mental, sexual, and social level. It constitutes a significant health and economic burden, as one in three women will experience it in her lifetime. Urinary incontinence can be due to different causes, including pelvic floor dysfunction. It can be treated with conservative interventions, drugs or surgery. Surgical treatment carries risks for the woman, and there is a moratorium on suburethral sling surgery in Québec because of the complications associated with it. Perineal and pelvic rehabilitation including pelvic floor muscle training (PFMT) is one of the conservative approaches that can be used as a first-line therapy for urinary incontinence in women. In Québec, this alternative to surgery is performed by physiotherapists. It is mostly available in the private sector and is poorly covered by the public system, unlike in some other countries. Given the impact and potential benefits of perineal and pelvic rehabilitation, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS - the Ministry) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to assess the relevance of its inclusion in the range of public services offered in Québec to prevent and treat pelvic floor dysfunctions and, more specifically, urinary incontinence, the most common pelvic floor dysfunction (further work will look at other pelvic floor dysfunctions). More specifically, INESSS evaluated the efficacy of pelvic floor muscle training, its impact on quality of life, and the risks associated with it in the prevention and treatment of urinary incontinence. The organizational issues, cost-effectiveness and economic impact of a coverage program were examined as well.

Methodology

A search of the scientific literature and other information sources was conducted: an umbrella review, a rapid review or exploratory review, or guidelines, depending on the evaluation question. Contextual and experiential data were gathered from clinical researchers, health professionals, and women with a pelvic floor dysfunction or at risk of developing one. The economic literature was reviewed to evaluate the cost-effectiveness of perineal and pelvic rehabilitation, using studies deemed transferable to the Québec context. A budget impact analysis was used to estimate the impact of adding perineal and pelvic rehabilitation to the range of public services available in Québec for the prevention and treatment of urinary incontinence. The work was supported by an expert advisory committee, a committee of patients and a follow-up committee. In order to mobilize and integrate the knowledge, a multidimensional approach was used in which scientific, contextual and experiential data were integrated and the quality of evidence

was rated. The recommendations were deliberated on by the Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé.

Results

Health problem

- Urinary incontinence is a significant health issue that affects more than 30% of women during their lifetime. It is believed to be greatly underreported because of the stigma associated with it.
- Urinary incontinence is a pelvic floor dysfunction that manifests in several forms, including stress urinary incontinence, urge urinary incontinence or overactive bladder, and mixed urinary incontinence.
- Urinary incontinence can occur at any time in a woman's life, but the risk increases with age. Several other factors increase the risk of urinary incontinence, namely, pregnancy, the number and type of deliveries, life habits and the presence of comorbidities (diabetes, obesity, etc.).
- Urinary incontinence constitutes a significant economic burden for individuals and healthcare systems. In Canada, the combined direct and indirect costs associated with urinary incontinence are currently between \$2.6 and \$8.5 billion annually.
- Current management uses first-line conservative approaches, such as lifestyle changes and perineal and pelvic rehabilitation, or second-line approaches, such as pharmacological treatments and surgical procedures.

State of practice and background

- Several countries, including France, the United Kingdom and Australia, provide partial or full coverage for perineal and pelvic rehabilitation.
- Few Canadian provinces offer perineal and pelvic rehabilitation programs to treat or prevent urinary incontinence.
- In Québec, perineal and pelvic rehabilitation is offered by physiotherapists who practice mostly in private clinics. Perineal and pelvic rehabilitation fees are fully or partly borne by women, depending on the type of private insurance (approximately \$100 per session).
- In Québec, the offer of services varies according to the administrative region and is limited by the number of physiotherapists who offer perineal and pelvic rehabilitation, which results in wait times for consults.
- In Québec, the number of trained physiotherapists offering this service is currently limited (approximately 600). A graduate training program in perineal and pelvic rehabilitation is currently training about 30 new therapists a year. Some private organizations also offer perineal and pelvic rehabilitation training to physiotherapists.

Efficacy and clinical recommendations

- A total of 11 systematic reviews and 17 clinical practice guidelines or health technology assessment reports were analyzed. The analysis focused on the efficacy and recommendations for use of perineal and pelvic rehabilitation minimally including pelvic floor muscle training to prevent or treat urinary incontinence at different stages of a woman's life: the perinatal period, other adult women, and women 55 years of age and older.

Pelvic floor muscle training to prevent or treat perinatal urinary incontinence

In studies involving perinatal women, the duration of the post-intervention follow-up is short (generally less than one year). This limits the ability to comment on long-term efficacy.

Prevention of urinary incontinence in pregnant women

- According to the scientific literature, prenatal pelvic floor muscle training in continent pregnant women is effective in preventing urinary incontinence until the mid-postnatal period (> 3 to 6 months; level of evidence: high). The guidelines recommend pelvic floor muscle training for the prevention of urinary incontinence in pregnant women.

Prevention of urinary incontinence in postpartum women

- No data are available on the efficacy of urinary incontinence prevention in postpartum women. The guidelines do not recommend pelvic floor muscle training for the prevention of urinary incontinence in postpartum women.

Treatment of urinary incontinence in pregnant women

- According to the scientific literature, prenatal pelvic floor muscle training does not appear to be effective in treating urinary incontinence in incontinent pregnant women. However, pelvic floor muscle training may be effective to some degree in reducing symptom severity and improving the quality of life associated with urinary incontinence at the end of pregnancy (level of evidence: low). The guidelines recommend pelvic floor muscle training as a first-line treatment for urinary incontinence in pregnant women.

Treatment of urinary incontinence in postpartum women

- According to the scientific literature, postnatal pelvic floor muscle training appears to have some efficacy in the treatment of urinary incontinence in incontinent postpartum women up to 12 months after delivery (level of evidence: low). The guidelines recommend pelvic floor muscle training as a first-line treatment for urinary incontinence in postpartum women.

Pelvic floor muscle training for treating urinary incontinence

In other adult women

In studies of adult women, the post-intervention follow-up is short (up to one year). This limits the ability to comment on the long-term efficacy of this rehabilitation.

- Pelvic floor muscle training is effective in treating stress urinary incontinence in adult women (level of evidence: high). Pelvic floor muscle training is recommended in the guidelines as a first-line treatment for stress urinary incontinence in adult women.
- The scientific data are insufficient to determine the efficacy of pelvic floor muscle training in treating adult women with, exclusively, mixed urinary incontinence (level of evidence: insufficient). Pelvic floor muscle training is recommended in the guidelines as a first-line treatment for mixed urinary incontinence in adult women, especially those with stress-predominant mixed urinary incontinence.
- The scientific data are insufficient to determine the efficacy of pelvic floor muscle training in treating adult women with urge urinary incontinence alone (level of evidence: insufficient). However, the guidelines state that pelvic floor muscle training is one of the conservative first-line approaches that can be proposed for the treatment of urge urinary incontinence in adult women.
- According to the practice guidelines identified, pelvic floor muscle training is one of the conservative approaches that can be proposed for the treatment of overactive bladder in adult women.
- Pelvic floor muscle training is effective in treating urinary incontinence (regardless of the type of urinary incontinence) in adult women (level of evidence: moderate). According to the guidelines, pelvic floor muscle training is one of the recommended conservative first-line approaches for the treatment of (unspecified) urinary incontinence in adult women.

In women aged 55 and over

- When incorporated into a multifaceted intervention program, pelvic floor muscle training appears to be effective in treating urinary incontinence in women 55 years of age and older (level of evidence: low). According to the guidelines, pelvic floor muscle training is recommended for the treatment of urinary incontinence in older women.

Compared to surgery

- According to the scientific literature, open retropubic colposuspension is more effective than pelvic floor muscle training in treating stress urinary incontinence and mixed urinary incontinence. However, pelvic floor muscle training appears to have fewer adverse effects (level of evidence: low). No data comparing the efficacy or safety of pelvic floor muscle training and sling surgery were found. Surgical procedures are recommended in the guidelines for women with urinary

incontinence after failure of conservative treatments (including perineal and pelvic rehabilitation).

Safety of pelvic floor muscle training

- Pelvic floor muscle training is safe for preventing or treating urinary incontinence in perinatal women and for treating urinary incontinence in other adult women in general. Adverse effects (discomfort, pain) are rare and transient, and no serious adverse effects have been reported. The guidelines, too, report few or no adverse effects associated with pelvic floor muscle training.

Perineal and pelvic rehabilitation modalities

- Perineal and pelvic rehabilitation is more effective when supervised by a physiotherapist. It seems preferable that it be performed for a minimum period of 12 weeks and that the exercises be performed intensively.
- According to the literature and experts, up to 4 sessions may be sufficient to prevent urinary incontinence in pregnant women, 7 to treat urinary incontinence in postnatal women, and 10 to treat stress urinary incontinence in adult women.
- According to an exploratory review and the experts consulted, group sessions and telerehabilitation are useful ways to improve access to perineal and pelvic rehabilitation for certain patient categories.
- In Québec, only physiotherapists can perform perineal and pelvic rehabilitation. Although it is mainly practiced by physiotherapists elsewhere, it has been reported that other types of professionals can also perform it. In Ontario, specialized nurses and physicians can be certified, while in France, midwives can offer perineal and pelvic rehabilitation. However, no studies comparing the effects or efficacy of perineal and pelvic rehabilitation according to the type of professional involved were identified.

Organizational issues

- Issues related to the number of women who could avail themselves of perineal and pelvic rehabilitation were raised by the experts consulted, and some felt that the system could be overburdened by public coverage of perineal and pelvic rehabilitation.
- The supply of services is limited by the small number of qualified professionals and the limited number of perineal and pelvic rehabilitation graduates.
- It appears that access to perineal and pelvic rehabilitation in Québec varies according to the region and is particularly difficult in regions far from the major urban centres.
- The various stakeholders consulted emphasized the need for an interdisciplinary approach involving the participation of a greater number of professionals in the management of urinary incontinence.

- There is a need for knowledge transfer tools for professionals and women regarding urinary incontinence and perineal and pelvic rehabilitation.

Patient perspective

- Women with urinary incontinence report that their condition affects their physical, psychological and sexual health, as well as their independence, self-esteem, and ability to function in day-to-day life.
- Several barriers may prevent women from consulting or from undertaking perineal and pelvic rehabilitation treatment: contradictory and patchy information on urinary incontinence and perineal and pelvic rehabilitation, embarrassment, difficulty getting an appointment to discuss it, difficulty accessing perineal and pelvic rehabilitation, and costs.
- Women in Québec who have undergone perineal and pelvic rehabilitation report that it:
 - prevents the onset or worsening of symptoms of pelvic floor dysfunction (including urinary incontinence) and improves their day-to-day well-being;
 - permits better control of their pelvic floor muscles and enables them to manage other associated symptoms, such as pelvic pain;
 - enables them to return to their daily activities quickly, facilitates delivery and reduces the trauma caused by childbirth.
- The women consulted maintain that insurance that covers the cost of treatment (fully or partially), an individualized follow-up by a physiotherapist specializing in perineal and pelvic rehabilitation, the involvement of an interdisciplinary team, and an array of treatment options (e.g., group classes and telerehabilitation) would facilitate access and adherence to perineal and pelvic rehabilitation.

Economic aspects

Cost-effectiveness

- According to the economic studies identified in the literature that were considered transferable to the Québec clinical context:
 - prenatal perineal and pelvic rehabilitation for the prevention of urinary incontinence and postnatal perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of urinary incontinence are associated with low incremental cost-effectiveness ratios compared to the usual care or no care;
 - prenatal perineal and pelvic rehabilitation for the prevention of urinary incontinence results in better health outcomes and lower costs than postnatal perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of urinary incontinence;

- perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of stress urinary incontinence in adult women is associated with cost-effectiveness ratios (incremental cost-utility ratio) that are lower than the commonly accepted cost-effectiveness thresholds. In particular, treatment sequences that include management consisting initially of perineal and pelvic rehabilitation alone or combined with lifestyle changes are generally less expensive and more effective than management that does not include perineal and pelvic rehabilitation.
- The cost-effectiveness of perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of urge urinary incontinence (with or without overactive bladder) or mixed urinary incontinence in adult women could not be evaluated from the economic literature identified.

Budget impact

- Based on the various assumptions used in the budget impact analyses prior to the possible introduction of public coverage for perineal and pelvic rehabilitation in Québec:
 - adding prenatal perineal and pelvic rehabilitation for the prevention of urinary incontinence could result in additional expenditures of \$53 to \$106 million, depending on the number of sessions carried out (between 2 and 4). It would concern approximately 252,000 women and would prevent approximately 22,000 cases of urinary incontinence in 5 years;
 - adding postnatal perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of urinary incontinence could result, depending on the number of sessions carried out (between 4 and 7), in additional expenditures of \$18 to \$31 million, would concern approximately 42,500 women and would make it possible to treat approximately 3,400 additional cases of urinary incontinence in 5 years;
 - adding perineal and pelvic rehabilitation for the treatment of urinary incontinence in adult women could result in additional expenditures of \$209 to \$419 million, depending on the number of sessions carried out (between 5 and 10), would concern approximately 398,000 women, and would make it possible to treat approximately 294,000 additional cases of urinary incontinence over 5 years.
- The use of complementary methods of providing perineal and pelvic rehabilitation for certain patient populations, such as group sessions or telerehabilitation, was not considered in the budget impact analyses. However, such use could mitigate the net impact associated with perineal and pelvic rehabilitation in Québec in the target populations.

Deliberations

The members of the Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé (CDP) unanimously recognized the clinical efficacy of perineal and pelvic rehabilitation for the prevention of urinary incontinence in pregnant women and the treatment of urinary incontinence in postpartum and other adult women, including women aged 55 and older. They also recognized that this is an inexpensive and cost-effective intervention. They stressed the importance of preventive approaches, especially for continent pregnant women, and considered preventing urinary incontinence to be as important as treating it. On the other hand, certain concerns were raised regarding the large number of women who might avail themselves of perineal and pelvic rehabilitation services. They noted that the supply of services and the number of physiotherapists practising in Québec are limited. Consequently, they wanted INESSS to propose prioritization factors for the gradual implementation of rehabilitation. Because the available data are insufficient for establishing prioritization factors, the Committee's members agreed on the importance of including a set of recommendations to facilitate the implementation of perineal and pelvic rehabilitation, which could promote the management of a greater number of women.

Recommendations

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

- Facilitated access to perineal and pelvic rehabilitation when indicated:
 - in pregnant women to prevent urinary incontinence;
 - in postpartum women to treat urinary incontinence;
 - in all other adult women (including women 55 years of age and older) to treat urinary incontinence.
- Access to this intervention for a maximum of:
 - four sessions for the prevention of urinary incontinence;
 - ten sessions for the treatment of urinary incontinence.
- That the treatment be supervised by a qualified physiotherapist with the required expertise;
- That the intervention be extended over a period of 12 or more weeks, depending on the patient's specific needs, before reassessing the treatment plan;
- That access to perineal and pelvic rehabilitation be available more than once, at different times in a woman's life (e.g., during the perinatal and perimenopausal periods).

Given the large number of women who might avail themselves of perineal and pelvic rehabilitation and the fact that perineal physiotherapy services are currently limited, INESSS recommends that the Ministry adopt a strategy and an implementation plan involving:

- The gradual implementation of services according to the available resources;
- The implementation of measures to promote equitable access to these services for all women in Québec for whom rehabilitation is indicated;
- The development of knowledge transfer tools for informing women and health professionals about urinary incontinence and the existence of treatment modalities, such as perineal and pelvic rehabilitation, e.g., information sheet, websites, media, etc.;
- The potential use of other complementary modalities for providing perineal and pelvic rehabilitation for certain patient populations, such as group sessions or telerehabilitation. These modalities:
 - should involve supervision by a qualified physiotherapist;
 - should be used with caution, as their efficacy has not been systematically evaluated in this project;
 - should be the focus of research projects in the Québec context and be adapted as new data become available.
- The implementation of measures to support the training of physiotherapists;
- The use of measures to promote an interdisciplinary approach involving the participation of other professionals (midwives, nurses, physicians, physiotherapy technologists) to support physiotherapists, in the observance of reserved acts.
- Adapting the service offering to the demand over time, based on new developments or research in this field.

SIGLES ET ACRONYMES

\$ CA	Dollar canadien
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ACSM	American College of Sport Medicine
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
AUD	Dollar australien
AUA	American Urological Association
AUGS	American Urogynecologic Society
ANOVA	Analyse de variance
AOGQ	Association des obstétriciens et gynécologues du Québec
AOPQ	Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec
BFLUTS	<i>British Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire</i>
ACSM	American College of Sport Medicine
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme®</i>
CDP	Comité délibératif permanent
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'université de Montréal
Chx	Intervention chirurgicale
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CRCHUM	Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CUA	Canadian Urological Association
DGA	Direction générale adjointe
DM	Différence moyenne
DMS	Différence moyenne standardisée
EAU	European Association of Urology
ECR	Essai clinique randomisé
EI	Effet indésirable
EIQ	Écart interquartile
EPP	Exercices du plancher pelvien
ETS	Rapport d'évaluation des technologies de la santé
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GPC	Guide de pratique clinique

GSE-UI	<i>Geriatric Self-Efficacy Index for Urinary Incontinence</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
HAV	Hyperactivité vésicale
HQO	Health Quality Ontario
IC	Intervalle de confiance
ICIQ-UI S	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i>
ICIQ-LUTSqol	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire Lower Urinary Tract Symptoms Quality of Life Module</i>
ICS	International Continence Society
ICUD	International Consultation on Urological Diseases
IIQ	<i>Incontinence Impact Questionnaire</i>
IIQ-7	<i>Incontinence Impact Questionnaire – Short Form</i>
IF	Incontinence fécale
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IU	Incontinence urinaire
IUE	Incontinence urinaire à l'effort
IUGA	International Urogynecology Association
IUM	Incontinence urinaire mixte
IUU	Incontinence urinaire par urgenturie
IVU	Infection des voies urinaires
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
MCPA	Membre du Canadian Physiotherapy Association
MDCM	<i>Medicinae doctorem et chirurgiae magistrum</i>
M\$	Million de dollars
MHV	Modification des habitudes de vie
MOPPQ	Membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
MSS	Meilleurs soins de soutien
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
n	Nombre de participantes ou d'études (selon le cas)
OPPQ	Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
OMS-WHO	Organisation mondiale de la Santé – World Health Organization
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
<i>p</i>	Valeur <i>p</i>
POP	Prolapsus d'organes pelviens
QALY	Année de vie ajustée en fonction de la qualité
QdV	Qualité de vie

RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec (la Régie)
RC	Rapport de cotes
RCEI	Ratio coût-efficacité incrémental
RCUI	Ratio coût-utilité incrémental
REPP	Rééducation périnéale et pelvienne
RR	Risque relatif
RS	Revue systématique
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
SUFU	Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine and Urogenital Reconstruction
TVT	Bandelette sous-urétrale sans tension de type rétropubien
TOT	Bandelette sous-urétrale de type transobturateur
Tx	Traitement
UDI	<i>Urogenital Distress Inventory</i>
UDI-6	<i>Urinary Distress Inventory Short Form</i>
UGSA	Urogynaecological Society of Australasia
USANZ	Urological Society of Australia and New Zealand
WHO	World Health Organization

GLOSSAIRE

Adhésion au traitement

Degré auquel une personne se conforme à un traitement prescrit par une professionnelle ou un professionnel de la santé¹.

Analyse coût-efficacité

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

Analyse coût-utilité

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

Analyse d'impact budgétaire

Analyse qui a pour objectif d'estimer les conséquences financières associées au remboursement public d'une intervention de santé sur le budget selon la perspective considérée : ministère de la Santé et des Services sociaux, établissements de santé, portion publique du régime public d'assurance médicaments, société. Elle mesure la différence des coûts entre une prise en charge avec et sans l'intervention de santé étudiée sur un horizon temporel prédéterminé [INESSS, 2018; HAS, 2016].

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

Mesure unique et complète qui combine durée de vie et qualité de vie dans une même mesure. Indicateur estimé à partir des années de vie restantes pour un patient qui reçoit une intervention donnée et en pondérant chaque année par un score de qualité de vie (sur une échelle de 0 à 1)².

Biais associé à l'attrition

Biais associé à l'abandon ou à l'exécution différentielle de sujets d'une étude.

Biais de publication

« Tendance qu'ont les rédacteurs en chef (et les auteurs) à publier des articles contenant des résultats positifs, en particulier ci-ceux sont "nouveaux", par opposition à des rapports qui n'aboutissent pas à des résultats "significatifs", par exemple, des études qui corroborent des résultats publiés antérieurement. Le biais de publication peut fausser la perception générale, par exemple, au sujet des associations ou de l'efficacité

¹ Office québécois de la langue française (OQLF). *Grand dictionnaire terminologique* [site Web]. Disponible à : <https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/> (consulté le 3 mars 2022).

² National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Glossary* [site Web]. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/Glossary> (consulté le 28 février 2022).

expérimentale de certains régimes. Il peut s'agir d'une source particulièrement importante de biais dans une méta-analyse » [Last, 2004].

Biais de sélection

« Erreur due à la présence de différences systématiques dans les caractéristiques des participants et des non-participants à une étude » [Last, 2004].

Dysfonction du plancher pelvien

Les troubles pelvipérinéaux impliquent une activité ou fonction anormale de la musculature du plancher pelvien. Les troubles peuvent inclure une activité augmentée (hypertonie) ou diminuée (hypotonie) ou une coordination inappropriée des muscles du plancher pelvien. Les aspects cliniques peuvent être urologiques, gynécologiques, colorectaux, seuls ou en concomitance³.

Électrostimulation

Application d'un courant électrique pour stimuler les viscères pelviens ou leur innervation⁴.

Essai clinique randomisé

Étude expérimentale où les participants admissibles et sélectionnés pour une intervention thérapeutique sont répartis de manière aléatoire (*randomisation*) en deux ou plusieurs groupes : le premier groupe reçoit le traitement, tandis que le ou les autres groupes reçoivent un placebo, le traitement standard ou un autre traitement⁵.

Exercices du plancher pelvien (EPP)

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

Femme

En tant qu'institut gouvernemental, l'INESSS joue un rôle actif pour reconnaître la grande diversité des identités de genre et des expressions de genre⁶. Dans le cadre du présent avis, la rééducation périnéale et pelvienne peut s'appliquer à un éventail de personnes. Cependant, afin d'assurer l'uniformité et la cohérence avec la littérature, le terme

³ Grimes WR et Stratton M. *Pelvic floor dysfunction* [site Web]. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559246/> (consulté le 25 avril 2022).

⁴ International Continence Society (ICS). *ICS Glossary* [site Web]. Disponible à : <https://www.ics.org/glossary> (consulté le 20 juin 2022).

⁵ Termium Plus. *Essai clinique randomisé* [site Web]. Disponible à : <https://www.btb.termiumplus.gc.ca/tpv2alpha/alpha-fra.html?lang=fra&i=1&srchtxt=Essai+clinique+randomis%C3%A9> (consulté le 3 mars 2022).

⁶ Gouvernement du Canada. *Identité de genre et expression de genre* [site Web]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/ministere-justice/nouvelles/2016/05/identite-de-genre-et-expression-de-genre.html> (consulté le 10 avril 2022).

« femme » sera employé pour désigner les personnes qui ont le sexe féminin, peu importe leur identité de genre.

Incontinence urinaire (IU)

Émission d'urine involontaire, parfois inconsciente, par le méat urinaire¹.

Incontinence urinaire à l'effort (IUE)

Type d'incontinence urinaire qui résulte le plus souvent d'un affaiblissement du plancher pelvien et qui survient lorsque la pression intra-abdominale est plus élevée que la pression urétrale, par exemple lorsque la personne tousse, rit ou se lève¹.

Incontinence urinaire mixte (IUM)

Association de plusieurs types d'incontinence urinaire, notamment l'incontinence à l'effort et l'incontinence par urgenturie. Aussi appelée incontinence mixte¹.

Incontinence urinaire par urgenturie (IUU)

Type d'incontinence urinaire causée par des contractions vésicales involontaires et associée à une envie très pressante d'uriner. Aussi appelée incontinence par impériosité¹.

Méta-analyse

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

Nullipare

Femme qui n'a jamais accouché.

Observance du traitement

Degré auquel une patiente ou un patient se conforme aux modalités associées au traitement prescrit par la professionnelle ou le professionnel de la santé¹.

Primigeste

Femme enceinte pour la première fois.

Primipare

Femme qui accouche pour la première fois après une durée gestationnelle de 22 semaines d'aménorrhée ou plus¹.

Ratio coût-efficacité incrémental (RCEI)

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

Ratio coût-utilité incrémental (RCUI)

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

Rééducation périnéale et pelvienne (REPP)

Approche qui traite des dysfonctions du plancher pelvien comme l'incontinence, la descente d'organe, certains troubles de la sexualité ou encore les douleurs des régions pelvipérinéale, anorectale et de la ceinture lombo-pelvienne⁷. La rééducation périnéale et pelvienne comprend un grand nombre d'activités visant à améliorer la fonction musculaire, l'amplitude du mouvement, la souplesse, l'endurance, la détente ou une combinaison de ces paramètres [Bo *et al.*, 2017].

Rééducation vésicale

La rééducation vésicale consiste en un programme de sensibilisation et de partage d'information avec un régime de miction ajusté graduellement. Les objectifs principaux sont de corriger les mauvaises habitudes de mictions fréquentes, d'améliorer le contrôle de la vessie en cas d'urgence, de prolonger les intervalles entre les mictions, d'augmenter la capacité de la vessie, de réduire les épisodes d'incontinence et de restaurer la confiance de la personne dans le contrôle de sa vessie⁴.

Rétroaction biologique (*biofeedback*)

Utilisation d'une sonde externe pour donner des indications sur les processus corporels, généralement dans le but de modifier la qualité mesurée. La rétroaction biologique est considérée comme une thérapie d'appoint⁴.

Revue narrative

Revue qui décrit et évalue les travaux antérieurs, sans spécifier les méthodes par lesquelles les études ont été repérées et examinées⁸.

Revue rapide

La revue rapide est une forme de synthèse des preuves qui peuvent fournir de l'information opportune pour la prise de décision par rapport aux revues systématiques standard. Les méthodes varient, mais elles sont caractérisées par leur réalisation dans une période restreinte⁸.

⁷ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). *Rééducation périnéale et pelvienne : 5 fausses croyances* [site Web]. Disponible à : <https://oppq.qc.ca/blogue/reeducation-perineale-et-pelvienne-fausses-croyances/> (consulté le 11 août 2021).

⁸ *University Libraries, Systematic Reviews & Other Review Types* [site Web]. Disponible à : <https://guides.temple.edu/systematicreviews> (consulté le 4 avril 2022).

Revue systématique

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

Stimulation magnétique

Technologie magnétique pulsée développée pour la transmission de l'influx nerveux, qui vise à provoquer la contraction du plancher pelvien. Les personnes reçoivent une thérapie en s'asseyant sur une chaise qui contient l'appareil qui produit les champs magnétiques pulsés⁴.

INTRODUCTION

Les dysfonctions du plancher pelvien peuvent inclure, entre autres, l'incontinence urinaire (IU), l'incontinence anale, le prolapsus des organes pelviens ainsi que les douleurs périnéales et la dyspareunie. L'IU est une problématique majeure qui représente un fardeau de santé et économique important. Au Canada, 3,5 millions de personnes (10 % de la population) souffriraient d'IU, dont deux fois plus de femmes que d'hommes [The Cameron Institute, 2014; Bettez *et al.*, 2012]. Chez les femmes, une sur trois présentera des épisodes d'IU au cours de sa vie. La périnatalité et la périménopause sont des périodes charnières à cet égard.

Plusieurs approches peuvent être envisagées pour la prise en charge des femmes qui souffrent d'IU notamment les approches conservatrices telles que la modification des habitudes de vie, la rééducation vésicale, l'utilisation d'un pessaire et les exercices du plancher pelvien (EPP). Les EPP visant le renforcement des muscles du plancher pelvien peuvent être enseignés et inclus dans un programme de rééducation périnéale et pelvienne (REPP) supervisé par une ou un physiothérapeute [Dumoulin *et al.*, 2018; Ostle, 2016]. En plus des approches conservatrices, des options pharmacologiques et chirurgicales peuvent être envisagées pour traiter l'IU. Elles ne sont généralement proposées qu'en cas d'échec des approches conservatrices [Sussman *et al.*, 2019].

Une intervention chirurgicale minimalement effractive proposée jusqu'à récemment était la chirurgie de bandelette sous-urétrale sans tension de type rétropubien (TVT) ou transobturateur (TOT ou TVT-O). Cependant, cette intervention peut engendrer des complications sévères nécessitant le retrait des bandelettes⁹. On estime à environ 10 % à 15 % la proportion de femmes qui ont des complications liées aux bandelettes, et jusqu'à 50 % après le retrait de ces bandelettes [HAS, 2021]¹⁰. Depuis 2020, au Québec, un moratoire est appliqué à ce type d'intervention chirurgicale (approche transobturatrice). Le Ministère est à la recherche d'options thérapeutiques de remplacement pour réduire le nombre de femmes qui auront besoin de cette intervention chirurgicale.

Il est recommandé par plusieurs associations professionnelles (dont la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada [SOGC] et la Canadian Urological Association [CUA]) que la REPP soit priorisée en première intention par rapport à des méthodes pharmacologiques ou chirurgicales [Dufour et Wu, 2020; Abrams *et al.*, 2018; Corcos *et al.*, 2017].

⁹ Radio-Canada. *Bandelettes : danger sous la peau* [site Web]. Disponible à : <https://ici.radio-canada.ca/tele/enquete/site/segments/reportage/109539/bandelette-vessie-incontinence-urinaire-femmes-intervention-implantation-douleurs> (consulté le 28 février 2022).

¹⁰ Radio-Canada. *Faire retirer sa bandelette d'incontinence aux États-Unis* [site Web]. Disponible à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1407872/operation-retrait-bandelette-dncontinence-quebec-etats-unis> (consulté le 28 février 2022).

Contexte de la demande

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

Mandat confié par le Ministère

Le MSSS a mandaté l'INESSS pour évaluer la pertinence d'inclure la REPP à la gamme de services publics offerts au Québec pour prévenir et traiter les dysfonctions du plancher pelvien. Cette évaluation vise les femmes enceintes, celles qui ont accouché ou qui sont périménopausées, mais également d'autres groupes de personnes de sexe féminin qui pourraient bénéficier de la REPP. Plus spécifiquement, le Ministère a demandé à l'INESSS d'évaluer l'efficacité de cette rééducation (y compris son impact sur la qualité de vie) ainsi que les risques associés pour différents groupes de femmes¹¹, en prévention et en traitement de l'IU. Advenant que la pertinence clinique de l'intervention soit démontrée, le Ministère souhaite également que les modalités d'application et d'offre de la REPP, ainsi que l'impact organisationnel et économique de l'application d'un tel programme, soient examinés.

En réponse à ce mandat, le présent avis examine la pertinence d'offrir un programme public de REPP pour prévenir et traiter l'IU. Les autres dysfonctions du plancher pelvien (incontinence fécale, prolapsus d'organes pelviens, douleurs et troubles de la fonction sexuelle) feront l'objet d'un document subséquent.

¹¹ Voir *Glossaire* au terme « Femme ».

1 CONTEXTE

1.1 Problématique

L'incontinence urinaire (IU) est définie par toute perte involontaire d'urine dont se plaint une personne, et qui entraîne une réduction significative de la qualité de vie de la personne, affectant son bien-être psychologique, social et sexuel [Verbeek et Hayward, 2019]. L'IU peut avoir différentes causes dont une dysfonction du plancher pelvien, des troubles neurologiques, un cancer, une fistule, etc. Le présent document a pour objet l'IU associée à une dysfonction du plancher pelvien. Parmi les différents types d'IU les principaux sont :

- l'incontinence urinaire à l'effort (IUE) (ou de stress), qui se caractérise par une fuite involontaire d'urine, non précédée du besoin d'uriner, qui survient à l'occasion d'un effort tel que toux, rire, éternuement, saut, course, soulèvement de charges ou toute autre activité physique qui augmente la pression intra-abdominale;
- l'incontinence urinaire par urgenturie (IUU), qui se caractérise par la perte involontaire d'urine précédée d'un besoin urgent et irréprouvable d'uriner aboutissant à une miction qui ne peut être différée;
- l'incontinence urinaire mixte (IUM) est l'association de deux types d'incontinence, l'IUE et l'IUU, où un type peut être prédominant;
- l'hyperactivité vésicale (HAV), qui consiste en une envie pressante d'uriner (urgence urinaire), avec ou sans IUU, et souvent accompagnée de nycturie¹².

Les formes cliniques les plus fréquentes de l'incontinence chez la femme sont l'IUE (50 %), l'IUU (14 %) et l'IUM (32 %)¹³. L'IU peut se présenter seule, mais aussi en concomitance avec une autre dysfonction du plancher pelvien comme un prolapsus des organes pelviens.

1.1.1 Prévalence de l'incontinence urinaire

La littérature rapporte de grandes variations de la prévalence de l'IU chez la femme, allant de 10 % à 58,4 % [Ballanger, 2005]. Environ 30 % en seront affectées durant la période post-partum [Woodley *et al.*, 2020], de 10 % à 50 % à la ménopause [The Cameron Institute, 2014; Bettez *et al.*, 2012], et plus de 1 femme sur 2 après 60 ans [Benhabrou-Brun, 2016; Fultz *et al.*, 2005]. La ménopause est une période transitoire durant laquelle une femme est à risque de développer de l'IU ou de voir ses symptômes d'incontinence aggravés [Erekson *et al.*, 2016].

¹² Il existe d'autres types d'incontinence, par exemple par regorgement et fonctionnelle (4 % des cas). Puisque ces types d'incontinence sont généralement attribuables à une obstruction, à la présence d'une pathologie, à une cause neurologique ou cognitive, ils ne seront pas abordés dans cet avis.

¹³ Fondation d'aide aux personnes incontinentes (Canada). *Guide « La Source »* [site Web]. Disponible à : <https://www.canadiancontinence.ca/FR/guide-la-source.php> (consulté le 12 avril 2022).

1.1.2 Facteurs de risque

Plusieurs facteurs augmentent les risques de souffrir d'IU, tels que le nombre de grossesses et d'accouchements, l'âge, les facteurs génétiques, les habitudes de vie et la pratique d'activités physiques à fort impact [Nygaard *et al.*, 2020; Kolodynska *et al.*, 2019; Cerruto *et al.*, 2013]. La prise de certains médicaments, la faiblesse des muscles du plancher pelvien et la présence d'une comorbidité (diabète, obésité, infection urinaire, constipation, maladie neurologique, etc.) sont aussi des facteurs aggravants [Minassian *et al.*, 2003].

1.1.3 Traitement de l'incontinence urinaire

On estime que plus de la moitié des femmes touchées par l'IU en Amérique du Nord ne reçoivent pas les soins requis par leur condition [Dugan *et al.*, 2001]. Bien que prévalente, l'IU est peu comprise et sous-rapportée, en raison, notamment, du potentiel de stigmatisation qui y est associé et de l'embarras qu'elle représente pour les personnes touchées [Slade *et al.*, 2018; Wayne Taylor *et al.*, 2013]. Parmi les femmes qui souffrent d'IU, seulement 26 % consultent à propos de leur problème [Herschorn *et al.*, 2008].

Les approches recommandées pour le traitement de l'IU incluent des traitements physiologiques (comprenant la rééducation périnéale et pelvienne [REPP]), comportementaux, médicamenteux et chirurgicaux [Sussman *et al.*, 2019]. La médication est principalement utilisée pour traiter une IUU ou IUM avec prédominance d'urgenterie (œstrogènes vaginaux, agonistes des adrénorécepteurs bêta-3 [mirabegron] et anticholinergiques); en cas d'échec, d'autres options de traitement peuvent être envisagées (toxine botulique A [Botox®]). Les bandelettes sous-urétrales, les injections para-urétrales, la colposuspension, les bandelettes aponévrotiques et en dernier recours la déviation urinaire peuvent être quant à elles proposées comme options chirurgicales pour traiter l'IUE et l'IUM avec une prédominance d'IUE. Une augmentation de la taille de la vessie et une dérivation urinaire sont des approches chirurgicales de dernière intention dans le traitement de l'HAV et de l'IUM avec prédominance de l'IUU.

1.1.4 La chirurgie de bandelette et ses conséquences

La chirurgie de bandelette est une option chirurgicale minimalement effractive qui a été longtemps perçue comme une solution simple et efficace pour traiter l'IU. Comme pour toutes les interventions chirurgicales, des complications peuvent survenir. Les chirurgies de bandelette sont associées à des risques de 1/27 d'érosion urétrale et de 1/15 de réopération effractive sept ans après la procédure [Chughtai *et al.*, 2021]. Au Canada, il a été déclaré qu'environ 11 000 femmes par année se faisaient poser des bandelettes d'IU jusqu'en 2019¹⁰ et qu'un nombre non négligeable de celles-ci éprouvaient des effets indésirables à la suite de cette intervention. De ces 11 000 femmes, entre 350 et 400 auront besoin de se faire retirer partiellement ou complètement les bandelettes¹⁴.

¹⁴ Radio-Canada. *Faire retirer sa bandelette d'incontinence aux États-Unis* [site Web]. Disponible à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1407872/operation-retrait-bandelette-dncontinence-quebec-etats-unis> (consulté le 21 mars 2021).

Cette procédure est une opération délicate; il s'agit d'un implant qui s'attache de façon permanente à la chair et aux muscles et qui n'a pas été conçu pour être retiré. Selon la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), quelques urologues peuvent retirer les deux types de bandelettes au Québec, mais le Ministère a reconnu un manque d'organisation des services pour la prise en charge du retrait des bandelettes au Québec¹⁵. Au cours des dernières années, de nombreuses femmes qui ont souhaité faire retirer complètement leurs bandelettes ont dû se rendre aux États-Unis et payer les coûts d'une intervention chirurgicale et de voyage avoisinant les 20 000 \$ à 25 000 \$¹⁴.

En 2020, le gouvernement du Québec a annoncé que, selon certaines conditions, les femmes qui ont fait retirer leurs bandelettes aux États-Unis seraient remboursées¹⁶, ce qui entraîne des dépenses avoisinant les trois millions de dollars à la fin de 2020. Le programme de remboursement a pris fin lorsque le MSSS a annoncé en 2021 la mise sur pied de centres d'expertise¹⁷ consacrés au traitement des complications liées aux bandelettes, qui offrent des services de soutien à la gestion des douleurs par le biais de la physiothérapie ainsi que l'accès à divers spécialistes.

1.1.5 Coûts associés à la condition

Les coûts médicaux directs de l'IU pour la patiente – associés aux couches et aux serviettes hygiéniques, à la lessive, au nettoyage à sec, au changement de vêtements et de literie, aux services de soins à domicile, aux consultations professionnelles dans le réseau privé, aux traitements médicaux ou chirurgicaux non couverts par les régimes de soins de santé et à l'achat de fournitures diverses liées à l'IU – totalisent entre 1 et 1,5 milliard de dollars annuellement au Canada [Gonçalves-Thibeault, 2008]. Cela représente entre 1 000 \$ et 1 500 \$ annuellement par personne vivant avec la condition, en moyenne. Chez la personne âgée, les coûts annuels peuvent aller jusqu'à 2 100 \$, et entre 4 000 \$ et 14 000 \$ si elle habite dans une résidence pour personnes âgées et que son état requiert des soins particuliers à long terme pour son IU [The Cameron Institute, 2014]. Certains programmes gouvernementaux remboursent une partie de ces frais¹⁸. Les coûts indirects de l'IU – associés à la perte de productivité et de rémunération,

¹⁵ Radio-Canada. *Retrait de bandelettes urinaires : des patientes se sentent abandonnées par Québec* [site Web]. Disponible à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1813957/retrait-bandelettes-urinaires-patientes-quebec-expertise-femmes> (consulté le 21 mars 2021).

¹⁶ *Programme relatif aux services de chirurgie de retrait radical d'une bandelette sous-urétrale fournis à l'extérieur du Québec* [site Web]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/regimes-d-assurance/programme-relatif-aux-services-de-chirurgie-de-retrait-radical-dune-bandelette-sous-uretrale-fournis-a-l'exterieur-du-quebec#c78934>; <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/programmes-aide/chirurgie-retrait-radical-bandelette-uretrale> (consulté le 16 novembre 2021).

¹⁷ Situés au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Université Laval, au Centre hospitalier de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS), au Consortium McGill et au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM).

¹⁸ Voir 05.01.03.37 PS - Couches et Culottes pour incontinence, disponible à : <https://www.mtess.gouv.qc.ca/regles-normatives/b-aides-financieres/05-prestations-speciales/05.01.03.37.html>; Folio de l'impôt sur le revenu S1-F1-C1, Crédit d'impôt pour frais médicaux, disponible à : <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/renseignements-techniques/impot-revenu/folios-impot-revenu/serie-1-particuliers/folio-1-soins-sante-soins-medicaux/folio-impot-revenu-s1-f1-c1-credit-impot-frais-medicaux.html>; Les frais médicaux, disponible à : <https://www.revenuquebec.ca/fr/services-en-ligne/formulaires-et-publications/details-courant/in-130/> (consulté le 21 mars 2021).

à l'absentéisme, à l'impact sur l'individu, la famille, les aidants naturels et la société – sont beaucoup plus difficiles à estimer. Au Canada, les coûts directs et indirects combinés associés à l'IU se chiffrent entre 2,6 milliards de dollars et 8,5 milliards annuellement [The Cameron Institute, 2014; Gonçalves-Thibeault, 2008].

1.2 Rééducation périnéale et pelvienne

La REPP est réalisée par un physiothérapeute spécialisé détenant une formation spécifique sur les dysfonctions du plancher pelvien. Le plancher pelvien est le groupe de muscles qui se situe à la base du bassin et qui supporte tous les organes pelviens¹⁹. Il permet, entre autres, de refermer les orifices comme l'urètre et l'anus afin de retenir l'urine, les selles et les gaz. Le plancher pelvien est essentiel pour le maintien d'une bonne posture et il sert également à stabiliser le bassin. Un programme de rééducation périnéale supervisé par un physiothérapeute doit être distingué des exercices de Kegels. Bien que ces exercices soient reconnus pour contrer de nombreuses dysfonctions, ils peuvent être inappropriés pour certaines personnes et ne traitent pas tous les problèmes. Il est estimé par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) qu'une femme sur deux ne fait pas ses exercices de la bonne manière si elle n'est pas supervisée adéquatement. Par conséquent, la femme n'observera pas d'amélioration de sa condition. Lors de leur rééducation, les personnes seront évaluées en fonction de leur problématique et elles se verront enseigner les méthodes ou les modalités appropriées pour leur traitement. Le professionnel de la physiothérapie les orientera vers la façon correcte d'effectuer les exercices, la fréquence d'exécution ainsi que les modalités de traitement en fonction des besoins individuels de chaque patiente.

La REPP consiste en une variété d'exercices de renforcement, de détente des muscles du plancher pelvien et de rééducation manuelle comprenant, entre autres, le massage, la manipulation ou la mobilisation, qui peuvent être faits seuls ou combinés à l'une ou l'autre des approches conservatrices mentionnées ci-dessous [Billecocq *et al.*, 2019] :

- Rétroaction biologique (*biofeedback*);
- Électrostimulation;
- Stimulation magnétique;
- Cônes vaginaux;
- Pessaires;
- Étirements à l'aide d'un dilateur vaginal;
- Programme d'exercices multimodaux;
- Thérapie comportementale (p. ex. rééducation vésicale);

¹⁹ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ); *Rééducation périnéale et pelvienne : 5 fausses croyances* [site Web]. Disponible à : <https://oppq.qc.ca/blogue/reeducation-perineale-et-pelvienne-fausses-croyances/> (consulté le 16 juin 2022).

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

Ces approches peuvent être employées seules ou en combinaison. Elles sont choisies en fonction de la problématique de la patiente et selon les besoins déterminés par le physiothérapeute.

La REPP peut être utilisée :

- en prévention : pour prévenir l'apparition des symptômes de l'IU chez des personnes asymptomatiques;
- en traitement : pour guérir l'IU, réduire les symptômes ou empêcher la progression.

1.2.1 Remboursement de la rééducation périnéale et pelvienne

Plusieurs pays remboursent en partie ou en totalité les frais de REPP selon diverses modalités, dont la France²⁰, la Suisse²¹, la Belgique²², le Royaume-Uni²³ et l'Australie²⁴. De cinq à neuf séances de physiothérapie en REPP sont généralement remboursées (mais non spécifié pour le Royaume-Uni et l'Australie) pour les femmes en période

-
- ²⁰ En France, la REPP pour l'IU est prise en charge par la sécurité sociale dans la mesure où elle est prescrite par un médecin et où elle est pratiquée par un kinésithérapeute ou une sage-femme. Le pourcentage de remboursement varie de 70 % à 100 % selon la période (périnatale, adulte, âgée). *Remboursement de l'incontinence urinaire par la sécurité sociale* [site Web]. Disponible à : <https://mdm-france.com/prise-en-charge-secu.html> (consulté le 3 février 2022).
- ²¹ En Suisse, la caisse maladie rembourse, sur ordonnance, jusqu'à neuf séances, dont la première doit être effectuée dans les cinq semaines suivant l'avis médical. Le remboursement est fait après déduction de la quote-part et si le traitement est appliqué par un thérapeute agréé. Pour la prise en charge de séances supplémentaires, une nouvelle ordonnance médicale est nécessaire. Lorsque le traitement s'étend au-delà de 36 séances tout en restant à la charge de l'assurance maladie, le médecin traitant doit faire parvenir un rapport au médecin-conseil de la caisse maladie. *Assurance de base – prestations de l'assurance maladie de base obligatoire (LAMal)* [site Web]. Disponible à : <https://fr.comparis.ch/krankenkassen/grundversicherungen/krankenpflegeversicherung> (consulté le 3 février 2022).
- ²² En Belgique, un maximum de 9 séances périnatales ambulantes par grossesse peuvent être remboursées. La kinésithérapie périnatale peut être attestée uniquement pour un traitement en rapport direct avec la grossesse et l'accouchement. Quand la patiente a épuisé l'ordonnance maximale, mais que le traitement continue à être prescrit, jusqu'à 18 séances « courantes » additionnelles peuvent être remboursées, à certaines conditions. *Kinésithérapie périnatale* [site Web]. Disponible à : https://www.mc.be/b2b/prestataires/kinesitherapeutes/kinesithérapie_perinatale (consulté le 3 février 2022).
- ²³ Au Royaume-Uni, Medicare couvre certaines visites, mais seulement si la patiente a été adressée par un médecin. Selon l'endroit où la patiente réside, elle peut consulter directement en rééducation, ou consulter préalablement un médecin (généraliste ou spécialiste). *Assessing physiotherapy* [site Web]. Disponible à : <https://www.nhs.uk/conditions/physiotherapy/accessing/> (consulté le 3 février 2022).
- ²⁴ En Australie, le plan de gestion des maladies chroniques de Medicare permet le remboursement d'une certaine somme pour un maximum annuel de cinq rendez-vous auprès de tout professionnel de la santé paramédicale pour lequel une orientation en consultation a été obtenue. Cela couvre notamment la physiothérapie. *Medicare Billing Guidelines For Physical Therapists in Australia* [site Web]. Disponible à : <https://www.powerdiary.com/blog/medicare-billing-guidelines-physical-therapy-aus/> (consulté le 3 février 2022).

périnatale, adultes ou âgées, généralement avec ordonnance médicale. La France semble être le seul pays à rembourser les frais pour cette rééducation, en prévention comme en traitement. Aucune information supplémentaire n'est disponible quant aux modalités de remboursement dans les autres pays.

1.3 État de la pratique au Québec

1.3.1 Prise en charge

La prise en charge des patientes varie selon une visée de prévention ou de traitement, d'après la population et le type d'incontinence. Des trajectoires de soins ont été élaborées afin de s'adapter au contexte québécois en se basant sur celles de l'International Continence Society – International Consultation on Urological Diseases (ICS-ICUD) [Abrams *et al.*, 2018] et en les validant avec les experts du comité consultatif. Bien que disponible, le pessaire n'est pas fréquemment utilisé dans le traitement de l'IU. Par conséquent, il n'a pas été considéré comme comparateur dans l'efficacité ni dans les analyses économiques. Les différentes trajectoires de traitement sont présentées à l'annexe A.

Population périnatale

Actuellement au Québec, la REPP à visée préventive de l'IU concerne majoritairement une population de femmes enceintes. Elle est généralement réalisée au cours du troisième trimestre de la grossesse. Les femmes sont soumises à une évaluation de leur condition et reçoivent un enseignement de la méthode de rééducation avec un physiothérapeute qualifié. Lorsque la femme a accouché, elle peut avoir un suivi de sa condition et des séances adaptées en fonction de son accouchement.

Les femmes enceintes et en post-partum (jusqu'à 12 mois après l'accouchement) atteintes d'IU se verront généralement proposer la modification de leurs habitudes de vie et de la REPP pour traiter cette condition. Les femmes enceintes ne se verront pas offrir d'options pharmacologique ou chirurgicale, car ce n'est pas indiqué. De même, un nombre négligeable de femmes en post-partum iront jusqu'à l'intervention chirurgicale, la principale raison étant un désir possible de grossesse subséquente. Après cette période, ces femmes se retrouveront dans la trajectoire des femmes adultes.

Population adulte

Plusieurs approches peuvent être envisagées pour la prise en charge des femmes adultes atteintes d'IU selon le type de condition à traiter. Sur la base de la littérature recensée et de l'opinion des experts consultés, l'IUE est traitée en première intention par la modification des habitudes de vie, de la REPP ou des dispositifs mécaniques – les dispositifs intravaginaux, les bouchons urétraux et les pessaires [Abrams *et al.*, 2018]. Ces interventions peuvent être concomitantes. En cas d'échec des interventions conservatrices de première ligne, des options chirurgicales sont proposées aux femmes. Elles comprennent, entre autres, les bandelettes sous-urétrales (certains types soumis à

un moratoire depuis 2020), la bandelette aponévrotique, la colposuspension ou des injections para-urétrales²⁵.

L'IUU et l'HAV ont des trajectoires de soins similaires à celle de l'IUE. La différence principale est l'inclusion d'autres options comme des traitements pharmacologiques en deuxième intention – œstrogènes vaginaux, agonistes des adrénorécepteurs, des anticholinergiques, etc. – qui sont généralement tentés avant les options chirurgicales. Ces dernières sont également différentes de celles réalisées pour l'IUE, et elles comprennent une augmentation de la taille de la vessie ou une dérivation urinaire.

La trajectoire initiale de l'IUM est la même que pour les autres types d'IU en ce qui concerne les traitements conservateurs de première intention. Les traitements de deuxième et troisième intention seront tributaires de la prédominance du type de l'IU, soit l'IUE ou l'IUU.

1.3.2 Offre de services et accessibilité

Au Québec, la REPP est offerte en prévention et comme traitement par des physiothérapeutes. L'offre de services en cette matière est limitée par la disponibilité des physiothérapeutes, autant dans le secteur public que privé. La majorité des physiothérapeutes exercent dans les cliniques privées (90 %) qui sont établies en région urbaine principalement (91 %) – entre autres à Montréal et Laval (30 %), en Montérégie (17 %) et dans la grande région de Québec (16 %) [Le Berre et Dumoulin, 2022]. Certains établissements du réseau public de la santé offrent également ce service, mais de manière limitée.

Puisque les demandes de consultation excèdent l'offre de services au Québec, les listes d'attente s'allongent. Le délai médian d'accès à la physiothérapie dans une clinique privée est d'environ six semaines pour une nouvelle patiente, et de deux semaines pour obtenir un rendez-vous de suivi [Le Berre et Dumoulin, 2022]. Dans le secteur public au Québec (tous services confondus), le délai est de plus de six mois [Deslauriers *et al.*, 2017].

Dans le secteur privé, les femmes peuvent payer des coûts considérables pour recevoir des services de physiothérapie, sans compter d'autres frais associés comprenant l'achat d'autres dispositifs liés à l'incontinence (p. ex. pessaire). On estime qu'une femme sur trois possède des assurances privées pour rembourser en totalité ou en partie les frais de physiothérapie, y compris la REPP [Le Berre et Dumoulin, 2022].

²⁵ Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). *Bandelettes sous-urétrales* [site Web]. Disponible à : <https://fmsq.org/fr/dossiers-sante/bandelettes-sous-uretrales> (consulté le 21 avril 2022).

1.3.3 Type et formation professionnelle

Même si les médecins, les sages-femmes et le personnel infirmier peuvent conseiller les femmes sur des exercices du plancher pelvien, seuls les physiothérapeutes ont la formation et l'habilitation pour offrir la REPP. Selon le Code des professions, ces professionnels sont autorisés à introduire un instrument ou un doigt dans le corps au-delà des grandes lèvres ou de la marge de l'anus pour évaluer la fonction et la tonicité des muscles du plancher pelvien, et il s'agit là d'activités qui leur sont réservées²⁶. Au Québec, environ 500 à 600 physiothérapeutes offrent la REPP. De ce nombre, environ 200 ont reçu la formation universitaire complémentaire de deuxième cycle en REPP offerte par l'Université de Montréal depuis janvier 2010 (environ 30 finissants par an)²⁷. De plus, certains organismes privés proposent également des formations en REPP accessibles aux physiothérapeutes. À titre comparatif, il est mentionné qu'en Ontario la supervision de cette rééducation, bien que majoritairement réalisée par des physiothérapeutes, peut être faite par une infirmière praticienne, une infirmière spécialisée en continence ou un médecin [HQO, 2021]. Le personnel infirmier et les physiothérapeutes peuvent y obtenir une formation post-graduée permettant de traiter les dysfonctions du plancher pelvien [Dufour *et al.*, 2019]. Dans le reste du Canada, il y a du personnel infirmier spécialisé en continence depuis les années 1990, mais il donne surtout des soins associés, par exemple, aux cathéters. Il semble que la grande majorité de la REPP soit réalisée par des physiothérapeutes [Dufour *et al.*, 2019].

²⁶ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). *Activités réservées en physiothérapie*. Disponible à : <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Fiche-activite-reserve-C.pdf> (consulté le 9 septembre 2021).

²⁷ Au Québec, seule l'Université de Montréal offre un microprogramme de deuxième cycle en rééducation périnéale et pelvienne qui s'adresse aux physiothérapeutes. Il comporte 15 crédits de cours, et tous les cours du microprogramme comprennent des séances théoriques et pratiques obligatoires afin de développer les compétences cliniques et professionnelles des physiothérapeutes en rééducation périnéale et pelvienne. Université de Montréal. *Microprogramme en rééducation périnéale et pelvienne* [site Web]. Disponible à : <https://readaptation.umontreal.ca/etudes/formation-en-physiotherapie/microprogramme-en-reeducation-perineale-et-pelvienne/>; <https://santepelvienne.criugm.qc.ca/data/uploads/fichier/Nouveautes/Microprogramme%20en%20r%C3%A9%C3%A9ducation%20p%C3%A9rin%C3%A9ale%20et%20pelvienne.pdf> (consulté le 9 septembre 2021).

2 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie détaillée est présentée dans un document indépendant disponible sur le site de l'INESSS au www.inesss.qc.ca.

Il est à noter que certains éléments de la méthodologie ont été réalisés pour inclure toutes les dysfonctions du plancher pelvien, car ils s'appliqueront dans le volet portant sur les autres dysfonctions. Toutefois, seuls les résultats portant sur l'incontinence urinaire ont été conservés dans le présent avis.

2.1 Questions d'évaluation

Ce projet vise à répondre aux questions d'évaluation suivantes; il se découpe en deux volets.

Volet 1

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

Volet 2

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

- 6) Quelles sont les conditions et les modalités d'application et d'offre pour la mise en application d'un programme universel de REPP?
- 7) Le recours à la REPP pour prévenir le développement de dysfonctions du plancher pelvien est-il efficient?

- 8) Le recours à la REPP pour les personnes de sexe féminin atteintes de dysfonctions du plancher pelvien est-il efficient?
- 9) Quelle serait l'impact budgétaire d'une offre de remboursement public de services de REPP donnés à des groupes de personnes de sexe féminin concernées?

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

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

2.2 Approches et méthodes d'évaluation

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

2.2.1 Données issues de la littérature

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

2.2.2 Données issues des comités et consultations

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

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

Pour répondre aux questions 4 et 5

Des données expérientielles ont permis d'explorer la perception et l'expérience de soins de femmes à risque ou atteintes d'une dysfonction du plancher pelvien, y compris d'une IU, par l'entremise :

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

2.2.3 Données issues des analyses économiques

Pour répondre aux questions 8 et 9

Une recension des études sur l'efficience ainsi qu'une évaluation de la transférabilité des données issues de la littérature économique au contexte clinique québécois ont été réalisées. Par la suite, une analyse d'impact budgétaire basée sur les données issues de la littérature extraites pour répondre aux questions d'évaluation 1 à 4 a été effectuée. Lorsque possible, les données tirées des bases de données clinico-administratives ont été employées pour valider l'utilisation des ressources de santé par les populations étudiées. Les intrants qui ont servi aux analyses économiques ont été validés par le comité consultatif d'experts.

2.3 Élaboration des recommandations

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

L'intégration de l'ensemble de la preuve a été réalisée par la triangulation des différents types de données. L'appréciation a été inspirée des critères du Système d'appréciation de la preuve scientifique et de détermination de la force des recommandations de l'INESSS (version avril 2017). Trois comités²⁸ ont accompagné le projet et se sont assurés de sa qualité : le comité consultatif d'experts, le comité de suivi ainsi que le Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé. Les recommandations ont été ébauchées par l'équipe de projet et soumises aux comités. Les membres du Comité délibératif permanent ont délibéré sur les recommandations finales.

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

²⁸ La liste des membres des comités est présentée dans les pages liminaires de cet avis.

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

La revue des revues sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) a repéré 1 434 enregistrements dans les bases de données, parmi lesquels 11 revues systématiques (RS) complètes ont été retenues pour l'efficacité du traitement de l'incontinence urinaire (IU) ainsi que 17 guides de pratique clinique (GPC) ou rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS) (annexe C). Les articles et les guides exclus avec les raisons de leur exclusion sont consultables à l'annexe C. Les caractéristiques détaillées des RS sont disponibles à l'annexe D. Parmi ces revues, deux ont été jugées de très faible qualité [Gonzales *et al.*, 2021; Nie *et al.*, 2017], cinq de faible qualité [Zhu *et al.*, 2022; Balk *et al.*, 2019; Fu *et al.*, 2019; Garcia-Sanchez *et al.*, 2019; Davenport *et al.*, 2018], deux de qualité modérée [Lapitan *et al.*, 2017; Moroni *et al.*, 2016] et deux de qualité élevée [Woodley *et al.*, 2020; Dumoulin *et al.*, 2018]. Parmi les GPC et ETS, neuf ont été jugés de qualité modérée [Harvey *et al.*, 2021; Dufour et Wu, 2020; NICE, 2019; ACOG, 2018; Corcos *et al.*, 2017; Bazi *et al.*, 2016; Tse *et al.*, 2016; ACOG et AUGS, 2015; Deffieux *et al.*, 2015] et huit de qualité élevée [Harding *et al.*, 2022; HQO, 2021; Gormley *et al.*, 2019; Abrams *et al.*, 2018; Balk *et al.*, 2018; Mottola *et al.*, 2018; Kobashi *et al.*, 2017; WHO, 2017]. Dans le présent avis, le terme général « guide » a été employé pour désigner à la fois les GPC et les ETS. La qualité des RS et des guides est rapportée à l'annexe E. Les détails des RS et des guides sont présentés dans les chapitres subséquents. Les résultats détaillés sont disponibles dans chaque section ainsi que dans les annexes F à J. Prendre note qu'aucune donnée comparant la REPP à la médication n'a été repérée. Les tableaux-synthèses et ceux portant sur l'appréciation du niveau de preuve sont présentés aux annexes K et L.

4 RÉSULTATS DES REVUES SYSTÉMATIQUES SUR L'EFFICACITÉ DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LES FEMMES EN PÉRIODE PÉRINATALE

Trois revues systématiques (RS) dont la qualité allait de très faible à élevée ont été retenues pour évaluer l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) par rapport à l'absence de traitement/REPP ou aux soins habituels donnés aux femmes enceintes ou en période post-partum (< 12 mois après l'accouchement) pour la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire (IU) [Gonzales *et al.*, 2021; Woodley *et al.*, 2020; Davenport *et al.*, 2018] ([tableau 1](#)).

4.1 Prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale

Une seule RS, de qualité élevée, a évalué l'efficacité de la REPP pour la prévention de l'IU chez des femmes continentes en période de périnatalité [Woodley *et al.*, 2020]. Les études primaires repérées par cette revue portaient sur des femmes enceintes; aucune ne portait sur des femmes en post-partum.

4.1.1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale

La RS de Woodley [2020] a inclus 10 essais cliniques randomisés (ECR) ou quasi-ECR (1 384 femmes) qui ont étudié les effets de la REPP prénatale pour la prévention de l'IU chez des femmes enceintes continentes. La majorité des participantes des études en étaient à leur première grossesse. Sept essais ont recruté des femmes nullipares, primipares ou primigestes. Les trois autres essais ont recruté soit des femmes enceintes dont la parité n'était pas précisée, soit des femmes primipares ou multipares. Le type/niveau de supervision de l'intervention variait, lorsque mentionné. Il allait de la séance individuelle hebdomadaire avec un physiothérapeute à la séance de groupe bimensuelle.

Tableau 1 Caractéristiques des revues systématiques sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention ou le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme en période périnatale

RS ET QUALITÉ	VISÉE	POPULATION	INTERVENTION	COMPARATEURS	NBRE D'ÉTUDES INCLUSES DANS LES ANALYSES RETENUES
Woodley <i>et al.</i> , 2020 Cochrane	Prévention	Femmes enceintes continentes (sans IU)	REPP* périnatale (débutée durant la grossesse)	Absence de REPP ou soins habituels [†]	10 ECR/quasi-ECR
Qualité de la RS : élevée	Traitement	Femmes enceintes souffrant d'IU	REPP* périnatale (débutée durant la grossesse)		4 ECR
		Femmes en période post-partum (≥ 3 mois) souffrant d'IU	REPP* postnatale		5 ECR
Davenport <i>et al.</i> , 2018 Qualité de la RS : faible	Traitement	Femmes enceintes souffrant d'IU	Exercices périnataux (seule la REPP a été retenue pour la présente évaluation)	Absence de REPP (soins habituels)	2 ECR sur 24 études [‡]
Gonzales <i>et al.</i> , 2021 Qualité de la RS : très faible	Traitement	Femmes en période post-partum (< 12 mois) souffrant d'IUE	REPP postnatale supervisée	Absence de traitement	1 ECR et 4 cohortes sur 7 études [§]

ECR : essai clinique randomisé; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; N^{bre} : nombre; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

Notes : Certaines analyses et études incluses dans les RS retenues n'étaient pas pertinentes à la présente évaluation et n'ont pas été retenues (voir le tableau F-1 de l'annexe F pour les détails). Dans la RS de Woodley [2020], seuls les résultats qui concernaient la prévention seule et le traitement seul de l'IU ont été retenus dans le présent avis; les données sur la prévention et le traitement mixte de l'IU n'ont pas été retenues; dans ces études, certaines femmes présentaient, et d'autres non, des symptômes d'incontinence au moment du recrutement.

* La REPP désigne un programme de contractions volontaires répétées des muscles du plancher pelvien appelé exercices du plancher pelvien (EPP). Tous les types de programmes ont été considérés, avec des variations dans l'objectif et le calendrier des EPP (p. ex. EPP pour le renforcement et EPP pour la suppression de l'envie urgente [*urge suppression*]), les façons d'enseigner les EPP, les types de contractions (rapides ou soutenues) et le nombre de contractions. Les EPP pouvaient être combinés à une autre thérapie physique (p. ex. rétroaction biologique, électrostimulation, programmes d'exercices multimodaux) ou à des conseils sur les stratégies à adopter en cas de symptômes d'urgence et de fréquence (mais sans protocole de mictions à heures fixes caractéristique de la rééducation vésicale).

† Les soins périnataux ou postnataux habituels pouvaient comprendre des conseils sur les EPP. Toutefois, si tel était le cas, les EPP du groupe d'intervention devaient être plus intensifs d'une certaine manière que les EPP du groupe témoin (p. ex. femmes initiées aux EPP par un professionnel de la santé contre un dépliant sur les EPP distribué par les services postnataux).

‡ Les analyses concernant les 22 autres études portaient sur des interventions ou une visée (prévention/traitement mixte) non pertinentes à la présente évaluation. Les résultats de prévention de cette RS n'ont pas été retenus, puisqu'ils combinaient des données d'études primaires portant sur des femmes qui ne présentaient pas de symptômes d'IU ou encore des femmes qui présentaient ou non des symptômes d'IU au moment du recrutement.

§ Les analyses concernant les deux autres études portaient sur une intervention ou un résultat d'intérêt non pertinent à la présente évaluation.

4.1.1.1 Prévalence de l'incontinence urinaire autodéclarée

Les femmes assignées à la REPP prénatale étaient 62 % moins susceptibles de rapporter de l'IU en fin de grossesse ($p = 0,003$; qualité de la preuve modérée) et en début de période postnatale, c'est-à-dire jusqu'à trois mois après l'accouchement ($p = 0,01$; qualité de la preuve non disponible; [tableau 2](#)) que les témoins. Il y avait une hétérogénéité statistiquement significative dans ces deux analyses de mesure de l'effet²⁹.

De plus, les femmes assignées à la REPP présentaient un risque d'IU légèrement inférieur ($\downarrow 29\%$) à celui des témoins au milieu de la période postnatale (> 3 à 6 mois; $p = 0,02$; preuve de qualité élevée). Toutefois, il n'y a aucune preuve que cette réduction du risque se serait maintenue au-delà de six mois post-partum ([tableau 2](#)).

Tableau 2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur le risque d'incontinence urinaire prénatale, postnatale et à long terme chez les femmes enceintes continentales

RS	PÉRIODE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Woodley <i>et al.</i> , 2020	En fin de grossesse	624 (6 ECR)	15 % (44/296)	42 % (138/328)	RR = 0,38 (0,20, 0,72)* ; $p = 0,003$; $I^2 = 78\%$	Modérée
Qualité de la RS : élevée	Postnatale (0-3 mois)	439 (5 ECR)	14 % (29/207)	38 % (88/232)	RR = 0,38 (0,17, 0,83)* ; $p = 0,01$; $I^2 = 74\%$	nd
	Postnatale (> 3 -6 mois)	673 (5 ECR)	18 % (59/335)	25 % (85/338)	RR = 0,71 (0,54, 0,95) ; $p = 0,02$; $I^2 = 0\%$	Élevée
	Postnatale (> 6 -12 mois)	44 (1 ECR)	53 % (10/19)	44 % (11/25)	RR = 1,20 (0,65, 2,21); $p = 0,57$	Faible
	Long terme (> 5 ans post-partum) [†]	164 (1 ECR [†])	35 % (28/79)	39 % (33/85)	RR = 0,91 (0,61, 1,36); $p = 0,75$	nd

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

Notes : Le gras indique un résultat statistiquement significatif. Un modèle à effets fixes a été employé pour estimer l'effet, sauf lorsque la donnée est accompagnée d'un astérisque.

* Modèle à effets aléatoires.

[†] Woodley et ses collaborateurs [2020] ont regroupé les résultats de l'étude de Reilly [2002] (publiés dans Agur [2008]) et ceux de l'étude de Mørkved [2003] (résultats à 6 ans de la population mixte [continente et incontinente] publiés dans Mørkved [2007]). Ici, nous n'avons donc pas tenu compte du résultat de l'étude de Mørkved et ses collaborateurs [2007; 2003], puisqu'il tient compte d'une population mixte non retenue.

²⁹ Deux études semblent avoir contribué davantage à cette hétérogénéité, et toutes deux ont trouvé beaucoup moins de cas d'IU dans le groupe EPP que dans le groupe témoin. L'une d'elles demandait spécifiquement aux témoins de ne pas effectuer d'EPP durant la grossesse [Gorbea Chávez *et al.*, 2004]. Dans l'autre, les EPP étaient très intensifs et d'une durée plus longue que dans les autres essais; l'intervention comprenait trois cours d'exercices supervisés par semaine durant au moins 22 semaines, et 80 % des femmes ont suivi le nombre maximal de cours [Pelaez *et al.*, 2014].

4.1.1.2 Qualité de vie liée à l'incontinence urinaire

Deux ECR ont évalué la qualité de vie (QdV) liée à l'incontinence à l'aide de deux questionnaires différents : l'*International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-UI SF) et le *King's Health Questionnaire* (KHQ) [Woodley *et al.*, 2020]. L'ECR qui a utilisé l'ICIQ-UI SF a rapporté une différence statistiquement significative entre les deux groupes en faveur de la REPP par rapport aux soins habituels (preuve de qualité modérée; [tableau 3](#)). L'autre ECR n'a pas rapporté ses résultats, mais il a déclaré qu'il n'y avait pas de différence entre les groupes à aucune des huit sous-échelles du *King's Health Questionnaire*.

Tableau 3 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la qualité de vie liée à l'incontinence chez les femmes enceintes continentes

RS	PÉRIODE	QUESTIONNAIRE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Woodley <i>et al.</i> , 2020	Prénatale	ICIQ-UI SF (échelle de 0 à 10, 10 pire)	152 (1 ECR)	0,24 ± 1,2 (n = 63)	2,66 ± 4,1 (n = 89)	DM = - 2,42 (- 3,32, - 1,52); p < 0,00001	Modérée
Qualité de la RS : élevée	3 mois post-partum	KHQ (8 sous-échelles)	nd (1 ECR)	nd	nd	Aucun effet sur aucune des 8 sous-échelles	nd

DM : différence moyenne [REPP - témoin]; ECR : essai clinique randomisé; IC : intervalle de confiance; ICIQ-UI SF : *International Consultation on Incontinence – Urinary Incontinence Short Form*; KHQ : *King's Health Questionnaire*; n : nombre de participantes; nd : non disponible; p : valeur p; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

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

4.1.1.3 Sévérité de l'incontinence urinaire autodéclarée

Sept ECR ont rapporté des données sur la sévérité des symptômes d'IU [Woodley *et al.*, 2020]. Le choix des mesures (dont beaucoup étaient de validité inconnue) ou la manière de les rapporter étaient très variables et la présentation des données était souvent incomplète (p. ex. estimations ponctuelles sans mesures de dispersion; tableau G-1, annexe G). Il est difficile de tirer des conclusions sans connaître la validité/fiabilité de certaines mesures.

Néanmoins, il y avait dans trois ECR des résultats cohérents en faveur de la REPP par rapport aux témoins (soins habituels ou non spécifiés) en ce qui concerne la fréquence, la quantité de fuites et l'impact des fuites sur la vie quotidienne, dont deux ECR qui ont employé les scores d'items individuels d'un questionnaire validé (ICIQ-UI SF) (tableau G-1, annexe G).

4.1.1.4 Perte d'urine lors d'un test d'effort (mesure objective)

Trois essais cliniques ont évalué si les femmes étaient continentes ou non à l'aide d'un test d'effort (test de la toux ou *pad test* d'une heure positif). Les femmes du groupe REPP avaient significativement moins de risques (↓ 64 %) d'être incontinentes en fin de grossesse et au début de la période postnatale (0-3 mois; ↓ 91 %) par rapport aux

témoins sans traitement/REPP (tableau G-2, annexe G). Par contre, par rapport aux soins habituels, aucune différence n'a été constatée au début de la période postnatale (0-3 mois; tableau G-2, annexe G).

4.1.1.5 En résumé – Prévention de l'incontinence urinaire par la rééducation périnéale et pelvienne prénatale

En bref, dans les revues systématiques

Selon une RS de qualité élevée :

- les femmes enceintes continentes qui ont recours à la REPP prénatale ont un risque plus faible de déclarer une IU en fin de grossesse, au début de la période postnatale (0-3 mois) et au milieu (> 3 à 6 mois après l'accouchement);
- il n'y a pas suffisamment de données pour déterminer si ces effets se poursuivaient durant la période postnatale tardive (> 6 à 12 mois) et au-delà de la première année après la naissance du bébé;
- la REPP pourrait améliorer la qualité de vie liée à l'IU en fin de grossesse par rapport aux soins habituels;
- la REPP pourrait diminuer la sévérité de l'IU en fin de grossesse par rapport aux soins habituels.

4.1.2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale

La RS de Woodley [2020] n'a repéré aucun essai portant sur l'efficacité de la REPP débutée après l'accouchement en prévention de l'IU chez des femmes continentes.

4.2 Traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale

Trois RS dont la qualité allait de très faible à élevée ont évalué l'efficacité de la REPP pour traiter l'IU chez des femmes incontinentes en période périnatale. Deux d'entre elles ont évalué les effets de la rééducation débutée pendant la grossesse (REPP prénatale) [Woodley *et al.*, 2020; Davenport *et al.*, 2018] et deux ont évalué les effets de la rééducation débutée après l'accouchement (REPP postnatale) [Gonzales *et al.*, 2021; Woodley *et al.*, 2020] ([tableau 1](#)).

4.2.1 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale

Deux RS ont évalué l'efficacité de la REPP prénatale pour le traitement de l'IU par rapport aux soins habituels et il y a un recoupement des études primaires incluses (tableau F-1, annexe F). La RS de qualité élevée de Woodley [2020] compte quatre ECR. Deux de ces essais cliniques ont recruté des femmes primipares et multipares, alors que

les deux autres, publiés sous la forme de résumés, n'ont pas indiqué la parité des participantes. La RS de faible qualité de Davenport [2018] a rapporté les résultats de deux ECR qui étaient inclus dans la RS de Woodley [2020].

4.2.1.1 Prévalence de l'incontinence urinaire autodéclarée

Les données tirées des deux RS [Woodley *et al.*, 2020; Davenport *et al.*, 2018] n'ont pas démontré que les femmes enceintes incontinentes assignées à la REPP ont un risque significativement moindre d'IU en fin de grossesse ou en période postnatale que celles qui recevaient les soins habituels (preuves de faible à très faible qualité; [tableau 4](#)).

Tableau 4 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur le risque d'incontinence urinaire prénatale et postnatale chez une population de femmes enceintes incontinentes

RS	PÉRIODE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Woodley <i>et al.</i> , 2020	En fin de grossesse	345 (3 ECR)	61 % (94/153)	78 % (149/192)	RR = 0,70 (0,44, 1,13)*; $p = 0,14$; $I^2 = 71$ %	Très faible
Qualité de la RS : élevée	Postnatale (0-3 mois)	292 (2 ECR)	44 % (56/127)	53 % (87/165)	RR = 0,75 (0,37, 1,53)*; $p = 0,43$; $I^2 = 65$ %	nd
	Postnatale (> 3-6 mois)	187 (1 ECR)	49 % (39/79)	53 % (57/108)	RR = 0,94 (0,70, 1,24); $p = 0,65$	Faible
	Postnatale (> 6-12 mois)	869 (2 ECR)	11 % (47/417)	23 % (105/452)	RR = 0,50 (0,13, 1,93)*; $p = 0,31$; $I^2 = 94$ %	Très faible
Davenport <i>et al.</i> , 2018	Prénatale	278 (2 ECR)	92 % (111/121)	94 % (148/157)	RC = 0,59 (0,23 à 1,52)*; $p = 0,27$	Faible
Qualité de la RS : faible						

ECR : essai clinique randomisé; IC : intervalle de confiance; n : nombre de participantes; nd : non disponible; p : valeur p ; RC : rapport de cotes; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique.

Notes : Un modèle à effets fixes a été employé pour estimer l'effet, sauf si indiqué par un astérisque.

* Modèle à effets aléatoires.

4.2.1.2 Qualité de vie liée à l'incontinence urinaire

La RS de Woodley [2020] a rapporté les résultats de deux ECR. Seul un des deux essais montre que la REPP prénatale permettrait une meilleure qualité de vie liée à l'IU en fin de grossesse d'après le score de l'ICIQ-UI SF ([tableau 5](#)). L'autre essai clinique aurait catégorisé les scores de l'*Incontinence Impact Questionnaire* (IIQ), ce qui ne permettait pas l'interprétation des données selon les auteurs de la RS.

Tableau 5 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale sur la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire chez une population de femmes enceintes incontinentes

RS	QUESTIONNAIRE	N	PÉRIODE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Woodley <i>et al.</i> , 2020	ICIQ-UI SF (échelle 0 à 10, 10 pire)	41 (1 ECR)	Fin de grossesse	1,2 ± 2,5 (n = 20)	4,7 ± 5,6 (n = 21)	DM = - 3,50 (- 6,13, - 0,87); p = 0,009	Modérée
Qualité de la RS : élevée	IIQ : données dichotomisées selon l'impact ou l'absence d'impact dans 4 sous-échelles - impact sur les relations sociales, impact sur la santé émotionnelle, impact sur les activités récréatives et impact sur les activités physiques (la manière dont cela a été fait n'est pas claire)	164 (1 ECR)	12 mois post-partum	Impact sur les relations sociales 2, sur la santé émotionnelle 11, sur les activités récréatives 10, et sur les activités physiques 4 (n = 65)	Impact sur les relations sociales 5, sur la santé émotionnelle 14, sur les activités récréatives 10, et sur les activités physiques 7 (n = 99)	Non calculé par la RS car la validité/ fiabilité de cette mesure n'est pas connue.	nd

DM : différence moyenne [REPP - témoin]; ECR : essai clinique randomisé; IC : intervalle de confiance; ICIQ-UI SF : *International Consultation on Incontinence – Urinary Incontinence Short Form*; IIQ : *Incontinence Impact Questionnaire*; n : nombre de participantes; nd : non disponible; p : valeur p; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

4.2.1.3 Sévérité de l'incontinence urinaire autodéclarée

Selon la RS de Davenport [2018], la REPP prénatale aurait permis une diminution statistiquement significative de la sévérité³⁰ de l'IU prénatale dans un ECR (tableau H-1, annexe H).

Un second essai clinique rapporté par Woodley [2020] a fait état de la sévérité des fuites urinaires à 12 mois post-partum, mais la validité de la mesure n'est pas connue des auteurs de la RS (tableau H-1, annexe H).

4.2.1.4 En résumé – Traitement de l'incontinence urinaire par la rééducation périnéale et pelvienne prénatale

En bref, dans les revues systématiques

- Une RS de qualité élevée conclut que, par rapport aux soins habituels, il n'existe aucune preuve que la REPP prénatale entraîne chez les femmes enceintes incontinentes une diminution de l'IU en fin de grossesse, au milieu ou en fin de période postnatale. Cependant, un ECR de petite taille laisse supposer que la REPP prénatale permet une meilleure QdV liée à l'IU en fin de grossesse.
- Selon une RS de faible qualité, il n'y a pas d'effet significatif de la REPP prénatale sur la prévalence de l'IU prénatale et postnatale. Un seul ECR de petite taille aurait montré une diminution de la sévérité de l'IU prénatale.

4.2.2 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale

La RS de Woodley [2020] a inclus cinq ECR qui ont évalué l'efficacité de la REPP postnatale pour le traitement de l'IU. Dans les cinq essais cliniques, la rééducation a débuté trois mois ou plus après l'accouchement et elle était supervisée. Des rencontres individuelles ont été tenues avec un professionnel dans quatre essais cliniques; le dernier essai n'a pas précisé cet aspect. Le groupe témoin recevait les soins habituels ou était invité à ne pas faire d'exercices du plancher pelvien (EPP). Quatre essais cliniques ont recruté des femmes primipares et multipares et un essai des femmes primipares seulement.

La RS de Gonzales [2021] a comparé à l'aide d'une méta-analyse cumulative l'effet de la REPP postnatale chez des femmes présentant de l'incontinence urinaire à l'effort (IUE). La rééducation a commencé au cours des 12 mois suivant l'accouchement. Les groupes d'intervention et témoin (absence de traitement) ont été formés en regroupant des participantes de différents devis d'études (un ECR, quatre cohortes). Le nombre total de participantes pour cette méta-analyse cumulative n'est pas précisé.

³⁰ La RS n'indique pas de quelle mesure de sévérité il est question. Selon l'étude originale, il s'agissait du nombre d'épisodes d'IU durant une journée selon un calendrier mictionnel de trois jours.

4.2.2.1 Prévalence de l'incontinence urinaire autodéclarée

Dans la RS de Woodley [2020], les femmes assignées au groupe REPP avaient tendance à moins souffrir d'IU après le traitement par rapport aux témoins, soit plus de 6 à 12 mois après l'accouchement, mais l'effet n'était pas statistiquement significatif ($p = 0,08$; preuve de faible qualité; [tableau 6](#)). L'hétérogénéité importante ($I^2 = 90\%$) observée entre les résultats des différents ECR inclus dans cette analyse a nécessité l'emploi d'un modèle plus conservateur (à effets aléatoires)³¹.

Une analyse de sous-groupes a révélé que le type de comparateur (absence de REPP ou soins habituels) influe sur l'efficacité. Dans un petit ECR [Dumoulin *et al.*, 2004], un traitement de huit semaines de REPP supervisée de manière intensive par un physiothérapeute s'est avéré efficace ($p < 0,00001$) comparativement à l'absence de REPP/EPP ([tableau 6](#)). En revanche, dans deux autres essais cliniques où les témoins avaient bénéficié des soins habituels qui comprenaient parfois des enseignements sur les EPP, l'efficacité de l'intervention n'a pu être démontrée ($p = 0,12$). Ces deux derniers essais ont pesé davantage dans l'estimation globale de l'effet en raison de la plus grande taille de leur échantillon.

L'un des ECR comparant la REPP aux soins habituels a également rapporté la prévalence de l'IU à 6 ans ($p = 0,41$) et 12 ans après l'accouchement ($p = 0,55$; [tableau 6](#)), sans prouver une différence entre les groupes [Woodley *et al.*, 2020].

Tableau 6 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur le risque d'incontinence urinaire postnatale et à long terme chez une population de femmes incontinentes

RS	PÉRIODE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Woodley <i>et al.</i> , 2020 Qualité de la RS : élevée	Postnatale (> 6-12 mois)	696 (3 ECR)	55 % (188/341)	72 % (257/355)	RR = 0,55 (0,29, 1,07)*; $p = 0,08$; $I^2 = 90\%$	Faible
			28 % (12/43)	100 % (19/19)	<i>Versus pas de REPP†</i> : RR = 0,29 (0,18, 0,47)* ; $p < 0,00001$	
			59 % (176/298)	71 % (238/336)	<i>Versus soins habituels</i> : RR = 0,80 (0,61, 1,06)*; $p = 0,12$; $I^2 = 40\%$	
	Long terme (> 5-10 ans post-partum)	516 (1 ECR)	76 % (201/263)	79 % (201/253)	RR = 0,96 (0,88, 1,05); $p = 0,41$	nd
	Très long terme (> 10 ans post-partum)	471 (1 ECR)	83 % (190/230)	80 % (194/241)	RR = 1,03 (0,94, 1,12); $p = 0,55$	nd

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

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* Modèle à effets aléatoires.

† Les femmes du groupe témoin ont spécifiquement été priées de ne pas faire d'exercices du plancher pelvien.

³¹ Un modèle à effets fixes, moins conservateur, indiquait un résultat statistiquement significatif.

Dans la RS de Gonzales [2021], la persistance (prévalence) des symptômes d'IUE postnataux à la fin de la période d'étude ($\leq$ un an selon l'étude) a été mesurée objectivement (*pad test*) ou à l'aide d'une échelle validée d'amélioration subjective. La REPP supervisée³² a permis de diminuer davantage la prévalence de l'IUE par rapport à l'absence de traitement au cours des 12 premiers mois suivant l'accouchement ([tableau 7](#)). La qualité globale des études incluses dans cette analyse est faible.

Tableau 7 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur la prévalence de l'incontinence urinaire à l'effort postnatale chez une population de femmes incontinentes

RS	TYPE D'INTERVENTION	PÉRIODE DE LA MESURE	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN*	EFFET†
Gonzales <i>et al.</i> , 2021	REPP supervisée‡ (EPP seuls)	16 à 52 sem. post-partum	Moyenne pondérée $\pm$ ET 37,8 % $\pm$ 3,9 %	Moyenne pondérée $\pm$ ET 74,8 % $\pm$ 3,9 %	0,76 $p < 0,05$ (ANOVA)
Méta-analyse cumulative	REPP supervisée‡ (EPP + électrostimulation)	44 sem. post-partum	Moyenne pondérée $\pm$ ET 37,5 % $\pm$ 12,1 %	16 à 52 sem. postnatales	0,77 $p < 0,05$ (ANOVA)
Qualité de la RS : très faible					

ANOVA : analyse de variance; EPP : exercices du plancher pelvien; ET : écart-type; p : valeur p ; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; sem. : semaines.

Notes : Ces comparaisons post hoc par paires entre les groupes d'intervention et le groupe témoin ont été effectuées en employant une ANOVA à un facteur. Le nombre de participantes incluses dans chacun des groupes n'est pas précisé dans la revue systématique. Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* Sortie de l'hôpital avec des instructions écrites sur le post-partum, qui peuvent ou non avoir inclus de l'information sur les EPP.

† Effet = (prévalence [%] pour le groupe intervention - prévalence [%] pour le groupe témoin) / écart-type.

‡ Plus d'une visite chez un kinésithérapeute/physiothérapeute plus des exercices à domicile.

4.2.2.2 Qualité de vie liée à l'incontinence urinaire

Dans la RS de Woodley [2020], deux ECR ont utilisé trois questionnaires différents pour évaluer l'effet de la REPP sur la qualité de vie liée à l'IU (BFLUTS, UDI, IIQ). Quel que soit le questionnaire utilisé, la REPP postnatale semble améliorer la qualité de vie liée à l'IU. Un essai clinique rapporte une tendance non statistiquement significative pour un questionnaire, tandis que l'autre rapporte une amélioration statistiquement significative pour deux questionnaires ([tableau 8](#)).

³² Plus d'une visite chez un kinésithérapeute/physiothérapeute plus des exercices à domicile.

Tableau 8 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale sur la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire chez une population de femmes incontinentes

RS	QUESTIONNAIRE	PÉRIODE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Woodley <i>et al.</i> , 2020 Qualité de la RS : élevée	BFLUTS (34 items [score élevé, pire])	8 sem. post-traitement	18 (1 ECR)	19,56 ± 1,88 (n = 9)	21,22 ± 2,11 (n = 9)	DM = -1,66 (-3,51, 0,19); <i>p</i> = 0,08	Faible
	Changement pré et postintervention de l'UDI (score maximal 57)	9 sem. post-traitement	62 (1 ECR)	Médiane : 4 (EIQ : 1, 10) (n = 23)* Médiane : 7 (EIQ : 3, 8) (n = 20) [†]	Médiane : 0 (EIQ : -2,3, 6,5) (n = 19)	Non calculable par la RS. L'étude rapporte une amélioration statistiquement significative entre les groupes en faveur de la REPP.	nd
	Changement pré et postintervention de l'IIQ (score maximal 90)			Médiane : 10 (EIQ : 2, 16) (n = 23)* Médiane : 13 (EIQ : 6, 25) (n = 20) [†]	Médiane : 0,5 (EIQ : -6,5, 5,0) (n = 19)		nd

BFLUTS : *British Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire*; DM : différence moyenne _[REPP - témoin]; ECR : essai clinique randomisé; EIQ : écart interquartile; IC : intervalle de confiance; IIQ : *Incontinence Impact Questionnaire*; n : nombre de participantes; nd : non disponible; *p* : valeur *p*; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; UDI : *Urogenital Distress Inventory*.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

* REPP (n = 23) : dans le cadre de la rééducation multimodale du plancher pelvien et contraction du muscle transverse de l'abdomen.

† REPP (n = 21) : dans le cadre d'un programme multimodal de réhabilitation du plancher pelvien enseigné par un physiothérapeute. En plus des EPP à domicile, ce groupe a bénéficié d'électrostimulation et de rétroaction électromyographique.

4.2.2.3 Sévérité de l'incontinence urinaire

Les effets de la REPP postnatale sur la sévérité de l'IU sont mitigés. Dans la RS de Woodley [2020], cinq ECR ont présenté des données sur la sévérité de l'IU autodéclarée, par exemple sur la quantité de fuites d'urine. Aucune des mesures ou des méthodes pour rapporter les résultats n'était commune aux cinq essais. Les résultats laissent supposer que les femmes assignées à la REPP pourraient avoir eu des symptômes d'IU moins graves que les femmes assignées aux groupes témoins, mais ils ne permettent pas de se prononcer sur l'effet réel (tableau H-2, annexe H).

Dans la RS de Gonzales [2021], une étude de cohortes indique que la REPP postnatale supervisée par un kinésithérapeute/physiothérapeute durant huit semaines réduit les symptômes d'IUE (*pad test* et fréquence des fuites) par rapport à l'absence de traitement à 16 semaines et 1 an post-partum (tableau H-3, annexe H).

4.2.2.4 En résumé – Traitement de l'incontinence urinaire postnatale

En bref, dans les revues systématiques

- Selon les résultats rapportés dans une RS de qualité élevée, la REPP postnatale chez les femmes souffrant d'IU persistante ne réduit pas de manière statistiquement significative la prévalence de l'IU > 6 à 12 mois après l'accouchement. Néanmoins, une tendance ($p = 0,08$) est observée.
- Une RS de qualité très faible conclut que la REPP supervisée permet de diminuer davantage la prévalence de l'IUE par rapport à l'absence de traitement au cours des 12 premiers mois suivant l'accouchement.

4.3 Limites de la littérature

- Les mesures autodéclarées par les participantes sont considérées comme étant les plus pertinentes³³. Cependant, la définition de l'IU, la façon de poser les questions et la présentation des données variaient.
- Il y a beaucoup de variation dans le choix des mesures de la qualité de vie liée à l'IU et de la sévérité de l'IU autodéclarée (peu d'accords sur une mesure standard). La validité de certaines mesures est inconnue des auteurs de RS.
- Les interventions de REPP et témoin sont souvent mal décrites dans les études primaires incluses dans les RS. La supervision offerte aux femmes étant variable, allant de l'absence de supervision à la supervision soutenue par un physiothérapeute, les résultats présentés devraient donc être considérés comme

³³ Généralement, les mesures autodéclarées sont les résultats primaires des revues systématiques, et les mesures objectives (p. ex. quantité d'urine mesurée par *pad test*) sont les résultats secondaires. Cela reflète également l'opinion des experts et des patientes consultées.

conservateurs [Woodley *et al.*, 2020]. L'adhésion des femmes à l'intervention est parfois faible, parfois non déclarée.

- Il y a beaucoup d'hétérogénéité dans certaines mesures de l'effet en raison, notamment, de l'intensité de l'intervention et de la nature de l'intervention témoin qui pourrait comprendre ou non des EPP (p. ex. soins habituels qui incluent des conseils sur ces exercices). Les caractéristiques des femmes (p. ex. parité, type d'accouchement et type d'IU) sont une autre source possible d'hétérogénéité [Woodley *et al.*, 2020].
- Il n'y a pas de sous-analyse disponible en fonction des antécédents d'accouchement par césarienne ou par voie vaginale, de l'utilisation de forceps ou d'une ventouse, ou d'épisiotomie.
- La durée du suivi après l'intervention est courte. Cela est particulièrement problématique pour l'interprétation de l'efficacité de la REPP prénatale où les résultats sont le plus souvent mesurés soit à la fin de la grossesse, soit au cours des trois mois suivant la naissance. À trois mois du post-partum, il se peut que de nombreux changements physiologiques associés à la grossesse et à l'accouchement ne soient pas complètement disparus. Un suivi minimal de six mois après la naissance est probablement plus utile pour savoir si l'effet persiste avec le temps [Woodley *et al.*, 2020].
- Les données à plus long terme sont difficiles à interpréter, car les groupes témoins peuvent avoir bénéficié d'une REPP avant que le résultat ne soit mesuré, les femmes peuvent avoir eu d'autres grossesses, etc.
- Plusieurs ECR inclus dans les RS datent d'il y a plus de 20 ans.

4.4 Énoncés de preuve pour la période périnatale

Énoncés de preuve élaborés par l'INESSS

- Selon la littérature scientifique, la REPP prénatale chez les femmes enceintes continentes est efficace pour prévenir l'IU jusqu'en milieu de période postnatale (> 3 à 6 mois), et elle pourrait aider à maintenir une bonne qualité de vie liée à l'IU et à diminuer la sévérité de l'IU en fin de grossesse (niveau de preuve : élevé).
- Selon la littérature scientifique, la REPP prénatale ne semble pas efficace pour traiter l'IU chez les femmes enceintes incontinentes. Par contre, la REPP pourrait avoir une certaine efficacité pour réduire la sévérité des symptômes et améliorer la qualité de vie liée à l'IU en fin de grossesse (niveau de preuve : faible).
- Selon la littérature scientifique, la REPP postnatale semble avoir une certaine efficacité pour traiter l'IU chez les femmes incontinentes en post-partum, jusqu'à 12 mois après l'accouchement. Il n'y a cependant pas de preuves de ses effets à long terme (niveau de preuve : modéré).

5 RÉSULTATS DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE – PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LES FEMMES EN PÉRIODE PÉRinataLE

Cinq guides de pratique clinique ont émis des recommandations sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) chez les femmes en période périnatale [Harding *et al.*, 2022; ACOG, 2018; Mottola *et al.*, 2018; Bazi *et al.*, 2016; Deffieux *et al.*, 2015]. Les tableaux résumés des recommandations pour la période périnatale sont présentés aux annexes G et H (tableaux G-3 et H-4).

5.1 Prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale

Femmes enceintes

Deux guides, de qualité modérée et élevée, recommandent la REPP pour prévenir l'incontinence urinaire (IU) chez la femme enceinte [Mottola *et al.*, 2018; Bazi *et al.*, 2016]. Le guide de l'International Urogynecological Association (IUGA) mentionne cependant que ces effets sont visibles à court terme seulement, et que plus d'études sont nécessaires pour estimer les effets de cette rééducation à long terme [Bazi *et al.*, 2016]. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) est quant à elle plus nuancée, et elle suggère que la REPP réalisée sur une base régulière par la femme enceinte peut réduire le risque d'IU, et que des instructions sur la technique appropriée sont nécessaires pour obtenir des résultats optimaux [Mottola *et al.*, 2018].

Femmes en post-partum

En se basant sur un accord professionnel, le guide du Collège national des obstétriciens et gynécologues français (CNGOF) ne recommande pas la REPP chez les femmes asymptomatiques en post-partum, par manque de preuves de son efficacité [Deffieux *et al.*, 2015]. Le guide de l'European Association of Urology (EAU) mentionne également qu'aucune étude n'a été détectée sur la prévention de l'IU en post-partum et que des études de qualité sont nécessaires [Harding *et al.*, 2022]. Il mentionne cependant qu'il ne semble pas y avoir d'avantages à la REPP chez un groupe comprenant à la fois des femmes continentes et des femmes incontinentes [Harding *et al.*, 2022].

Forces et limites des guides sur la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale

Peu de guides ont émis des recommandations sur la prévention de l'IU chez les femmes en période périnatale. Bien que présentant des niveaux de preuve différents (élevé et faible), il demeure une cohérence entre les guides en ce qui concerne les recommandations sur la prévention de l'IU chez les femmes enceintes. Un seul guide a émis des recommandations pour la prévention en période post-partum [Deffieux *et al.*, 2015]. Ce guide date de 2015, et le niveau de preuve de la recommandation est insuffisant. Les limites des guides sont inhérentes aux revues et aux études incluses dans ces guides, et on rapporte un manque d'études de qualité. Le manque de précision sur le type de l'IU, spécifiquement durant la période périnatale, limite la généralisation des résultats. Finalement, l'effet du manque de preuve de l'efficacité à long terme, bien qu'étant récurrent dans ce genre d'étude, est difficilement mesurable.

Synthèse des recommandations

- La REPP peut être recommandée pour la prévention de l'IU chez les femmes enceintes.
- La REPP n'est pas recommandée pour la prévention de l'IU chez les femmes en post-partum.

5.2 Traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale

Femmes enceintes

Un seul guide recommande la REPP pour le traitement de l'IU chez les femmes enceintes [Harding *et al.*, 2022]. L'European Association of Urology rapporte que REPP est efficace chez les femmes qui présentent une IU persistante. Et, lorsque la rééducation commence durant la période périnatale, ses effets peuvent être observés en fin de grossesse et au début de la période postnatale [Harding *et al.*, 2022]. Bien que ce guide soit le seul répertorié pour cette période, il est récent, de qualité élevée et émet des recommandations dont le niveau de preuve est élevé.

Femmes en post-partum

Trois guides retenus de qualité modérée et élevée recommandent la REPP supervisée pour traiter l'IU chez les femmes en post-partum, dont deux guides ayant impliqué des niveaux de preuve élevés [Harding *et al.*, 2022; ACOG, 2018; Deffieux *et al.*, 2015]. Le guide de l'European Association of Urology spécifie que la REPP doit être offerte pour au moins trois mois en première intention aux femmes atteintes d'incontinence urinaire à l'effort (IUE) ou mixte (IUM), mais qu'il ne semble pas y avoir d'avantages à cette rééducation dans une population mixte (continente et incontinente) en post-partum [Harding *et al.*, 2022]. Le document de l'American College of Obstetricians and

Gynecologists est issu des travaux d'un comité d'opinion, et il suggère que les soins post-partum soient abordés durant la grossesse, y inclus les problèmes potentiels d'IU et leur solution (REPP) [ACOG, 2018]. Le guide du Collège national des gynécologues et obstétriciens français spécifie quant à lui que la REPP est recommandée pour les femmes qui souffrent d'IU, mais si cette dernière persiste à trois mois de la période post-partum [Deffieux *et al.*, 2015].

Forces et limites des guides sur la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en période périnatale

Plusieurs limites sont inhérentes aux études utilisées dans les guides. Les résultats ont été collectés de diverses manières et avec différents outils. La qualité des études retenues dans les guides ne fait pas toujours l'objet d'une évaluation approfondie de la qualité. Les guides présentent également un manque de spécification sur le type de l'IU, de même que sur ses effets à long terme. En revanche, la qualité des guides est modérée et élevée et, lorsqu'elles sont présentes, la force des recommandations s'avère également élevée, ce qui renforce la confiance qu'on peut leur accorder.

Synthèse des recommandations

- La REPP est recommandée en première intention pour le traitement de l'IU chez les femmes enceintes.
- La REPP est recommandée en première intention pour le traitement de l'IU chez les femmes en post-partum.

6 RÉSULTATS DES REVUES SYSTÉMATIQUES SUR L'EFFICACITÉ DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LES FEMMES ADULTES (Y INCLUS LES FEMMES ÂGÉES DE 55 ANS ET PLUS)

6.1 Traitement de l'incontinence urinaire chez la femme adulte en général

Quatre revues systématiques (RS) de qualité très faible à élevée ont évalué l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) pour le traitement de l'incontinence urinaire (IU) chez la femme adulte en général, comparativement à l'absence de traitement ou à un traitement inactif. Ces RS peuvent avoir inclus certaines études primaires portant sur les femmes âgées de 55 ans et plus. Toutefois, il n'y a pas dans ces quatre revues de recoupement d'études avec celles portant sur la période périnatale. Une RS a porté sur tous les types de l'IU, une sur l'incontinence urinaire à l'effort (IUE) avec ou sans urgenturie et deux sur l'IUE uniquement. Les résultats sont rapportés par type d'IU. Les quatre revues n'ont retenu que des essais cliniques randomisés (ECR) ou des quasi-ECR. Les caractéristiques sommaires des RS sont présentées au [tableau 9](#).

6.1.1 Mesures déclarées par les participantes

6.1.1.1 Taux de guérison ou d'amélioration des symptômes perçu par les participantes

À la fin du traitement

Selon la RS de Dumoulin et ses collaborateurs [2018], six ECR ont rapporté des données sur la guérison des symptômes déclarée par les participantes. Tous les ECR constatent que les femmes assignées à la REPP sont plus susceptibles de déclarer qu'elles sont guéries (qualité de la preuve élevée; [tableau 10](#)). Cinq ECR ou quasi-ECR ont fourni des données sur l'amélioration partielle ou complète (guérison) des symptômes. Tous ont rapporté que la rééducation était meilleure que les interventions témoins (qualité de la preuve modérée; [tableau 10](#)).

Tableau 9 Caractéristiques des revues systématiques sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour traiter l'incontinence urinaire chez la femme adulte

RS ET QUALITÉ	POPULATION	INTERVENTION	COMPARATEURS	N ^{BRE} D'ÉTUDES INCLUSES DANS LES ANALYSES RETENUES
Dumoulin <i>et al.</i> , 2018 Cochrane Qualité de la RS : élevée	Femmes ni enceintes ni en post-partum souffrant de divers types d'IU (IUE, IUU, IUM, tout type*)	REPP (EPP seuls enseignés et supervisés par un professionnel de la santé)	Absence de traitement, placebo, traitement simulé (p. ex. électrostimulation simulée) ou traitement inactif (p. ex. des conseils sur la gestion de l'IU avec des <i>pads</i>)	29 ECR/quasi-ECR sur 31 [†]
Garcia-Sanchez <i>et al.</i> , 2019 Qualité de la RS : faible	Femmes qui ne sont pas en période périnatale et souffrant d'IUE	REPP (EPP seuls effectués en groupe ou de façon individuelle)	Absence de traitement ou d'exercices	3 ECR sur 10 [‡]
Nie <i>et al.</i> , 2017 Qualité de la RS : très faible	Femmes non enceintes souffrant d'IUE ou d'IUM, sans POP	REPP (EPP seuls) ± brochure	Absence de traitement ou conseils sous forme de brochure, sans supervision	8 ECR sur 12 [§]
Moroni <i>et al.</i> , 2016 Qualité de la RS : modérée	Femmes adultes souffrant d'IUE sans urgenterie	REPP (EPP ± rétroaction biologique)	Absence de traitement	2 ECR sur 37 [¶]

EPP : exercices du plancher pelvien; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU : incontinence urinaire par urgenterie; POP : prolapsus d'organes pelviens; N^{bre} : nombre; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

Note : Certaines analyses et études incluses dans les RS retenues n'étaient pas pertinentes à la présente évaluation et n'ont pas été sélectionnées (voir le tableau F-2 de l'annexe F pour les détails).

* Études qui ont inclus des femmes souffrant de plus d'un type d'IU sans rapporter d'analyse selon le type, ou souffrant d'IU sans en préciser le type.

† L'analyse impliquant la présence des deux autres essais concernait des résultats d'intérêt non pertinents à la présente évaluation.

‡ L'analyse avant-après impliquant la présence des sept autres ECR n'a pas été retenue en raison du comparateur.

§ L'analyse impliquant la présence des quatre autres essais concernait des résultats d'intérêt non pertinents à la présente évaluation.

|| Aucune femme en période de périnatalité n'a été incluse dans les deux ECR retenus dans la présente évaluation.

¶ Les analyses impliquant la présence des 35 autres ECR concernaient des comparaisons non pertinentes à la présente évaluation (intervention et/ou comparateur non pertinents).

Tableau 10 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire chez une population de femmes adultes – guérison ou amélioration des symptômes perçue par les participantes à la fin du traitement

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT	TYPE D'IU	PÉRIODE DE LA MESURE	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Dumoulin <i>et al.</i> , 2018 Qualité de la RS : élevée	Guérison symptomatique de l'IU à la fin du traitement	IUE	3 à 6 mois	165 (4 ECR)	56 % (46/82)	6 % (5/83)	RR = 8,38 (3,68, 19,07); <i>p</i> < 0,00001; <i>I</i> ² = 0 %	Élevée
		Tout type d'IU*	8-12 sem.	290 (3 ECR)	35 % (50/144)	6 % (9/146)	RR = 5,34 (2,78, 10,26); <i>p</i> < 0,00001; <i>I</i> ² = 74 %†	Modérée
	Amélioration symptomatique partielle ou complète (guérison) de l'IU à la fin du traitement	IUE	3 à 6 mois	242 (3 ECR/ quasi-ECR)	74 % (88/119)	11 % (14/123)	RR = 6,33 (3,88, 10,33); <i>p</i> < 0,00001; <i>I</i> ² = 43 %	Modérée
		Tout type d'IU*	6-8 sem.	166 (2 ECR)	67 % (58/86)	29 % (23/80)	RR = 2,39 (1,64, 3,47); <i>p</i> < 0,00001; <i>I</i> ² = 0 %	Modérée

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

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

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

† Modèle à effets aléatoires : RR = 7,50 (IC 95 % : 1,03 à 54,63).

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

Selon la RS de Dumoulin [2018], de l'information limitée provenant de deux ECR de qualité faible et modérée indique que l'avantage de la REPP semble persister 7 et 9 mois après un traitement de 12 semaines. Les intervalles de confiance (IC) dans les deux essais cliniques étaient larges et ces résultats doivent donc être confirmés (tableau I-1, annexe I). Aucun essai n'a évalué la guérison ou l'amélioration un an ou plus après la fin du traitement.

6.1.1.2 Mesures des symptômes spécifiques à l'incontinence urinaire et de la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire déclarées par les participantes

À la fin du traitement

La RS de Dumoulin [2018] a évalué l'effet de la REPP sur les symptômes spécifiques de l'IU et sur la qualité de vie liée à l'IU selon des questionnaires de grade A, c'est-à-dire robustes sur le plan psychométrique. La totalité des différentes mesures étaient en faveur de la rééducation chez les femmes souffrant d'IUE, d'incontinence urinaire mixte (IUM) et d'IU tous types confondus, et la quasi-totalité des différences entre les groupes

REPP et témoin étaient statistiquement significatives (tableaux [11](#) et [12](#)). La durée des traitements a varié entre un et six mois.

Une seconde RS [Nie *et al.*, 2017] a rapporté que la REPP réduisait significativement les symptômes de l'IU ([tableau 11](#)) et une troisième [Moroni *et al.*, 2016] a rapporté une amélioration significative de la qualité de vie liée à l'IU après la rééducation (effet de modéré à important; [tableau 12](#)).

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

Selon la RS de Dumoulin [2018], un petit ECR [Sran *et al.*, 2016] a indiqué que les avantages de la REPP observés à la fin du traitement sur les symptômes spécifiques et la qualité de vie liée à l'IU semblaient persister jusqu'à neuf mois après l'arrêt du traitement chez les femmes souffrant d'IU (tous types confondus; tableau I-2, annexe I). Aucun essai n'a évalué les symptômes spécifiques et la qualité de vie liée à l'IU un an ou plus après la fin du traitement.

Tableau 11 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire sur les symptômes spécifiques à l'incontinence urinaire rapportés par une population de femmes adultes à la fin du traitement

RS	MESURE	QUESTIONNAIRE	TYPE D'IU	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Dumoulin <i>et al.</i> , 2018 Qualité de la RS : élevée	Symptômes spécifiques à l'IU (mesures de grade A seulement)	KHQ (mesure de la sévérité)	IUE	145 (3 ECR)	(n = 80)	(n = 65)	DM = - 13,14 (- 21,10, - 5,18); $p = 0,0012$; $I^2 = 49\%$	IUE et tout type d'IU : Modérée IUM : nd
		ICIQ-UI SF	IUE	196 (3 ECR)	(n = 98)	(n = 98)	DM = - 3,45 (- 4,39, - 2,52); $p < 0,00001$; $I^2 = 17\%$	
	Durée du tx : 4 à 12 sem. (IUE); 12 sem. (tout type d'IU)	UDI-6	IUM	12 (1 ECR)	(n = 6)	(n = 6)	DM = - 3,97 (- 7,85, - 0,09); $p = 0,045$	
			IUE	35 (1 ECR)	33,2 ± 20 (n = 18)	49,2 ± 21,6 (n = 17)	DM = - 16,00 (- 29,81, - 2,19)	
			Tout type d'IU†	121 (1 ECR)	4,9 ± 3,2 (n = 58)	12 ± 11,6 (n = 63)	DM = - 7,10 (- 10,08, - 4,12)	
Nie <i>et al.</i> , 2017 Qualité de la RS : très faible	Symptômes d'IU	UDI-6	IUE/ IUM	156 (2 ECR)	(n = 76)	(n = 80)	DM = - 7,50 (- 10,41, - 4,58); $p < 0,00001$; $I^2 = 34\%$	nd
	Durée du tx : 3 mois							
	Symptômes d'IU	IIQ-7‡ et ICIQ-UI SF (score plus élevé pire)	IUE/ IUM	204 (3 ECR)	(n = 100)	(n = 104)	DMS = - 1,81 (- 3,24, - 0,38)*; $p = 0,01$; $I^2 = 94\%$	nd
	Durée du tx : 2-3 mois	• IIQ-7‡			(n = 76)	(n = 80)	DMS = - 2,20 (- 4,12, - 0,27); $p = 0,03$; $I^2 = 94\%$	
		• ICIQ-UI SF			(n = 24)	(n = 24)	DMS = - 1,05 (- 1,65, - 0,44); $p = 0,0007$	

DM : différence moyenne [REPP - témoin]; DMS : différence moyenne standardisée; ECR : essai clinique randomisé; IC : intervalle de confiance; ICIQ-UI SF : *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form*; IIQ-7 : *Incontinence Impact Questionnaire – Short Form*; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; IUM : incontinence urinaire mixte; KHQ : *King's Health Questionnaire*; n : nombre de participantes; nd : non disponible; p : valeur p; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; sem. : semaines; tx : traitement; UDI-6 : *Urinary Distress Inventory Short Form*.

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

* Modèle à effets aléatoires.

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

‡ Selon l'équipe de travail de l'INESSS, il s'agit d'un questionnaire sur la qualité de vie liée à l'IU.

Tableau 12 Effets de la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire rapportés par une population de femmes adultes à la fin du traitement

RS	MESURE	QUESTIONNAIRE	TYPE D'IU	N	GROUPE REPP	GROUPE TÉMOIN	EFFET (IC 95 %)	QUALITÉ DE LA PREUVE SELON LA RS
Dumoulin <i>et al.</i> , 2018 Qualité de la RS : élevée	QdV liée à l'IU (mesures de grade A seulement) Durée du tx : 6 sem. à 6 mois (IUE); 6 à 12 sem. (tout type d'IU)	KHQ/ impact de l'incontinence après le traitement	IUE	145 (3 ECR)	(n = 80)	(n = 65)	DM = -13,44 (-32,24, 5,35)*; $p = 0,16$; $I^2 = 76\%$	Faible
		KHQ/ limitation physique					DM = - 11,89 (- 20,55, - 3,23); $p = 0,0071$; $I^2 = 0\%$	
		ICIQ-LUTSqol	IUE	118 (1 ECR)	28,8 ± 6,4 (n = 58)	34,1 ± 6,7 (n = 60)	DM = - 5,30 (- 7,66, - 2,94)	
		I-QOL	IUE	50 (1 ECR)	- 82,2 ± 17,6 (n = 26)	- 57,6 ± 28,2 (n = 24)	DM = - 24,60 (- 37,75, - 11,45)	
			Tout type d'IU†	34 (1 ECR)	- 23,19 ± 11,43 (n = 17)	5,74 ± 6,26 (n = 17)	DM = - 28,93 (- 35,12, - 22,74)	
		IIQ-7	IUE	35 (1 ECR)	9,5 ± 7,2 (n = 18)	29,2 ± 21,9 (n = 17)	DM = - 19,70 (- 30,63, - 8,77)*; $p = 0,00041$	
			Tout type d'IU†	176 (2 ECR)	(n = 85)	(n = 91)	DM = - 7,54 (- 14,70, - 0,39); $p < 0,00001$ *; $I^2 = 99\%$	
		IIQ	Tout type d'IU†	48 (1 ECR)	26,53 ± 37,3 (n = 24)	79,2 ± 99,01 (n = 24)	DM = - 52,67 (- 95,00, - 10,34)	
Moroni <i>et al.</i> , 2016 Qualité de la RS : modérée	QdV liée à l'IU Durée du tx : 4 à 12 sem.	KHQ et IIQ-7	IUE	67 (2 ECR)	(n = 34)	(n = 33)	DMS = - 1,24 (- 1,77, - 0,71); $p < 0,00001$; $I^2 = 0\%$ (effet de modéré à important)	nd

DM : différence moyenne [REPP - témoin]; DMS : différence moyenne standardisée [REPP - témoin]; ECR : essai clinique randomisé; IC : intervalle de confiance; ICIQ-LUTSqol : *International Consultation on Incontinence Questionnaire Lower Urinary Tract Symptoms Quality of Life Module*; IIQ : *Incontinence Impact Questionnaire*; IIQ-7 : *Incontinence Impact Questionnaire – Short Form*; I-QOL : *Incontinence Quality of Life Questionnaire*; IU : incontinence urinaire; IUE : incontinence urinaire à l'effort; KHQ : *King's Health Questionnaire*; n : nombre de participantes; p : valeur p ; QdV : qualité de vie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; sem. : semaines; tx : traitement; UDI : *Urinary Distress Inventory*.

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

* Modèle à effets aléatoires.

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

6.1.1.3 Quantification des symptômes déclarés par les participantes

Nombre d'épisodes de fuites (en 24 heures ou autre)

Trois RS ont rapporté que la REPP diminue significativement le nombre (la fréquence) de fuites urinaires chez les femmes souffrant d'IUE ou d'IU (tous types [Dumoulin *et al.*, 2018; Nie *et al.*, 2017; Moroni *et al.*, 2016] à raison d'un épisode de fuite de moins par 24 heures [Dumoulin *et al.*, 2018] (tableau I-3, annexe I).

Bien que la REPP semble réduire les épisodes de fuite chez les femmes souffrant d'incontinence urinaire par urgenturie (IUU), la preuve demeure de faible qualité [Dumoulin *et al.*, 2018] (tableau I-3, annexe I).

Nombre de mictions durant la journée (fréquence)

La RS de Dumoulin [2018] a rapporté que les femmes souffrant d'IU tous types confondus, assignées à la REPP ont déclaré environ deux mictions de moins par jour que les femmes assignées au groupe témoin ($p < 0,00001$; 3 ECR; tableau I-3, annexe I). En revanche, un autre ECR a fait état de la fréquence chez les femmes souffrant d'IUE (21 femmes) et d'IUU (12 femmes) séparément, sans observer de diminution statistiquement significative entre les groupes rééducation et témoin.

Nombre de mictions durant la nuit (nycturie)

Selon la RS de Dumoulin et ses collaborateurs [2018], dans trois ECR qui ont fait état du nombre de mictions durant la nuit chez des femmes souffrant d'IU de tous types, il n'y a pas eu de différence entre le groupe rééducation et le groupe témoin (tableau I-3, annexe I).

6.1.1.4 Autres mesures secondaires rapportées par les participantes

Nécessité d'un traitement supplémentaire

Selon la RS de Dumoulin [2018], deux ECR ont rapporté que significativement plus de femmes avaient besoin d'un traitement supplémentaire (p. ex. besoin d'aide, intervention chirurgicale, médicaments, REPP) dans les groupes témoins que dans les groupes rééducation (tableau I-4, annexe I).

Perception de l'amélioration

Selon la RS de Dumoulin [2018], un ECR a mesuré la perception d'une amélioration chez les femmes souffrant d'IU tous types. Les femmes assignées à la REPP ont rapporté une perception d'amélioration significativement plus élevée que les femmes assignées au groupe témoin (tableau I-4, annexe I).

Sentiment d'auto-efficacité

Selon la RS de Dumoulin [2018], un ECR a mesuré le sentiment d'auto-efficacité à l'aide du *Geriatric Self-Efficacy Index for Urinary Incontinence* (GSE-UI)³⁴ chez 48 femmes

³⁴ Ce questionnaire est conçu pour mesurer le niveau de confiance des adultes de plus de 65 ans dans la réduction ou la prévention de l'IU.

souffrant d'IUE. Le groupe REPP a présenté un sentiment d'auto-efficacité significativement plus élevé par rapport au groupe témoin immédiatement après le traitement et neuf mois plus tard, soit au suivi d'un an (tableau I-4, annexe I).

6.1.2 Mesures objectives

Perte d'urine (g) mesurée par pad test court (jusqu'à 1 h) à la fin du traitement

Quatre RS ont évalué l'effet de la REPP sur la perte d'urine (g) mesurée avec un *pad test* court ou un test d'effort. Trois d'entre elles [Garcia-Sanchez *et al.*, 2019; Dumoulin *et al.*, 2018; Nie *et al.*, 2017] ont rapporté une diminution statistiquement significative de la perte d'urine chez les participantes des groupes rééducation comparativement à celles des groupes témoins (tableau I-5, annexe I). L'effet a été observé dans des populations de femmes présentant de l'IUE, de l'IUE/IUM et de l'IU de tous types, et il a été mesuré après un traitement allant de six semaines à six mois selon l'étude. La dernière RS [Moroni *et al.*, 2016] n'a pas fourni suffisamment de détails pour se prononcer sur la présence ou l'absence d'un avantage de la REPP.

Perte d'urine (g) mesurée par pad test long (24 h) à la fin du traitement et à plus long terme

La RS de Dumoulin [2018] a fait état de deux ECR qui ont rapporté la perte d'urine (g) lors d'un *pad test* long (24 h) chez des femmes souffrant d'IUE et chez des femmes souffrant d'IU tous types. Il n'y a eu aucune différence statistiquement significative entre les groupes REPP et témoin à la fin du traitement (tableau I-5, annexe I). Toutefois, l'un des deux essais cliniques a rapporté une diminution significative de la perte d'urine neuf mois après l'arrêt du traitement (tableau I-6, annexe I).

Nombre de personnes guéries ou dont l'état s'est amélioré sur la base d'un pad test court à la fin du traitement

Selon la RS de Dumoulin [2018], lorsque les fuites urinaires ont été évaluées objectivement sur la base du nombre de femmes dont les serviettes sont restées sèches (*pad tests* courts), les femmes souffrant d'IUE étaient huit fois plus susceptibles d'être guéries ou leur état amélioré dans les groupes REPP que dans les groupes témoins (tableau I-5, annexe I). Selon la RS, les définitions d'une guérison et d'une amélioration variaient entre les cinq ECR.

Autres pad tests ou tests de papier

Selon la RS de Dumoulin [2018], quatre ECR ont également rapporté des *pad tests* ou tests de papier d'une autre manière ou ont rapporté des données pour lesquelles la différence moyenne n'était pas estimable (tableau I-7, annexe I). Ces résultats étaient généralement en accord avec les autres résultats indiqués ci-dessus (en faveur de la REPP).

6.1.3 Limites de la littérature

- La grande majorité des essais cliniques ont porté sur des femmes souffrant d'IUE ou n'ont pas distingué les types de l'IU tous types. Très peu d'essais cliniques ont porté sur des populations de femmes souffrant exclusivement d'IUU ou d'IUM. Ces deux derniers types d'IU peuvent être traités par d'autres approches de rééducation non couvertes par la présente revue de la littérature (p. ex. la rééducation vésicale ou l'électrostimulation du nerf tibial), lesquelles sont également employées en physiothérapie périnéale et pelvienne.
- Les programmes de REPP variaient considérablement dans leur contenu, leur intensité, leur durée (d'une semaine à six mois) et leur niveau de supervision : d'aucune interaction face à face avec un professionnel à plusieurs rencontres par semaine. Dans plusieurs essais, il n'y avait pas de description claire des programmes de rééducation. Il n'a pas été possible d'évaluer l'interaction entre la qualité des programmes de rééducation et leurs effets.
- Il y a de la variation entre les groupes témoins. Il peut être difficile de savoir si le groupe témoin a reçu des conseils sur les exercices du plancher pelvien ou s'il en a fait à domicile.
- Peu d'essais ont rapporté des résultats à moyen terme (jusqu'à un an de suivi) et aucun n'a rapporté de résultats à plus d'un an de suivi. Des raisons éthiques peuvent empêcher de maintenir le groupe témoin sans traitement et peuvent expliquer cette absence de suivi à plus long terme [Dumoulin *et al.*, 2018].
- Certains essais ont recueilli des données sur les résultats d'intérêt, mais ne les ont pas rapportées de manière utile – p. ex. des estimations ponctuelles sans mesure de dispersion. Ces données sont difficiles à interpréter.
- Les données sur la nécessité d'un traitement supplémentaire comme une intervention chirurgicale pour traiter l'incontinence ou des médicaments sont rares.
- Il y a un risque de biais de publication significatif [Garcia-Sanchez *et al.*, 2019].
- Plusieurs ECR inclus dans les RS datent d'il y a plus de 20 ans.
- Il y a un certain chevauchement des études incluses dans les différentes RS.

6.1.4 En résumé, chez la femme adulte en général

En bref, dans les revues systématiques

Incontinence urinaire à l'effort (IUE)

La REPP a montré une efficacité pour :

- ↑ la probabilité de guérison des symptômes (1 RS de qualité élevée);
- ↑ la probabilité d'amélioration partielle ou complète des symptômes (1 RS de qualité élevée);
- ↓ les symptômes spécifiques à l'IU (1 RS de qualité élevée);
- ↑ la QdV liée à l'IU (2 RS de qualité élevée et modérée);
- ↓ le nombre d'épisodes d'IU (2 RS de qualité élevée et modérée).

Incontinence urinaire mixte (IUM) seule

La REPP a montré une certaine efficacité pour :

- ↓ les symptômes spécifiques à l'IU (1 RS de qualité élevée), mais ces résultats nécessitent une validation supplémentaire avec un nombre plus grand d'études de bonne qualité et des échantillons plus grands.

Incontinence urinaire par urgenturie (IUU)

La REPP a montré une certaine efficacité pour :

- ↓ le nombre d'épisodes d'IU (1 RS de qualité élevée), mais ces résultats nécessitent une validation supplémentaire avec un nombre plus grand d'études de bonne qualité et des échantillons plus grands.

Incontinence urinaire sans distinction (IU tous types)

La REPP a montré une efficacité pour :

- ↑ la probabilité de guérison des symptômes (1 RS de qualité élevée);
- ↑ la probabilité d'amélioration partielle ou complète des symptômes (1 RS de qualité élevée);
- ↓ les symptômes spécifiques à l'IU (2 RS de qualité élevée et très faible);
- ↑ la QdV liée à l'IU (2 RS de qualité élevée et très faible);
- ↓ le nombre d'épisodes d'IU (2 RS de qualité élevée et très faible).

Énoncés de preuve élaborés par l'INESSS

Selon la littérature scientifique :

- la REPP est efficace pour traiter l'IUE chez les femmes adultes (niveau de preuve : élevé);
- les données scientifiques ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité de la REPP pour traiter les femmes adultes souffrant exclusivement d'IUM ou d'IUU (niveau de preuve : insuffisant);
- la REPP est efficace pour traiter l'IU (sans distinction pour le type d'IU*) chez les femmes adultes (niveau de preuve : modéré).

* Population atteinte majoritairement d'IUE et d'IUM.

6.2 Traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes âgées de 55 ans et plus

6.2.1 Résultats

Une RS de faible qualité [Fu *et al.*, 2019] a évalué les effets d'interventions d'autogestion multifacettes pour le traitement de l'IU chez des femmes âgées de 55 ans et plus. Elle présente, à l'aide d'une synthèse narrative par type d'intervention, les résultats de 16 ECR. Toutefois, deux types d'intervention ont été retenus pour la présente évaluation³⁵ (6 études) : les interventions multifacettes comprenant de la REPP accompagnée de rétroaction biologique ou d'exercices généraux d'entraînement physique (3 ECR) et celles comprenant une combinaison de changements comportementaux (REPP + rééducation vésicale + sensibilisation et partage d'information; 3 ECR).

Fu et ses collaborateurs [2019] laissent supposer que les femmes qui présentent des symptômes d'IU et qui sont exposées aux interventions d'autogestion multifacettes comprenant de la REPP ont significativement plus de chances d'être guéries, de voir leurs symptômes améliorés, d'avoir une réduction du nombre d'épisodes d'IU, d'avoir une meilleure qualité de vie liée à l'IU (tableau I-8, annexe I) comparativement aux témoins – selon l'étude : témoins sans description, sensibilisation et partage d'information, brochure d'information sur l'IU ou absence de traitement. Les auteurs concluent que ces interventions sont potentiellement utiles pour la gestion de l'IU, mais que la qualité des preuves est faible ou peu claire.

³⁵ Les interventions qui n'incluaient pas d'exercices des muscles du plancher pelvien ou pour lesquelles le comparateur n'était pas pertinent n'ont pas été retenues.

6.2.2 Limites de la littérature

La seule RS disponible est de faible qualité et elle présente plusieurs limites :

- La synthèse est narrative et certains résultats manquent de détails.
- La RS n'inclut aucune étude primaire de qualité élevée; les études sont à risque élevé de biais (4/6) ou à risque incertain (2/6). Par conséquent, les auteurs de la RS affirment avoir une faible confiance dans la robustesse de ces résultats.
- Il n'y a pas de disponibilité des résultats par type d'IU.
- Il y a un possible problème d'observance du traitement.
- Il y a possiblement un biais de publication (et de langage) selon la RS (sans analyse statistique à l'appui).
- Les femmes sont suivies durant une courte période (évaluation à ≤ 3 mois).

6.2.3 En résumé, chez la femme âgée de 55 ans et plus

En bref, selon les revues systématiques

Selon une RS de faible qualité, les femmes âgées de 55 ans et plus souffrant d'IU, exposées à des interventions multifacettes qui incluent de la REPP, ont plus de chances d'être guéries, de voir leurs symptômes améliorés, d'avoir une réduction du nombre d'épisodes d'IU et d'avoir une meilleure qualité de vie liée à l'IU comparativement à des témoins.

Énoncé de preuve élaboré par l'INESSS

Selon la littérature scientifique, la REPP étant une partie d'une intervention multifacette semble efficace pour traiter l'IU chez la femme âgée de 55 ans et plus (niveau de preuve : faible).

6.3 Traitement de l'incontinence urinaire – Intervention chirurgicale versus rééducation périnéale et pelvienne

Aucune RS comparant l'efficacité de la REPP et de la chirurgie de bandelette n'a été repérée. Une RS Cochrane de qualité modérée [Lapitan *et al.*, 2017] a comparé l'efficacité et l'innocuité de la colposuspension rétropubienne ouverte à celles d'un traitement conservateur (kinésithérapie/physiothérapie comprenant EPP) pour traiter des femmes souffrant d'IUE ou d'IUM. Deux petits ECR de faible qualité méthodologique ont montré une cohérence des résultats à court terme en faveur de l'intervention chirurgicale par rapport à la prise en charge conservatrice, avec un risque d'avoir une IU persistante (absence de guérison) réduit d'environ 75 % lorsque mesurée objectivement et subjectivement ([tableau 13](#)). Dans un ECR, l'IU se serait également améliorée chez la

majorité des femmes, sans différence statistiquement significative entre les deux groupes (intervention chirurgicale : 88 %; REPP : 85 %). Les résultats sur l'innocuité sont présentés à la [section 9.2](#).

Tableau 13 Effet de la colposuspension rétropubienne ouverte comparativement à la rééducation périnéale et pelvienne comme traitement de l'incontinence urinaire à l'effort ou mixte chez une population de femmes adultes

RS	RÉSULTATS D'INTÉRÊT		N	GROUPE CHX	GROUPE REPP	EFFET (IC 95 %)
Lapitan et al., 2017 Qualité de la RS : modérée	Mesures objectives (par le clinicien)	Femmes non guéries de l'IU durant la première année	68 (1 ECR)	25 % (6/24)	95 % (42/44)	RR = 0,26 (0,13, 0,53)
	Mesures subjectives (autodéclarées)	Femmes non guéries de l'IU durant la première année	29 (1 ECR)	19 % (3/16)	77 % (10/13)	RR = 0,24 (0,08, 0,71); p = 0,01
		Cas d'IU non améliorés durant la première année		12,5 % (2/16)	15 % (2/13)	RR = 0,81 (0,13, 5,01); p = 0,82

Chx : intervention chirurgicale; ECR : essai clinique randomisé; IC : intervalle de confiance; IU : incontinence urinaire; n : nombre de participantes; p : valeur p; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RR : risque relatif; RS : revue systématique.

Note : Le gras indique un résultat statistiquement significatif.

Limites de la littérature

La littérature sur l'efficacité de la REPP comparativement aux interventions chirurgicales se limite à un seul type d'intervention chirurgicale et à seulement deux ECR de faible qualité méthodologique et de petite taille d'échantillon.

Il a été mentionné par le comité consultatif que les interventions chirurgicales ne sont pas des comparateurs appropriés pour la REPP, car la majorité du temps elles ne se trouvent pas à la même étape sur la trajectoire de soins. Comme il a été observé précédemment, la REPP est recommandée en première intention dans le traitement de l'IU, et les interventions chirurgicales en deuxième intention après l'échec des traitements conservateurs. Cela pourrait expliquer le peu de données disponibles comparant ces deux types d'intervention.

En bref, dans les revues systématiques

Selon une RS de qualité modérée rapportant les résultats de deux petits ECR de faible qualité méthodologique, la colposuspension rétropubienne ouverte offre de meilleures chances de guérison de l'IUE ou IUM chez la femme adulte que la kinésithérapie/physiothérapie avec EPP durant la première année suivant l'intervention.

Énoncé de preuve élaboré par l'INESSS

Selon la littérature scientifique, la colposuspension rétropubienne ouverte est plus efficace que la REPP pour traiter l'IUE et l'IUM. Par ailleurs, la REPP semble engendrer moins d'effets indésirables (niveau de preuve : faible).

7 RÉSULTATS DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE – TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LES FEMMES ADULTES ET LES FEMMES ÂGÉES

7.1 Incontinence urinaire chez les femmes adultes

Neuf guides de pratique clinique (GPC) et un rapport d'évaluation des technologies de la santé (ETS) de qualité élevée et modérée ont émis des recommandations ou des énoncés sur la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) pour le traitement de l'incontinence urinaire (IU) chez les femmes [Harding *et al.*, 2022; HQO, 2021; Dufour et Wu, 2020; Gormley *et al.*, 2019; NICE, 2019; Abrams *et al.*, 2018; Balk *et al.*, 2018; Kobashi *et al.*, 2017; Tse *et al.*, 2016; ACOG, 2015]. Le résumé des guides pour le traitement selon le type d'incontinence est présenté au tableau I-9, annexe I. Un seul guide mentionne la REPP pour la prévention de l'IU chez la femme adulte (qualité du guide moyenne, niveau de preuve moyen) [Bazi *et al.*, 2016]. Cependant, les preuves sont limitées et ce dernier mentionne que plus de recherches sont nécessaires pour répondre à cette question.

L'ETS de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) évalue la REPP comme étant partie de la thérapie comportementale, qui comprend également la rééducation vésicale, la rétroaction biologique, les supports de la vessie, les cônes vaginaux, la perte de poids, etc. Par conséquent, l'effet isolé de la REPP est impossible à évaluer [Balk *et al.*, 2018].

7.1.1 Incontinence urinaire tous types confondus

Trois guides [ACOG et AUGS 2015; Dufour et Wu, 2020; Abrams *et al.*, 2018] de qualité modérée et élevée recommandent la REPP pour le traitement de l'IU chez les femmes. Ces guides ne spécifient pas le type de l'IU, soit mixte, à l'effort ou par urgenturie. Deux guides sur trois (ACOG et AUGS, SOGC) avaient un niveau de preuve élevé.

7.1.2 Incontinence urinaire à l'effort

Quatre GPC qui ont évalué les traitements chez des femmes souffrant d'incontinence urinaire à l'effort (IUE) recommandent la REPP avec un niveau de preuve majoritairement élevé [Harding *et al.*, 2022; NICE, 2019; Abrams *et al.*, 2018; Kobashi *et al.*, 2017]. Un ETS de qualité élevée énonce avec un niveau de force élevé que les thérapies comportementales (y compris la REPP) seules ou en combinaison avec des hormones sont plus efficaces qu'aucun traitement pour la guérison, l'amélioration des symptômes d'IU et la satisfaction [Balk *et al.*, 2018]. La plupart des guides sont de qualité élevée (3/4), et ils sont cohérents dans leurs recommandations. Il est également mentionné que la REPP devrait être offerte comme traitement de première ou seconde ligne [Harding *et al.*, 2022; Balk *et al.*, 2018].

7.1.3 Incontinence urinaire mixte

Quatre GPC de qualité modérée et élevée recommandent la REPP (deux rapportent un niveau de preuve faible et élevé) pour le traitement de l'incontinence urinaire mixte (IUM) [Harding *et al.*, 2022; NICE, 2019; Abrams *et al.*, 2018; Kobashi *et al.*, 2017]. Le guide américain de l'association des urologues spécifie que la REPP est recommandée dans les cas d'IUM dominée par l'IUE [Kobashi *et al.*, 2017]. Il y est mentionné que la rééducation devrait être offerte comme traitement au même titre que d'autres comme l'observation, les autres options non chirurgicales (comme le pessaire) ou les interventions chirurgicales selon la disponibilité de ces traitements [Kobashi *et al.*, 2017]. Le guide de l'International Continence Society (ICS) mentionne quant à lui que la rééducation devrait faire partie du traitement initial de l'IUM (comme pour l'IUE et l'IUU), comme les interventions sur les habitudes de vie, les mictions à heures fixes, les thérapies comportementales et la médication [Abrams *et al.*, 2018].

7.1.4 Incontinence urinaire par urgenturie

Deux guides de qualité élevée indiquent que la REPP est l'une des approches recommandées comme traitement initial de l'incontinence urinaire par urgenturie (IUU), mais comme partie d'un programme multifacette comprenant d'autres interventions sur les habitudes de vie ou la thérapie comportementale [Abrams *et al.*, 2018; Balk *et al.*, 2018]. La REPP fait partie d'autres interventions de première intention comprenant la rééducation vésicale, les cônes, le pessaire, etc. Quatre guides recommandent que les femmes souffrant d'IUU se voient également offrir en première ligne de la rééducation vésicale ou des mictions à heures fixes [Harding *et al.*, 2022; Dufour et Wu, 2020; NICE, 2019; Tse *et al.*, 2016]. Plus particulièrement, chez les femmes qui souffrent d'IUU et d'hyperactivité vésicale (HAV), la rééducation vésicale et la miction à heures fixes sont les interventions recommandées en première intention, avant les exercices du plancher pelvien (EPP). La REPP impliquant ces exercices fait tout de même partie des traitements qui peuvent être offerts avant les options plus effractives [Abrams *et al.*, 2018; Balk *et al.*, 2018].

7.1.5 Hyperactivité vésicale

Quatre guides de qualité modérée et élevée portant sur le traitement de l'HAV ne recommandent pas directement la REPP pour le traitement de cette forme d'IU [Harding *et al.*, 2022; Gormley *et al.*, 2019; Corcos *et al.*, 2017; Tse *et al.*, 2016]. Ils mentionnent plutôt, avec un niveau de preuve généralement modéré, que la rééducation peut faire partie des interventions initiales comprenant des changements dans les habitudes de vie et des thérapies comportementales. Le guide de l'association européenne d'urologie stipule toutefois que, s'il y a REPP, celle-ci doit être intensive [Harding *et al.*, 2022].

Forces et limites des guides sur la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes

Un nombre important de guides ont émis des recommandations sur la REPP pour le traitement de l'IU chez la femme adulte. Tous les guides sont cohérents dans leurs recommandations. La majorité de ces guides sont de qualité élevée. Des limites ont toutefois été observées, notamment à propos de l'intervention. La plupart des guides semblent utiliser des preuves qui ne comparent la REPP à aucun traitement, mais ce n'est pas toujours clairement spécifié. Les études employées dans les revues des guides présentent également des limites qui ne sont pas toujours rapportées dans les guides, et la qualité des sources peut être difficile à évaluer. L'IUM peut être dominée par l'IUE ou l'IUU, mais cette information n'est pas toujours spécifiée. En ce qui concerne l'IUU, l'IUM dominée par l'IUU et l'HAV, bien que la REPP impliquant des EPP soit recommandée, la plupart des guides favorisent des méthodes différentes comme la rééducation vésicale en première intention. Ces techniques semblent démontrer une meilleure efficacité pour ce type d'IU et pourraient influencer sur les conclusions d'une approche comprenant uniquement de la rééducation impliquant des EPP.

Synthèse des recommandations

- La REPP est l'une des approches conservatrices recommandées en première intention pour le traitement de l'**IU** (non spécifié) chez les femmes adultes.
- La REPP est recommandée en première intention dans le traitement de l'**IUE** chez les femmes adultes.
- La REPP est recommandée en première intention pour le traitement de l'**IUM** chez les femmes adultes, particulièrement chez celles qui ont de l'IUM dominée par l'IUE.
- La REPP est l'une des approches conservatrices de première intention qui peuvent être proposées dans le traitement de l'**IUU** chez les femmes adultes.
- La REPP est l'une des approches conservatrices qui peuvent être proposées dans le traitement de l'**HAV** chez les femmes adultes.

7.2 Incontinence urinaire chez les femmes âgées

Seul le document de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS - WHO) évalue le traitement de l'IU spécifiquement chez la population de femmes âgées (65 ans et plus) [WHO, 2017]. Cependant, trois autres guides ont mentionné cette population dans leurs recommandations [Harding *et al.*, 2022; Abrams *et al.*, 2018] (tableau I-10, annexe I). Les guides incluent une population de personnes âgées de 65 ans et plus (hommes ou femmes pour certaines guides) sans atteintes cognitives, mais l'ICS implique des

personnes âgées fragiles [Abrams *et al.*, 2018]. Il est rapporté que les problématiques d'incontinence et de prolapsus des organes pelviens augmenteront probablement au cours des prochaines années en raison du vieillissement de la population [ACOG et AUGS, 2015]. Les guides s'accordent pour dire qu'il ne semble pas y avoir de raison de croire que les interventions de REPP, ou d'autres interventions comportementales ne seraient pas efficaces chez les personnes âgées si leur efficacité a été démontrée chez la population adulte [Abrams *et al.*, 2018]. Tous les guides recommandent donc de manière cohérente que les femmes âgées sans atteinte cognitive qui présentent des symptômes d'IU se voient offrir de la REPP au même titre qu'une thérapie comportementale. Elle peut être combinée ou non avec d'autres interventions, comme la rééducation vésicale ou même des traitements hormonaux.

Forces et limites des guides sur la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes âgées

Tous les guides sont de bonne qualité, et la majorité ont des niveaux de preuve élevés ou modérés. Même si le nombre de guides est important, ceux-ci sont limités par le petit nombre d'ECR disponibles et ils sont basés uniquement sur une population de femmes âgées ou en périménopause. De plus, plusieurs autres interventions (p. ex. la rééducation vésicale) peuvent être combinées et l'effet de la REPP peut être surestimé.

Synthèse de la recommandation

La REPP est recommandée dans le traitement de l'IU chez les femmes âgées.

7.3 Rééducation périnéale et pelvienne comparativement aux interventions chirurgicales ou en complément aux interventions chirurgicales pour le traitement de l'incontinence urinaire

Huit guides ont émis des recommandations relatives aux interventions chirurgicales en comparaison ou en complément de la REPP [Harding *et al.*, 2022; Dufour et Wu, 2020; Gormley *et al.*, 2019; NICE 2019; Abrams *et al.*, 2018; Kobashi *et al.*, 2017; Tse *et al.*, 2016; ACOG et AUGS, 2015]. Tous les guides suggèrent ou recommandent que les interventions chirurgicales soient offertes, mais seulement en deuxième intention, aux femmes adultes qui ont tenté des interventions non chirurgicales, conservatrices ou des thérapies comportementales pouvant inclure de la REPP en première intention (tableau I-11 annexe I).

Synthèse de la recommandation

Les interventions chirurgicales sont recommandées chez les femmes souffrant d'IU après l'échec des traitements conservateurs (y compris la REPP).

8 RÉSUMÉ DES CONSTATS SUR L'EFFICACITÉ ET DES RECOMMANDATIONS CLINIQUES

Tableau 14 Résultats des constats pour les populations chez qui la rééducation périnéale et pelvienne a démontré de l'efficacité clinique

POPULATION	EFFICACITÉ	NIVEAU DE PREUVE	RECOMMANDATION (GPC, ETS)
Femmes - périnatalité			
Prévention prénatale (> 36 mois)	Efficace ✓	Élevé	Positive ✓
Traitement postnatal (< 12 mois post-partum)	Efficace ✓	Faible	Positive ✓
Femmes adultes – traitement			
IU tous types	Efficace ✓	Modéré	Positive ✓
IUE seule	Efficace ✓	Élevé	Positive ✓
Femmes âgées de 55 ans et plus – traitement			
IU	Efficace ✓	Faible	Positive ✓

ETS : rapport d'évaluation des technologies de la santé; GPS : guide de pratique clinique; IU : incontinence urinaire.

Tableau 15 Résultats des constats pour les populations chez qui la rééducation périnéale et pelvienne n'a pas démontré d'efficacité clinique

POPULATION	EFFICACITÉ	NIVEAU DE PREUVE	RECOMMANDATION (GPC, ETS)
Femmes - périnatalité			
Traitement prénatal	Ne semble pas efficace, mais pourrait ↓ sévérité et ↑ QdV ⚡	Faible	Positive ✓
Femmes adultes - traitement			
IUM seule	Possiblement efficace ✓	Insuffisant	Positive ✓
IUU seule	Impossible de se prononcer ?	Insuffisant	Positive ✓
HAV	Possiblement efficace ✓	Insuffisant	Positive ✓
Femmes adultes - chirurgie			
REPP vs colposuspension	REPP moins efficace que chx ⚡	Faible	Positive* ✓

Chx : intervention chirurgicale; ETS : rapport d'évaluation des technologies de la santé; GPS : guide de pratique clinique; HAV : hyperactivité vésicale; IU : incontinence urinaire; IUM : incontinence urinaire mixte; IUU : incontinence urinaire par urgencyie; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

* Les interventions chirurgicales sont recommandées en deuxième intention dans les guides, après les traitements conservateurs comme la REPP, pour le traitement de l'IU.

9 RÉSULTATS DES REVUES SYSTÉMATIQUES SUR L'INNOCUITÉ DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE

Quatre revues systématiques (RS) de qualité faible à élevée [Zhu *et al.*, 2022; Woodley *et al.*, 2020; Balk *et al.*, 2019; Dumoulin *et al.*, 2018] ont évalué l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP), dont deux ont couvert la période de périnatalité. Il y avait beaucoup d'hétérogénéité dans la façon de présenter les résultats sur l'innocuité d'une RS à l'autre, reflet de la présentation hétérogène des données dans les études primaires. De plus, une RS de qualité modérée a comparé l'innocuité de la colposuspension rétropubienne ouverte à celle de la kinésithérapie/physiothérapie [Lapitan *et al.*, 2017].

9.1 Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne

9.1.1 Femmes en période périnatale

Une RS Cochrane de qualité élevée [Woodley *et al.*, 2020] a évalué l'innocuité de la REPP prénatale et postnatale (EPP ± autres thérapies physiques [rétroaction biologique, électrostimulation, exercices multimodaux] ou conseils) pour prévenir et traiter l'incontinence urinaire (IU) et l'incontinence fécale chez les femmes en période périnatale. Seulement neuf essais cliniques randomisés (ECR)/quasi-ECR ont spécifiquement fait état de la présence ou de l'absence d'effets indésirables, dont huit qui n'en ont rapporté aucun ([tableau 16](#)). Dans un essai clinique, deux femmes enceintes (4,7 %) qui faisaient de la rééducation pour prévenir l'IU ont eu des douleurs au plancher pelvien, qui ont entraîné l'abandon de l'étude ([tableau 16](#)).

De plus, la RS de faible qualité de Zhu [2022] a évalué l'innocuité de la physiothérapie (REPP avec ou sans électrostimulation et/ou rétroaction biologique) pour le traitement des symptômes du bas appareil urinaire chez les femmes en post-partum. Dans cette revue, 15 des 17 ECR inclus ont porté sur des femmes souffrant d'IU, et seulement un a rapporté des effets indésirables de la physiothérapie. Dans cet essai clinique, 5 des 59 femmes souffrant d'incontinence urinaire à l'effort (IUE) ont rapporté une légère sensation d'inconfort à l'insertion d'une sonde ([tableau 16](#)).

Tableau 16 Proportion de femmes en période de périnatalité qui ont eu recours à la rééducation périnéale et pelvienne et qui ont fait état de la présence ou de l'absence d'un effet indésirable

RS	POPULATION	INTERVENTION	N	EFFETS INDÉSIRABLES	PROPORTION DE FEMMES
Woodley <i>et al.</i> , 2020 Qualité de la RS : élevée	Femmes enceintes	REPP (EPP ± autres thérapies physiques* ou conseils)	43 (1 ECR)	Douleurs au plancher pelvien ayant entraîné l'abandon de l'étude	4,7 % (2/43)
			40 (1 ECR)	Blessure liée aux exercices durant la grossesse	0 % (0/40)
			nd (3 ECR)	Présence d'effets indésirables	0 %
	Femmes en post-partum		nd (4 ECR)	Présence d'effets indésirables	0 %
Zhu <i>et al.</i> , 2022 Qualité de la RS : faible	Femmes en post-partum souffrant de SBAU [†]	REPP (EPP seuls)	30 (1 ECR)	Légère sensation d'inconfort à l'insertion de la sonde	10 % [‡] (3/30)
		REPP (EPP + électrostimulation + rétroaction biologique)	29 (1 ECR)		7 % [‡] (2/29)

ECR : essai clinique randomisé; EPP : exercices du plancher pelvien; IU : incontinence urinaire; n : nombre de participantes; nd : non disponible; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique; SBAU : symptômes du bas appareil urinaire.

* Autres thérapies physiques : rétroaction biologique, électrostimulation, exercices multimodaux.

[†] Proportion calculée par l'équipe de travail de l'INESSS.

[‡] Seuls les effets indésirables rapportés chez des femmes souffrant d'IU ont été retenus.

9.1.2 Femmes adultes

La RS de faible qualité de Balk et ses collaborateurs [2019; 2018] a évalué l'innocuité de la thérapie comportementale³⁶, comprenant la REPP, pour le traitement de l'IU chez la femme non enceinte. Cette RS d'études, randomisées ou non, conclut avec un faible niveau de preuve que les effets indésirables de la thérapie comportementale sont rares. Ceux-ci ont été signalés de manière éparse et/ou incohérente et ils étaient souvent mal ou non définis. La proportion médiane de femmes qui ont rapporté un effet indésirable (EI) indéfini/non majeur (tout EI) était de 0 % pour la REPP comprenant uniquement des EPP (22 études), de même que pour celle comprenant ces exercices accompagnés de rétroaction biologique (trois études), de stimulation nerveuse électrique transcutanée + rétroaction biologique (deux études), de rééducation vésicale (une étude), de rééducation vésicale + rétroaction biologique (une étude), de stimulation nerveuse électrique transcutanée + rétroaction biologique (une étude) et de cônes vaginaux (1 étude; [tableau 17](#)). Puis, une étude a mentionné l'absence d'effet indésirable grave (tout EI durable ou débilitant) et une autre a indiqué qu'aucun abandon pour cause d'effet indésirable ne s'était produit ([tableau 17](#)). Parmi ces études, cinq avaient un groupe témoin dans lequel les femmes étaient assignées à une attente vigilante ou à une absence de traitement. Quatre des cinq études ont rapporté une proportion nulle d'effets

³⁶ Dans cette RS, la thérapie comportementale inclut les EPP accompagnés ou non de rétroaction biologique et/ou de rééducation vésicale, les EPP avec poids vaginaux (cônes, boules), le yoga, la sensibilisation et le partage d'information, la réduction du stress basée sur la pleine conscience et les dispositifs intravaginaux.

indésirables indéfinis/non majeurs (tout EI) et une a rapporté une proportion nulle d'effets indésirables graves dans le groupe témoin.

Une autre RS (Cochrane) [Dumoulin *et al.*, 2018], de qualité élevée, a évalué l'innocuité de la REPP (EPP seuls) supervisée par un professionnel de la santé chez les femmes adultes ni enceintes ni en post-partum. Sept ECR/quasi-ECR ont rapporté la présence ou l'absence d'effets indésirables, dont cinq qui n'en ont signalé aucun dans les groupes soumis à la rééducation. Deux ECR/quasi-ECR ont signalé des effets indésirables dans le groupe REPP. Ceux-ci comprenaient, entre autres : une aggravation transitoire des symptômes d'incontinence après les deux premiers traitements (une femme), ou de la douleur (une femme); une sensation d'inconfort durant l'exercice (trois femmes) ([tableau 17](#)). Dumoulin et ses collaborateurs [2018] concluent que les effets indésirables de l'exécution des EPP sont rares et que, dans les deux ECR/quasi-ECR qui les ont signalés, les effets étaient mineurs.

9.2 Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne comparativement aux interventions chirurgicales

Aucune RS comparant l'innocuité de la REPP et celle de la chirurgie de bandelette n'a été repérée. Une RS Cochrane de qualité modérée [Lapitan *et al.*, 2017] a comparé l'innocuité de la colposuspension rétropubienne ouverte à celle de la kinésithérapie/physiothérapie (EPP ± électrostimulation) pour traiter l'IUE ou l'incontinence urinaire mixte. Dans un petit ECR [Klarskov *et al.*, 1986], la proportion de femmes rapportant une instabilité *de novo* du détroit ou une autre complication inhérente à l'intervention était en défaveur de l'intervention chirurgicale comparativement au traitement conservateur, mais les différences n'étaient pas statistiquement significatives (tableau J-1, annexe J). Le très petit nombre d'événements (quatre chez trois femmes) limite la signification de ces résultats.

Limites de la littérature

La littérature sur l'innocuité de la REPP comparativement aux interventions chirurgicales se limite à un seul type d'intervention chirurgicale et à un seul ECR de faible qualité méthodologique et de petite taille d'échantillon (N = 29).

Tableau 17 Proportion de femmes adultes qui ont eu recours à la rééducation périnéale et pelvienne et qui ont fait état de la présence ou de l'absence d'un effet indésirable

RS	POPULATION	EFFETS INDÉSIRABLES		INTERVENTION DE REPP	N	PROPORTION DE FEMMES
		CATÉGORIE	DESCRIPTION			
Balk <i>et al.</i> , 2019 Qualité de la RS : faible	Femmes non enceintes souffrant d'IU	Tout EI	Indéfini / non majeur	EPP seuls	1 594 (22 études)*	Médiane : 0 % Étendue : de 0 % à 0,5 %
				EPP + rétroaction biologique	83 (3 études)	Médiane : 0 % Étendue : de 0 % à 8,9 %
				EPP + rééducation vésicale	41 (1 étude)	0 % (0/41)
				EPP + rééducation vésicale + rétroaction biologique	183 (1 étude)	0 % (0/183)
				EPP + stimulation nerveuse électrique transcutanée + rétroaction biologique	107 (2 études)	0 % (0/107)
				EPP + poids vaginaux (cônes)	15 (1 étude)	0 % (0/15)
		EI grave	Tout EI durable ou débilitant	EPP seuls	29 (1 étude)	0 % (0/29)
		Abandon pour cause d'EI		EPP seuls	15 (1 étude)	0 % (0/15)
		Infection – IVU	Plus de symptômes d'IVU	EPP seuls	10 (1 étude)	10 % (1/10)
		Réaction allergique	Hypersensibilité	EPP + poids vaginaux (boules)	35 (1 étude)	2,9 % (1/35)
		Démangeaisons	Démangeaisons	EPP + poids vaginaux (boules)		2,9 % (1/35)
		Réaction localisée	Irritation	EPP + poids vaginaux (boules)		2,9 % (1/35)
		Douleur – générale / indéfinie	Sensation d'inconfort locale	EPP + poids vaginaux (boules)		2,9 % (1/35)
		Douleur – musculosquelettique	Douleur abdominale inférieure lors des EPP	EPP seuls	250 (1 étude)	0,4 % (1/250)
		Bouche sèche	Bouche sèche	EPP seuls	15 (1 étude)	0 % (0/15)
		Effet indésirable visuel	Troubles de la vue	EPP seuls		0 % (0/15)

RS	POPULATION	EFFETS INDÉSIRABLES		INTERVENTION DE REPP	N	PROPORTION DE FEMMES
		CATÉGORIE	DESCRIPTION			
Dumoulin <i>et al.</i> , 2018 Qualité de la RS : élevée	Femmes non enceintes et non en post-partum souffrant d'IU	Tout EI	Indéfini	EPP ± rétroaction biologique	nd (5 ECR)	0 %
		nd	Douleur	EPP seuls	54 (1 quasi-ECR)	1,9 % [†] (1/54)
		nd	Sensation d'inconfort durant les exercices	EPP seuls		5,6 % [†] (3/54)
		nd	Le fait de « ne pas vouloir être continuellement dérangée par le problème »	EPP seuls		3,7 % [†] (2/54)
		nd	Aggravation des symptômes d'IU après les 2 premiers traitements, qui s'est résorbée avec la poursuite du traitement	EPP seuls	10 (1 ECR)	10 % [†] (1/10)

ECR : essai clinique randomisé; EI : effet indésirable; EPP : exercices du plancher pelvien; IU : incontinence urinaire; IVU : infection des voies urinaires; n : nombre de participantes; nd : non disponible; REPP : rééducation périnéale et pelvienne; RS : revue systématique.

* Certaines incohérences dans les deux publications de Balk et ses collaborateurs [2019; 2018] ont été relevées concernant le nombre de femmes et d'études; elles n'ont pas pu être résolues par l'équipe de travail de l'INESSS.

† Proportion calculée par l'équipe de travail de l'INESSS.

9.3 Résumé sur l'innocuité

En bref, dans les revues systématiques

- Il y a beaucoup d'hétérogénéité dans la façon de présenter les résultats sur l'innocuité dans les études primaires.
- Selon deux RS de qualité faible et élevée, les effets indésirables de la REPP périnatale pour la prévention et le traitement de l'IU semblent peu fréquents.
- Selon une RS de qualité élevée, les effets indésirables de la REPP (EPP seuls) pour le traitement de l'IU chez la femme adulte non en période de périnatalité sont rares et mineurs.
- Selon une RS de faible qualité, en général, concernant les interventions non pharmacologiques (dont la REPP, mais aussi d'autres interventions), les pourcentages de femmes présentant des effets indésirables sont faibles (niveau de preuve faible).
- Selon une RS de qualité modérée, une plus grande proportion de femmes rapportent des effets indésirables de la colposuspension rétropubienne ouverte comparativement à la kinésithérapie/physiothérapie, mais le petit nombre d'événements indésirables limite la signification de ce résultat.

Énoncé de preuve élaboré par l'INESSS

Selon la littérature scientifique, la REPP est sécuritaire pour prévenir ou traiter l'IU chez la femme en période de périnatalité et pour traiter l'IU chez la femme adulte en général. Les effets indésirables sont rares et transitoires et aucun effet indésirable grave n'a été rapporté.

10 RÉSULTATS DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE – INNOCUITÉ DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE

Très peu de guides de pratique clinique (GPC) mentionnent des effets indésirables de la REPP (tableau J-2, annexe J). La plupart des effets indésirables rapportés dans les guides concernant les interventions pour prévenir ou traiter l'incontinence urinaire (IU) sont associés aux interventions chirurgicales. Deux GPC rapportent que la rééducation présente peu ou pas d'effets indésirables [Harding *et al.*, 2022; NICE, 2019]. Ils signalent également que les interventions chirurgicales ont un nombre beaucoup plus grand d'effets indésirables comparativement aux interventions non chirurgicales et à la rééducation périnéale et pelvienne (REPP). Par ailleurs, les interventions chirurgicales sont associées à un risque de complications et de morbidité non négligeable et souvent irréversible [Harding *et al.*, 2022; Gormley *et al.*, 2019; ACOG et AUGS, 2015]. Plus particulièrement, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [2019] a rendu publique sa préoccupation concernant les chirurgies de bandelette. Compte tenu de ces éléments, il est conseillé d'équilibrer les risques et les avantages de chaque intervention [Harding *et al.*, 2022; Kobashi *et al.*, 2017].

Synthèse des énoncés sur l'innocuité

- Il y a peu ou pas d'effet indésirable associé à la REPP.
- Les interventions chirurgicales sont associées à plus d'effets indésirables majeurs et irréversibles que la REPP.

11 RÉSULTATS DE LA LITTÉRATURE SUR LES MODALITÉS DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE

La rééducation périnéale et pelvienne (REPP) se pratique et s'applique à travers des techniques hétérogènes. Son efficacité peut être tributaire de plusieurs éléments dont le nombre de séances, la durée des séances, la durée du traitement, les méthodes d'évaluation, le type de supervision et le type de professionnel qui peut évaluer et enseigner les techniques ou l'utilisation de dispositifs [Battut et Nizard, 2016]. Ces variations s'appliquent tant au niveau national qu'international. Afin d'évaluer quelles modalités peuvent influencer sur la pratique et l'efficacité de la rééducation, cet avis a tenu compte de quatre types de modalités de son application jugés prioritaires en fonction des données scientifiques, des opinions des experts et des recommandations : la durée du traitement, le nombre de séances, le type de supervision et l'intensité du traitement. Une revue rapide a été réalisée afin d'évaluer ces modalités d'application sur l'efficacité de la REPP.

Outre la question entourant l'efficacité de la rééducation pour les modalités d'application, les modalités d'offre la concernant ont été recensées à l'aide d'une recherche exploratoire dans les bases de données, appuyée par les experts. Lorsque disponible, une revue systématique (RS) pour chaque sujet a été retenue pour discuter des aspects organisationnels qui peuvent influencer sur l'offre de la REPP. Ces modalités incluent les séances de groupe, la téléadaptation ainsi que les différents types de professionnels qui pratiquent la rééducation.

11.1 Modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne

La revue rapide des modalités d'application de REPP a repéré 1 684 enregistrements dans les bases de données, parmi lesquels 36 articles complets ont été évalués (figure C-2, annexe C). Les articles exclus, avec les raisons de leur exclusion, sont présentés à l'annexe C. Au total, six articles qui ont comparé différentes modalités d'intervention ont été retenus pour les analyses [Gonzales *et al.*, 2021; Fitz *et al.*, 2020; Garcia-Sanchez *et al.*, 2019; Davenport *et al.*, 2018; Nie *et al.*, 2017; Moroni *et al.*, 2016]. La description détaillée des études est présentée à l'annexe D. Cinq études sont des RS avec méta-analyse, plus un essai clinique qui a comparé deux types de modalités. Une étude a évalué l'intensité du traitement, une l'intensité et la durée du traitement, une le nombre de séances, la durée du traitement ainsi que l'intensité et trois uniquement la supervision du traitement. Parmi les RS retenues pour les analyses sur les modalités, deux sont de très faible qualité [Gonzales *et al.*, 2021; Nie *et al.*, 2017], deux de faible qualité [Garcia-Sanchez *et al.*, 2019; Davenport *et al.*, 2018] et une de qualité modérée [Moroni *et al.*, 2016]. L'essai clinique randomisé (ECR) a quant à lui été jugé comme ayant certaines limites [Fitz *et al.*, 2020].

Au total, 11 guides de pratique clinique (GPC) ou rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS) ont été inclus pour leurs résultats sur les modalités d'application de la REPP, quatre sont de qualité élevée [Harding *et al.*, 2022; HQO, 2021; Gormley *et al.*, 2019; Balk *et al.*, 2018] et sept de qualité modérée [Dufour et Wu, 2020; NICE, 2019; Abrams *et al.*, 2018; ACOG, 2018; Corcos *et al.*, 2017; Tse *et al.*, 2016; Deffieux *et al.*, 2015]. La qualité des RS et des guides est présentée à l'annexe E.

11.1.1 Supervision et durée de la séance avec le professionnel

Deux RS et méta-analyses ainsi qu'un ECR ont rapporté des résultats comparant le niveau de supervision de la REPP chez des femmes souffrant d'incontinence urinaire à l'effort (IUE) [Gonzales *et al.*, 2021; Fitz *et al.*, 2020; Moroni *et al.*, 2016] (tableau M-1, annexe M). La méta-analyse de Gonzales et ses collaborateurs [2021] a comparé la rééducation supervisée par un physiothérapeute (plusieurs séances supervisées) accompagnée d'exercices du plancher pelvien (EPP) à domicile, versus une seule séance de rééducation avec un physiothérapeute suivie d'EPP à domicile (exécution indépendante sans supervision ni suivi) pour le traitement de l'IUE chez des femmes en post-partum. La rééducation supervisée a montré une diminution de la prévalence de l'IUE par rapport à une supervision minimale, et donc une plus grande amélioration des symptômes (tableau M-1, annexe M). La méta-analyse de Moroni [2016] inclut peu d'ECR. Les résultats sur la qualité de vie, la sévérité de l'incontinence urinaire (IU), le nombre d'épisodes d'incontinence sont rapportés par un seul essai clinique de petite taille. Les résultats sont mitigés, certains démontrant une amélioration significativement plus grande avec de la supervision, d'autres aucune différence (tableau M-1, annexe M). Le résultat concernant l'amélioration ou la guérison des symptômes implique quant à lui trois ECR portant sur 155 patientes. Cette analyse démontre un effet supérieur de la REPP supervisée par un physiothérapeute. Il y a une hétérogénéité élevée à cause d'une étude, mais l'exclusion de celle-ci ne change pas la conclusion. Finalement l'essai clinique de Fitz et ses collaborateurs [2020] n'a pas rapporté de différence entre les groupes de REPP supervisée (24 séances) en clinique et de rééducation minimalement supervisée (trois séances) sur la qualité de vie ou sur le nombre d'épisodes d'IU par semaine. Par contre, il a démontré une amélioration significativement plus grande de la guérison de l'IUE et de réduction de la perte urinaire testée par *pad test* chez les femmes qui ont eu une plus grande supervision.

Dans une RS avec méta-analyse, Garcia-Sanchez et ses collaborateurs [2019] ont comparé l'efficacité de séances d'une durée d'au moins 45 minutes versus moins de 45 minutes. Ces auteurs n'ont pas démontré de différence statistiquement significative entre les groupes ($p = 0,22$) (tableau M-1, annexe M).

Bien que la REPP à domicile ou minimalement supervisée puisse présenter des avantages, il semble toutefois qu'une plus grande supervision par un professionnel qualifié soit associée à une amélioration ou une guérison plus importante des symptômes de l'IU. Plusieurs résultats sont représentés par un seul ECR de petite taille, et par conséquent ils peuvent manquer de puissance.

11.1.1.1 Résultats des guides de pratique clinique

Sept guides mentionnent que la REPP doit être supervisée par un professionnel qualifié, que ce soit chez les femmes adultes ou chez les femmes en période périnatale [Harding *et al.*, 2022; HQO, 2021; Dufour et Wu, 2020; NICE, 2019; Abrams *et al.*, 2018; Mottola *et al.*, 2018; Deffieux *et al.*, 2015] (tableau M-2, annexe M). Certaines affirmations sont des énoncés, alors que d'autres sont des recommandations avec un niveau de preuve qui varie de faible à modéré. Le degré de supervision n'est pas toujours détaillé, mais l'Ontario rapporte que la rééducation doit être faite par un professionnel qualifié (infirmière clinicienne, infirmière conseillère en continence, médecin ou physiothérapeute) [HQO, 2021].

Parmi les autres modérateurs de la REPP associés à la supervision, certains guides mentionnent qu'un examen digital des muscles du plancher pelvien doit être réalisé pour permettre d'évaluer leur contraction [Dufour et Wu, 2020; NICE, 2019] (tableau M-2, annexe M). Il est rapporté que la rééducation devrait faire partie d'un programme personnalisé afin de répondre aux besoins individuels des patientes [Dufour et Wu, 2020; Gormley *et al.*, 2019]. En effet, les besoins spécifiques varient d'une femme à l'autre, et les traitements doivent être adaptés en fonction de la problématique pour assurer une prise en charge personnalisée [Abrams *et al.*, 2018; Tse *et al.*, 2016]. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande également d'apprendre la bonne technique de REPP pour obtenir des bienfaits optimaux en période périnatale [Mottola *et al.*, 2018].

Trois GPC qui ont évalué la supervision chez une population de femmes en pré ou post-partum souffrant d'IU recommandent que le traitement soit supervisé par un professionnel comme un physiothérapeute [Harding *et al.*, 2022; ACOG, 2018; Deffieux *et al.*, 2015] (tableau M-2, annexe M).

11.1.1.2 Considérations sur la supervision de la rééducation périnéale et pelvienne

La REPP minimalement supervisée ou les EPP à domicile présentent des avantages pour les femmes qui souffrent d'IU. Cependant, les deux analyses de l'efficacité les plus importantes démontrent que la rééducation supervisée est associée à une plus grande amélioration des symptômes d'incontinence. Bien qu'il soit rapporté que les séances sont supervisées, les détails de cette supervision ou le type de professionnel ne sont pas toujours spécifiés. Il n'est donc pas possible de faire des analyses par type de professionnel (physiothérapeute, infirmière ou autre). Ces résultats sont en accord avec les recommandations des GPC et ETS qui recommandent la supervision de la rééducation par un professionnel qualifié pour le traitement de l'IU, chez la femme en période périnatale, la femme adulte ou la femme âgée. Il est également souligné que l'évaluation individuelle et la création d'un plan de traitement personnalisé pour chaque patiente sont partie intégrante du travail du physiothérapeute. Par conséquent, il semble primordial que les femmes soient minimalement supervisées pour obtenir le maximum possible d'avantages associés à la rééducation.

En bref

La REPP semble plus efficace si elle est réalisée sous la supervision d'un professionnel qualifié, que ce soit chez la femme adulte ou en période périnatale.

11.1.2 Durée totale du traitement de rééducation

Une RS a réalisé des analyses de sous-groupes et comparé des durées de traitement chez des femmes qui ont eu de la REPP supervisée pour traiter l'IUE [Garcia-Sanchez *et al.*, 2019] (tableau M-3, annexe M). Garcia-Sanchez et ses collaborateurs [2019] ont analysé l'efficacité de la rééducation sur la durée du traitement. Ils ont inclus 10 ECR (N = 293) qui ont comparé les pertes urinaires chez des femmes adultes atteintes d'IUE avant et après avoir eu de la rééducation. Ils n'ont pas observé de différences statistiquement significatives concernant les pertes urinaires lorsque la rééducation était réalisée durant plus de 12 semaines comparativement à 12 semaines et moins ($p = 0,51$). Il est important de noter que ces données proviennent d'une seule RS comportant un faible nombre total de participantes et que, par conséquent, la période de 12 semaines n'est pas considérée comme une durée maximale absolue pour un traitement de REPP. Après 12 semaines de traitement, la réponse de la patiente à la REPP peut être évaluée afin de déterminer la pertinence de poursuivre le traitement ou d'orienter la personne vers un spécialiste selon ses besoins spécifiques.

11.1.2.1 Résultats des guides de pratique clinique

Quatre guides de pratique clinique mentionnent une durée minimale de la REPP pour le traitement de l'IU chez la femme adulte [Harding *et al.*, 2022; NICE, 2019; Abrams *et al.*, 2018; Corcos *et al.*, 2017] (tableau M-4, annexe M). Ces guides recommandent tous de traiter la femme durant un minimum de 3 mois ou 12 semaines. Seul le guide canadien concernant l'hyperactivité vésicale mentionne une durée minimale de 8 à 12 semaines de traitement [Corcos *et al.*, 2017]. Le guide de l'International Consultation on Urological Diseases – International Continence Society [2018] indique que le traitement par REPP devrait durer 12 semaines, et que, s'il n'y a pas d'avantages après ce temps, la patiente devrait être orientée vers un spécialiste [Abrams *et al.*, 2018].

Ces recommandations vont de pair avec les deux GPC qui ont rapporté la durée de REPP chez des populations périnatales. Les guides français et européen recommandant tous les deux la rééducation pour un minimum de 3 mois ou 12 semaines chez les femmes en pré ou post-partum souffrant d'IU [Harding *et al.*, 2022; Deffieux *et al.*, 2015].

11.1.2.2 Considérations sur la durée totale du traitement de rééducation périnéale et pelvienne

Les résultats des revues qui ont évalué l'efficacité et les GPC sont cohérents entre eux et avec les résultats de la revue rapide. Dans la plupart des études, les modalités d'application de la REPP sont basées sur des principes physiologiques, et la durée des programmes de rééducation périnéale dure environ 12 semaines [Oliveira *et al.*, 2017].

En bref

Une durée minimale de 12 semaines semble nécessaire pour déterminer si la REPP améliore les symptômes de l'IU chez la femme (adulte ou en période périnatale). Par contre, si la REPP n'a pas été bénéfique durant cette période, il ne semble pas nécessaire de poursuivre le traitement et la patiente pourra être orientée vers un spécialiste pour que d'autres options thérapeutiques soient envisagées.

11.1.3 Nombre de séances de rééducation

On observe une grande variation dans le nombre et la forme de séances réalisées par les professionnels qualifiés. L'application des séances varie, mais elle implique généralement une évaluation de la patiente sous la supervision d'un professionnel [Dumoulin *et al.*, 2020].

Aucune étude comparative de qualité qui aurait évalué le nombre de séances de rééducation nécessaire pour réduire les dysfonctions du plancher pelvien n'a été retenue. Par conséquent, des analyses additionnelles ont été réalisées. Les protocoles des études incluses dans les RS sur l'efficacité et sur les autres modalités ont été recensés pour déterminer le nombre médian de séances de REPP et les autres modalités pour prévenir ou traiter l'IU (tableau M-5, annexe M) [Gonzales *et al.*, 2021; Fitz *et al.*, 2020; Woodley *et al.*, 2020; Fu *et al.*, 2019; Garcia-Sanchez *et al.*, 2019; Dumoulin *et al.*, 2018; Nie *et al.*, 2017; Moroni *et al.*, 2016]. Seuls les ECR impliquant des séances de rééducation avec un professionnel accompagnées d'EPP à domicile ont été conservés pour être représentatifs de la réalité clinique.

Femmes adultes

Quarante ECR ont rapporté que les femmes assistaient à une médiane de 10 (EIQ 5 à 16) séances supervisées de rééducation, dans un intervalle médian de 12 semaines de traitement (EIQ 8 à 12). La durée médiane du temps de traitement dans les études est de 45 minutes par séance (EIQ 30 à 60). La majorité des études ont inclus des femmes adultes souffrant d'IUE, dont 20 % étaient des femmes âgées ou ménopausées.

L'application du nombre de séances varie aussi grandement avec des séances qui peuvent être réalisées chaque semaine, deux fois par semaine ou chaque mois. Certains protocoles d'études comportaient une réduction de la fréquence des séances en cours de traitement.

Ces résultats sont à considérer avec prudence, car ils présentent plusieurs limites. Bien que les études se veulent plus représentatives de la réalité clinique, les protocoles d'intervention varient énormément d'une étude à l'autre, ce qui est généralement traduit dans les méta-analyses par une grande hétérogénéité statistique. Plusieurs ECR inclus dans les RS datent d'il y a plus de 20 ans, et les protocoles peuvent avoir été adaptés à de nouvelles réalités depuis. Finalement, les professionnels qui pratiquent la REPP dans les études sont majoritairement des physiothérapeutes, mais la rééducation peut également être pratiquée par des infirmières.

Femmes en période périnatale

La médiane du nombre de séances chez les femmes enceintes continentales (prévention) rapportée dans les études est de sept séances (EIQ 4,5 à 9,5; 6 études) et de 10 chez les femmes enceintes en traitement (EIQ 5,75 à 12; 12 études).

Chez les femmes en post-partum, sept études incluses ont rapporté le traitement de personnes atteintes d'incontinence durant quatre séances (EIQ 3,5 à 6,5) qui duraient une médiane 60 minutes (EIQ 50 à 60). La durée du traitement est d'une médiane de 16 semaines (EIQ 8 à 22). Une seule étude rapporte l'utilisation de la REPP pour la prévention de l'IU chez les femmes en post-partum. L'intervention durait deux séances de 20 minutes durant une période de 8 semaines (tableau M-6, annexe M).

11.1.3.1 Résultats des guides de pratique clinique sur le nombre de séances de rééducation périnéale et pelvienne

Aucun GPC ou aucune ETS retenu ne spécifie un nombre de séances minimal ou maximal pour la prévention ou le traitement de l'IU. Pour la femme qui vient d'accoucher, le Collège national français des obstétriciens et gynécologues [Deffieux *et al.*, 2015] recommande, avec un niveau de preuve faible, un minimum de trois séances pour traiter l'IU. Cependant, ce guide de qualité modérée date de 2015 et n'est appuyé par aucun autre guide de pratique clinique.

11.1.3.2 Considérations sur le nombre de séances de rééducation périnéale et pelvienne

Il peut être délicat de déterminer un nombre unique de séances, car ce nombre dépendra de plusieurs facteurs comme le type et la sévérité de la dysfonction [Dufour et Wu, 2020]. D'autres facteurs comme la participation, l'adhésion au traitement ou l'intensité avec laquelle la femme réalise ses exercices peuvent influencer sur la progression et l'efficacité du traitement [Brown *et al.*, 2020; Dumoulin *et al.*, 2015]. Par conséquent, le nombre de séances de rééducation doit être adapté et individualisé.

Une étude québécoise a évalué l'accessibilité de la REPP pour traiter l'IU chez les femmes âgées [Le Berre et Dumoulin, 2022]. Ses auteurs ont constaté qu'en pratique les physiothérapeutes programmaient des séances de 60 minutes et planifiaient une médiane de 5 séances de rééducation pour traiter l'IU. Ces données concordent également avec une étude menée par l'University of South Australia mentionnant

qu'en Australie 84 % des femmes qui souffrent d'IU pourront être guéries avec une moyenne de cinq séances de rééducation [Neumann *et al.*, 2005].

11.1.3.3 Perspective des comités consultatifs et patientes collaboratrices

Il a été souligné lors des travaux des comités que le nombre de séances réalisé varie selon la problématique et la sévérité et qu'il doit être adapté aux patientes. Les experts ont relevé que les données rapportées pour la prévention de l'IU en période périnatale semblaient surestimées, et que sept séances pouvaient être plus représentatives de la recherche que de la réalité clinique. En pratique, les experts rapportent qu'au Québec il est plus courant d'observer un nombre de séances de REPP d'environ deux à quatre, qui commencent durant la grossesse. Le nombre de séances rapporté pour le traitement de l'IU était quant à lui représentatif de la pratique clinique selon les comités. Par conséquent, le nombre de séances en prévention périnatale a été adapté.

En bref

Le nombre de séances de REPP pour traiter les dysfonctions du plancher pelvien administrées par un professionnel qualifié varie, puisqu'il doit être personnalisé en fonction des besoins de chaque patiente. Jusqu'à 10 séances pourraient être suffisantes pour traiter certains problèmes comme l'IUE chez la femme adulte. Jusqu'à 4 séances de REPP en prévention prénatale et jusqu'à 7 séances de REPP en traitement postnatal pourraient être suffisantes.

11.1.4 Intensité du traitement

L'intensité du traitement peut prendre plusieurs formes. Il n'existe pas de définition standardisée d'un exercice de rééducation à haute ou basse intensité. En pratique, la notion d'intensité s'appuie sur des principes physiologiques de renforcement musculaire. Lorsque l'intensité est assez élevée, elle permet un renforcement musculaire. Dans le cas de l'activité physique, cela inclut également une notion de temps par semaine où l'on pratique, par exemple, une activité de modérée à vigoureuse [U.S. Department of Health and Human Services, 2018; ACSM, 2009]. Il est à noter que la notion d'intensité fait référence aux exercices qui sont pratiqués à domicile entre les séances supervisées par le physiothérapeute. Par conséquent, ces exercices ne doivent pas être confondus avec les séances où le physiothérapeute évalue la patiente et oriente les exercices en fonction de sa problématique et de ses besoins individuels.

Deux revues ont suggéré que les exercices des muscles du plancher pelvien devraient reposer, tout comme d'autres programmes d'entraînement, sur des principes généraux de renforcement musculaire [Titman *et al.*, 2019; Monteiro *et al.*, 2018]. Ces principes appliquent des effets d'hypertrophie musculaire et de coordination de contractions, dans le but de gérer les changements de pression. Selon l'American College of Sport Medicine (ACSM), les exercices de renforcement musculaire – tous les muscles, pas seulement ceux spécifiques au plancher pelvien – devraient tenir compte de la fréquence, de

l'intensité, de la durée et du type des contractions musculaires [ACSM, 2009]. Selon cette société, ces exercices devraient faire l'objet d'une évaluation et d'un programme adapté et individualisé. Il ne semble pas y avoir de durée spécifique recommandée pour le renforcement musculaire du plancher pelvien, mais les exercices visant à renforcer les muscles lors d'une activité physique devraient, selon cet organisme, être réalisés jusqu'à ce qu'il soit difficile de faire une autre répétition. Lorsque la résistance est employée pour la force musculaire, une seule série de 8 à 12 répétitions de chaque exercice est efficace, même si de 2 à 3 séries peuvent être plus profitables [U.S. Department of Health and Human Services, 2018; ACSM, 2009]. La force et l'endurance musculaire s'améliorent donc progressivement. Bien que le Collège américain mentionne que le progrès du renforcement musculaire est spécifique au type de muscle utilisé, il est également rapporté que les activités pour les groupes musculaires majeurs devraient être réalisées au moins deux fois par semaine [ACSM, 2009].

11.1.4.1 Fréquence de la pratique des exercices du plancher pelvien (supervisés ou non)

La notion d'intensité varie dans les études et elle peut être représentée par la fréquence avec laquelle les EPP sont réalisés pour renforcer les muscles. Elle implique une notion de fréquence hebdomadaire, et ne doit pas être confondue avec le nombre de séances supervisées par un professionnel où ce dernier évalue et adapte le traitement.

Aucune donnée évaluant l'efficacité de la REPP en fonction du nombre de séries ou de répétitions des contractions du plancher pelvien n'est disponible. Trois RS et méta-analyses ont abordé des concepts liés à la fréquence hebdomadaire des EPP chez les femmes inscrites à un programme de rééducation supervisé par un professionnel [Garcia-Sanchez *et al.*, 2019; Davenport *et al.*, 2018; Nie *et al.*, 2017] (tableau M-7, annexe M). Dans une RS avec méta-analyse, Garcia-Sanchez et ses collaborateurs [2019] ont comparé l'efficacité des EPP au moins trois jours par semaine versus moins de trois jours. Selon eux, les femmes atteintes d'IUE qui pratiquent les exercices trois fois ou plus par semaine auraient moins de pertes urinaires que celles qui les pratiquent moins de trois fois par semaine ($p = 0,05$) (tableau M-7, annexe M). Nie et ses collaborateurs [2017] ont comparé des études dans lesquelles la fréquence des séances d'EPP était qualifiée de haute (presque chaque jour) versus de basse fréquence (deux ou trois fois par semaine). Ils ont conclu que la pratique régulière des EPP peut diminuer la fréquence de l'IU, et que les exercices à haute fréquence semblent associés à une efficacité accrue. Ils n'ont pas démontré de différence statistiquement significative entre les sous-groupes ($p = 0,11$). En revanche, ils ont inclus des études dans lesquelles des EPP étaient pratiqués trois fois par semaine dans les deux groupes de haute et basse fréquence, ce qui pourrait faire sous-estimer la différence entre les groupes [Nie *et al.*, 2017] (tableau M-7, annexe M). La majorité des études incluses dans la revue de Nie [2017] étant quasi-expérimentales, cette revue pourrait présenter des problèmes de validité externe. Finalement, Davenport et ses collaborateurs [2018] ont réalisé une analyse dose-réponse pour l'intensité et la durée de la REPP sur les symptômes urinaires chez les femmes enceintes avec ou sans IU. Ils rapportent que le seuil minimal pour obtenir un effet cliniquement significatif (25 % de réduction de l'IU prénatale)

équivalait à 27,2 minutes par séance, 4 jours par semaine [Davenport *et al.*, 2018] (tableau M-7, annexe M). En revanche, cette étude est spécifique à une population prénatale, et les analyses de l'intensité ne détaillent ni le nombre d'études ni la population spécifique [Davenport *et al.*, 2018].

11.1.4.1.1 Résultats des guides de pratique clinique

Le guide de l'European Association of Urology recommande, avec un niveau de preuve élevé, que la REPP réalisée chez les femmes adultes, en pré ou en post-partum, pour le traitement de l'IU soit la plus intensive possible – impliquant un nombre plus élevé de séances supervisées et d'exercices de contractions maximales [Harding *et al.*, 2022] (tableau M-8, annexe M). Selon eux, les avantages d'une rééducation qui implique des EPP intensifs peuvent être maintenus à long terme. Il est également énoncé dans le guide canadien des obstétriciens et gynécologues que la REPP est plus efficace lorsqu'elle est intensive [Dufour et Wu, 2020]. Même si peu de guides le mentionnent, il semble tout de même qu'il serait préférable de recommander une REPP impliquant des EPP intensifs pour viser une meilleure efficacité de ces exercices.

En bref

Il existe une grande hétérogénéité dans les définitions de l'intensité du traitement. Un des moyens pour évaluer cette intensité est la fréquence hebdomadaire des EPP. Une intervention de REPP entraîne une plus grande amélioration des symptômes de l'IU si elle est intensive (impliquant des EPP pratiqués plusieurs fois par semaine). Ces résultats sont également appuyés par les GPC qui recommandent que l'intervention soit toujours la plus intensive possible dans le traitement de l'IU chez toutes les femmes, enceintes ou pas.

11.1.5 Considérations sur les modalités d'application de la rééducation périnéale et pelvienne

Tous les paramètres des modalités d'application de REPP peuvent être interreliés et influencer les uns sur les autres. En effet, un traitement de rééducation qui dure 12 semaines, mais qui est pratiqué de manière non supervisée mais intensive, peut donner des résultats différents de ceux d'un traitement de la même durée, supervisé mais très peu intensif. Par conséquent, il faut considérer les modalités d'application de cette intervention comme un ensemble. D'autres facteurs peuvent influencer sur l'efficacité de la rééducation. L'adhésion au traitement est souvent rapportée comme un facteur majeur qui influe sur l'efficacité, particulièrement dans les interventions comme la physiothérapie. Même avec un programme adéquat (intensif et supervisé), il est important que les patientes adhèrent au traitement et fassent les exercices recommandés. D'ailleurs, une meilleure supervision est souvent associée à une meilleure adhésion au traitement [Brown *et al.*, 2020].

11.2 Modalités de l'offre de rééducation périnéale et pelvienne

Une revue exploratoire de la littérature et les discussions avec les membres des comités ont mis en lumière plusieurs modalités d'offre de REPP, y compris les séances de groupe, la téléadaptation et la participation de divers professionnels de la santé à l'activité de rééducation.

11.2.1 Séances de groupe versus individuelles

La REPP supervisée peut être réalisée par des séances individuelles ou des séances de groupe. Une séance, seule ou en groupe, implique initialement une évaluation individuelle de la force du plancher pelvien par un professionnel qualifié [Dumoulin *et al.*, 2020]. Les séances de groupe sont des interventions en groupes variant de 5 à 10 femmes sous la supervision du professionnel [Dumoulin *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2011; Konstantinidou *et al.*, 2007; Janssen *et al.*, 2001].

Des revues ont suggéré que les interventions de groupe peuvent améliorer l'accès à la REPP, son efficience, mais également la promotion des changements de comportements [Brennen *et al.*, 2021; Paiva *et al.*, 2017]. Par le soutien des pairs et les interactions, cela a pour effet d'augmenter la motivation en réduisant la stigmatisation et l'isolement de certaines populations [Cook, 2001]. Il faut toutefois être prudent, car les données disponibles sont collectées dans le cadre de recherches dans des contextes contrôlés et impliquant la participation de patientes présélectionnées. Par conséquent, un plus grand nombre de données sont nécessaires pour juger de l'applicabilité de ces résultats à un contexte clinique local.

Chez les femmes adultes, une RS avec méta-analyse a comparé l'effet de la REPP en séances de groupe versus individuelles dans le traitement de l'IU [Paiva *et al.*, 2017]. Elle a inclus cinq ECR (727 femmes) qui ont reçu de la REPP une à deux fois par semaine durant une période de trois semaines à trois mois. La méta-analyse n'a pas démontré de différence dans l'amélioration des symptômes de l'IU ($p = 0,37$) entre des séances individuelles ou en groupe. Cette analyse ne présentait pas d'hétérogénéité statistique. Les auteurs expliquent cette absence de différence entre les groupes par le fait que la rééducation lors des deux interventions était supervisée par un physiothérapeute [Paiva *et al.*, 2017]. Ces résultats sont toutefois limités par la faible qualité des études incluses et le manque d'uniformité dans l'application des exercices (p. ex. force et temps des contractions) entre les études.

Les séances de groupe peuvent également être tenues en période périnatale. Une RS avec méta-analyse a démontré que la REPP en groupe durant la grossesse est efficace pour la réduction des risques d'UI chez une population mixte (prévention ou traitement de l'IU) [Brennen *et al.*, 2021]. Cette revue ne compare cependant pas l'efficacité des séances de groupe et individuelles, et elle ne rapporte pas de données pour le traitement par la rééducation en période postnatale.

Au Québec, un ECR par Dumoulin et ses collaborateurs [2020] a comparé des séances de groupe à des séances individuelles chez des femmes âgées de plus de 60 ans. Cette étude portant sur 362 femmes présente des résultats cohérents avec ceux de la méta-analyse de Paiva [2017], qui suggèrent la non-infériorité des séances supervisées de groupe aux séances individuelles dans le traitement de l'IU chez la femme âgée de plus de 60 ans [Dumoulin *et al.*, 2020].

11.2.1.1 Perspective des comités sur les séances de groupe

Les patientes et les experts du comité consultatif ont soulevé plusieurs préoccupations face aux séances de groupe. Malgré son attrait, il ressort des consultations effectuées que ce genre de traitement ne s'applique pas à toutes les populations et que l'intérêt de la clientèle cible peut être partagé. L'accompagnement de participantes qui vivent les mêmes problématiques semble être un motivateur pour certaines. D'un autre côté, le partage de l'information et de techniques considérées comme privées peut empêcher d'autres femmes de participer à des séances de groupe. Il semble consensuel que les séances de groupe doivent s'adresser à une clientèle particulière, généralement avec des niveaux de sévérité faible d'IU. Dans ce type de traitement, les patientes sont jumelées avec d'autres patientes qui ont des problèmes similaires qui sont traités de la même manière. De plus, une évaluation manuelle individuelle doit être faite par un professionnel pour s'assurer que la femme est en mesure de contracter adéquatement les muscles de son plancher pelvien. Finalement, dans le contexte québécois, il semble que l'accessibilité des séances de REPP de groupe soit très limitée. Ces séances demeurent tout de même intéressantes du point de vue des parties dans l'optique de rendre les traitements de rééducation accessibles à plus de personnes et à un moindre coût.

11.2.2 Téléréadaptation

Bien que présente depuis plusieurs années, la télémédecine a été propulsée avec l'arrivée de la pandémie en 2020, et dans de nombreux domaines, y compris celui de la REPP [Da Mata *et al.*, 2021; Russell, 2009]. Une RS de littérature récente a évalué les pratiques et l'efficacité de la téléréadaptation sur la réhabilitation des dysfonctions du plancher pelvien [Da Mata *et al.*, 2021]. Les auteurs ont inclus quatre références concernant deux études, une comparant la téléréadaptation à des traitements en face à face, une autre comparant la téléréadaptation à un programme « postal » (instructions de REPP envoyées par la poste). Aucune des deux comparaisons n'a démontré de différence entre les traitements sur l'amélioration des symptômes de l'IU. Cependant, l'étude suédoise a rapporté une amélioration du point de vue de la guérison, une diminution de l'utilisation de serviettes d'incontinence, l'augmentation de la satisfaction et de la qualité de vie avec une intervention de téléréadaptation comparativement au programme envoyé par la poste. Par conséquent, les auteurs concluent que la REPP réalisée par téléréadaptation est une option intéressante pour le traitement de certaines conditions comme l'IU [Da Mata *et al.*, 2021].

Il est également suggéré que la téléconsultation est une avancée technologique qui facilite la communication entre un professionnel de la santé et son patient [Da Mata *et al.*, 2021]. Elle a le potentiel de joindre des femmes qui vivent dans des régions éloignées et qui n'ont pas accès aux mêmes soins. Avant de commencer un traitement de REPP, il est cependant suggéré que la femme ait minimalement une évaluation digitale de son plancher pelvien afin de connaître sa situation et de s'assurer qu'elle pourra le contracter adéquatement [Dufour et Wu, 2020; Russell, 2009]. Des outils de rétroaction biologique sont à la disposition des thérapeutes pour les aider dans la téléreadaptation. Cependant, cela ne paraît pas être la norme, et il ne semble pas y avoir de consensus concernant les moyens de pallier les lacunes de cette évaluation [Da Mata *et al.*, 2021].

Bien que la téléreadaptation semble prometteuse pour le traitement et la prévention de l'IU, son efficacité n'a pas été analysée dans le cadre de ce document. Des études récentes de bonne qualité et en plus grand nombre sont également nécessaires pour répertorier les meilleures modalités d'offre de la REPP. Plusieurs facteurs peuvent par ailleurs influencer sur l'applicabilité ou l'efficacité de cette modalité comme la population, le type de dysfonction, la sévérité de la condition ou l'âge des femmes. Sans compter que la qualité du traitement devrait également être modulée par les facteurs médiateurs nommés précédemment, notamment la supervision, l'intensité, le nombre de séances ou la durée du traitement.

11.2.2.1 Type de téléreadaptation

Plusieurs types de téléreadaptation sont disponibles pour la REPP, y compris des séances individuelles avec un professionnel, des vidéos ou programmes préétablis ou des applications mobiles. Des outils technologiques comme des dispositifs (sondes) vaginaux connectés sont également à la disposition des femmes et de leur thérapeute pour les aider dans leur traitement [Bertuit *et al.*, 2020; Russell, 2009]. Une RS qui a inclus tous ces types de téléreadaptation rapporte une amélioration des symptômes de l'IU après l'exercice comparativement à avant, peu importe le type de prise en charge (Internet, mobile avec ou sans dispositif), et que ces résultats sont observables à long terme [Bertuit *et al.*, 2020]. Ses auteurs indiquent également que cette prise en charge offre de meilleurs résultats que l'absence de prise en charge. Il n'est cependant pas facile de préciser à quel point ce type de traitement est équivalent à celui réalisé avec un programme conventionnel impliquant des séances supervisées par un physiothérapeute [Bertuit *et al.*, 2020].

Bien que plusieurs limites soient présentes dans ces études, notamment pour ce qui est du comparateur ou de l'hétérogénéité dans le traitement, elles mettent en évidence la pertinence de ce type d'approche pour traiter l'IU chez la femme. En plus de l'accessibilité, un des avantages soulevés de la téléreadaptation est que celle-ci favorise l'adhésion au traitement et son observance [Bertuit *et al.*, 2020]. En outre, plusieurs stratégies comprenant l'utilisation d'alarmes, de rappels, de même que l'aspect ludique des applications ou des sites Web sont des stratégies qui pourraient améliorer l'observance.

11.2.2.2 Perspective des comités sur la téléadaptation

Les patientes et certains experts du comité consultatif ont soulevé des enjeux similaires à ceux recensés dans la littérature, comme des inquiétudes liées au besoin d'évaluation physique des patientes. Ils ont souligné l'importance de l'évaluation manuelle de la patiente, puisqu'elle permet de déterminer si elle est une bonne candidate à ce genre de traitement. Il en ressort que, malgré les enjeux liés à l'évaluation de la patiente et aux types des dysfonctions qui sont traitées, cette avenue peut être intéressante pour le traitement des patientes qui normalement auraient difficilement accès à ce type de soins, comme celles qui habitent en région éloignée.

11.2.3 Type de professionnel

Le type de professionnel habilité à pratiquer la REPP varie d'une autorité à l'autre. Dans certains pays, des infirmières praticiennes ou spécialistes reçoivent une formation pour traiter les dysfonctions du plancher pelvien [Dufour *et al.*, 2019]. En France, notamment, en plus des kinésithérapeutes (l'équivalent des physiothérapeutes), les sages-femmes sont généralement celles qui enseignent la rééducation pendant et après un accouchement³⁷. Aucune revue ou étude ne semble avoir comparé les effets ou l'efficacité de la REPP selon le type de professionnel concerné. Il est rapporté qu'en Ontario les physiothérapeutes et infirmières sont les dispensateurs de soins conservateurs pour la santé pelvienne et périnéale [Dufour *et al.*, 2019].

11.2.3.1 Perspective des comités sur le type de professionnel

Les membres présents lors des travaux du comité consultatif ont réitéré qu'au Québec seuls les physiothérapeutes avaient l'expertise pour réaliser la REPP. Même si les médecins et les infirmières ont le droit de procéder à des touchers vaginaux et que plusieurs professionnels peuvent conseiller aux femmes de faire des EPP, communément appelés de Kegels, seuls les physiothérapeutes ont la formation pour pratiquer la rééducation. D'après l'Ordre des professionnels en physiothérapie, des travaux pour établir un référentiel de compétences en REPP sont en cours.

Puisqu'il pourrait y avoir une augmentation de la demande avec une offre de services limitée, il a été soulevé que d'autres types de professionnels, notamment les sages-femmes, pourraient contribuer à la prise en charge de l'IU. Ces professionnelles, tout comme les médecins et les infirmières, pourraient contribuer à l'évaluation du plancher pelvien et ainsi aider les physiothérapeutes à prendre en charge les femmes. Au Québec, des technologues en physiothérapie sont également en mesure d'aider et de soutenir la prise en charge de la personne lorsque celle-ci a déjà consulté et été évaluée par le physiothérapeute ou le médecin. Cependant, ce genre d'avancée doit être considéré avec prudence, car la REPP est un acte réservé aux physiothérapeutes, qui nécessite une formation spécifique. Le comité de suivi était également en faveur de la participation de plusieurs types de professionnels à la prise en charge de l'IU.

³⁷ Remboursement incontinence urinaire par la sécurité sociale [site Web]. Disponible à : <https://www.mdm-france.com/prise-en-charge-secu.html> (consulté le 24 mars 2021).

Cette participation, sans remplacer celle des physiothérapeutes, s'intégrerait dans une collaboration interdisciplinaire. Les médecins, sages-femmes et infirmières pourraient également collaborer davantage à d'autres tâches connexes, sans pratiquer la rééducation. Par exemple, ils pourraient orienter des femmes vers les services appropriés ou donner des conseils sur la modification des habitudes de vie pour la prévention ou le traitement de l'IU.

En bref

- Les séances de groupe semblent prometteuses pour offrir de la REPP à un plus grand nombre de femmes.
- La téléadaptation ou la participation de plusieurs types de professionnels via une approche interdisciplinaire pourraient aussi favoriser l'implantation de la REPP.

12 RÉSULTATS ET PERSPECTIVE DES PATIENTES

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

12.1 Résultats sommaires de la revue de la littérature

La revue de la littérature avait pour objectif de repérer des études qui explorent l'expérience de soins et l'impact de la REPP sur la qualité de vie des femmes qui présentent des dysfonctions du plancher pelvien et celle de leurs proches. Certaines études ont exploré les attitudes, les perceptions et la connaissance des femmes concernant les dysfonctions et la REPP, et les défis d'implantation d'un programme de rééducation ou les facteurs d'adhésion au traitement. Au total, 1 285 enregistrements publiés entre 2015 et 2020 ont été répertoriés dans les bases de données. De ce nombre, 18 articles à devis qualitatif, quantitatif ou mixte ont été retenus [Grant et Currie, 2020; Rada *et al.*, 2020; Reed *et al.*, 2020; Sacomori *et al.*, 2020a; Sacomori *et al.*, 2020b; Salmon *et al.*, 2020; Temtanakitpaisan *et al.*, 2020; Terry *et al.*, 2020; Muhammad *et al.*, 2019; Reynolds et Wilson, 2019; Venegas *et al.*, 2018; Dickinson et Briscoe, 2017; Osborne *et al.*, 2017; Te West *et al.*, 2017; Wagg *et al.*, 2017; Zoorob *et al.*, 2017; Hay-Smith *et al.*, 2015; Moossdorff-Steinhauser *et al.*, 2015] (figure C-3, annexe C). Les résultats sommaires de la revue sont présentés dans les sections suivantes, et discutés en parallèle avec les données issues de la consultation au Québec.

12.2 Résultats sommaires de la consultation au Québec

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

- La majorité des femmes présentaient des symptômes d'IU (70 %), suivis de douleur périnéale et pelvienne (30 %) et de troubles de la fonction sexuelle (30 %) (catégories non mutuellement exclusives);
- Les femmes présentaient en moyenne deux conditions cliniques (p. ex. IU avec douleurs);

- La majorité des femmes ressentait les symptômes hebdomadairement (30 %), c.-à.-d. à quelques reprises durant la semaine mais pas tous les jours, ou quotidiennement (20 %).

Parmi les répondantes, 79 % ont rapporté avoir déjà consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour discuter de leurs symptômes ou de leur condition. Parmi ces répondantes, 11 % ont souligné avoir eu de la difficulté à aborder le sujet avec la personne consultée.

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

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

Bien que la grande majorité des répondantes qui ont discuté de leur problème avec un médecin ou un autre professionnel de la santé aient été orientées vers un traitement de REPP, plusieurs femmes rapportent un manque de connaissance de la part des cliniciens et professionnels de la santé à l'égard de l'IU et de la REPP et une minimisation (ou banalisation) des symptômes, ce qui peut, selon elles, retarder une bonne prise en charge et aggraver leur condition. Puisque l'offre en REPP dans le réseau public au Québec est très limitée, que les frais ne sont pas toujours remboursés par les assurances privées et qu'on rapporte des délais d'attente importants dans certaines régions pour obtenir un premier rendez-vous en clinique privée, plusieurs femmes ont mentionné ne pas avoir pu se prévaloir de cette rééducation pour prévenir ou traiter leur IU.

Enfin, 62 % des répondantes (n = 227) ont déjà reçu ou recevaient durant la consultation des traitements de REPP en prévention ou pour soulager des symptômes liés à l'IU et à d'autres dysfonctions.

12.3 Perspective générale des femmes en lien avec l'incontinence urinaire et la rééducation périnéale et pelvienne

12.3.1 Impact de l'incontinence urinaire

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

12.3.2 Connaissance de l'incontinence urinaire et de la rééducation périnéale et pelvienne et expérience de soins

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

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

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

12.3.3 Perception face à la rééducation périnéale et pelvienne

La grande majorité des femmes québécoises consultées ainsi que les femmes interrogées dans les études scientifiques rapportent le grand avantage de la REPP. Selon elles, celle-ci permettrait de prévenir l'apparition ou l'aggravation de symptômes de dysfonction du plancher pelvien, entre autres l'IU, et de traiter les symptômes pour améliorer le bien-être au quotidien. Elle permettrait aussi le contrôle spécifique du muscle du plancher pelvien, la gestion d'autres symptômes associés tels que la douleur pelvienne, de reprendre rapidement ses activités quotidiennes, de faciliter l'accouchement et de réduire les traumatismes induits durant l'accouchement. Parallèlement, la rééducation permettrait aux femmes de mieux connaître leur corps et ses besoins, et d'avoir des outils pour se prendre en charge seules à la maison (à long terme) si un nouvel épisode d'IU devait survenir.

12.3.4 Obstacles et facilitateurs de la rééducation périnéale et pelvienne

Plusieurs femmes interrogées dans la littérature ont souligné l'importance de discuter davantage des bienfaits globaux de la REPP et de susciter l'intérêt envers cette approche thérapeutique dans la société pour encourager les femmes à demander de l'aide au besoin et mieux prévenir ou traiter les dysfonctions du plancher pelvien. Parallèlement, selon les femmes consultées au Québec, le manque d'information sur cette rééducation et la méconnaissance du corps féminin, de la zone génitale et des muscles associés, surtout chez les femmes qui ont une première grossesse ou sont issues de milieux défavorisés, sont des barrières importantes à une première consultation avec un professionnel de la santé ou à l'adhésion à la REPP. Les femmes consultées rapportent aussi que les coûts associés aux traitements, la longue liste

d'attente pour obtenir un premier rendez-vous, le manque de temps, souvent, avec un jeune enfant et le temps que requiert chaque rendez-vous (déplacement pour se rendre à la clinique) sont des obstacles importants à l'adhésion à la rééducation. La perte de motivation et le découragement, surtout s'il n'y a pas d'amélioration de la condition, la fatigue et l'oubli de faire les exercices sont d'autres obstacles à l'adhésion soulignés par les femmes. Le soutien du conjoint, de la famille et de professionnels de la santé est souhaité. Cependant, certains éléments faciliteraient l'adhésion au traitement, comme

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

12.3.5 Accessibilité et qualité des services

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

- une meilleure sensibilisation du public et des femmes concernées, et parallèlement des médecins et professionnels de la santé en ce qui concerne les dysfonctions du plancher pelvien et la REPP;
- une meilleure prise en charge durant la période périnatale, par exemple être suivie par une équipe interdisciplinaire impliquant l'action des physiothérapeutes spécialisés en rééducation;
- une meilleure offre de services en général (prévention primaire et secondaire) et lorsqu'un traitement est requis (par exemple durant la période postnatale);
- la diminution des coûts des traitements (pour une meilleure équité);
- l'accès plus facile à des physiothérapeutes formés en REPP.

12.3.6 Pistes de solution pour mieux répondre aux besoins des personnes à risque ou touchées par les dysfonctions du plancher pelvien (y compris l'incontinence urinaire)

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

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

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

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

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

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

12.4 Forces et limites

La méthode de consultation employée dans cet avis ainsi que la littérature en parallèle avaient pour but de recueillir des données contextuelles et expérientielles auprès des personnes concernées par la problématique afin de relever les principaux enjeux cliniques et organisationnels associés à l'implantation d'un programme de remboursement de la REPP au Québec. Les données recueillies démontrent une perspective majoritairement favorable à cet égard, et également en ce qui a trait à l'impact de la rééducation sur la qualité de vie liée à la santé des femmes à risque ou qui souffrent d'IU. En ce qui concerne la consultation en ligne précisément, la méthode appliquée a permis de joindre un nombre substantiel de répondantes dans plusieurs régions du Québec, et d'obtenir une riche information pour répondre aux questions d'évaluation. Cependant, l'analyse descriptive a démontré un biais de représentation des femmes concernées par l'IU. En effet, une grande proportion des femmes qui ont participé à la consultation avaient un niveau d'éducation élevé, travaillaient dans le milieu de la santé ou étaient déjà sensibilisées aux conséquences de l'IU et étaient favorables à la REPP. Par conséquent, les données recueillies ne sont qu'à titre informatif. Malgré cela, nous jugeons que nous avons rencontré un nombre suffisant de personnes concernées par la problématique pour recueillir un consensus de constats, d'idées et/ou de questions par rapport à l'IU et à la REPP, d'autant plus que l'approche d'analyse préconisée dans cet avis a permis d'obtenir une certaine profondeur dans les propos des répondantes et de confirmer les données avec la revue de la littérature scientifique [Creswell, 1998; Morse, 1994].

En bref

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

13 ENJEUX ORGANISATIONNELS

Plusieurs enjeux ont été soulignés par les comités au regard de l'offre de services, de la formation, des professionnels engagés dans la prise en charge de l'incontinence urinaire (IU) de même que du partage de l'information et du transfert des connaissances.

La préoccupation principale relevée concerne le nombre important de femmes qui pourraient se prévaloir de cette offre de services dans un contexte de ressources professionnelles formées limitées. Un programme de formation en rééducation périnéale et pelvienne (REPP), destiné aux physiothérapeutes, offert par une seule université (Université de Montréal), a une capacité d'accueil limitée (25 étudiants avant 2020, 36 depuis 2021)³⁸. Certains organismes privés, au Québec ou ailleurs (Ontario, États-Unis), proposent également des formations en rééducation accessibles aux physiothérapeutes. Il n'est cependant pas possible d'estimer le nombre de physiothérapeutes formés annuellement. Il est donc peu probable que le nombre de professionnels qualifiés puisse être bonifié de façon suffisamment importante pour absorber l'augmentation de la demande qui surviendrait si la REPP était remboursée, du moins à court terme. Ce problème d'accès pourrait être particulièrement exacerbé dans certaines régions, notamment les régions éloignées des grands centres.

Des patientes et des experts du domaine présents aux travaux du comité consultatif ont mentionné d'autres modalités de soutien à l'implantation comme avenues d'intérêt futures. À titre informatif, il a été rapporté qu'en Gaspésie un projet sur la REPP a été créé pour augmenter le nombre de thérapeutes qui pourraient offrir ce service.

Une physiothérapeute est allée donner une formation (deux jours en ligne, deux jours sur place) à quatre physiothérapeutes de la région de Gaspé afin qu'ils puissent traiter les femmes atteintes d'IU et de dyspareunie. Cette initiative amorcée par un physiothérapeute travaillant dans le secteur public a été appuyée, et les frais ont été payés par le CIUSSS régional. Bien que les physiothérapeutes doivent suivre des cours additionnels pour traiter d'autres populations et d'autres dysfonctions, cette initiative a permis à un plus grand nombre de professionnels du réseau public d'offrir de la REPP, contribuant ainsi à l'augmentation de l'offre de services dans une région moins bien servie.

Plusieurs membres des comités ont souligné un besoin de formation de divers professionnels concernant l'évaluation du plancher pelvien, tout en tenant compte des actes réservés. En ce qui les concerne, l'accès aux traitements de l'IU pourrait être bonifié par la participation de plusieurs types de professionnels, et en plus grand nombre. Ces derniers pourraient participer au partage des tâches, à la complémentarité et aux approches interdisciplinaires.

³⁸ Université de Montréal. *Microprogramme de 2^e cycle en rééducation périnéale et pelvienne en physiothérapie de l'UdeM : une 10^e cohorte au Canada!* [site Web]. Disponible à : <https://readaptation.umontreal.ca/2021/05/13/microprogramme-de-2ieme-cycle-en-reeducation-perineale-et-pelvienne-en-physiotherapie-de-ludem-une-10ieme-cohorte-au-canada/> (consulté le 24 mai 2022).

Il a également été rapporté par les experts que certains modèles pourraient améliorer la prise en charge et la trajectoire de soins des patientes qui ont besoin de services de physiothérapie. Dans une optique où les systèmes font face à des pénuries de personnel et à une augmentation des coûts, l'optimisation des ressources serait un avantage [Brennen *et al.*, 2019]. Les experts ont mentionné une étude australienne qui a développé un modèle de soins avancés de santé de la femme où une patiente passe par un processus de triage au sein d'une clinique d'évaluation de la continence [Brennen *et al.*, 2019]. Une équipe multidisciplinaire de professionnels comprenant des gynécologues, urogynécologues et physiothérapeutes s'assure que la patiente est dirigée vers les soins appropriés en fonction de ses besoins [Brennen *et al.*, 2019]. Cette étude a démontré que le modèle était efficace en termes de coûts et de temps, et les patientes ont manifesté une grande satisfaction.

Finalement, les membres des comités ont rapporté un besoin d'outils de transfert de connaissances et d'information pour les patientes et les professionnels, impliquant la participation de plusieurs médias (feuillet, moyens technologiques, guides aux patientes, cours prénataux) pour soutenir la prise en charge de l'IU. Il a été souligné, lors des travaux des comités, que ces outils pourraient être d'autant plus pertinents pour des populations périnatales, particulièrement les femmes enceintes. Ces femmes, compte tenu de leur jeunesse, pourraient grandement bénéficier d'une approche préventive qui tiendrait compte des avantages potentiels à long terme.

En bref

Divers enjeux organisationnels ont été soulevés :

- Le nombre important de femmes qui pourraient se prévaloir de la REPP.
- L'offre de services limitée, impliquant la participation d'un nombre restreint de professionnels disponibles et un nombre limité d'étudiants en REPP.
- L'accessibilité variable selon les régions du Québec.
- Le besoin d'outils de transfert des connaissances pour les professionnels et les femmes, par exemple par la promotion des changements de comportements au regard de l'IU.
- Le besoin d'une approche interdisciplinaire impliquant la participation d'un plus grand nombre de professionnels pour la prise en charge de l'IU.

14 RÉSULTATS DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE

Une analyse économique a été réalisée pour les populations pour lesquelles l'efficacité et l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP) ont été démontrées sur la base des énoncés de preuve élaborés par l'INESSS. Ces populations d'intérêt sont : 1) les femmes enceintes continentales; 2) les femmes en période post-partum souffrant d'incontinence urinaire (IU) et 3) les femmes adultes (y compris les femmes âgées de 55 ans et plus) souffrant d'IU. Les résultats sont tirés de l'analyse de la littérature économique portant sur l'efficacité de la REPP repérée lors de la recherche documentaire (annexe C), ainsi que d'une analyse d'impact budgétaire réalisée par l'INESSS qui tient compte des coûts liés à une offre de remboursement public de la rééducation à ces populations.

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

14.1.1 Rééducation périnéale et pelvienne périnatale pour la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire

La revue de la littérature a permis de repérer un article qui a évalué l'efficacité de la REPP pour la prévention ou le traitement de l'IU chez les femmes en périnatalité [Brennen *et al.*, 2021]. Les résultats de l'évaluation de la qualité de cette étude, réalisée à l'aide de la grille *Critical Appraisal Skills Programme*® (CASP), ainsi que ses principales caractéristiques et conclusions sont présentés à l'annexe N et à l'annexe O (tableau O-1), respectivement. Les coûts sont en dollars canadiens de 2021³⁹.

L'étude de Brennen [2021] avait, entre autres, pour objectif de comparer l'efficacité de trois stratégies de REPP⁴⁰ chez les femmes enceintes ou qui avaient accouché au cours des trois derniers mois, soit 1) la rééducation périnatale individuelle (5 séances) en prévention de l'IU, 2) la rééducation périnatale en groupe (12 séances) en prévention de l'IU et 3) la rééducation postnatale individuelle (cinq séances) en traitement de l'IU. L'analyse a tenu compte des coûts directs des soins de santé (visites et fournitures médicales) ainsi que des avantages pour la santé, estimés à partir du nombre de sujets à traiter pour éviter un cas d'IU, sur un horizon temporel de trois mois.

³⁹ Les coûts rapportés dans les études repérées ont été convertis et ajustés au moyen de l'outil de conversion CCEMG-EPPI-Centre Cost Converter [Shemilt *et al.*, 2010].

⁴⁰ Brennen et ses collaborateurs [2021] ont également évalué l'efficacité de la REPP postnatale (6 séances) en prévention ou en traitement de l'incontinence fécale (population mixte). Les résultats concernant cette intervention ne sont pas présentés dans le présent avis.

L'efficacité des interventions a été estimée par méta-analyse, à partir de la revue systématique Cochrane de Woodley [2017]⁴¹. Les coûts ont été extraits de la littérature et de l'information fournie par des cliniques médicales et par des associations professionnelles en santé.

Les ratios coût-efficacité incrémentaux de la REPP prénatale individuelle en visée préventive et de la rééducation postnatale individuelle en traitement de l'IU ont été estimés à 768 AUD (668 \$ CA) et 1 970 AUD (1 714 \$ CA) par cas d'incontinence évité, respectivement. Lorsqu'elles sont comparées, la rééducation prénatale individuelle en prévention de l'IU serait dominante (moins chère et plus efficace) par rapport à la rééducation postnatale individuelle en traitement de l'IU, permettant ainsi une réduction des coûts par cas d'incontinence évité de 1 202 AUD (1 046 \$ CA). En tenant compte du nombre médian de participantes par groupe dans les études primaires incluses dans la méta-analyse (10 participantes), il est estimé que la REPP prénatale réalisée en groupe à visée préventive pourrait permettre une réduction des coûts par cas d'incontinence évité par rapport aux autres types de rééducation évalués.

L'étude de Brennen [2021] est jugée de bonne qualité méthodologique. Les résultats de santé anticipés avec les interventions et les coûts dont on a tenu compte dans l'étude semblent adéquats dans le contexte clinique du Québec. Bien que la proportion des coûts des séances de REPP assumée par les femmes participantes (9 \$ CA par séance) pourrait ne pas être transposable au contexte québécois, les résultats sur l'efficacité étaient peu sensibles aux variations de ce paramètre dans les analyses de sensibilité. Ainsi, si l'on devait faire l'analyse de l'efficacité de cette rééducation prénatale pour la prévention de l'IU et de la rééducation postnatale pour le traitement de l'IU chez les femmes en périnatalité au Québec, il semble raisonnable d'anticiper des résultats similaires à ceux rapportés dans cette étude. Les résultats sur l'efficacité concernant la rééducation prénatale pour la prévention de l'IU réalisée en groupe sont également crédibles, mais plusieurs préoccupations concernant cette stratégie d'implantation ont été soulevées par les patientes et les professionnelles de la santé présentes lors des travaux du comité consultatif ([section 11.2.1.1](#)).

L'étude de Brennen [2021] comporte certaines limites. Les auteurs n'ont pas quantifié l'impact de l'incertitude associée aux données relatives à l'efficacité sur les ratios coût-efficacité incrémentaux rapportés. Les conclusions sur l'efficacité demeurent ainsi conditionnelles au fait que l'efficacité pratique des interventions correspondra aux valeurs examinées dans l'étude. L'horizon temporel (trois mois) employé pour calculer les avantages pour la santé et les coûts associés aux interventions étudiées semble également court compte tenu de la condition de santé qui peut toucher la vie d'une femme au-delà de cet horizon temporel.

⁴¹ Les études de la RS de Woodley [2017] ont été incluses dans la méta-analyse selon les critères suivants : données suffisantes (effet et intervalle de confiance à 95 %), résultats rapportés en termes de risque d'IU/d'IF ou d'impact sur la qualité de vie, résultats d'intérêt mesurés en période postnatale, définition de l'intervention suffisamment détaillée et effet clinique de l'intervention statistiquement significatif.

14.1.2 Rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes (y compris les femmes âgées de 55 ans et plus)

La recherche documentaire a permis de repérer cinq publications dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité de la REPP pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort (IUE) chez des femmes adultes [HQO, 2021; Simpson *et al.*, 2019; Von Bargen et Patterson, 2015; Richardson et Sokol, 2014; Imamura *et al.*, 2010]. Aucune évaluation économique relatant l'efficacité de cette rééducation pour le traitement de femmes adultes souffrant d'incontinence urinaire par urgenturie (IUU) (avec ou sans hyperactivité vésicale [HAV]) ou d'incontinence urinaire mixte (IUM) n'a été repérée. Parmi les études recensées, trois ont été publiées sous forme d'articles scientifiques [Simpson *et al.*, 2019; Von Bargen et Patterson, 2015; Richardson et Sokol, 2014], et deux ont été publiées dans des rapports d'évaluation des technologies de la santé (ETS) [HQO, 2021; Imamura *et al.*, 2010]. Deux des documents repérés sont canadiens [HQO, 2021; Simpson *et al.*, 2019], deux ont été publiés aux États-Unis [Von Bargen et Patterson, 2015; Richardson et Sokol, 2014] et une étude a été menée au Royaume-Uni [Imamura *et al.*, 2010]. Leurs principales caractéristiques et conclusions sont résumées à l'annexe O (tableau O-2). Les coûts sont présentés en dollars canadiens de 2021⁴². Les résultats de l'évaluation de la qualité des analyses économiques repérées, réalisée à l'aide de la grille *Critical Appraisal Skills Programme*®, sont présentés à l'annexe N.

L'évaluation de la qualité des études de Richardson et Sokol [2014], de Von Bargen et Patterson [2015] et de Simpson et ses collaborateurs [2019] a permis de repérer différents enjeux qui limitent la transférabilité de leurs résultats au contexte clinique du Québec. Richardson et Sokol [2014] et Von Bargen et Patterson [2015] ont évalué l'efficacité de la REPP pour le traitement de l'IUE chez les femmes adultes comparativement à une intervention chirurgicale (bandelette sous-urétrale), alors que cette dernière ne constitue pas un comparateur adéquat. En effet, selon les experts consultés dans le cadre des présents travaux, cette intervention est généralement réalisée à un niveau de traitement subséquent à celui de la REPP, étant donné son haut risque de complications. D'ailleurs, les modèles développés par Richardson et Sokol [2014] et par Von Bargen et Patterson [2015] n'intègrent aucune désutilité dans la documentation de l'impact de ces complications sur la qualité de vie des femmes adultes, ce qui pourrait avoir une incidence importante sur les résultats rapportés sur l'efficacité. L'analyse de Simpson [2019] présente, quant à elle, certaines lacunes relativement à l'identification et à la quantification des avantages pour la santé et des coûts associés aux interventions étudiées. En effet, l'exclusion de certains coûts pertinents ainsi que quelques hypothèses concernant les avantages cliniques associés aux comparateurs considérés peuvent être critiquées. Puisque ces trois études ont été jugées non transférables au contexte québécois, leurs résultats ne sont pas abordés dans cette section. Elles sont décrites à l'annexe P.

⁴² Les coûts rapportés dans les études repérées ont été convertis et ajustés au moyen de l'outil de conversion CCEMG-EPPI-Centre Cost Converter [Shemilt *et al.*, 2010].

Parmi les évaluations économiques repérées, les études d'Imamura [2010] et de Health Quality Ontario (HQO) [2021] sont celles qui ont été jugées de meilleure qualité méthodologique. Imamura et ses collaborateurs [2010] ont réalisé une analyse coût-utilité dans laquelle l'efficacité de différentes stratégies pour la prise en charge de l'IUE chez des femmes adultes a été évaluée. L'analyse a été réalisée sur un horizon temporel à vie (40 ans) et selon la perspective du système de santé britannique. Les séquences des traitements évaluées sont, en première intention, la modification des habitudes de vie seule ou combinée à une REPP (six séances) ou à une rééducation intensive (12 séances) et aux intentions suivantes, d'une rééducation intensive (12 séances), d'un traitement pharmacologique (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline) et/ou des interventions chirurgicales (bandelette sous-urétrale). L'analyse envisage l'amorce d'un nouveau traitement lorsqu'une intervention est inefficace à court terme, ou lorsque des symptômes d'incontinence réapparaissent chez une femme pour qui le traitement avait été initialement efficace. Des modèles de Markov (cycles de trois mois) ont été employés pour modéliser les différentes prises en charge étudiées, ainsi que les effets à long terme : récurrence des symptômes d'incontinence, survie et qualité de vie. Plus précisément, deux modèles ont été développés dans lesquels l'efficacité à court terme des interventions a été mesurée en termes de guérison (modèle 1) ou d'amélioration (modèle 2) des symptômes d'incontinence. Les données sur l'efficacité à court terme, les taux de récurrence des symptômes d'incontinence à long terme et les valeurs d'utilité inclus dans les modèles ont été extraits de la littérature. Les coûts directs associés aux interventions ont été calculés principalement à partir de données financières locales du Royaume-Uni. Les résultats du modèle 1 suggèrent qu'une prise en charge d'abord constituée de la modification des habitudes de vie combinée à une REPP intensive (12 séances), puis d'interventions chirurgicales domine les autres stratégies de prise en charge évaluées, puisqu'elle donne de meilleurs résultats de santé à un coût moindre. Cette même séquence de traitements est associée aux avantages de santé les plus élevés dans l'analyse associée au modèle 2, mais celle composée, en première intention, de la modification des habitudes de vie combinée à une REPP (six séances), en deuxième intention d'une rééducation intensive (12 séances) et, aux intentions subséquentes, d'interventions chirurgicales engendre alors les coûts les moins élevés. Le ratio coût-utilité incrémental de la séquence de traitements la plus efficace par rapport à la stratégie la moins coûteuse a été estimé à £ 2 383 (5 165 \$ CA) par année de vie ajustée en fonction de la qualité (QALY) année de vie gagnée dans cette analyse. Les analyses de sensibilité effectuées ont permis d'apprécier la robustesse de ces conclusions sur l'efficacité.

Health Quality Ontario (HQO) a effectué une analyse coût-utilité pour comparer l'efficacité de cinq séquences de traitement composées d'une REPP (quatre à six séances) et/ou de l'utilisation d'un pessaire et/ou d'une ou plusieurs interventions chirurgicales (bandelette sous-urétrale ou colposuspension) pour la prise en charge de femmes adultes souffrant d'IUE ou d'un prolapsus [HQO, 2021]⁴³. L'analyse a été réalisée selon la perspective du système de santé de l'Ontario. Les coûts et les résultats

⁴³ Les résultats en lien avec le traitement du prolapsus ne sont pas discutés dans le présent avis.

de santé (QALY) associés aux séquences évaluées ont été mesurés sur un horizon de dix ans, à partir d'un modèle de Markov (cycles de six mois). Le modèle développé envisage la progression vers une intention de traitement subséquente lorsqu'une intervention est jugée inefficace. Des données sur l'adhésion aux traitements et la guérison des symptômes d'incontinence provenant de la littérature ont été employées afin d'estimer l'efficacité des traitements. Les résultats sur l'efficacité ont été extrapolés à l'aide de distributions paramétriques sur l'ensemble de l'horizon temporel considéré. Les valeurs d'utilité et les coûts directs des interventions ont également été estimés à partir de la littérature, et à partir de l'information économique tirée de la Liste de facturation du ministère de la Santé de l'Ontario et de l'Initiative ontarienne de coût par cas. Les résultats suggèrent que la réalisation d'une REPP en première intention pour la prise en charge de l'IUE chez les femmes adultes pourrait permettre une augmentation des avantages de santé et une diminution des coûts comparativement à une prise en charge sans rééducation. En particulier, les auteurs ont rapporté qu'un algorithme de prise en charge composé, d'abord, d'une rééducation, puis de l'utilisation d'un pessaire et, finalement, d'une ou plusieurs interventions chirurgicales serait dominant, c'est-à-dire plus efficace et moins coûteux par rapport aux autres séquences de traitement évaluées. De manière générale, les résultats sur l'efficacité sont demeurés robustes à travers l'ensemble des analyses de sensibilité réalisées.

Les principaux résultats des rapports d'Imamura [2010] et de HQO [2021] sont résumés au [tableau 18](#). Puisque les consultations auprès des experts accompagnant les présents travaux et l'analyse des données clinico-administratives ont montré l'usage limité du pessaire en contexte québécois pour la prise en charge de l'IUE chez les femmes adultes, les résultats obtenus sur l'efficacité en limitant l'analyse aux séquences de traitement sans cette intervention ont également été détaillés dans le [tableau 18](#). Malgré des différences méthodologiques importantes, notamment concernant la définition des modalités liées à la rééducation, des avantages cliniques modélisés et des valeurs d'utilité considérées, les deux évaluations économiques retenues rapportent des conclusions similaires, soit que la réalisation d'une REPP préalablement aux interventions chirurgicales pour la prise en charge de l'IUE chez les femmes adultes pourrait permettre une réduction des coûts et une augmentation des avantages pour la santé comparativement à une prise en charge sans cette rééducation.

Sur la base des données tirées des rapports financiers annuels des établissements de santé du Québec (AS-471)⁴⁴ ainsi que de l'information fournie par des cliniques privées québécoises, les coûts liés à la réalisation de la REPP rapportés dans les analyses d'Imamura et ses collaborateurs [2010] et de HQO [2021], soit entre 110 et 154 \$ CA pour une visite initiale d'une heure et entre 60 et 105 \$ CA pour les visites suivantes de 30 minutes, semblent adéquats dans le contexte québécois [HQO, 2021; Imamura *et al.*, 2010]. Étant donné qu'aucune des analyses n'a tenu compte des coûts liés à la gestion

⁴⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS AS-471). Rapports financiers annuels des établissements 2020-2021. Base de données du système M30 [site Web]. Québec, Qc : MSSS; 2020. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003077/> (consulté le 2 février 2022).

des complications des interventions chirurgicales, les coûts totaux associés aux séquences de traitement évaluées pourraient être sous-estimés.

Bien que différentes modalités d'application de la REPP (entre 6 et 12 séances) et différents résultats d'intérêt (guérison des symptômes, amélioration des symptômes, adhésion au traitement) aient été employés, les résultats des études repérées montrent que l'inclusion de l'intervention dans la prise en charge de l'IUE chez les femmes adultes engendre une augmentation des avantages pour la santé par rapport à une prise en charge sans rééducation. Par ailleurs, ces avantages pourraient être sous-estimés, puisque les données sur la qualité de vie considérées ont été obtenues à partir de questionnaires génériques (EQ-5D-3L ou EQ-5D-5L) qui ne sont généralement pas suffisamment sensibles pour mesurer l'impact de l'IU sur la qualité de vie des femmes adultes [Imamura *et al.*, 2010; Brazier *et al.*, 2008].

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

Comme discuté précédemment, la recherche documentaire n'a pas permis de repérer d'évaluation économique relatant l'efficacité de la REPP pour le traitement de l'IUU (avec ou sans HAV) ou de l'IUM chez des femmes adultes. Puisque les trajectoires de prise en charge diffèrent selon la forme de l'IU ([section 1.3.1](#)), une généralisation des conclusions sur l'efficacité précédemment rapportées ne peut être effectuée. Par conséquent, il n'est pas possible de conclure à propos de l'efficacité de la REPP pour le traitement de l'IUU (avec ou sans HAV) ou de l'IUM chez la femme adulte. Ces formes d'incontinence seraient toutefois peu prévalentes comparativement à l'IUE, selon les experts consultés et les données épidémiologiques recensées ([section 1.1](#)).

Tableau 18 Résultats des analyses sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes, jugées transposables au contexte québécois

RÉFÉRENCE (PAYS)	INTERVENTIONS ET COMPARATEURS	RÉSULTATS*
Imamura <i>et al.</i> , 2010 (Royaume-Uni)	1) MHV combinée à une REPP → intervention chirurgicale 2) MHV combinée à une REPP → REPP intensive* → intervention chirurgicale 3) MHV combinée à une REPP → REPP intensive* → traitement pharmacologique 4) MHV combinée à une REPP intensive* → intervention chirurgicale 5) MHV combinée à une REPP intensive* → traitement pharmacologique → intervention chirurgicale 6) MHV → intervention chirurgicale	<u>Modèle 1 (guérison des symptômes)</u> Dominance (moins chère et plus efficace) de la séquence de traitements « MHV combinée à une REPP intensive† → intervention chirurgicale » (16,20 QALY; £ 1 644 [3 641 \$ CA]) <u>Modèle 2 (amélioration des symptômes)</u> <i>Moins coûteuse</i> : séquence de traitements « MHV combinée à une REPP → REPP intensive† → intervention chirurgicale » (£ 1 795 [3 975 \$ CA]) <i>Plus efficace</i> : séquence de traitements « MHV combinée à une REPP intensive† → intervention chirurgicale » (16,37 QALY) RCUI : £ 2 383 (5 277 \$ CA) par QALY gagnée.
HQO, 2021 (Canada)	1) Pessaire → REPP → intervention chirurgicale 2) REPP → pessaire → intervention chirurgicale 3) Pessaire → intervention chirurgicale 4) REPP → intervention chirurgicale 5) Intervention chirurgicale	<u>Parmi toutes les séquences de traitement évaluées</u> Dominance (moins chère et plus efficace) de la séquence de traitements « REPP → pessaire → intervention chirurgicale » (7,71 QALY; 1 288 \$ CA) <u>Parmi les séquences de traitement sans l'utilisation du pessaire</u> Dominance de la séquence de traitements « REPP → intervention chirurgicale » (7,70 QALY; 1 493 \$ CA)

CA : canadien; HQO : Health Quality Ontario; MHV : modification des habitudes de vie; QALY : année de vie ajustée en fonction de la qualité; RCUI : ratio coût-utilité incrémental; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

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

† La REPP intensive est constituée de 12 séances supervisées, contre 6 séances pour la REPP standard.

En bref, pour l'analyse de l'efficience

- Selon une étude jugée transférable au contexte québécois, la REPP prénatale pour la prévention de l'IU et la REPP postnatale pour le traitement de l'IU sont associées à de faibles RCEI par rapport aux soins usuels. La REPP prénatale en prévention est dominante (moins chère et plus efficace) par rapport à la REPP en post-partum comme traitement.
- Selon deux rapports d'ETS jugés transférables au contexte québécois, chez la femme adulte atteinte d'IUE, les séquences de traitements qui incluent, en première intention, une REPP seule ou combinée à la modification des habitudes de vie engendre généralement des coûts moins élevés et de meilleurs avantages pour la santé comparativement à celles sans REPP (dominance).
- La recherche documentaire ne permet pas de conclure à propos de l'efficience de la REPP pour le traitement de l'IUU (avec ou sans HAV) ou de l'IUM chez la femme adulte.

14.2 Analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne

Les analyses d'impact budgétaire réalisées prennent en considération les coûts liés à une offre de remboursement public de REPP pour les trois populations ciblées, soit les femmes enceintes continentales, les femmes en période post-partum souffrant d'IU et les femmes adultes (y compris les femmes âgées) qui en sont atteintes. Dans chacune de ces analyses, le différentiel de coûts entre deux scénarios, soit le scénario actuel (absence de couverture publique de la REPP) et le nouveau scénario (couverture publique de la REPP), a été calculé. Les coûts ont été projetés sur un horizon temporel de cinq ans, selon la perspective du système public de soins de santé et de services sociaux québécois et en tenant compte de deux niveaux d'intensité de la rééducation différenciés par le nombre de séances réalisées. Les séquences de traitement du scénario actuel et du nouveau scénario ont été basées sur la littérature et les consultations avec les experts du domaine ([section 1.3.1](#)). Des cycles de six mois ont été observés, selon la durée de traitement recommandée pour la REPP ([section 11.1.2](#)) ainsi que le délai médian actuel d'accès au Québec en physiothérapie ([section 1.3.2](#)). Les modalités d'application de la rééducation sont issues d'une revue rapide de la littérature ([section 11.1](#)). Les analyses reposent sur des données épidémiologiques tirées de la littérature et des hypothèses appuyées par des experts et par la littérature. Les détails des analyses d'impact budgétaire ainsi que les intrants employés sont présentés à l'annexe Q.

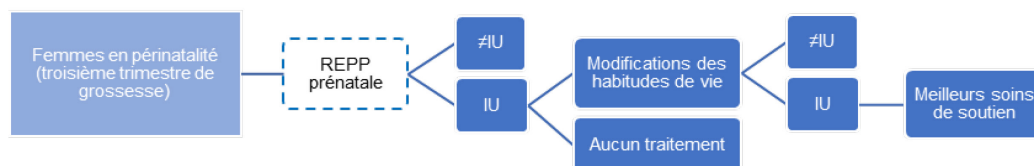
14.2.1 Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

14.2.1.1 Intrants

Séquences de traitement

La [figure 1](#) présente les séquences de traitement évaluées dans le cadre de l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'IU chez les femmes en périnatalité. L'encadré en pointillé représente l'intervention qui est remboursée uniquement dans le nouveau scénario. Les options pharmacologiques ou chirurgicales n'étant pas indiquées à court terme chez les femmes en périnatalité, et puisqu'un nombre négligeable de celles-ci iront jusqu'aux interventions chirurgicales dans un horizon de cinq ans, ces interventions n'ont pas été incluses dans les séquences de traitement évaluées. L'analyse estime qu'une femme demeure à la même ligne de traitement durant six mois avant de progresser, advenant l'échec de l'intervention, vers une ligne de traitement subséquente. Les probabilités d'échec associées aux interventions étudiées ont été dérivées de mesures de prévalence de l'IU autodéclarée. L'analyse examine le maintien de l'efficacité des interventions sur l'ensemble de l'horizon temporel.

Figure 1 Séquences de traitements considérées pour l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité



Population cible

La population cible, soit les femmes enceintes continentes qui commencent leur troisième trimestre de grossesse, a été estimée selon une approche épidémiologique. Sur la base des données de l'Institut de la statistique du Québec, environ 83 800 naissances sont prévues annuellement au Québec au cours des cinq prochaines années⁴⁵. Par période de 6 mois, cela correspond à 41 900 naissances. En estimant une proportion de morts fœtales tardives (à plus de 28 semaines) de 0,4 %⁴⁶, il est évalué

⁴⁵ Institut de la statistique du Québec (ISQ). *Naissances, décès et mariages par mois et par trimestre, Québec, 2010-2022* [site Web]. Québec; Qc : ISQ; 2022. Disponible à : <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/naissances-deces-et-mariages-par-mois-et-par-trimestre-quebec> (consulté le 9 février 2022)

⁴⁶ Statistique Canada. *Mortalité périnatale (morts fœtales tardives et décès néonataux précoces)* [site Web]. Ottawa; ON : Statistique Canada; 2021. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310071401> (consulté le 2 février 2022).

qu'environ 42 170 femmes enceintes commenceront leur troisième trimestre de grossesse bisannuellement. À partir de la littérature et de l'avis des experts consultés, le taux de participation à la REPP prénatale a été estimé à environ 60 %. Ainsi, il est attendu qu'environ 25 240 femmes enceintes recevront une telle rééducation pour la prévention de l'IU, par période de six mois.

Coûts des interventions

Les coûts liés à la réalisation de la REPP prénatale ont été dérivés en estimant qu'entre deux et quatre séances individuelles supervisées seraient réalisées (sections [11.1.1](#) et [11.1.3](#)). Les rapports financiers et statistiques des établissements de santé du Québec (AS-471) ont été consultés afin d'obtenir le coût unitaire d'une séance en physiothérapie⁴⁴. Les coûts associés à la modification des habitudes de vie et aux meilleurs soins de soutien ont, quant à eux, été estimés en tenant compte du coût d'une consultation auprès d'un médecin de famille (Circulaire 2021-021, code de service 4)⁴⁷.

14.2.1.2 Résultats

Le [tableau 19](#) présente les résultats de l'analyse d'impact budgétaire. En fonction du nombre de séances réalisées, l'ajout de la REPP prénatale pour la prévention de l'IU chez les femmes en périnatalité pourrait entraîner des dépenses brutes de 53 à 106 M\$ sur cinq ans, et toucherait environ 50 500 femmes annuellement. Sur la base des résultats rapportés par Woodley [2020] ([section 4.1.1.1](#))⁴⁸, il est estimé que le remboursement public de la rééducation prénatale pourrait permettre d'éviter environ 4 400 cas d'IU annuellement, pour un total d'environ 22 000 cas sur cinq ans. Cela représente une diminution des cas d'IU d'environ 17 %. En estimant que l'efficacité de la rééducation prénatale sera maintenue sur l'ensemble de l'horizon temporel prévu et qu'environ 37 % des femmes en périnatalité qui souffrent d'IU consulteront un professionnel de la santé pour le traitement de leur dysfonction [Shaw *et al.*, 2020; Herschorn *et al.*, 2008], cette diminution pourrait entraîner une réduction des coûts associés aux traitements (modification des habitudes de vie et meilleurs soins de soutien) d'environ 379 000 \$ sur cinq ans. L'impact net lié au remboursement public de la REPP prénatale pour la prévention de l'IU chez les femmes en périnatalité est ainsi estimé entre 53 et 106 M\$ sur cinq ans, en fonction du nombre de séances réalisées (entre deux et quatre séances). Le coût par cas d'incontinence évité est estimé entre 2 500 et 4 900 \$.

⁴⁷ Circulaire 2021-021, code de service 4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Normes et pratiques de Gestion*, Tome II, Circulaire 2021-021 [site Web]. Disponible à : <https://q26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ListeCirculaire.aspx> (consulté le 9 février 2022).

⁴⁸ Les calculs ont été réalisés en considérant que la prévalence de l'IU en période post-partum est de 30 %, et que les femmes qui ont pratiqué la REPP prénatale en prévention de l'IU étaient environ 29 % moins susceptibles de déclarer une IU lors de cette même période [Woodley *et al.*, 2020].

Tableau 19 Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

	AN 1	AN 2	AN 3...	... AN 5	TOTAL 5 ans
Nombre de femmes (REPP)	50 500	50 500	50 500	50 500	252 500
Scénario actuel					
MHV et MSS	359 000 \$	455 000 \$	455 000 \$	455 000 \$	2 178 000 \$
Nouveau scénario					
REPP*	10 621 000 – 21 242 000 \$	10 621 000 – 21 242 000 \$	10 621 000 – 21 242 000 \$	10 621 000 – 21 242 000 \$	53 105 000 – 106 209 000 \$
MHV et MSS	297 000 \$	376 000 \$	376 000 \$	376 000 \$	1 799 000 \$
TOTAL*	10 558 000 \$ – 21 539 000 \$	10 542 000 – 21 617 000 \$	10 542 000 – 21 617 000 \$	10 542 000 – 21 617 000 \$	54 903 000 – 108 008 000 \$
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)					
REPP*	10 621 000 – 21 242 000 \$	10 621 000 – 21 242 000 \$	10 621 000 – 21 242 000 \$	10 621 000 – 21 242 000 \$	53 105 000 – 106 209 000 \$
MHV et MSS	(63 000) \$	(79 000) \$	(79 000) \$	(79 000) \$	(379 000) \$
TOTAL*	10 558 000 – 21 179 000 \$	10 542 000 – 21 163 000 \$	10 542 000 – 21 163 000 \$	10 542 000 – 21 163 000 \$	52 726 000 – 105 830 000 \$
Analyses de sensibilité probabilistes			Borne inférieure [†]		42 508 000 \$
			Borne supérieure [‡]		128 548 000 \$

MHV : modification des habitudes de vie; MSS : meilleurs soins de soutien; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

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

* Les calculs sont basés en considérant la réalisation de 2 à 4 séances de REPP.

[†] Cette valeur correspond à la borne inférieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de 2 séances de REPP.

[‡] Cette valeur correspond à la borne supérieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de 4 séances de REPP.

14.2.1.3 Analyses de sensibilité

L'analyse de sensibilité déterministe univariée réalisée suggère que le taux de participation des femmes enceintes à la REPP en prévention de l'IU ainsi que les coûts de cette intervention sont des paramètres qui influent fortement sur les résultats de l'analyse d'impact budgétaire. Selon les analyses de sensibilité probabilistes effectuées, l'impact net lié au remboursement de la rééducation prénatale en prévention de l'IU chez les femmes en périnatalité pourrait se situer, dans plus de 95 % des cas, entre 43 M et 129 M\$ sur cinq ans en fonction du nombre de séances réalisées. Sur ce même horizon temporel, la proportion de cas d'IU évités grâce à la rééducation se situe entre 7 et 31 % selon un intervalle de confiance à 95 %.

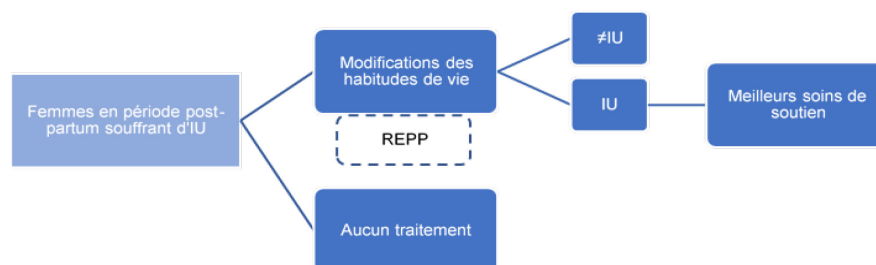
14.2.2 Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

14.2.2.1 Intrants

Séquences de traitement

Les séquences de traitement, actuelle et potentielle, pour la prise en charge des femmes souffrant d'IU en période post-partum sont présentées à la [figure 2](#). L'encadré en pointillé représente l'intervention qui est remboursée uniquement dans le nouveau scénario. L'analyse estime ainsi que, advenant son remboursement, la REPP serait réalisée en première intention, conjointement avec la modification des habitudes de vie.

Figure 2 Séquences de traitements considérées pour l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité



Il est estimé qu'une femme demeure à la même ligne de traitement durant six mois avant de progresser, advenant l'échec de l'intervention, vers une ligne de traitement subséquente. Compte tenu de la disponibilité limitée de données sur la nécessité d'un traitement supplémentaire à la suite des interventions étudiées, les probabilités d'échec associées à ces dernières ont été dérivées à partir de mesures autodéclarées de guérison ou d'amélioration des symptômes d'incontinence. La présente analyse est basée sur le maintien de l'efficacité des interventions sur l'ensemble de l'horizon temporel. Les options pharmacologiques ou chirurgicales n'étant pas indiquées à court terme chez les femmes en périnatalité, et puisqu'un nombre négligeable de celles-ci iront jusqu'à l'intervention chirurgicale dans un horizon de cinq ans, ces interventions n'ont pas été incluses dans les séquences de traitement évaluées.

Population cible

Le nombre de femmes qui pourraient bénéficier de la REPP postnatale en traitement de l'IU a été estimé à partir d'une approche épidémiologique. Selon les données de l'Institut de la statistique du Québec, environ 83 800 naissances sont prévues annuellement au Québec au cours des cinq prochaines années, soit environ 41 900 naissances par période de six mois⁴⁵. En tenant compte de la prévalence de l'IU rapportée dans la littérature (30 %) [Woodley *et al.*, 2020], il est estimé qu'environ 12 600 femmes

développeront ce type d'incontinence au cours des six premiers mois suivant leur grossesse. Parmi celles-ci, il est estimé qu'environ 37 % consulteront un professionnel de la santé pour la prise en charge de leur dysfonction [Shaw *et al.*, 2020; Herschorn *et al.*, 2008], soit environ 4 700 femmes par période de six mois. En tenant compte d'un taux de participation à la rééducation de 90 % sur la base de l'opinion des experts consultés, il est estimé qu'environ 4 200 femmes pourraient bénéficier d'une REPP postnatale pour le traitement de l'IU, par période de six mois.

Coûts des interventions

Les coûts liés à la REPP postnatale ont été dérivés en estimant qu'entre quatre et sept séances individuelles supervisées seraient réalisées (sections [11.1.1](#) et [11.1.3](#)) pour chaque femme atteinte. Les rapports financiers et statistiques des établissements de santé du Québec⁴⁴ ont été consultés afin d'obtenir le coût unitaire d'une séance en physiothérapie. Les coûts associés à la modification des habitudes de vie et aux meilleurs soins de soutien ont, quant à eux, été estimés en tenant compte du coût d'une consultation auprès d'un médecin de famille (Circulaire 2021-021, code de service 4)⁴⁹.

14.2.2.2 Résultats

Le [tableau 20](#) présente les résultats de l'analyse d'impact budgétaire liée au remboursement de la REPP postnatale pour le traitement de l'IU chez les femmes en périnatalité, selon le nombre de séances réalisées (entre quatre et sept séances). L'ajout de la rééducation postnatale pour le traitement de l'IU chez les femmes en périnatalité pourrait entraîner, en fonction du nombre de séances réalisées, des dépenses brutes de 18 à 31 M\$ sur cinq ans, et toucherait environ 8 500 femmes annuellement. L'impact net sur cinq ans a été estimé entre 18 et 31 M\$. Si l'efficacité de la rééducation postnatale est maintenue sur l'ensemble de l'horizon temporel considéré, la diminution des cas d'IU engendrée par le remboursement de l'intervention est estimée à environ 3 400 sur cinq ans (13 %). Le coût par cas d'incontinence traité supplémentaire est estimé entre 5 200 et 9 100 \$.

14.2.2.3 Analyse de sensibilité

Selon l'analyse de sensibilité déterministe univariée, les paramètres qui influent fortement sur les résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la REPP postnatale en traitement de l'IU chez les femmes en périnatalité sont, en ordre décroissant d'impact sur le résultat net, le nombre de séances supervisées réalisées, le coût de l'intervention, le nombre de naissances annuelles au courant des cinq prochaines années, la proportion de femmes atteintes d'IU qui consultent un professionnel de la santé pour la prise en charge de leur dysfonction, le taux de participation à la rééducation ainsi que la prévalence de l'IU en période postnatale. Les résultats de l'analyse de sensibilité probabiliste montrent que l'ajout potentiel de la REPP postnatale pour le traitement

⁴⁹ Circulaire 2021-021, code de service 4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Normes et pratiques de gestion*, Tome II, Circulaire 2021-021 [site Web]. Disponible à : <https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ListeCirculaire.aspx> (consulté le 9 février 2022).

de l'IU chez les femmes en périnatalité pourrait entraîner des dépenses nettes sur cinq ans établies entre 9 et 43 M\$, dans un intervalle de confiance à 95 %, selon le nombre de séances réalisées. En supposant que l'efficacité de l'intervention est maintenue sur l'ensemble de l'horizon temporel considéré, il est estimé qu'en moyenne 12 % des cas d'IU pourraient être traités, sur cinq ans, grâce à l'ajout de la rééducation postnatale chez les femmes en périnatalité.

Tableau 20 Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité

	AN 1	AN 2	AN 3...	... AN 5	TOTAL 5 ans
Nombre de femmes (REPP)	8 500	8 500	8 500	8 500	42 500
Scénario actuel					
MHV	264 000 \$	264 000 \$	264 000 \$	264 000 \$	1 322 000 \$
MSS	86 000 \$	171 000 \$	171 000 \$	171 000 \$	771 000 \$
TOTAL	350 000 \$	436 000 \$	436 000 \$	436 000 \$	2 092 000 \$
Nouveau scénario					
MHV	264 000 \$	264 000 \$	264 000 \$	264 000 \$	1 322 000 \$
REPP*	3 575 000 – 6 256 000 \$	3 575 000 – 6 256 000 \$	3 575 000 – 6 256 000 \$	3 575 000 – 6 256 000 \$	17 875 000 – 31 281 000 \$
MSS	75 000 \$	150 000 \$	150 000 \$	150 000 \$	674 000 \$
TOTAL*	3 914 000 – 6 595 000 \$	3 989 000 – 6 670 000 \$	3 989 000 – 6 670 000 \$	3 989 000 – 6 670 000 \$	19 871 000 – 33 277 000 \$
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)					
MHV	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
REPP*	3 575 000 – 6 256 000 \$	3 575 000 – 6 256 000 \$	3 575 000 – 6 256 000 \$	3 575 000 – 6 256 000 \$	17 875 000 – 31 281 000 \$
MSS	(11 000 \$)	(21 000 \$)	(21 000 \$)	(21 000 \$)	(96 000 \$)
TOTAL*	3 564 000 – 6 246 000 \$	3 554 000 – 6 235 000 \$	3 554 000 – 6 235 000 \$	3 554 000 – 6 235 000 \$	17 779 000 – 31 185 000 \$
Analyses de sensibilité probabilistes			Borne inférieure [†]		11 699 000 \$
			Borne supérieure [‡]		44 062 000 \$

MHV : modification des habitudes de vie; MSS : meilleurs soins de soutien; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

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

*Les calculs sont basés en considérant la réalisation de 4 à 7 séances de REPP.

[†] Cette valeur correspond à la borne inférieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de 4 séances de REPP.

[‡] Cette valeur correspond à la borne supérieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de 7 séances de REPP.

14.2.3 Impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes

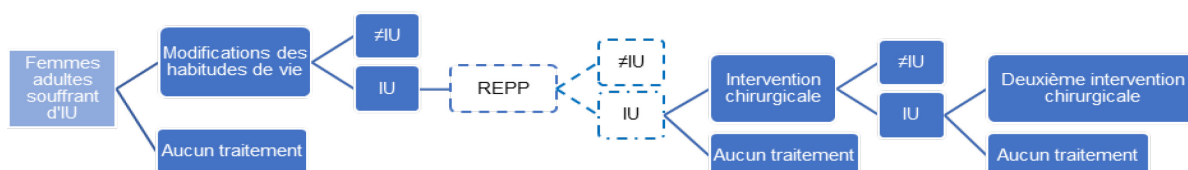
14.2.3.1 Intrants

Séquences de traitement

Comme indiqué à la [section 1.3.1](#), plusieurs approches peuvent être envisagées pour la prise en charge des femmes atteintes d'IU selon, entre autres, la forme d'IU traitée. Afin de dresser les scénarios actuel et potentiel de l'analyse d'impact budgétaire qui tient compte des coûts liés à l'ajout de cette rééducation pour le traitement de l'IU chez les femmes adultes, la trajectoire de soins spécifique à l'IUE a été utilisée, puisqu'il s'agit de la forme d'IU la plus prévalente au Canada ([section 1.1](#)). Elle est présentée à la [figure 3](#). Les encadrés pointillés sont considérés uniquement dans le nouveau scénario.

Puisque l'analyse des données clinico-administratives a montré que l'utilisation des dispositifs mécaniques (dont les pessaires) est limitée au Québec, ce type d'intervention n'a pas été inclus dans l'analyse. Un maximum de deux interventions chirurgicales a été inclus dans la présente analyse, même si ces interventions peuvent être réalisées à plusieurs reprises. L'analyse estime qu'une femme demeure à la même ligne de traitement durant six mois avant de progresser, advenant l'échec de l'intervention, vers une ligne de traitement subséquente. Puisque des données concernant la nécessité d'un traitement supplémentaire sont rares dans la littérature repérée ([section 6.1.3](#)), les probabilités d'échec associées aux interventions étudiées ont été estimées à partir de mesures autodéclarées de guérison ou d'amélioration des symptômes d'incontinence. Sur la base de l'opinion des experts consultés et de la littérature repérée, il a également été estimé que 50 % des femmes atteintes d'IU pour qui les approches conservatrices (modification des habitudes de vie, REPP) ont échoué souhaiteront subir une première intervention chirurgicale, et cela afin de tenir compte des préférences de la population concernant ce type d'intervention plus risquée. Le taux de participation à une deuxième intervention chirurgicale a, quant à lui, été estimé à 75 %. Par souci de validité externe et afin de prendre en considération la capacité actuelle du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), un nombre maximal d'interventions chirurgicales qui pourraient être réalisées annuellement a été considéré pour les premières interventions chirurgicales. Sur la base des données clinico-administratives disponibles concernant les interventions d'urétropexie réalisées entre 2016 et 2019, la volumétrie annuelle pour ce type d'intervention a été fixé à 3 300. Lorsque cette capacité est atteinte, l'analyse estime que les femmes touchées par l'IU qui souhaitent subir une première intervention chirurgicale seront inscrites sur une liste d'attente. Celles qui refusent ce type d'intervention ne reçoivent aucun traitement supplémentaire. Il est également supposé que l'efficacité des interventions est maintenue sur l'ensemble de l'horizon temporel.

Figure 3 Séquences de traitements considérées pour l'analyse d'impact budgétaire de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes



Population cible

Le nombre de femmes adultes souffrant d'IU qui pourraient bénéficier du programme public de REPP a été estimé à partir d'une approche épidémiologique, en employant la prévalence de l'IU rapportée dans l'étude de Shaw [2020] pour la première période de six mois de l'analyse, et le taux d'incidence issu de l'étude de Legendre [2015] pour chacune des périodes suivantes de six mois. En estimant qu'environ 37 % des femmes adultes souffrant d'IU consulteront un professionnel de la santé pour la prise en charge de leur dysfonction [Shaw *et al.*, 2020; Herschorn *et al.*, 2008], il est évalué qu'environ 302 800 femmes adultes amorceront un premier traitement de l'IU lors du premier cycle de 6 mois, et environ 21 080 femmes adultes lors de chacun des cycles de 6 mois suivants. En tenant compte d'une probabilité de succès associée à la modification des habitudes de vie de 6 % [Legendre *et al.*, 2015] et d'un taux de participation à la rééducation de 90 % (avis d'experts), le nombre de femmes adultes qui pourraient bénéficier de la REPP pour le traitement de l'IU s'élèverait à environ 255 600 à la première période de six mois, et à environ 17 800 aux périodes suivantes de six mois [Legendre *et al.*, 2015]. Et à un taux de participation à la rééducation de 90 % (avis d'experts), le nombre de femmes adultes qui pourraient bénéficier de la rééducation pour le traitement de l'IU s'élèverait à environ 255 600 à la première période de six mois, et à environ 17 800 aux périodes suivantes de six mois. Cela correspond, en moyenne, à 44 200 femmes adultes par période de six mois.

Coûts des interventions

Les coûts liés à la REPP ont été dérivés en supposant qu'entre cinq et dix séances supervisées seraient réalisées avec des femmes adultes pour le traitement de l'IU (sections [11.1.1](#) et [11.1.3](#)). Ceux associés à la modification des habitudes de vie ont été estimés en tenant compte de deux consultations auprès d'un médecin de famille (Circulaire 2021-021, code de service 4). Le manuel de facturation des médecins spécialistes et les rapports financiers des établissements de santé du Québec (AS-471)⁴⁴ ont été consultés afin d'estimer les coûts liés aux interventions chirurgicales. Une durée moyenne au bloc opératoire de 1,42 heure, tirée des rapports statistiques annuels des établissements québécois (AS-478) [MSSS, 2020], a été prise en considération dans le calcul des coûts de la première intervention chirurgicale; ceux liés à la deuxième intervention chirurgicale ont été estimés, en moyenne, à 13 % moins élevés comparativement à ceux de la première chirurgie [HQO, 2021].

14.2.3.2 Résultats

Les résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la REPP pour le traitement de l'IU chez les femmes adultes sont présentés au [tableau 21](#). Sur cinq ans, l'impact brut lié à l'ajout de la rééducation pour le traitement de l'IU chez les femmes adultes a été estimé entre 209 et 419 M\$, en fonction du nombre de séances réalisées (entre cinq et dix).

L'intervention toucherait en moyenne 79 600 femmes annuellement, pour un total de 398 000 femmes sur cinq ans. Sur cet horizon temporel, l'impact net estimé est identique à l'impact brut (209 et 419 M\$), puisque l'ajout de la rééducation ne modifie pas la capacité annuelle d'interventions chirurgicales. En raison de l'application de cette contrainte, le nombre d'interventions chirurgicales n'excède pas la volumétrie habituelle.

Tableau 21 Impact budgétaire d'une offre de remboursement public de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes

	AN 1	AN 2	AN 3...	... AN 5	TOTAL 5 ans
Nombre de femmes (REPP)	255 600	35 600	35 600	35 600	398 000
Scénario actuel					
MHV	18 137 000 \$	2 361 000 \$	2 361 000 \$	2 361 000 \$	27 580 482 \$
Interventions chirurgicales	6 062 000 \$	13 449 000 \$	13 449 000 \$	13 449 000 \$	59 856 000 \$
TOTAL	24 199 000 \$	15 810 000 \$	15 810 000 \$	15 810 000 \$	87 437 000 \$
Nouveau scénario					
MHV	18 137 000 \$	2 361 000 \$	2 361 000 \$	2 361 000 \$	27 580 482 \$
REPP*	134 448 000 – 268 897 000 \$	18 721 000 – 37 441 000 \$	18 721 000 – 37 441 000 \$	18 721 000 – 37 441 000 \$	209 331 000 – 418 662 000 \$
Interventions chirurgicales	6 062 000 \$	13 449 000 \$	13 449 000 \$	13 449 000 \$	59 856 000 \$
TOTAL*	204 817 000 – 339 265 000 \$	178 823 000 – 197 544 000 \$	48 063 000 – 66 784 000 \$	48 063 000 – 66 784 000 \$	527 830 000 – 737 161 000 \$
Impact net (nouveau scénario – scénario actuel)					
MHV	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
REPP*	134 448 000 – 268 897 000 \$	18 721 000 – 37 441 000 \$	18 721 000 – 37 441 000 \$	18 721 000 – 37 441 000 \$	209 331 000 – 418 662 000 \$
Interventions chirurgicales	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
TOTAL*	134 448 000 – 268 897 000 \$	18 721 000 – 37 441 000 \$	18 721 000 – 37 441 000 \$	18 721 000 – 37 441 000 \$	209 331 000 – 418 662 000 \$
Analyses de sensibilité probabilistes			Borne inférieure†		86 542 000 \$
			Borne supérieure‡		814 071 000 \$

MHV : modification des habitudes de vie; MSS : meilleurs soins de soutien; REPP : rééducation périnéale et pelvienne.

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

*Les calculs sont basés en considérant la réalisation de 5 à 10 séances de REPP.

† Cette valeur correspond à la borne inférieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de 5 séances de REPP.

‡ Cette valeur correspond à la borne supérieure d'un intervalle de confiance à 95 %, en considérant la réalisation de 10 séances de REPP.

À la fin des cinq années, l'ajout de la REPP permettrait toutefois à plus de 294 000 femmes d'être traitées, sur la base d'une amélioration de leurs symptômes de l'incontinence, ce qui représente une diminution de 23 % par rapport à la situation sans remboursement public de cette rééducation. L'augmentation des coûts mis en relation avec le nombre de cas d'IU en moins est estimée de 700 à 1 400 \$ par cas supplémentaire traité selon l'hypothèse du maintien de l'efficacité. En comparaison avec le scénario actuel, l'ajout de la REPP permettrait de diminuer le nombre de femmes atteintes d'IU qui sont en attente d'une intervention chirurgicale de 72 % à la fin de la cinquième année.

14.2.3.3 Analyses de sensibilité

Selon l'analyse de sensibilité déterministe univariée, les paramètres qui influent fortement sur les résultats de l'analyse d'impact budgétaire de la REPP en traitement chez les femmes adultes sont : la proportion de femmes qui consultent pour leur problème d'incontinence, le taux de participation à la rééducation chez les femmes adultes, la taille de la population admissible, le coût d'une séance de rééducation et le nombre de séances considéré. Les résultats de l'analyse de sensibilité probabiliste montrent que l'impact net lié à l'ajout de la REPP pour le traitement de l'IU chez les femmes adultes pourrait varier, en fonction du nombre de séances réalisées, entre 87 et 814 M\$ sur cinq ans, selon un intervalle de confiance à 95 %. En supposant le maintien de l'efficacité des interventions sur l'ensemble de l'horizon temporel prévu, le nombre de femmes traitées, estimé à partir de mesures autodéclarées d'amélioration et de guérison des symptômes, fluctue quant à lui entre 111 500 (- 12 %) et 591 100 (- 35 %) selon ce même intervalle. Concernant la diminution du nombre de femmes atteintes d'IU en attente d'une intervention chirurgicale à la fin de l'horizon temporel prévu, elle fluctue de 46 à 97 % par rapport au scénario actuel, dans un intervalle de confiance à 95 %.

Comme mentionné précédemment, l'impact net et l'impact brut liés au remboursement de la REPP sont identiques en raison de la contrainte exercée sur le nombre d'interventions chirurgicales réalisées annuellement, qui ne doit pas excéder la volumétrie habituelle. Dans une analyse secondaire où aucune limite à la capacité du réseau de la santé et des services sociaux n'est envisagée, il est estimé que le remboursement de cette rééducation pourrait engendrer une réduction des dépenses nette de 189 à 398 M\$, selon le nombre de séances réalisées (entre cinq et dix) sur un horizon temporel de cinq ans. Cette réduction des coûts s'explique majoritairement par une diminution des coûts liés à la réalisation d'interventions chirurgicales. En effet, il est estimé qu'environ 74 % des femmes qui reçoivent la REPP ne subiront pas d'intervention chirurgicale dans l'horizon temporel prévu étant donné l'amélioration ou la guérison de leurs symptômes d'incontinence. En considérant le maintien de l'efficacité des interventions sur l'ensemble de l'horizon temporel, il est estimé qu'environ 167 400 interventions chirurgicales pourraient donc être évitées, sur cinq ans, grâce au remboursement public de la REPP, ce qui correspond à une diminution de 68 % par rapport au scénario actuel. Cette estimation, basée sur une approche épidémiologique, représente la demande pour cette trajectoire de soins. La réduction nette des dépenses repose principalement sur une réduction des coûts liés aux interventions chirurgicales

estimés à 607 M\$ sur cinq ans. Cette estimation ne tient pas compte de la capacité actuelle du réseau. Dans cette analyse secondaire, le nombre d'interventions chirurgicales réalisées excède le nombre d'interventions chirurgicales réalisées actuellement au Québec d'environ 33 500 chaque année.

14.2.4 Limites des analyses d'impact budgétaire

Les analyses d'impact budgétaire réalisées présentent certaines limites. Des simplifications de la prise en charge de l'IU chez les femmes en périnatalité et chez les femmes adultes ont d'abord été envisagées pour réaliser ces analyses. Entre autres, l'algorithme de soins associé au traitement de la forme d'incontinence la plus prévalente, soit l'IUE, a été employé. Ainsi, différentes interventions spécifiques à la prise en charge des autres formes d'incontinence (mixte, urgenturie, HAV et nycturie), notamment les traitements pharmacologiques, n'ont pas été considérées dans l'analyse. Selon les experts qui ont accompagné les présents travaux, les approches conservatrices, comme la modification des habitudes de vie ou la REPP, peuvent également être combinées à d'autres interventions comme l'utilisation d'un pessaire, ce dont on n'a pas tenu compte dans l'analyse. Sur la base des données clinico-administratives, l'utilisation du pessaire semble toutefois limitée dans le contexte clinique actuel du Québec. De plus, on n'a pas retenu les coûts liés à la gestion des complications des interventions chirurgicales. Ainsi, les gains estimés avec un remboursement public de la REPP pourraient être sous-estimés.

Les analyses d'impact budgétaire ont également été réalisées en excluant cette rééducation des scénarios actuels, alors que certaines femmes en périnatalité et en période adulte reçoivent actuellement la rééducation offerte en clinique privée ([section 1.3.2](#)). Comme il a été jugé que cette proportion est négligeable actuellement, notamment en raison des coûts associés au traitement ([section 12.2](#)), les effets de la REPP au privé sur les lignes de traitement subséquentes (modification des habitudes de vie, meilleurs soins de soutien, interventions chirurgicales) n'ont pas été retenus dans le scénario actuel. Conséquemment, le volume de femmes qui reçoivent ce type d'intervention dans le privé pourrait être surestimé en impact net.

Les probabilités de succès associées aux interventions comprises dans les séquences évaluées ont été dérivées de mesures autodéclarées de guérison ou d'amélioration des symptômes d'incontinence issues de RS, lesquelles regroupaient des études primaires dont les caractéristiques, notamment les protocoles d'intervention, l'intensité de la supervision et le type de comparateurs, pouvaient grandement varier d'une étude à l'autre. D'ailleurs, bien que l'efficacité de la REPP ait été démontrée auprès des trois populations évaluées, certains résultats non statistiquement significatifs ont dû être employés dans les analyses. Puisque les RS recensées ne spécifiaient généralement pas les résultats sur l'efficacité par niveau de sévérité de l'IU, cette composante n'a pas pu être retenue dans les analyses d'impact budgétaire. Les mesures autodéclarées de guérison ou d'amélioration des symptômes d'incontinence, bien que pertinentes selon les experts consultés pour évaluer l'efficacité des traitements pour la prise en charge de l'incontinence, ne permettent pas d'estimer avec certitude le nombre de femmes qui ont

recours à un traitement supplémentaire à la suite de chacune des interventions incluses dans les séquences de traitement évaluées. De plus, les données disponibles à plus long terme étant généralement limitées et difficiles à interpréter, le postulat du maintien de l'efficacité des interventions sur l'ensemble de l'horizon temporel considéré (cinq ans) est incertain. Une perte d'efficacité graduelle au fil du temps est probable; les évaluations économiques repérées dans la littérature et jugées transférables au contexte québécois ([HQO, 2021; Imamura *et al.*, 2010]; [section 14.1.2](#)) où les données sur l'efficacité ont été extrapolées à partir de distributions paramétriques en ont tenu compte. Ces extrapolations montrent qu'une récurrence des symptômes d'incontinence pourrait atteindre entre 2 et 20 % des femmes qui étaient initialement traitées en tenant compte des mesures autodéclarées de guérison ou d'amélioration de leurs symptômes d'incontinence.

Les estimations des populations cibles sont également empreintes d'incertitude. En effet, étant donné les limites associées aux données clinico-administratives, le nombre de femmes qui pourraient bénéficier du programme public de la REPP a été estimé à partir d'une approche épidémiologique, en tenant compte des données de prévalence et d'incidence issues de la littérature. Ces données épidémiologiques sont hétérogènes d'une publication à l'autre compte tenu du fait que l'IU est peu comprise et sous-rapportée ([section 1.1.3](#)). De plus, les trois populations n'étant pas mutuellement exclusives, le nombre total de femmes sujettes au remboursement public de la REPP évalué dans l'analyse d'impact budgétaire est probablement surestimé. En d'autres termes, il y a un double compte entre les trois populations, où, par exemple, les femmes qui auraient bénéficié de la rééducation en prévention en période de périnatalité pourraient aussi en ressentir les effets plus tard dans leur vie (traitement en périodes post-partum et adulte).

Le nombre de séances réalisées dont on a tenu compte dans les analyses d'impact budgétaire a été basé sur une revue rapide des modalités d'application de la REPP ([section 10](#)) et sur l'avis des experts consultés. Comme mentionné précédemment, il n'existe toutefois pas de standard universel pour la pratique de cette rééducation. Puisque ces éléments touchent directement les coûts liés à l'intervention, les résultats nets de l'impact budgétaire pourraient varier. De plus, les coûts liés à l'implantation de modalités de l'offre de rééducation améliorant la prise en charge des femmes qui ont besoin de services de physiothérapie, notamment l'établissement d'un processus de triage ou guichet d'accès ([section 12](#)), n'ont pas été inclus dans les analyses.

Les analyses d'impact budgétaire ont été réalisées en fonction de la demande de services, et elles ne tiennent pas compte, par conséquent, de la capacité actuelle en physiothérapie du réseau public des services de santé. Cela constitue une limite importante étant donné qu'un nombre limité de physiothérapeutes offrent actuellement la REPP (entre 500 à 600) au Québec, et que ceux-ci pratiquent principalement en cliniques privées ([section 1.3.3](#)). Même si les estimations concernant les populations d'intérêt, qui sont basées sur les données épidémiologiques, peuvent être surestimées, le nombre de femmes en périnatalité et adultes qui pourraient bénéficier de l'intervention sur cinq ans demeure important. Il est donc probable que les délais d'accès anticipés aient été sous-estimés et que les dépenses brutes liées au remboursement de

l'intervention soient surestimées. De plus, l'accès en temps opportun aux interventions, qui pourrait être limité, et les conséquences associées n'ont pas été retenus dans la présente analyse.

Enfin, la capacité actuelle du réseau de la santé et des services sociaux concernant les interventions chirurgicales pour le traitement de l'IU chez les femmes adultes a été estimée à partir de la volumétrie moyenne d'interventions d'urétropexie réalisées annuellement sur la base des données clinico-administratives de 2016 à 2019.

Compte tenu des limites associées à ces données, certaines interventions, telles que les colposuspensions ou les injections para-urétrales, n'ont pas été retenues dans l'estimation. Bien qu'il soit probable que la capacité actuelle soit ainsi sous-estimée, les variations de ce paramètre ont peu d'impact sur les résultats de l'analyse d'impact budgétaire. À titre informatif, en fonction du nombre de séances de REPP réalisées, le remboursement de l'intervention pourrait permettre une réduction des dépenses nettes si on prévoit qu'entre 27 500 et 39 100 interventions chirurgicales de première intention pourraient être réalisées annuellement, soit de 8 à 12 fois au-dessus de la capacité actuelle estimée.

En bref, pour l'analyse d'impact budgétaire

- L'ajout de la REPP prénatale en prévention de l'IU chez les femmes en périnatalité pourrait engendrer un impact net supplémentaire de 53 à 106 M\$ selon le nombre de séances (2 à 4), et il toucherait 252 000 femmes sur 5 ans.
- L'ajout de la REPP postnatale pour le traitement de l'IU chez les femmes en périnatalité pourrait entraîner des dépenses additionnelles de 18 à 31 M\$, selon le nombre de séances (4 à 7), et il toucherait 42 500 femmes sur 5 ans.
- L'ajout de la REPP pour le traitement de l'IU chez les femmes adultes (y compris les femmes âgées) serait associé à un impact net de 209 à 419 M\$, selon le nombre de séances réalisées (5 à 10), et il toucherait 398 000 femmes sur 5 ans.
- Les analyses d'impact budgétaire réalisées présentent certaines limites, notamment la simplification des continuums de soins sur lesquels elles sont basées. Des incertitudes persistent également concernant la taille des populations ciblées, la capacité actuelle en physiothérapie et l'effet de l'intervention à long terme.
- Le recours possible à des modalités complémentaires d'offre en matière de REPP (séances de groupe ou téléadaptation) pour certaines clientèles n'a pas été considéré dans les analyses réalisées. Cela pourrait atténuer les impacts nets associés à l'ajout de la REPP pour la prévention ou le traitement de l'IU dans les populations d'intérêt.

FORCES ET LIMITES

Une des forces principales des travaux réside dans l'intégration de plusieurs composantes et types de données. La littérature scientifique intègre un nombre élevé de revues systématiques, de guides de pratique clinique et de rapports d'évaluation des technologies de la santé. La consultation des cliniciens-chercheurs, professionnels de la santé et femmes à risque ou qui souffrent d'une dysfonction du plancher pelvien a également permis d'explorer la perception et l'expérience de soins ainsi que les enjeux organisationnels. Finalement, une évaluation économique a été réalisée. La triangulation de l'ensemble des données a soutenu une délibération multidimensionnelle et la formulation de recommandations.

Une limite principale des travaux réside en la réalisation d'une revue des revues pour répondre à la question sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne (REPP). Cette méthodologie repose sur les données issues des revues et non des études individuelles incluses dans les revues. Par conséquent, l'information est limitée aux analyses ainsi qu'aux études et résultats sélectionnés par les auteurs de ces revues. Certaines d'entre elles impliquaient des analyses qui n'étaient pas pertinentes pour répondre à la question d'intérêt et une sélection de l'information pertinente a été nécessaire. De plus, bien que les revues soient récentes, elles intègrent des études primaires qui sont antérieures à leur publication, datant parfois de plus de 15 ou 20 ans. Certaines études récentes peuvent ne pas avoir été retenues dans ces revues. Néanmoins, dans le cas de cet avis, le nombre important de revues et d'études qui y sont incluses, de même que la cohérence des résultats donnent confiance en ces résultats. Il est tout de même reconnu que ce genre de revue présente un bon niveau de preuve de synthèse, au-dessus même des méta-analyses [Fusar-Poli et Radua, 2018].

Une autre limite principale repose sur la sélection d'études traitant de REPP impliquant minimalement des exercices du plancher pelvien. Comme mentionné précédemment, la rééducation inclut un nombre important de composantes comme de la rétroaction biologique, de la rééducation vésicale, etc. qui peuvent s'avérer efficaces pour le traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie et l'hyperactivité vésicale. Compte tenu de leur nombre important, toutes les composantes de la rééducation n'ont pu être évaluées de manière individuelle. Par conséquent, l'efficacité de la REPP peut être sous-estimée pour certains types d'incontinence.

Un grand nombre de recommandations cliniques ont été incluses pour répondre aux questions d'évaluation, et la majorité étaient de bonne qualité. Les recommandations de plusieurs guides étaient basées sur des revues ou des études déjà incluses dans les résultats sur l'efficacité. Les définitions des interventions de rééducation n'étaient pas toujours détaillées, ni les résultats de l'évaluation sur lesquels les guides s'étaient basés.

L'intégration de la perception et de l'expérience de soins impliquant plusieurs parties, dont les experts et les femmes, a permis de souligner des enjeux importants et de comprendre et valider l'information repérée dans la littérature. La consultation d'experts a également mis en lumière certaines préoccupations sur le plan organisationnel et indiqué des pistes de solution pour l'implantation de la REPP dans le contexte québécois.

Les analyses économiques ont permis de repérer les preuves scientifiques concernant l'efficacité de la REPP et d'évaluer l'impact budgétaire associé à l'offre de remboursement public de cette intervention au Québec. Les conclusions sur l'efficacité, bien que cohérentes à travers les études jugées transposables au contexte québécois, sont conditionnelles au fait que les principaux paramètres qui touchent l'efficacité et les coûts demeurent, en pratique, dans les intervalles des valeurs considérées. Puisque les données clinico-administratives sont limitées en termes de complétude, d'exactitude, de pertinence et de cohérence, celles-ci n'ont pu être que partiellement exploitées pour brosser le portrait des populations d'intérêt. Les analyses d'impact budgétaire réalisées par l'INESSS reposent ainsi principalement sur des données issues de la littérature et des hypothèses appuyées par des experts et par la littérature, et elles traduisent la demande potentielle concernant cette rééducation, estimée à partir de trajectoires de soins simplifiées.

PRINCIPAUX CONSTATS

L'intégration de l'ensemble des données scientifiques, contextuelles et expérientielles issues du processus d'évaluation a permis de formuler les constats suivants.

Problématique de santé

- L'incontinence urinaire est une problématique de santé importante qui peut toucher plus de 30 % des femmes au cours de leur vie. Elle serait grandement sous-rapportée en raison de la stigmatisation qui y est associée.
- L'incontinence urinaire est une dysfonction du plancher pelvien qui se présente sous plusieurs formes, y compris l'incontinence urinaire à l'effort, l'incontinence urinaire par urgenturie ou l'hyperactivité vésicale et l'incontinence urinaire mixte.
- L'incontinence urinaire peut survenir à tout moment dans la vie d'une femme, mais les risques augmentent avec l'âge. Plusieurs autres facteurs accroissent le risque d'incontinence urinaire, y compris la grossesse, le nombre et le type des accouchements, les habitudes de vie ou la présence de comorbidités (diabète, obésité, etc.).
- L'incontinence urinaire représente un fardeau économique important pour les individus et les systèmes de santé. Au Canada, les coûts directs et indirects combinés associés à l'incontinence urinaire se chiffrent actuellement entre 2,6 milliards et 8,5 milliards de dollars annuellement.
- La prise en charge actuelle est faite par des approches de première intention conservatrices comme des changements aux habitudes de vie ainsi que la rééducation périnéale et pelvienne, ou des approches de deuxième intention telles que des traitements pharmacologiques et des interventions chirurgicales.

État de la pratique et contexte

- Plusieurs pays remboursent en partie ou en totalité les frais de rééducation périnéale et pelvienne selon diverses modalités, y compris la France, le Royaume-Uni et l'Australie.
- Peu de provinces canadiennes offrent des programmes de rééducation périnéale et pelvienne comme intervention pour traiter ou prévenir l'incontinence urinaire.
- Au Québec, la rééducation périnéale et pelvienne est offerte par des physiothérapeutes qui exercent majoritairement dans des cliniques privées. Les frais de la rééducation périnéale et pelvienne sont assumés en totalité ou presque par les femmes, selon le type d'assurance privée, et ils se chiffrent à environ 100 \$ par séance.

- Au Québec, l'offre de services est limitée selon les régions administratives et d'après le nombre de physiothérapeutes qui offrent la rééducation périnéale et pelvienne, ce qui a pour conséquence des délais associés aux consultations.
- Le nombre de physiothérapeutes formés et qui offrent ce service est présentement limité au Québec, soit environ 600. Un programme de formation de deuxième cycle en rééducation périnéale et pelvienne permet actuellement de former environ 30 nouveaux thérapeutes par an. Certains organismes privés proposent également des formations en rééducation périnéale et pelvienne, qui sont accessibles aux physiothérapeutes.

La rééducation périnéale et pelvienne pour prévenir ou traiter l'incontinence urinaire en période périnatale

Dans les études menées auprès de femmes en période périnatale, la durée du suivi après la rééducation est courte (généralement moins d'un an). Cela limite la capacité à se prononcer sur son efficacité à long terme.

Prévention de l'incontinence urinaire chez la femme enceinte

- Selon la littérature scientifique, la rééducation périnéale et pelvienne prénatale chez les femmes enceintes continentales est efficace pour prévenir l'incontinence urinaire jusqu'au milieu de la période postnatale (> 3 à 6 mois; niveau de preuve : élevé). La rééducation périnéale et pelvienne est recommandée par les guides pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes enceintes.

Prévention de l'incontinence urinaire chez la femme en post-partum

- Aucune donnée sur l'efficacité n'est disponible concernant la prévention de l'incontinence urinaire chez la femme en post-partum. La rééducation périnéale et pelvienne n'est pas recommandée par les guides pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en post-partum.

Traitement de l'incontinence urinaire chez la femme enceinte

- Selon la littérature scientifique, la rééducation périnéale et pelvienne prénatale ne semble pas efficace pour traiter l'incontinence urinaire chez les femmes enceintes incontinentes. Par contre, il pourrait y avoir une certaine efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour réduire la sévérité des symptômes et améliorer la qualité de vie liée à l'incontinence urinaire en fin de grossesse (niveau de preuve : faible). La rééducation périnéale et pelvienne est recommandée par les guides en première intention pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes enceintes.

Traitement de l'incontinence urinaire chez la femme en post-partum

- Selon la littérature scientifique, il semble y avoir une certaine efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour traiter l'incontinence urinaire chez les femmes incontinentes en post-partum, jusqu'à 12 mois après l'accouchement (niveau de preuve : faible). La rééducation périnéale et pelvienne est recommandée en première intention pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en post-partum par les guides de pratique clinique.

La rééducation périnéale et pelvienne pour traiter l'incontinence urinaire

Chez les autres femmes adultes

Dans les études menées auprès des femmes adultes, la durée du suivi après l'intervention de rééducation est courte (jusqu'à un an). Cela limite la capacité à se prononcer sur son efficacité à long terme.

- La rééducation périnéale et pelvienne est efficace pour traiter l'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes adultes (niveau de preuve : élevé). La rééducation périnéale et pelvienne est recommandée par les guides en première intention dans le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes adultes.
- Les données scientifiques ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour traiter les femmes adultes qui souffrent exclusivement d'incontinence urinaire mixte (niveau de preuve : insuffisant). La rééducation périnéale et pelvienne est recommandée en première intention par les guides pour le traitement de l'incontinence urinaire mixte chez les femmes adultes, et particulièrement chez celles qui ont de l'incontinence urinaire mixte dominée par l'incontinence urinaire à l'effort.
- Les données scientifiques ne permettent pas de se prononcer sur l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne pour traiter les femmes adultes qui souffrent exclusivement d'incontinence urinaire par urgenturie (niveau de preuve : insuffisant). Selon les guides toutefois, la rééducation périnéale et pelvienne est l'une des approches conservatrices de première intention qui peuvent être proposées dans le traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie chez les femmes adultes.
- Selon les guides de pratique recensés, la rééducation périnéale et pelvienne est l'une des approches conservatrices qui peuvent être proposées pour le traitement de l'hyperactivité vésicale chez les femmes adultes.
- La rééducation périnéale et pelvienne est efficace pour traiter l'incontinence urinaire (sans distinction pour le type d'incontinence urinaire) chez les femmes adultes (niveau de preuve : modéré). Selon les guides, la rééducation périnéale et pelvienne est l'une des approches conservatrices recommandées en première intention pour le traitement de l'incontinence urinaire (non spécifié) chez les femmes adultes.

Chez la femme âgée de 55 ans et plus

- Intégrée à un programme d'intervention multifacettes, la rééducation périnéale et pelvienne semble efficace pour traiter l'incontinence urinaire chez la femme âgée de 55 ans et plus (niveau de preuve : faible). Selon les guides, la rééducation périnéale et pelvienne est recommandée dans le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes âgées.

Comparativement aux interventions chirurgicales

- Selon la littérature scientifique, la colposuspension rétropubienne ouverte est plus efficace que la rééducation périnéale et pelvienne pour traiter l'incontinence urinaire à l'effort et l'incontinence urinaire mixte. Par contre, la rééducation périnéale et pelvienne semble engendrer moins d'effets indésirables (niveau de preuve : faible). Aucune donnée comparant l'efficacité ou l'innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne et de la chirurgie de bandelette n'a été repérée. Les interventions chirurgicales sont recommandées par les guides de pratique chez les femmes avec de l'incontinence urinaire après l'échec des traitements conservateurs (incluant la rééducation périnéale et pelvienne).

Innocuité de la rééducation périnéale et pelvienne

- La rééducation périnéale et pelvienne est sécuritaire pour prévenir ou traiter l'incontinence urinaire chez la femme en période de périnatalité et pour traiter l'incontinence urinaire chez les autres femmes adultes en général. Les effets indésirables (inconfort, douleurs) sont rares et transitoires et aucun effet indésirable grave n'a été rapporté. Les guides rapportent également peu ou pas d'effet indésirable associé à la rééducation périnéale et pelvienne.

Modalités de la rééducation périnéale et pelvienne

- La rééducation périnéale et pelvienne est plus efficace lorsqu'elle est supervisée par un physiothérapeute. Il semble préférable qu'elle soit réalisée sur une période minimale de 12 semaines et que les exercices soient pratiqués de façon intensive.
- Selon la littérature et les experts, jusqu'à quatre séances peuvent être suffisantes pour prévenir l'incontinence urinaire chez les femmes enceintes, jusqu'à sept séances pour traiter l'incontinence urinaire chez les femmes en postnatal et jusqu'à dix séances pour traiter l'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes adultes.
- Selon une revue exploratoire et les experts consultés, les séances de groupe de même que la téléadaptation sont des avenues intéressantes pour améliorer l'accessibilité de la rééducation périnéale et pelvienne pour certaines clientèles.
- Au Québec, seuls les physiothérapeutes peuvent pratiquer la rééducation périnéale et pelvienne. Bien qu'ailleurs cette rééducation soit principalement pratiquée par les physiothérapeutes, il est rapporté que d'autres professionnels peuvent également en faire. En Ontario, des infirmières spécialisées et des

médecins peuvent être accrédités, tandis qu'en France on trouve notamment les sages-femmes qui pratiquent cette rééducation. Par contre, aucune étude qui aurait comparé les effets ou l'efficacité de la rééducation périnéale et pelvienne selon le type de professionnel concerné n'a été repérée.

Enjeux organisationnels

- Des enjeux relatifs au nombre de femmes qui pourraient se prévaloir de la rééducation périnéale et pelvienne ont été soulevés par les experts consultés, et certains jugent que le système risquerait d'être surchargé en cas d'accès universel à la rééducation périnéale et pelvienne.
- L'offre de services est limitée par le nombre restreint de professionnels qualifiés et le nombre limité d'étudiants en rééducation périnéale et pelvienne.
- L'accessibilité de la rééducation périnéale et pelvienne serait variable selon les régions du Québec, et elle serait particulièrement difficile dans les régions éloignées des grands centres.
- Les différentes parties prenantes consultées ont souligné le besoin d'une approche interdisciplinaire impliquant la participation d'un plus grand nombre de professionnels dans la prise en charge de l'incontinence urinaire.
- On a observé un besoin d'outils de transfert des connaissances pour les professionnels et les femmes au regard de l'incontinence urinaire et de la rééducation périnéale et pelvienne.

Perspective des patientes

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

- Les femmes consultées soutiennent qu'une assurance qui couvre les frais du traitement (en tout ou en partie), un suivi individualisé par un physiothérapeute spécialisé en rééducation périnéale et pelvienne, la participation d'une équipe interdisciplinaire et une diversité d'options de traitement (p. ex. cours en groupe, téléadaptation) faciliteraient l'accès et l'adhésion à la rééducation périnéale et pelvienne.

Aspects économiques

Efficiences

- Selon les études économiques recensées dans la littérature qui ont été jugées transférables au contexte clinique québécois :
 - la rééducation périnéale et pelvienne prénatale en prévention de l'incontinence urinaire et la rééducation périnéale et pelvienne postnatale en traitement de l'incontinence urinaire sont associées à de faibles ratios coût-efficacité incrémentaux par rapport aux soins usuels ou à l'absence de soins;
 - la rééducation périnéale et pelvienne prénatale en prévention de l'incontinence urinaire engendre de meilleurs résultats de santé et des coûts moins élevés comparativement à la rééducation périnéale et pelvienne postnatale en traitement de l'incontinence urinaire;
 - la rééducation périnéale et pelvienne en traitement de l'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes adultes est associée à des ratios d'efficience (ratio coût-utilité incrémental) inférieurs aux seuils de l'efficience habituellement acceptés. En particulier, les séquences de traitement qui incluent une prise en charge composée initialement d'une rééducation périnéale et pelvienne seule ou combinée à la modification des habitudes de vie sont généralement moins chères et plus efficaces comparativement à une prise en charge sans REPP.
- L'efficience de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie (avec ou sans hyperactivité vésicale) ou de l'incontinence urinaire mixte chez les femmes adultes n'a pas pu être évaluée à partir de la littérature économique repérée.

Impact budgétaire

- Selon les diverses hypothèses employées lors des analyses d'impact budgétaire considérant l'introduction d'un accès universel à la rééducation périnéale et pelvienne au Québec :
 - l'ajout de la rééducation périnéale et pelvienne prénatale pour la prévention de l'incontinence urinaire chez les femmes en périnatalité pourrait entraîner, selon le nombre de séances réalisées (entre 2 et 4), des dépenses additionnelles de 53 à 106 M\$, il toucherait environ 252 000 femmes et permettrait d'éviter environ 22 000 cas d'IU sur 5 ans;

- l'ajout de la rééducation périnéale et pelvienne postnatale pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes pourrait entraîner, selon le nombre de séances réalisées (entre 4 et 7), des dépenses additionnelles de 18 à 31 M\$, il toucherait environ 42 500 femmes et permettrait de traiter environ 3 400 cas d'IU supplémentaires sur 5 ans;
- l'ajout de la rééducation périnéale et pelvienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes adultes pourrait entraîner, selon le nombre de séances réalisées (entre 5 et 10), des dépenses additionnelles de 209 à 419 M\$, toucherait environ 398 000 femmes et permettrait de traiter environ 294 000 cas d'incontinence urinaire supplémentaires sur 5 ans.
- Le recours possible à des modalités complémentaires d'offre de la réduction périnéale et pelvienne pour certaines clientèles, comme les séances de groupe de même que la téléadaptation, n'a pas été considéré dans les analyses d'impact budgétaire réalisées. Il pourrait cependant permettre d'atténuer les impacts nets associés à la rééducation périnéale et pelvienne au Québec chez les populations visées.

DÉLIBÉRATIONS ET RECOMMANDATIONS

Délibérations du Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé

Les membres du Comité délibératif permanent – Modes d'intervention en santé ont reconnu à l'unanimité l'efficacité clinique de la rééducation périnéale et pelvienne pour la prévention chez les populations de femmes enceintes et le traitement de l'incontinence urinaire chez les femmes en post-partum et les autres femmes adultes (y compris les femmes âgées de 55 ans et plus). Ils ont également reconnu qu'il s'agit d'une intervention peu coûteuse et efficace. Ils ont souligné l'importance des approches préventives, notamment pour les femmes enceintes continentales, et ils ont estimé que la prévention de l'incontinence urinaire était tout aussi importante que son traitement. Par contre, certaines préoccupations ont été soulevées concernant le nombre élevé de femmes qui pourraient avoir recours aux services de rééducation périnéale et pelvienne. Ils ont constaté que l'offre de services et le nombre de physiothérapeutes pratiquant dans le domaine sont limités au Québec. Par conséquent, ils ont souhaité que l'INESSS propose des facteurs de priorisation en vue d'une mise en œuvre progressive. Les données disponibles ne permettant pas d'établir des facteurs de priorisation, les membres du Comité étaient en accord sur l'importance d'inclure un ensemble de recommandations visant à faciliter l'implantation de la rééducation périnéale et pelvienne, qui pourraient favoriser la prise en charge d'un plus grand nombre de femmes.

Recommandations

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

- un accès facilité à la rééducation périnéale et pelvienne lorsqu'elle est indiquée :
 - chez la femme enceinte pour prévenir l'incontinence urinaire;
 - chez la femme en post-partum pour traiter l'incontinence urinaire;
 - chez toute autre femme adulte (y compris la femme âgée de 55 ans et plus) pour traiter l'incontinence urinaire.
- un accès à l'intervention pour un maximum de :
 - quatre séances en prévention de l'incontinence urinaire;
 - dix séances en traitement de l'incontinence urinaire.
- que l'intervention soit supervisée par un physiothérapeute qualifié et détenant l'expertise requise;

- que l'intervention puisse s'étendre sur une période de douze semaines ou plus, selon les besoins individuels des patientes, avant de procéder à une réévaluation de la conduite à suivre;
- que la rééducation périnéale et pelvienne puisse être utilisée plus d'une fois, soit à différentes périodes dans la vie d'une femme (p. ex. période périnatale et périménopause).

Compte tenu du volume important de femmes qui pourraient bénéficier de la rééducation périnéale et pelvienne alors que les services de physiothérapie périnéale sont présentement limités, l'INESSS recommande que le Ministère se dote d'une stratégie et d'un plan d'implantation prévoyant :

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

RÉFÉRENCES

- Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. 6th International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2018;37(7):2271-2.
- Agur WI, Steggles P, Waterfield M, Freeman RM. The long-term effectiveness of antenatal pelvic floor muscle training: Eight-year follow up of a randomised controlled trial. *BJOG* 2008;115(8):985-90.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol* 2018;131(5):e140-50.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) et American Urogynecologic Society (AUGS). ACOG Practice Bulletin No. 155: Urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol* 2015;126(5):e66-e81.
- American College of Sports Medicine (ACSM). Progression models in resistance training for healthy adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41(3):687-708.
- Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ). Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux. Montréal, Qc : AOGQ; 2016. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/AOGQ.pdf.
- Balk EM, Adam GP, Corsi K, Mogul A, Trikalinos TA, Jeppson PC. Adverse events associated with nonsurgical treatments for urinary incontinence in women: A systematic review. *J Gen Intern Med* 2019;34(8):1615-25.
- Balk EM, Adam GP, Kimmel H, Rofeberg V, Saeed I, Jeppson P, Trikalinos T. Nonsurgical treatments for urinary incontinence in women: A systematic review update. Comparative Effectiveness Review No. 212. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2018. Disponible à : https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cer-212-urinary-incontinence-updated_1.pdf.
- Ballanger P. Épidémiologie de l'incontinence urinaire chez la femme. *Prog Urol* 2005;15(6 Suppl 1):1322-33.
- Battut A et Nizard J. Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. *Prog Urol* 2016;26(4):237-44.
- Bazi T, Takahashi S, Ismail S, Bo K, Ruiz-Zapata AM, Duckett J, Kammerer-Doak D. Prevention of pelvic floor disorders: International Urogynecological Association Research and Development Committee Opinion. *Int Urogynecol J* 2016;27(12):1785-95.

- Benhabrou-Brun D. L'incontinence urinaire chez la femme : à ne pas banaliser. *Perspect Infirm* 2016;13(4):46-53.
- Bertuit J, Barrau M, Huet S, Rejano-Campo M. Intérêt des applications mobiles et internet dans la prise en charge de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme. *Prog Urol* 2020;30(16):1022-37.
- Bettez M, Tu LM, Carlson K, Corcos J, Gajewski J, Jolivet M, Bailly G. 2012 update: Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian Urological Association. *Can Urol Assoc J* 2012;6(5):354-63.
- Billecocq S, Bo K, Dumoulin C, Aigon A, Amarenco G, Bakker E, et al. Traduction française de la terminologie commune de l'International Urogynecological Association (IUGA) et de l'International Continence Society (ICS) relative à la prise en charge conservatrice et non pharmacologique des troubles pelvi-périnéaux de la femme. *Prog Urol* 2019;29(4):183-208.
- Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 2017;28(2):191-213.
- Brazier J, Czoski-Murray C, Roberts J, Brown M, Symonds T, Kelleher C. Estimation of a preference-based index from a condition-specific measure: The King's Health Questionnaire. *Med Decis Making* 2008;28(1):113-26.
- Brennen R, Frawley HC, Martin J, Haines TP. Group-based pelvic floor muscle training for all women during pregnancy is more cost-effective than postnatal training for women with urinary incontinence: Cost-effectiveness analysis of a systematic review. *J Physiother* 2021;67(2):105-14.
- Brennen R, Sherburn M, Rosamilia A. Development, implementation and evaluation of an advanced practice in continence and women's health physiotherapy model of care. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2019;59(3):450-6.
- Brown HW, Barnes HC, Lim A, Giles DL, McAchran SE. Better together: Multidisciplinary approach improves adherence to pelvic floor physical therapy. *Int Urogynecol J* 2020;31(5):887-93.
- Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: A systematic review. *Urol Int* 2013;90(1):1-9.
- Chughtai B, Mao J, Matheny ME, Mauer E, Banerjee S, Sedrakyan A. Long-term safety with sling mesh implants for stress incontinence. *J Urol* 2021;205(1):183-90.
- Cook T. Group treatment of female urinary incontinence. *Physiotherapy* 2001;87(5):226-34.

- Corcos J, Przydacz M, Campeau L, Gray G, Hickling D, Honeine C, et al. CUA guideline on adult overactive bladder. *Can Urol Assoc J* 2017;11(5):E142-73.
- Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design*. Thousand Oaks, CA : Sage; 1998.
- Crochard-Lacour A et LeLorier J. *Introduction à la pharmacoeconomie*. Montréal, Qc : Presses de l'Université de Montréal; 2000.
- Da Mata KR, Costa RC, Carbone EM, Gimenez MM, Tezelli Bortolini MA, Castro RA, Fitz FF. Telehealth in the rehabilitation of female pelvic floor dysfunction: A systematic literature review. *Int Urogynecol J* 2021;32(2):249-59.
- Davenport MH, Nagpal TS, Mottola MF, Skow RJ, Riske L, Poitras VJ, et al. Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2018;52(21):1397-404.
- Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, Thubert T. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44(10):1141-6.
- Deslauriers S, Raymond MH, Laliberté M, Lavoie A, Desmeules F, Feldman DE, Perreault K. Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: Waiting lists and management strategies. *Disabil Rehabil* 2017;39(26):2648-56.
- Dickinson B et Briscoe L. Why is education for pelvic floor muscle exercises a neglected public health issue? *Br J Midwifery* 2017;25(11):724-9.
- Dufour S et Wu M. No. 397 – Conservative care of urinary incontinence in women. *J Obstet Gynaecol Can* 2020;42(4):510-22.
- Dufour S, Hondronicols A, Flanigan K. Enhancing pelvic health: Optimizing the services provided by primary health care teams in Ontario by integrating physiotherapists. *Physiother Can* 2019;71(2):168-75.
- Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Preisser JS, Davis CC, Bland DR, Albertson E. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(4):462-5.
- Dumoulin C, Morin M, Danieli C, Cacciari L, Mayrand MH, Tousignant M, Abrahamowicz M. Group-based vs individual pelvic floor muscle training to treat urinary incontinence in older women: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2020;180(10):1284-93.
- Dumoulin C, Cacciari LP, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10:CD005654.

- Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séguin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: A short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourol Urodyn* 2015;34(4):300-8.
- Dumoulin C, Lemieux MC, Bourbonnais D, Gravel D, Bravo G, Morin M. Physiotherapy for persistent postnatal stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2004;104(3):504-10.
- Erekson EA, Cong X, Townsend MK, Ciarleglio MM. Ten-year prevalence and incidence of urinary incontinence in older women: A longitudinal analysis of the health and retirement study. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(6):1274-80.
- Fitz FF, Gimenez MM, de Azevedo Ferreira L, Perreira Matias MM, Tezelli Bortolini MA, Castro RA. Pelvic floor muscle training for female stress urinary incontinence: A randomised control trial comparing home and outpatient training. *Int Urogynecol J* 2020;31(5):989-98.
- Fu Y, Nelson EA, McGowan L. Multifaceted self-management interventions for older women with urinary incontinence: A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Open* 2019;9(8):e028626.
- Fultz NH, Rahrig Jenkins K, Ostbye T, Taylor DH Jr, Kabeto MU, Langa KM. The impact of own and spouse's urinary incontinence on depressive symptoms. *Soc Sci Med* 2005;60(11):2537-48.
- Fusar-Poli P et Radua J. Ten simple rules for conducting umbrella reviews. *Evid Based Ment Health* 2018;21(3):95-100.
- Garcia-Sanchez E, Avila-Gandia V, Lopez-Roman J, Martinez-Rodriguez A, Rubio-Arias JA. What pelvic floor muscle training load is optimal in minimizing urine loss in women with stress urinary incontinence? A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(22):4358.
- Gonçalves-Thibeault S. Mise à jour du traitement de l'incontinence urinaire. *Québec Pharmacie* 2008;55(10):31-8.
- Gonzales AL, Barnes KL, Qualls CR, Jeppson PC. Prevalence and treatment of postpartum stress urinary incontinence: A systematic review. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2021;27(1):e139-45.
- Gorbea Chávez V, Velázquez Sánchez MP, Kunhardt Rasch JR. [Effect of pelvic floor exercise during pregnancy and puerperium on prevention of urinary stress incontinence]. *Ginecol Obstet Mex* 2004;72:628-36.
- Gormley EA, Lightner DJ, Burgio K, Chai TC, Clemens JQ, Culkin DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. Linthicum, MD : American Urological Association (AUA)/Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction (SUFU); 2019. Disponible à : [https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/overactive-bladder-\(oab\)-guideline](https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/overactive-bladder-(oab)-guideline).

- Grant A et Currie S. Qualitative exploration of the acceptability of a postnatal pelvic floor muscle training intervention to prevent urinary incontinence. BMC Womens Health 2020;20(1):9.
- Harding CK, Lapitan MC, Arlandis S, Bø K, Cobussen-Boekhorst H, Constantini E, et al. EAU Guidelines on management of non-neurogenic female lower urinary tract symptoms (LUTS). Arnhem, Pays-Bas : European Association of Urology (EAU); 2022. Disponible à : <https://uroweb.org/guidelines/non-neurogenic-female-luts>.
- Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, Schulz JA. Guideline No. 411: Vaginal pessary use. J Obstet Gynaecol Can 2021;43(2):255-66.e1.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Prolapsus génital de la femme : prise en charge thérapeutique. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2021. Disponible à : https://www.has-sante.fr/cms/p_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Choix méthodologiques pour l'analyse de l'impact budgétaire à la HAS. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2016. Disponible à : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-12/guide_methodologique_choix_methodologiques_pour_lanalyse_de_limpact_budgetaire_a_la_has.pdf.
- Hay-Smith J, Dean S, Burgio K, McClurg D, Frawley H, Dumoulin C. Pelvic-floor-muscle-training adherence "modifiers": A review of primary qualitative studies-2011 ICS State-of-the-Science Seminar research paper III of IV. Neurourol Urodyn 2015;34(7):622-31.
- Health Quality Ontario (HQP). Vaginal pessaries for pelvic organ prolapse or stress urinary incontinence: A health technology assessment. Ont Health Technol Assess Ser 2021;21:1-155.
- Herschorn S, Gajewski J, Schulz J, Corcos J. A population-based study of urinary symptoms and incontinence: The Canadian Urinary Bladder Survey. BJU Int 2008;101(1):52-8.
- Imamura M, Abrams P, Bain C, Buckley B, Cardozo L, Cody J, et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. Health Technol Assess 2010;14(40):1-188, iii-iv.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Guide de soumission d'une demande à l'INESSS. Québec, Qc : INESSS; 2018. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Fiches_inscription/Guide_soumission.pdf.
- Janssen CC, Lagro-Janssen AL, Felling AJ. The effects of physiotherapy for female urinary incontinence: individual compared with group treatment. BJU Int 2001;87(3):201-6.

- Klarskov P, Belving D, Bischoff N, Dorph S, Gerstenberg T, Okholm B, et al. Pelvic floor exercise versus surgery for female urinary stress incontinence. *Urol Int* 1986;41(2):129-32.
- Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR, Ginsberg DA, Goldman HB, Gomelsky A, et al. Surgical treatment of female stress urinary incontinence: AUA/SUFU guideline. *J Urol* 2017;198(4):875-83.
- Kolodynska G, Zalewski M, Rozek-Piechura K. Urinary incontinence in postmenopausal women – causes, symptoms, treatment. *Prz Menopauzalny* 2019;18(1):46-50.
- Konstantinidou E, Apostolidis A, Kondelidis N, Tsimtsiou Z, Hatzichristou D, Ioannides E. Short-term efficacy of group pelvic floor training under intensive supervision versus unsupervised home training for female stress urinary incontinence: A randomized pilot study. *Neurourol Urodyn* 2007;26(4):486-91.
- Lapitan MC, Cody JD, Mashayekhi A. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;7:CD002912.
- Last JM. Dictionnaire d'épidémiologie : enrichi d'un lexique anglais-français. Acton Vale, Qc : Edisem; 2004.
- Le Berre M et Dumoulin C. Accessibility of pelvic floor physiotherapy for treating urinary incontinence in older women in Quebec: An online survey. *Physiotherapy Canada* 2022 [Epub ahead of print].
- Legendre G, Ringa V, Panjo H, Zins M, Fritel X. Incidence and remission of urinary incontinence at midlife: A cohort study. *BJOG* 2015;122(6):816-24.
- Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;82(3):327-38.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC 2019-2020 [site Web]. Québec, Qc : MSSS; 2020. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002739/> (consulté le 2 février 2022).
- Monteiro S, Riccetto C, Araújo A, Galo L, Brito N, Botelho S. Efficacy of pelvic floor muscle training in women with overactive bladder syndrome: A systematic review. *Int Urogynecol J* 2018;29(11):1565-73.
- Moosdorff-Steinhaus HF, Albers-Heitner P, Weemhoff M, Spaanderman ME, Nieman FH, Berghmans B. Factors influencing postpartum women's willingness to participate in a preventive pelvic floor muscle training program: A web-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2015;195:182-7.
- Mørkved S, Rommen K, Schei B, Bø K. No difference in urinary incontinence between training and control group six years after cessation of a randomized controlled trial, but improved sexual satisfaction in the training group (Abstract number 50). *Neurourol Urodyn* 2007;26(5):667.

- Mørkved S, Bø K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: A single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101(2):313-9.
- Moroni RM, Magnani PS, Haddad JM, Castro RA, Brito LG. Conservative treatment of stress urinary incontinence: A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016;38(2):97-111.
- Morse JM. Critical issues in qualitative research methods. Thousand Oaks, CA : Sage; 1994.
- Mottola MF, Davenport MH, Ruchat SM, Davies GA, Poitras V, Gray C, et al. No. 367-2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40(11):1528-37.
- Muhammad J, Muhamad R, Husain NRN, Daud N. Pelvic floor muscle exercise education and factors associated with implementation among antenatal women in Hospital Universiti Sains Malaysia. *Korean J Fam Med* 2019;40(1):45-52.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: Management. [H] Evidence reviews for lifestyle and conservative management options for pelvic organ prolapse. NICE guideline NG123. Londres, Angleterre : NICE; 2019. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/evidence/evidence-review-h-lifestyle-and-conservative-management-options-for-pelvic-organ-prolapse-pdf-6725287413>.
- Neumann PB, Grimmer KA, Grant RE, Gill VA. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: A multicentre observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45(3):226-32.
- Nie XF, Ouyang YQ, Wang L, Redding SR. A meta-analysis of pelvic floor muscle training for the treatment of urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet* 2017;138(3):250-5.
- Nygaard CC, Tsiapakidou S, Pape J, Falconi G, Betschart C, Pergialiotis V, Doumouchtsis SK. Appraisal of clinical practice guidelines on the management of obstetric perineal lacerations and care using the AGREE II instrument. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;247:66-72.
- Oliveira M, Ferreira M, Azevedo MJ, Firmino-Machado J, Santos PC. Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: A systematic review. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2017;63(7):642-50.
- Osborne LA, Whittall CM, Hanratty H, Emery S, Reed P. Health, work and spirituality values predict attendance at pelvic floor muscle training sessions. *Journal of Pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy* 2017;121:45-52.
- Ostle Z. Assessment, diagnosis and treatment of urinary incontinence in women. *Br J Nurs* 2016;25(2):84-91.

- Paiva LL, Ferla L, Darski C, Catarino BM, Ramos JG. Pelvic floor muscle training in groups versus individual or home treatment of women with urinary incontinence: Systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2017;28(3):351-9.
- Pelaez M, Gonzalez-Cerron S, Montejo R, Barakat R. Pelvic floor muscle training included in a pregnancy exercise program is effective in primary prevention of urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2014;33(1):67-71.
- Pereira VS, Correia GN, Driusso P. Individual and group pelvic floor muscle training versus no treatment in female stress urinary incontinence: A randomized controlled pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;159(2):465-71.
- Rada MP, Jones S, Falconi G, Milhem Haddad J, Betschart C, Pergialiotis V, Doumouchtsis SK. A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies on pelvic organ prolapse for the development of core outcome sets. *Neurourol Urodyn* 2020;39(3):880-9.
- Reed P, Whittall CM, Osborne LA, Emery S. Impact of strength and nature of patient health values on compliance and outcomes for physiotherapy treatment for pelvic floor dysfunction. *Urology* 2020;136:95-9.
- Reilly ET, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggles P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: A randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *BJOG* 2002;109(1):68-76.
- Reynolds N et Wilson IM. "There was no real importance put on them". Experiences of multiparous women and pelvic floor muscle exercise (PFME) prescription. A qualitative study. *Physiother Pract Res* 2019;40(2):135-43.
- Richardson ML et Sokol ER. A cost-effectiveness analysis of conservative versus surgical management for the initial treatment of stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2014;211(5):565.e1-6.
- Russell TG. Telerehabilitation: A coming of age. *Aust J Physiother* 2009;55(1):5-6.
- Sacomori C, Berghmans B, de Bie R, Mesters I, Cardoso FL. Predictors for adherence to a home-based pelvic floor muscle exercise program for treating female urinary incontinence in Brazil. *Physiother Theory Pract* 2020a;36(1):186-95.
- Sacomori C, Zomkowski K, Dos Passos Porto I, Cardoso FL, Sperandio FF. Adherence and effectiveness of a single instruction of pelvic floor exercises: A randomized clinical trial. *Int Urogynecol J* 2020b;31(5):951-9.
- Salmon VE, Hay-Smith EJ, Jarvie R, Dean S, Terry R, Frawley H, et al. Implementing pelvic floor muscle training in women's childbearing years: A critical interpretive synthesis of individual, professional, and service issues. *Neurourol Urodyn* 2020;39(2):863-70.

- Shaw C, Cahill J, Wagg A. The current state of continence in Canada: A population representative epidemiological survey. *Can J Urol* 2020;27(4):10300-5.
- Shemilt I, Thomas J, Morciano M. A web-based tool for adjusting costs to a specific target currency and price year. *Evidence and Policy* 2010;6(1):51-9.
- Simpson AN, Garbens A, Dossa F, Coyte PC, Baxter NN, McDermott CD. A cost-utility analysis of nonsurgical treatments for stress urinary incontinence in women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2019;25(1):49-55.
- Slade SC, Hay-Smith J, Mastwyk S, Morris ME, Frawley H. Barriers and enablers to implementation of pelvic floor muscle training interventions for urinary incontinence. *Australian and New Zealand Continence Journal* 2018;24(4):118-25.
- Sran M, Mercier J, Wilson P, Lieblisch P, Dumoulin C. Physical therapy for urinary incontinence in postmenopausal women with osteoporosis or low bone density: A randomized controlled trial. *Menopause* 2016;23(3):286-93.
- Sussman RD, Peyronnet B, Brucker BM. The current state and the future of robotic surgery in female pelvic medicine and reconstructive surgery. *Turk J Urol* 2019;45(5):331-9.
- Te West NI, Parkin K, Hayes W, Costa DS, Kasparian NA, Moore KH. Does motivation predict outcome of pelvic floor muscle retraining? *Neurourol Urodyn* 2017;36(2):316-21.
- Temtanakitpaisan T, Bunyavejchevin S, Buppasiri P, Chongsomchai C. Knowledge, attitude, and practices (KAP) survey towards pelvic floor muscle training (PFMT) among pregnant women. *Int J Womens Health* 2020;12:295-9.
- Terry R, Jarvie R, Hay-Smith J, Salmon V, Pearson M, Boddy K, et al. "Are you doing your pelvic floor?" An ethnographic exploration of the interaction between women and midwives about pelvic floor muscle exercises (PFME) during pregnancy. *Midwifery* 2020;83:102647.
- The Cameron Institute. The impact of incontinence in Canada: A briefing document for policy-makers. Peterborough, ON : The Canadian Continence Foundation; 2014. Disponible à : <https://www.canadiancontinence.ca/pdfs/en-impact-of-incontinence-in-canada-2014.pdf>.
- Titman SC, Radley SC, Gray TG. Self-management in women with stress incontinence: Strategies, outcomes and integration into clinical care. *Res Rep Urol* 2019;11:111-21.
- Tse V, King J, Dowling C, English S, Gray K, Millard R, et al. Conjoint Urological Society of Australia and New Zealand (USANZ) and Urogynaecological Society of Australasia (UGSA) Guidelines on the management of adult non-neurogenic overactive bladder. *BJU Int* 2016;117(1):34-47.

- U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC : 2018. Disponible à : https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf.
- Venegas M, Carrasco B, Casas-Cordero R. Factors influencing long-term adherence to pelvic floor exercises in women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2018;37(3):1120-7.
- Verbeek M et Hayward L. Pelvic floor dysfunction and its effect on quality of sexual life. *Sex Med Rev* 2019;7(4):559-64.
- Von Barga E et Patterson D. Cost utility of the treatment of stress urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2015;21(3):150-3.
- Wagg AR, Kendall S, Bunn F. Women's experiences, beliefs and knowledge of urinary symptoms in the postpartum period and the perceptions of health professionals: A grounded theory study. *Prim Health Care Res Dev* 2017;18(5):448-62.
- Wayne Taylor D, Weir M, Cahill JJ, Rizk DE. The self-reported prevalence and knowledge of urinary incontinence and barriers to health care-seeking in a community sample of Canadian women. *American Journal of Medicine and Medical Sciences* 2013;3:97-102.
- Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;5(5):CD007471.
- Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;12(12):CD007471.
- World Health Organization (WHO). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genève, Suisse : WHO; 2017. Disponible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf>.
- Zhu D, Xia Z, Yang Z. Effectiveness of physiotherapy for lower urinary tract symptoms in postpartum women: Systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2022;33(3):507-21.
- Zoorob D, Higgins M, Swan K, Cummings J, Dominguez S, Carey E. Barriers to pelvic floor physical therapy regarding treatment of high-tone pelvic floor dysfunction. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2017;23(6):444-8.



Siège social

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

Bureau de Montréal

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

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

Québec

