

Questionnaire

sur les troubles de la statique pelvienne

Version courte (PFDI-20)

Instructions

Ce questionnaire porte sur certains symptômes intestinaux, urinaires ou pelviens ; il vous sera demandé si vous ressentez ces symptômes, et si oui, s'ils vous gênent. Merci de répondre à toutes les questions suivantes en cochant (✓) la ou les cases appropriée(s). Si vous hésitez sur une réponse, choisissez la réponse correspondant le mieux à votre cas. En répondant à ce questionnaire, prenez en compte les symptômes que vous avez ressentis au cours des **3 derniers mois**.

Exemple

Pour la question suivante :

Si vous n'avez généralement **pas** de maux de tête, cochez simplement la case « Non ».

Avez-vous souvent des maux de tête ?

Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup

Si vous **avez** souvent des maux de tête, cochez la case « Oui » **et indiquez** à quel point ces maux de tête vous gênent. Par exemple, dans le cas ci-dessous, les maux de tête étaient *moyennement* gênants.

Avez-vous souvent des maux de tête ?

Non Oui **Si oui, cela vous gêne-t-il...**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup

Avez-vous souvent l'impression que quelque chose *appuie* dans le bas du ventre ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Avez-vous souvent une sensation de *pesanteur* ou de *lourdeur* dans la région génitale ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Avez-vous souvent une « boule » ou quelque chose qui dépasse que vous pouvez toucher ou voir au niveau du vagin ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Devez-vous parfois appuyer sur le vagin ou autour de l'anus pour arriver à évacuer des selles ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Avez-vous souvent l'impression de ne pas arriver à vider complètement votre vessie ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Devez-vous parfois repousser avec les doigts une « boule » au niveau du vagin pour uriner ou vider complètement votre vessie ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Avez-vous l'impression de devoir beaucoup forcer pour aller à la selle ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Avez-vous l'impression d'une évacuation incomplète après être allée à la selle ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont solides ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Avez-vous souvent des pertes fécales involontaires lorsque vos selles sont très molles ou liquides ?

Non Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?

Non

Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

Pas du tout

2

Un peu

3

Moyennement

4

Beaucoup

Avez-vous souvent mal lors de l'évacuation des selles ?

Non

Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

Pas du tout

2

Un peu

3

Moyennement

4

Beaucoup

Avez-vous des besoins tellement pressants que vous devez vous précipiter aux toilettes pour aller à la selle ?

Non

Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

Pas du tout

2

Un peu

3

Moyennement

4

Beaucoup

Arrive-t-il qu'une partie de votre intestin dépasse de l'anus lorsque vous allez à la selle ou après y être allée ?

Non

Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

Pas du tout

2

Un peu

3

Moyennement

4

Beaucoup

Allez-vous fréquemment uriner ?

Non

Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

Pas du tout

2

Un peu

3

Moyennement

4

Beaucoup

Avez-vous souvent des fuites urinaires involontaires associées à un besoin pressant d'uriner ?

Non

Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

Pas du tout

2

Un peu

3

Moyennement

4

Beaucoup

Avez-vous souvent des fuites urinaires lorsque vous tousssez, que vous éternuez ou que vous riez ?

Non

Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

Pas du tout

2

Un peu

3

Moyennement

4

Beaucoup

Avez-vous souvent de petites fuites urinaires (quelques gouttes) ?

Non

Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

Pas du tout

2

Un peu

3

Moyennement

4

Beaucoup

Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?

Non

Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

Pas du tout

2

Un peu

3

Moyennement

4

Beaucoup

Avez-vous souvent des douleurs ou une sensation d'inconfort dans le bas du ventre ou dans la région génitale ?

Non

Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il...

1

Pas du tout

2

Un peu

3

Moyennement

4

Beaucoup

***Veuillez vérifier que vous avez répondu à toutes les questions.
Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.***

Calcul du score

pour le questionnaire PFDI-20

Le questionnaire PFDI-20 comporte 20 questions couvrant 3 échelles.
Toutes les questions utilisent le même format pour les choix de réponse, avec une note comprise entre 0 et 4 :

Avez-vous..... ?			
Non ; Oui			
= 0			
Si oui, cela vous gêne-t-il...			
Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
= 1	= 2	= 3	= 4

Score pour chacune des échelles : reporter la note de la question correspondante. Calculer le score moyen pour les questions auxquelles la patiente a répondu (valeur entre 0 et 4), puis multiplier cette note par 25 pour obtenir le score pour l'échelle (compris entre 0 et 100). Les réponses manquantes sont sans effet puisque l'on utilise uniquement les questions auxquelles la patiente a répondu pour calculer la note moyenne.

Inventaire des symptômes de prolapsus génital (POPGI-6) Questions 1 à 6	Inventaire des symptômes colo-recto-anaux (CRADI-8) Questions 7 à 14	Inventaire des symptômes urinaires (UDI-6) Questions 15 à 20
1. 2. 3. 4. 5. 6.	7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14.	15. 16. 17. 18. 19. 20.
Total : / 6	Total : / 8	Total : / 6
Score moyen : X 25	Score moyen : X 25	Score moyen : X 25



Score total du PFDI-20 : ajouter les scores de chaque échelle afin d'obtenir le score total (compris entre 0 et 300).

Références :

1. Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition specific quality of life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). Am J Obstet Gynecol 2005 ; 193(1) : 103-113