

## FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

# PROLAPSUS : CURE PAR VOIE VAGINALE

Tampon du médecin

Madame.....

Date de remise de la fiche : .....

Le prolapsus (descente d'organes) est secondaire à une faiblesse des parois vaginales et du soutien musculaire périnéal qui va permettre aux organes pelviens (vessie, utérus, rectum) de produire une hernie (« boule ») qui produit une sensation souvent désagréable de pesanteur, de pression, d'inconfort. Cela peut gêner, voire limiter l'activité physique et affecter l'activité sexuelle plus souvent pour des raisons psychologiques (appréhension, image de soi). Le prolapsus n'est pas une maladie, ce n'est pas dangereux, ce n'est pas douloureux. Il n'y a pas de complications dans la grande majorité des cas. En revanche, cela entraîne une gêne, voire dans certains cas un handicap pour les personnes actives.

L'intervention qui vous est proposée est destinée à traiter votre prolapsus génital. Ce repositionnement s'accompagne d'un renforcement des moyens de soutien de ces organes par l'utilisation d'un tissu de renfort (implant prothétique) synthétique compatible avec le corps humain.

Enfin, il peut être associé à une intervention pour traiter l'incontinence urinaire d'effort.

En fonction des éléments de votre dossier, il peut être nécessaire de retirer l'utérus en partie ou en totalité, ou les ovaires. Ceci est alors discuté avec votre chirurgien.

Pour les patientes âgées encourant un risque anesthésique important et n'ayant plus d'activité sexuelle, il peut être proposé un geste de cloisonnement du vagin appelé colpoceclisis.

### Préparation à l'intervention

Des examens complémentaires peuvent être utiles pour planifier au mieux votre intervention.

Une consultation d'anesthésie doit avoir lieu quelques jours avant l'intervention.

Une analyse d'urine peut être nécessaire. En cas d'infection, la chirurgie est différée jusqu'à stérilisation des urines.

Pour prévenir les phlébites, des bas de contention peuvent être prescrits, portés pendant l'intervention et jusqu'à reprise d'une activité ambulatoire (prévention des phlébites). Un traitement hormonal local par œstrogènes sous forme de crème ou d'ovules peut vous être prescrit avant l'intervention pour favoriser la cicatrisation.

### Technique opératoire

L'intervention est menée sous anesthésie générale ou loco-régionale. Au bloc opératoire, vous êtes installée en position gynécologique, une sonde vésicale est le plus souvent mise en place. Une incision est pratiquée dans la paroi du vagin à sa partie antérieure et/ou postérieure. Les organes sont libérés pour pouvoir les réintégrer en bonne position.

Dans certains cas, il peut vous être proposé une hystérectomie (ablation de votre utérus), effectuée par la même voie vaginale, à cause de l'importance du prolapsus de votre utérus ou d'une pathologie de celui-ci. Le chirurgien vous en explique alors la nécessité.

Les renforts synthétiques ne sont plus utilisés par voie vaginale. Le chirurgien peut être amené à fixer l'utérus à l'aide d'un fil non résorbable.

### Suites habituelles

Le moment de l'ablation de la sonde urinaire est défini par votre chirurgien. La reprise du transit intestinal se fait habituellement dans les 48 premières heures ; cependant, une constipation peut vous gêner pendant quelques jours, et se prolonger si vous êtes sujette à ce problème. Un traitement laxatif peut alors vous être prescrit. Pendant cette période, quelques pertes vaginales peuvent survenir et sont tout à fait normales.

La durée d'hospitalisation est variable, d'un jour (ambulatoire) à quelques jours.

Une convalescence est à prévoir. Sa durée est adaptée au travail que vous exercez.

Vous devez vous abstenir de faire des efforts, du sport, de porter des charges lourdes, de prendre des bains et d'avoir des rapports sexuels avec pénétration pendant environ six semaines.

Des facilitateurs du transit pour vous éviter de pousser pour aller à la selle peuvent vous être prescrits.

Une consultation de contrôle avec votre chirurgien est prévue quelques semaines après l'intervention. Celui-ci décidera de la possibilité de reprise de toutes vos activités, en particulier sportives. Vous devez éviter les efforts violents dans les deux mois suivant l'intervention.

## Y a-t-il des risques ou des complications ?

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous. Certaines complications sont liées à votre état général et à l'anesthésie ; elles vous seront expliquées lors de la consultation pré-opératoire avec le médecin anesthésiste ou le chirurgien et sont possibles dans toute intervention chirurgicale.

Les complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

### ■ Pendant le geste opératoire :

- — Plaie de vessie : une ouverture accidentelle de la vessie peut survenir au cours de sa dissection. Le risque est plus fréquent si vous avez déjà été opérée, ce qui rend la dissection plus difficile. Cette plaie peut même interrompre le déroulement de l'intervention. La sonde vésicale peut alors être conservée plus longtemps, selon l'avis du chirurgien.
- — Plaie du rectum : une ouverture accidentelle du rectum peut survenir au cours de sa dissection. Elle est exceptionnelle et implique une réparation immédiate.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs et de l'appareil digestif) et peuvent parfois ne pas être guérissables.

Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu.

### ■ Dans les suites opératoires :

- — Hémorragie, hématome : cette complication est rare et nécessite exceptionnellement un traitement antibiotique et/ou une ré-intervention et/ou une transfusion.
- — Douleurs : les douleurs sont le plus souvent modérées après l'intervention. À distance de l'intervention, des douleurs persistantes sont exceptionnelles.
- — Troubles digestifs et difficultés d'exonération : le traitement chirurgical peut aussi entraîner une aggravation ou l'apparition de troubles digestifs. Ces symptômes peuvent disparaître avec un traitement adapté. Une occlusion intestinale est exceptionnelle car la cavité abdominale n'est en principe pas ouverte.
- — Troubles mictionnels : une infection urinaire est toujours possible et nécessitera un traitement

antibiotique après recherche d'un germe. Dans certains cas, une incontinence urinaire à l'effort peut apparaître ou se majorer dans les suites opératoires, et peut nécessiter ultérieurement une rééducation ou une intervention complémentaire. L'apparition dans les suites opératoires d'envies fréquentes ou urgentes d'uriner n'est pas rare. Si celles-ci existaient en pré-opératoire, elles peuvent persister. Après l'intervention, même après la remise en place de votre vessie, des difficultés importantes pour uriner peuvent aussi survenir, nécessitant de reposer une sonde dans la vessie ou de vous apprendre à réaliser temporairement des sondages plusieurs fois par jour.

- — Altération de la qualité des rapports sexuels : en remplaçant en bonne position les organes descendus, l'intervention permet le plus souvent d'améliorer votre sexualité. En revanche, la qualité des rapports peut être rarement altérée par des douleurs, des problèmes de lubrification vaginale. Un traitement peut vous être prescrit pour améliorer ces phénomènes locaux

### ■ Fistule :

- — Une fistule est une communication anormale entre deux organes creux. Elle peut exceptionnellement compliquer l'intervention, surtout chez les patientes multi-opérées. Elle peut concerner l'urètre, la vessie, l'uretère, le vagin ou le rectum. Son traitement est le plus souvent chirurgical.

## Résultats

Le résultat anatomique et fonctionnel est le plus souvent bon à long terme. Il ne peut cependant être garanti.

La récurrence du prolapsus n'est pas exceptionnelle, liée à de nombreux facteurs (surpoids, toux chronique, altération de la muqueuse vaginale à la ménopause, constipation...), mais son risque est variable d'une patiente à une autre. La récurrence du prolapsus ne s'accompagne pas systématiquement de la réapparition des symptômes urinaires, sexuels ou digestifs. Cette récurrence peut donner lieu à une prise en charge médicale ou bien à une nouvelle intervention.

*Ce document, complémentaire de l'information orale que vous avez reçue, vous permet donc le délai de réflexion nécessaire et une prise de décision partagée avec votre chirurgien gynécologue.*

*Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.*

## Attention !

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

# PRINCIPALES CONSIGNES APRÈS CHIRURGIE DU PROLAPSUS GÉNITAL PAR VOIE VAGINALE

Vous serez prochainement opérée d'un prolapsus génital par voie vaginale.

**Le séjour** peut être en ambulatoire (entré et sortie le jour même) :

- Si le chirurgien et l'anesthésiste, au vu de votre dossier médical, donnent leur accord.
- Si vous n'êtes pas seule à votre domicile la nuit qui suit l'intervention.
- Si après l'intervention, les critères de retour au domicile sont remplis.

**Traitement de sortie :**

- Des **antalgiques**, adaptés à votre situation, et en l'absence d'allergie connue, vous sont prescrits pour traiter la douleur et sont à prendre graduellement en fonction de la douleur ressentie : 1- paracétamol 2- paracétamol + tramadol si le paracétamol seul n'est pas efficace – 2 bis : paracétamol + tramadol + ketoprofène si le paracétamol + tramadol n'est pas suffisamment efficace. L'omeprazole est à prendre uniquement si vous prenez du kétoprofène, pour protéger l'estomac.
- Un **traitement vaginal** peut vous être prescrit, il est à appliquer tous les soirs dès le lendemain de l'intervention, lors de l'application, les fils de suture du vagin peuvent être sentis, cela n'a pas de conséquence et ne peut pas endommager la cicatrice.
- Un **laxatif** est également prescrit sur l'ordonnance pour éviter les efforts trop importants d'exonération des selles.
- Une **anticoagulation** préventive (injections sous-cutanées) peut être prescrite, en fonction des risques personnalisés de phlébite. L'ordonnance pour faire faire ces injections par l'infirmière est jointe, ainsi que l'ordonnance pour la prise de sang qui permet de surveiller que le taux de plaquettes ne chute pas de façon brutale et importante sous ce traitement.
- **Bas de contention** : il est recommandé de les porter pendant 10 à 15j. Ils peuvent être retirés la nuit.
- Le **coussin** est une sorte de bouée, il n'est nécessaire que dans certains cas où les douleurs irradiant au niveau des fesses sont importantes, ne l'achetez que si vous en ressentez le besoin.
- **Cicatrices** : Les fils sont internes et résorbables, ils ne nécessitent pas d'être retirés.

**Suites habituelles :**

- Les douleurs sont modérées la plupart du temps (paracétamol suffisant) pour une durée moyenne de 15 j. Elles se situent principalement au niveau des fesses et de l'anus.
- Une poussée hémorroïdaire peut survenir dans les suites de l'intervention, n'hésitez pas à signaler au chirurgien si vous y êtes sujette, il vous prescrira un traitement adapté.
- Il n'est pas rare que les premières selles arrivent plusieurs jours après l'intervention.
- Un saignement modéré (comme des règles ou moins) par le vagin est habituel et peut durer plusieurs semaines.

**Ce qui doit vous alerter (dans ce cas appeler le secrétariat du service ou directement les urgences) :**

- Un saignement hémorragique.
- Des pertes nauséabondes.
- De la fièvre (> 38°5).
- Des douleurs violentes qui réapparaissent secondairement.
- Des vomissements.
- Des brûlures urinaires lors de la miction plusieurs jours après l'intervention. Dans ce cas nous vous conseillons de voir votre médecin traitant pour faire réaliser une analyse d'urine avant d'initier un traitement antibiotique.
- Tout autre symptôme qui ne vous paraît pas habituel.

**Ce que vous pouvez faire :**

- Vous pouvez garder votre régime alimentaire habituel.
- Vous pouvez vous laver avec votre savon habituel (douche, pas de bain).
- Vous pouvez conduire un véhicule dès que vous vous en sentez capable (ATTENTION, certains traitements altèrent la vigilance (tramadol)).
- Vous pouvez être passagère d'un véhicule dès le jour de l'intervention.
- Vous pouvez faire de la marche sans forcer.
- Vous pouvez soulever des poids légers (< 9kgs).

**Ce que vous ne pouvez pas faire :**

- Vous ne pouvez pas vous baigner (jusqu'à la visite de contrôle).
- Vous ne pouvez pas faire de sport intense (jusqu'à la visite de contrôle) – un certificat d'inaptitude au sport peut être établi le cas échéant.
- Vous ne pouvez pas avoir de rapports sexuels avec pénétration vaginale (jusqu'à la visite de contrôle).
- Vous ne pouvez pas mettre de tampons vaginaux ou de cup.

## PFDI-20 : QUESTIONNAIRE SUR LES SYMPTÔMES DE PROLAPSUS

### 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 (X) 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 ?

1

2

3

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 ?

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

1. 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

2. 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

3. 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

4. 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

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. Avez-vous souvent des gaz involontaires (pets) ?

Non  Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il ?

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

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

Non  Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il ?

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

13. 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

14. 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

15. Allez-vous fréquemment uriner ?

Non  Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il ?

1  
Pas du tout

2  
Un peu

3  
Moyennement

4  
Beaucoup

16. 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

17. 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

18. 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

19. Avez-vous souvent du mal à vider votre vessie ?

Non  Oui

Si oui, cela vous gêne-t-il ?

1

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

20. 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

2

3

4

Pas du tout

Un peu

Moyennement

Beaucoup

**Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.**

# PFIQ-7 : QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE

## INSTRUCTIONS

Certaines femmes constatent que leurs symptômes urinaires, intestinaux ou vaginaux ont un impact sur leurs activités, leurs relations avec les autres et leur état d'esprit. Pour chaque question, cochez (X) la réponse décrivant le mieux à quel point vos symptômes ou troubles urinaires, intestinaux ou vaginaux ont affecté vos activités, vos relations avec les autres ou votre état d'esprit **au cours des 3 derniers mois**. Merci de cocher une réponse dans **chacune des trois colonnes** pour chaque question.

De manière générale, à quel point les symptômes ou troubles suivants : → → → → affectent-ils : ↓	Symptômes urinaires ou vessie	Symptômes intestinaux ou rectum	Symptômes vaginaux («boule») ou pelviens
1. Votre capacité à faire des tâches ménagères (cuisine, ménage, lessive)	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
2. Votre capacité à avoir une activité physique (marche, natation ou autre forme d'exercice physique) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
3. Vos sorties, par exemple aller au cinéma ou à un concert ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
4. Votre capacité à effectuer un trajet en voiture ou en bus à plus de 30 minutes de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
5. Votre capacité à participer à des activités avec d'autres personnes en dehors de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
6. Votre état émotionnel (nervosité, dépression, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup
7. Votre sentiment de frustration ?	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup	<input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Un peu <input type="checkbox"/> Moyennement <input type="checkbox"/> Beaucoup

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- Excellente     
  Très bonne     
  Bonne     
  Médiocre     
  Mauvaise

**Etes-vous limitée en raison de votre état de santé actuel pour effectuer des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...)?**

- Oui, très limitée     
  Oui, un peu limitée     
  Pas du tout limitée

**Etes-vous limitée en raison de votre état de santé actuel pour monter plusieurs étages par l'escalier?**

- Oui, très limitée     
  Oui, un peu limitée     
  Pas du tout limitée

<b>Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?</b>				
<input type="checkbox"/> En permanence	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
<b>Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique, avez-vous du arrêter de faire certaines choses ?</b>				
<input type="checkbox"/> En permanence	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
<b>Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveuse ou déprimée), avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?</b>				
<input type="checkbox"/> En permanence	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
<b>Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveuse ou déprimée), avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?</b>				
<input type="checkbox"/> En permanence	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
<b>Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?</b>				
<input type="checkbox"/> En permanence	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
<b>Au cours des 4 dernières semaines, vous êtes-vous sentie calme et détendue ?</b>				
<input type="checkbox"/> En permanence	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
<b>Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu une énergie débordante ?</b>				
<input type="checkbox"/> En permanence	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
<b>Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été triste et abattue ?</b>				
<input type="checkbox"/> En permanence	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais
<b>Au cours des 4 dernières semaines, y a-t'il eut des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?</b>				
<input type="checkbox"/> En permanence	<input type="checkbox"/> La plupart du temps	<input type="checkbox"/> De temps en temps	<input type="checkbox"/> Rarement	<input type="checkbox"/> Jamais

## PSIQ-12 : QUESTIONNAIRE SUR LA SEXUALITÉ

Les questions suivantes concernent votre vie sexuelle et celle de votre partenaire, dans les 6 derniers mois. Toutes les réponses resteront strictement anonymes et confidentielles.

Merci de mettre une croix dans les cases qui vous concernent.

Si vous n'êtes pas sûre de la façon de répondre à une question, donnez la meilleure réponse possible.

**Si vous n'avez pas de rapport sexuel depuis plus de six mois, cocher la case suivante et ne remplissez pas ce questionnaire :**

**1. A quelle fréquence ressentez-vous un désir sexuel ? Le désir sexuel comprend la volonté d'avoir une relation sexuelle, de programmer une relation sexuelle ou d'être frustrée par l'absence de relation sexuelle.**

Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

**2. Ressentez-vous un orgasme lorsque vous avez une relation sexuelle avec votre partenaire ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

**3. Ressentez-vous une excitation sexuelle lorsque vous avez une relation sexuelle avec votre partenaire ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

**4. Etes-vous satisfaite de la diversité des activités sexuelles que vous avez dans votre vie sexuelle ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

**5. Ressentez-vous une douleur lors des relations sexuelles ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

**6. Avez-vous des fuites urinaires au moment des relations sexuelles ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

**7. Est-ce que la peur d'une incontinence (urine ou selles) restreint votre activité sexuelle ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

**8. Evitez-vous les relations sexuelles à cause de l'existence d'une boule dans votre vagin (comme une descente de la vessie, du rectum ou du vagin) ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

**9. Lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire, ressentez-vous des émotions négatives, comme la peur, le dégoût, la honte ou la culpabilité ?**

Toujours  Souvent  Parfois  Rarement  Jamais

**10. Votre partenaire a-t-il des problèmes d'érection qui affectent votre vie sexuelle ?**

Toujours     Souvent     Parfois     Rarement     Jamais

**11. Votre partenaire a-t-il des problèmes d'éjaculation précoce qui affectent votre vie sexuelle ?**

Toujours     Souvent     Parfois     Rarement     Jamais

**12. Par rapport aux orgasmes que vous aviez avant votre opération, quelle intensité ont vos orgasmes depuis l'opération ?**

Beaucoup moins intense     Moins intense     Même intensité  
 Plus intense     Beaucoup plus intense