

PISQ-IR: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence

Q1 Laquelle des situations suivantes vous correspond le mieux ?

Je n'ai aucune activité sexuelle 1 → Passez à la question Q2 (Partie 1)

J'ai une activité sexuelle avec ou sans 2 → Passez à la question Q7 (Partie 2)
partenaire

PARTIE 1 : POUR LES FEMMES NON SEXUELLEMENT ACTIVES

→ Si vous avez une activité sexuelle, merci de cochez cette case et passez à la Partie 2, page 3

Q2 Vous trouverez ci-dessous une liste de raisons pouvant expliquer votre absence d'activité sexuelle. Pour chaque proposition, merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non pour dire que c'est une raison de votre absence d'activité sexuelle.

	TOUT A FAIT D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	TOUT A FAIT EN DESACCORD
a Pas de partenaire	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b Cela ne m'intéresse pas	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c En raison de problèmes de vessie ou de problèmes intestinaux (incontinence urinaire ou fécale) ou à cause d'un prolapsus (sensation ou présence d'une boule dans le vagin)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
d En raison d'autres problèmes de santé	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
e Douleur	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Q3 Dans quelle mesure la peur de perdre de l'urine et/ou des selles et/ou de ressentir une boule dans le vagin (descente de la vessie, du rectum ou de l'utérus) vous fait éviter ou restreindre une activité sexuelle ?

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Assez
- 4 Beaucoup

Q4 Pour chacune des propositions suivantes, merci d'entourer le chiffre entre 1 et 5 qui représente le mieux la

PISQ-IR: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence

façon dont vous jugez votre vie sexuelle actuelle :

	NOTE					
a. Epanouissante	1	2	3	4	5	Non épanouissante
b. Satisfaisante	1	2	3	4	5	Insatisfaisante

Q5 Merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les propositions suivantes :

	TOUT A FAIT D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	TOUT A FAIT EN DESACCORD
a. Je me sens frustrée par ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b. Du fait de mon incontinence et/ou prolapsus, je me sens diminuée sur le plan sexuel	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c. Je suis très affectée des répercussions qu'a mon incontinence et/ou mon prolapsus sur ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Q6 Dans l'ensemble, à quel point votre absence d'activité sexuelle vous perturbe-t-elle ?

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Assez
- 4 Beaucoup

Fin des Items pour les femmes non sexuellement actives

PISQ-IR: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence

PARTIE 2 : POUR LES FEMMES SEXUELLEMENT ACTIVES

Les questions suivantes concernent un domaine qui n'est souvent pas abordé dans un questionnaire.

Merci de répondre le plus honnêtement et le plus clairement possible.

Q7 À quelle fréquence ressentez-vous de l'excitation sexuelle (physique ou mentale), au cours d'une activité sexuelle ?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours

Q8 Au cours d'une activité sexuelle, à quelle fréquence vous sentez-vous :

	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	PRESQUE TOUJOURS
a. Comblée	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. Honteuse	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. Anxieuse	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

Q9 À quelle fréquence vous arrive-t-il de perdre de l'urine et/ou des selles au cours d'une activité sexuelle, quelle que soit la nature de l'activité sexuelle ?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours

Q10 En comparaison avec les orgasmes que vous aviez auparavant, quelle est l'intensité de vos orgasmes actuels ?

PISQ-IR: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence

- 1 Nettement moins intenses
- 2 Moins intenses
- 3 Même intensité
- 4 Plus intenses
- 5 Nettement plus intenses

Q11 À quelle fréquence ressentez-vous des douleurs lors des rapports sexuels avec pénétration vaginale ?
(Si vous n'avez pas de rapports sexuels avec pénétration vaginale, cochez cette case et passez à la question suivante.)

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours

Q12 Avez-vous un(e) partenaire sexuel(le) ?

- 1 Oui → Passez à la question Q13
- 2 Non → Passez à la question Q15

Q13 Avec quelle fréquence votre partenaire rencontre-t-il/elle des problèmes (absence d'excitation, de désir, d'érection, etc.) qui limitent votre propre sexualité ?

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Presque jamais/Rarement

Q14 Globalement, diriez-vous que votre partenaire a un impact positif ou au contraire un impact négatif sur ce qui suit ?

	TRES POSITIF	PLUTOT POSITIF	PLUTOT NEGATIF	TRES NEGATIF
a. Votre désir sexuel	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				
b. La fréquence de votre activité sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>				

Q15 Au cours d'une activité sexuelle, vous arrive-t-il de ressentir que vous en auriez voulu davantage ?

- 1 Jamais

PISQ-IR: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence

- 2 Rarement
- 3 Parfois
- 4 Souvent
- 5 Toujours

Q16 A quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel, ceci pouvant inclure l'envie d'avoir une relation sexuelle, des pensées de nature sexuelle, des fantasmes... ?

- 1 Tous les jours
- 2 Toutes les semaines
- 3 Tous les mois
- 4 Moins d'une fois par mois
- 5 Jamais

Q17 Selon vous, quel est le niveau de votre désir sexuel ou de votre intérêt pour le sexe ?

- 1 Très élevé
- 2 Elevé
- 3 Modéré
- 4 Faible
- 5 Très faible voire nul

Q18 Dans quelle mesure la peur de perdre de l'urine, des selles et/ou de ressentir une boule dans le vagin (prolapsus) vous fait éviter une activité sexuelle ?

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Assez
- 4 Beaucoup

PISQ-IR: Sexual Function for Women with: POP, Urinary Incontinence and/or Fecal Incontinence

Q19 Pour chacune des propositions suivantes, merci d'entourer le chiffre entre 1 et 5 qui représente le mieux la façon dont vous jugez votre vie sexuelle actuelle :

	NOTE					
a Epanouissante	1	2	3	4	5	Non épanouissante
b Satisfaisante	1	2	3	4	5	Insatisfaisante
c En confiance	1	2	3	4	5	Inquiète

Q20 Merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou non avec les propositions suivantes :

	TOUT A FAIT D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	TOUT A FAIT EN DESACCORD
a. Je me sens frustrée par ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
b. Du fait de mon incontinence et/ou prolapsus, je me sens diminuée sur le plan sexuel	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
c. Je ressens de la gêne vis-à-vis de ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
d. Je suis très affectée des répercussions qu'a mon incontinence et/ou mon prolapsus sur ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴