# Dossier d'aide aux futures négociations conventionnelles de 2027

## Document à destination des syndicats en kinésithérapie

**Dossier réalisé par le pôle de représentation institutionnel de l'AFRePP.**

**Nous remercions particulièrement :**
Mme Christine BATAILLON, Mme GIRARD Delphine, Mme LIAGRE Blandine, Mme BOUCHET Hélène, Mme GRUYER-DROUET Laurence, Mme MARTIN NEYRAND Maud, Mme QUEMENER Nolwenn et Mme TISON Sophie pour leur présence en réunion et pour la réalisation de ce dossier.

# Plan

1- Introduction
2- Pathologies / troubles suivis
3- Statistiques
4- Données de santé publique
5- Actes Hors NGAP
6- Incohérences de la NGAP existante
7- Recommandation HAS
8- Bilan
9- Lettre de soutien société savantes médicales
10- Proposition de NGAP

Annexes

# 1- Introduction : qu'est-ce la rééducation périnéale ?

Un peu d'histoire :
La rééducation périnéale a été introduite en France au début des années 80. Elle était basée sur les exercices de Kegel et consistait en un renforcement des muscles du plancher pelvien principalement dans le cadre de l'incontinence urinaire d'effort féminine et dans le post partum. Par la suite, cette rééducation est devenue pelvi-périnéale élargissant sa sphère d'action aux régions abdominale, pelvienne, rachidienne et thoracique. Elle s'est développée chez les hommes et les enfants par la suite.

C'est une prise en charge des trois filières : sphère génitale, sphère urinaire et sphère digestive, et également les douleurs pelvi-périnéales, les troubles sexuels et les troubles de la statique pelvienne (prolapsus des organes pelviens).
Actuellement, les kinésithérapeutes pratiquant cette rééducation sont les seuls professionnels de santé à prendre en charge les troubles des trois filières pour toutes les tranches de la population.

En fonction du bilan diagnostic kinésithérapique et des objectifs de soin, cette prise en charge pourra être musculosquelettique, tissulaire, posturale, comportementale, respiratoire, trophique, vasculaire (…) Cette rééducation est donc globale et ne se limite pas à la rééducation du plancher pelvien. Ces affections sont la résultante de déficits dans la sphère abdomino pelvienne mais pas que car il est maintenant prouvé que des déficits posturaux (rachidiens…) entraîneront par exemple des troubles de l'incontinence ou de la douleur pelvienne et, selon le BDK, nécessitent une prise en charge globale.

Notre rôle n'est pas seulement de rééduquer mais également d'accompagner les patients dans la reprise de leurs activités quotidiennes quel que soit leur âge et quel que soit la nature de leurs activités (professionnelle, sportive, familiale, culturelle, …) dans le but de leur ré-intégration sociale.

À ce jour, l'avenant 7 ne prend pas en compte l'évolution de notre champ d'action.
La nouvelle nomenclature ne répond malheureusement pas à la réalité de nos prises en charge.
En effet, elle dispose de 3 cotations d'actes possibles :

- **RAB 8 :** rééducation abdominale du post partum
- **RAB 8.1 :** rééducation abdominale pré et post opératoire
- **RAB 8.5 :** rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback

Chacun de ces actes ne concerne la rééducation que d'un groupe musculaire (périnéal ou abdominal) qui n'est pas forcément le seul en cause dans les affections précédemment citées.

Exemples concrets :

*Un médecin prescrit à son patient une rééducation ano périnéale. A la suite de notre BDK nous constatons que le patient souffre d'une incontinence anale expliquée par un contexte de constipation chronique. Comment devons-nous le coter ? Cette rééducation ne peut pas être*

*cotée en rééducation abdominale du post partum, ni en rééducation périnéale, ni en rééducation pré ou post opératoire.*

*Cas de la douleur pelvienne chronique : d'une étiologie souvent méconnue, elle se traduit par des douleurs dans le pelvis avec atteinte lésionnelle ou non des organes pelviens.*
*Elle concerne de ce fait :*

- *au niveau ostéoarticulaire au bassin et ses articulations. Elle est souvent étendue au rachis lombaire et aux hanches.*
- *au niveau musculaire, il s'agit de troubles myofasciaux de l'ensemble des muscles pelviens (plancher pelvien mais aussi obturateurs, fessiers, piriforme, psoas iliaque….).*
- *au niveau neurologique, il peut être associé une atteinte pudendale. D'autre part on retrouve une forte proportion avec des mécanismes de sensibilisations périphériques et centraux.*

*Cette prise en charge globale et complexe se cote comment dans la nouvelle nomenclature ? Sachant qu'il n'est pas mention de la partie pelvienne en ostéo articulaire dans cette dernière*

**Nous sommes loin de la rééducation périnéale sous contrôle manuel avec électrostimulation et biofeedback si besoin !!!**

## 2- Pathologies / troubles suivis

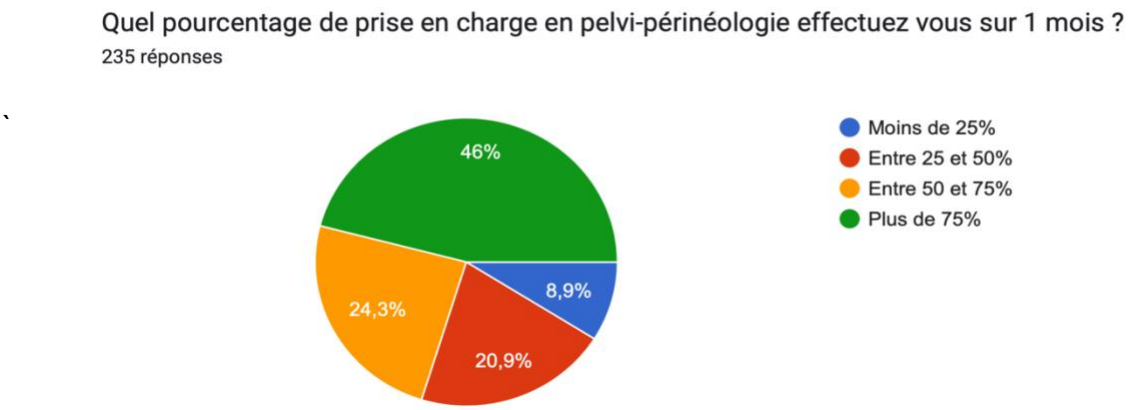
Nous vous présentons le catalogue non exhaustif de notre champ d'action sur prescription médicale.

- Le partum : pré, per et post partum
- L'incontinence urinaire (IU) : IUE, IUU, IUM ( incont à l'effort, par urgenturie, mixte)
- Les troubles du bas appareil urinaire : hyperactivité vésicale, dysurie, pollakiurie, nycturie, rétention.
- Les troubles de la sphère abdominale : diastasis, hypotonie, hernie
- L'incontinence anale : gaz et incontinence fécale
- La constipation : de transit ou terminale
- Les troubles de la statique pelvienne : POP (prolapsus des organes pelviens)
- Les prolapsus rectaux interne et externe et intussusception
- Le syndrome du côlon irritable
- Les pathologies anales : fissures anales, hémorroïdes, fistules (suites op.)
- Les pathologies de l'enfant et l'adolescent : encoprésie, énurésie, malformation ano rectale, maladie de Hirschsprung
- L'endométriose
- Les congestions pelviennes
- Douleurs pelviennes chroniques : syndrome myofascial, coccygodynie, anisme
- Les troubles sexuels : vaginisme, vulvodynie, dyspareunie, trouble de l'érection et de l'éjaculation
- Les troubles liés au vieillissement : ménopause, hypertrophie bénigne de prostate
- Les cancers pelviens : vulvaire, vessie et colorectal, prostate (pré et post-op)
- Les suites des opérations de réassignation de sexe
- La prise en charge des mutilations
- Neuropathie : pudendale, clunéale
- Les retentissements pelviens des pathologies de neurologie centrale : SEP, Parkinson, canal lombaire étroit, paraplégie, tétraplégie….

# 3- Statistiques des prises en charge en pelvi périnéologie :

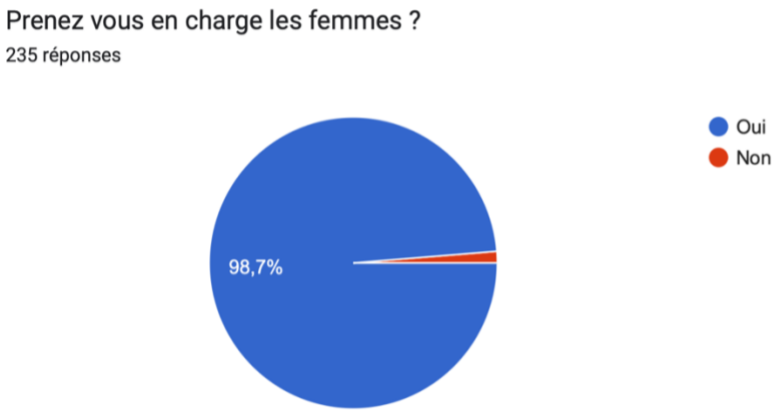
Voici les résultats d'une enquête que nous avons réalisée auprès de nos adhérents entre le 20/11/2024 au 03/02/2025 : 235 réponses
Cette enquête avait pour objectif d'analyser les différentes prises en charge en pelvi périnéologie sur un mois.

**Voici les résultats :**
La rééducation en pelvi périnéologie représente plus de 50% de l'activité clinique pour les plus des 2/3 des personnes ayant répondu à cette enquête.

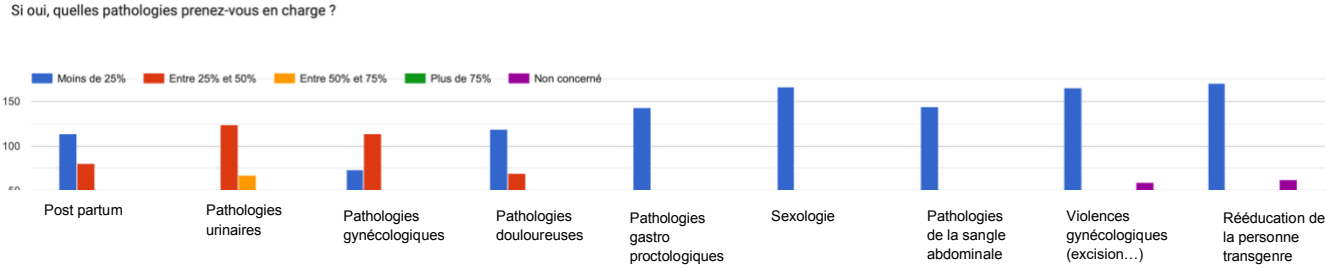



**PEC FEMMES : 98,7 %**

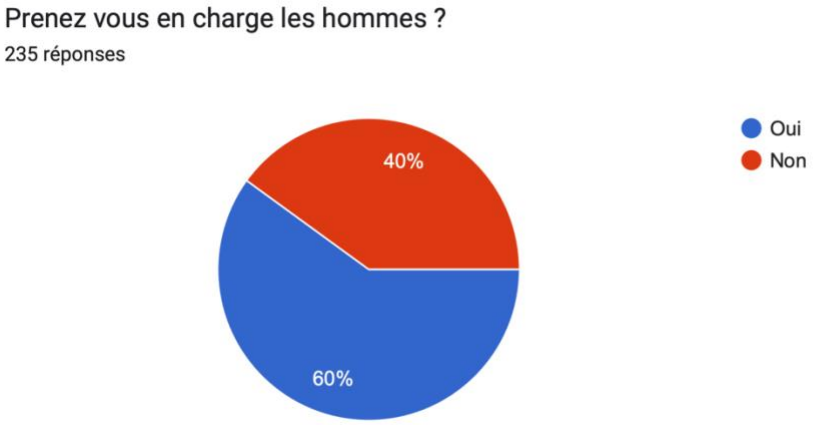
La majorité des personnes ayant répondu à notre enquête prenne en charge la population féminine.



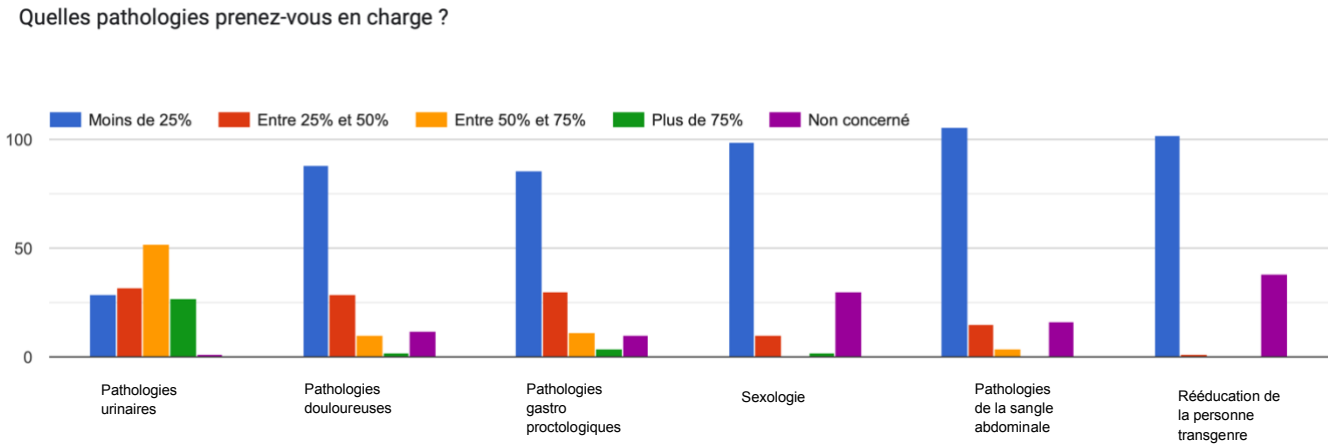

Les motifs de consultation principaux sont sur la prise en charge des troubles urologiques et gynécologiques. La prise en charge des douleurs, des troubles de la sphère ano-rectale, des troubles sexologiques reste plus rare. Cet écart s'explique par le fait que ces prises en charge nécessitent des formations complémentaires et plus pointilleuses.



La prise en charge de la population masculine est moins courante. Il est à noter que nous avons moins de demande au sein de nos cabinets.

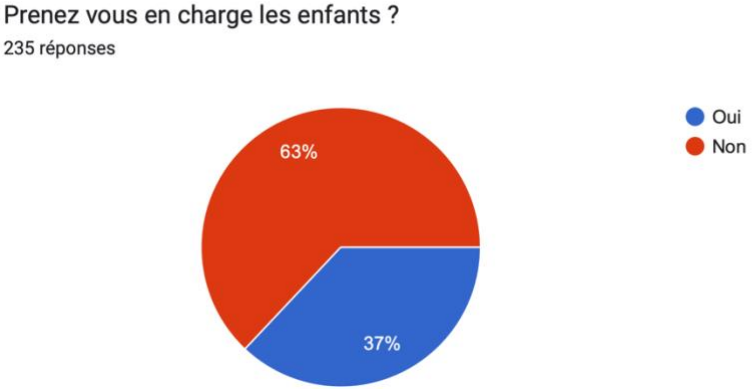



La majorité des prises en charge concerne la prise en charge des troubles urologiques comme par exemple après cancer de la prostate.
La prise en charge des douleurs, des troubles ano-rectaux et des troubles sexuels reste moins courante.

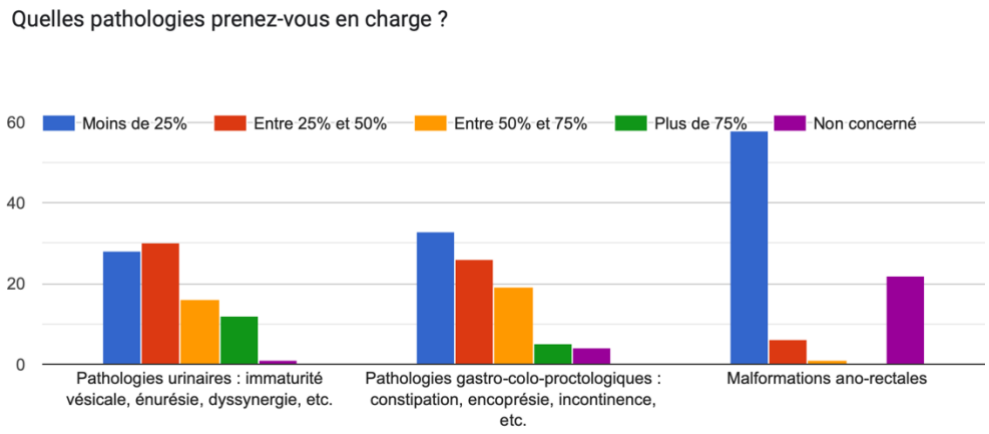



## PEC ENFANTS 37%

La rééducation périnéale pédiatrique est plus rarement pratiquée car seulement 37% des personnes ayant répondu à notre enquête prenne en charge les troubles de la sphère pelvienne de l'enfant.



Les demandes sont également moins courantes car d'après les résultats la population pédiatrique représente seulement 8% de la population étant prise en charge en pelvi périnéologie.
Une fois encore, ce sont les troubles de la sphère urologique qui sont majoritairement prise en charge.




## Conclusion

- Pour toutes les populations, les pathologies urologiques sont les mieux prises en charge, avec les pathologies gynécologiques pour les femmes.
- Les femmes sont plus souvent prises en charge que les hommes 98% versus 60%.
- Les enfants sont peu pris en charge 37%
- Les pathologies ano-rectales sont peu prise en charge, de même que les pathologies douloureuses, alors que ce sont des pathologies fréquentes.

# 4- Données de santé publique

- IU : 2,6 millions de personnes de plus de 65 ans (Améli)
- Constipation : 30% (SNFCP)
- Rectocèle : 90% des femmes (Association Française de FMC-HGE)
- Endométriose : 10% des femmes (HAS)
- Douleurs pelviennes : 15-20% de la population française
- Énurésie : 18% à 5 ans à 10 ans (AFU)
- Encoprésie : 0,8 et 4% des enfants, consultation hospitalière 13 à 20% des motifs de constipation (SNFCP)
- Cancer colorectal : 47000 personnes en 2023 (Institut national du cancer)
- Cancer de la prostate : 1er cancer masculin (Institut national du cancer)
- Prolapsus 30 à 50% des femmes (HAS)
- Vulvodynie et vaginisme : 15% des femmes, le vaginisme étant associé à la dyspareunie dans tous les travaux récents. (CNGOF)

## 5- Les actes hors NGAP

- ***Actes d'éducation et de prévention :*** *Éducation à la santé pelvienne, Éducation respiratoire, Éducation et suivi des TENS, Prévention posturale*
- ***Cicatrices :*** *Césarienne, Épisiotomie, Déchirure, Stomie, Post chirurgie pelvienne*
- ***Cohérence cardiaque***
- ***Consultation en sexologie***
- ***Drainage lymphatique***
- ***Massage abdominal***
- ***Pessaires : choix, pose, suivi***
- ***Posturologie***
- ***Relaxation***
- ***Choix et pose et suivi de pessaire***
- ***Drainage lymphatique***
- ***Participation régulière aux RCP (acte gratuit)***
- ***Consultation en sexologie***
- ***Taping***

# 6- Incohérences de la NGAP existante

De plus, nous sommes confrontés quotidiennement à des incohérences liées à différents arrêtés ou décrets.

1) ***Sondes :*** *" prescription se limitant au matériel non utilisé pendant les séances sauf avis contraire du médecin" et au traitement de l'incontinence urinaire (cf arrêté du 9/01/2006)*
   Comment le patient peut-il disposer d'une sonde adaptée si elle n'est pas prescrite par le kinésithérapeute qui a effectué le bilan et qui effectuera les soins ?
   Quid des patients présentant des troubles ano-rectaux ?

   À ce jour, d'après la mise à jour des LPP du 06/01/2025 *(Annexe1)* les sondes sont remboursables pour un "traitement à domicile ou au cabinet" et dans le cadre de l'insuffisance sphinctérienne, sans précision, ce qui laisse un possible pour l'incontinence anale et l'utilisation des sondes prescrites au cabinet.

   Cette proposition nous semble déjà un peu plus cohérente mais il reste dommage que ce ne soit pas encadré par un texte législatif.

2) **Stimulation du nerf tibial postérieur** (NTP) *:* Actuellement, la location d'un appareil pour stimulation du NTP dans le cadre d'une incontinence sphinctérienne et son utilisation est impossible de façon concomitante à des séances rééducation pelvi-périnéale car ce dispositif a été répertorié comme outil de rééducation. Nous aimerions d'une part pouvoir effectuer des séances de rééducation en parallèle d'une location d'un appareil de ce type car c'est un traitement complémentaire à nos techniques de rééducation. A ce jour, la majorité des médecins spécialistes prescrivent cet appareil et encouragent les patients à être vus en rééducation en parallèle.

Le kinésithérapeute ayant le choix de ses techniques, il devrait également pouvoir être amené à prescrire ce dispositif (utilisation quotidienne recommandée dans les publications) en association des séances qu'il effectue.
Pour rappel, la location d'un appareil de ce type est recommandée, remboursée par la sécurité sociale en association avec la rééducation, dans le cadre de la prise en charge de la douleur musculo squelettique.
Nous avons lancé une pétition concernant la possibilité de réaliser les deux techniques de manière concomitante. Cette pétition est depuis peu diffusée par certaines sociétés savantes médicales. Nous avons mis à disposition un courrier destiné à nos prescripteurs, afin d'informer sur ce problème et de recueillir des signatures : 637 signatures récoltées en date du 03/03/2025. *(Annexe 2)*

3) **L'acte de rééducation des sages-femmes n'est pas équivalent au nôtre**. A ce jour, une séance de rééducation périnéale est à 24 € depuis le 1er janvier 2025 (anciennement 23,25 €) quand notre cotation reste un RAB8,5 à 18,79 €. Afin d'être équivalentes à leur cotation nous devrions avoir un acte à RAB10,9.
Aussi, d'après le CNOSF, la compétence en autonomie (sans prescription) des sage-femmes se limite à la femme en bonne santé, en dehors de toute pathologie et uniquement sur les conséquences des accouchements. En cas de causes multiples, dont l'accouchement, cette compétence en autonomie de la sage-femme est exclue. En cas de doute sur une pathologie, la sage-femme doit renvoyer au médecin sans pratiquer d'acte. Elle ne peut pratiquer en autonomie sur une douleur pelvienne car considérée comme pathologique. La sage-femme peut faire de la rééducation périnéale en cas de pathologie mais sur prescription médicale et en se conformant strictement à la prescription en question.
La rééducation périnéale sur une nullipare est donc non cotable par une sage-femme. *(Annexe 3)*

4) **Délai de prise en charge dans le cadre du post partum :** Actuellement, le décret de compétence des kinésithérapeutes du 27 Juin 2000 stipule que la prise en charge en post partum est autorisée à 90 jours par les kinésithérapeutes contrairement aux sage-femmes qui peuvent prendre en charge les patientes dès leur sortie de maternité. Nous souhaitons appuyer sur le fait que d'après les récentes publications la prise en charge des LOSA doit être la plus précoce possible. Il en est de même sur la prise en charge abdominale du post partum qui actuellement doit être initiée uniquement après 6 semaines de l'accouchement. Tout comme les LOSA, la prise en charge du diastasis se doit d'être la plus précoce possible.

5) **Pessaire :** malgré les recommandations de la HAS sur le prolapsus (2021), le pessaire est le traitement de première intention tout comme la rééducation. A ce jour, les kinésithérapeutes ont le droit de prescription et de la pose des pessaires mais aucun acte n'est référencé dans la NGAP.

## 7- Recommandations HAS existantes

Vous trouverez ci-dessous les différentes recommandations de l'HAS en lien avec la pelvi périnéologie :

**FEMME :**
Recommandations dans le cadre du post partum : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_post_partum.pdf

Recommandations sur l'incontinence urinaire de la femme : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf

Recommandations sur la prescription d'acticité physique et sportive pendant la grossesse et le post partum : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_329_ref_aps_grossesse_vf.pdf

Recommandations sur la prise en charge du prolapsus : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/reco329_synthese_evaluation_prolapsus_cd_2021_05_06_v2_g.pdf

Recommandations sur la prise en charge des complications de la chirurgie avec prothese de l'incontinence urinaire d'effort et du prolapsus genital de la femme : https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3428120

**HOMME :**
Recommandations bilan pré thérapeuthique des troubles mictionnels de l'homme adultes : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/reco444_recommandations_rbp_troubles_mictionnels_homme_mel.pdf

**ENFANT :**
A ce jour, l'HAS ne dispose pas de recommandation mais celà ne veut pas dire qu'il n'y a pas de publication scientifique sur le sujet.

## 8- Présentation du BDK en pelvi périnéologie :

Notre bilan s'adapte et comporte plusieurs chapitres qui seront plus ou moins approfondis en fonction des demandes et des symptômes évoqués par les patients.
Dans un premier temps, nous revoyons l'ensemble du parcours de vie des patients afin d'évaluer si leurs comportements ou antécédents pourraient expliquer leur symptomatologie actuelle (accouchement, constipation, opération, maladie associée, …)

Dans un second temps nous nous intéresserons notamment aux symptômes pelviens (urinaires, défécatoires, douleurs, sexologiques) pour lesquels les patients viennent en consultation. Il est très fréquent que plusieurs symptômes pelviens soient évoqués de façon concomitante. C'est ce qui explique en partie l'importance et la durée du bilan.

Le plus souvent ce bilan est effectué sur 2 séances de 30 minutes ou sur une séance de 1h.

Le bilan est exhaustif car il permet d'appréhender l'ensemble de la sphère pelvienne. *(Annexe 4)*

Une incontinence urinaire d'effort est toujours la résultante de plusieurs affections dans la sphère lombo abdomino pelvienne. Pour être rééduquée, elle nécessite dès lors ce bilan rigoureux.

Il en est de même pour tous les motifs de consultation précédemment cités.

Pour définir les objectifs de rééducation, le kinésithérapeute devra déterminer l'ensemble des affections de cette zone.

Les objectifs thérapeutiques découlant de ce bilan peuvent être :

- antalgiques
- amélioration de la trophicité
- récupération neurologique
- relaxation
- renforcement musculaire
- posturaux
- fonctionnels (respiration,miction, défécation, sexualité)
- mise en situation écologique
- réentrainement à l'effort

Au vu de ce bilan, la rééducation sera de ce fait globale et intéressera l'ensemble de la zone lombo abdomino pelvienne mais également les racines des membres inférieurs.

Enfin, le kinésithérapeute est aussi un acteur de prévention. En effet, la zone pelvienne reste taboue et est souvent peu ou pas examinée dans les consultations de médecine générale. Le kinésithérapeute est de ce fait le seul professionnel de santé à bilanter cette zone dans son ensemble et à pouvoir orienter un patient s'il observe une affection qui n'est pas dans son domaine de compétence.

## 9- Soutien de nos revendications par les société savantes médecins (AFU, CNOGF, SNFCP)

Nous avons sollicité les différentes sociétés savantes médicales (urologie, gynécologie et gastro-entérologie) avec lesquelles nous collaborons étroitement.
Vous trouverez en annexe les lettres de soutien signées par ces sociétés savantes. *(Annexe 5)*

## 10- Proposition de NGAP

Nous vous proposons donc une revalorisation de notre acte de rééducation périnéale au même niveau que celui des sages-femmes soit un **RAB10.9 et une conservation du système actuel.**

# ANNEXES

**Annexe 1 :** LPP CPAM
**Annexe 2 :** Pétition pour le remboursement des séances de façon concomitante avec la prescription de la SNTP
**Annexe 3 :** Tableau comparatif : compétence kiné / compétence sage-femme
**Annexe 4 :** Exemple de BDK en pelvi périnéologie
**Annexe 5 :** Lettre de soutien des sociétés savantes médicales

## Annexe 1 : LPP CPAM

| Code | Nomenclature | TARIF en € | Date de fin de prise en charge |
|---|---|---|---|
| 1189270<br>101B07.1 | Uro-génital, électrostimulateur neuromusculaire, achat.<br>Achat de (appareil pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne. | 304,90 | 31-07-2025 |
| 1111701<br>101B07.2 | Uro-génital, électrostimulateur neuromusculaire, location hebdomadaire < ou = 26.<br>Location hebdomadaire de l'appareil pour autotraitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne ; limitée à 26 semaines. | 11,74 | 31-07-2025 |
| 1183014<br>101B07.3 | Uro-génital, forfait annuel pour sonde ou électrode cutanée périnéale.<br>La prise en charge est assurée sur facture à concurrence de 25,92 €. Elle est assurée pour les patients traités à domicile ou en cabinet.<br>La prise en charge de ce forfait annuel est subordonnée au caractère remboursable de l'appareil pour auto-traitement à domicile de l'incontinence sphinctérienne. | 25,92 | 31-07-2025 |

**Annexe 2 : Pétition pour le remboursement des séances de façon concomitante avec la prescription de la SNTP**

AFRePPP
Association Française de Rééducation en Pelvi-Périnéologie

**Chère prescriptrice, cher prescripteur,**

Dans vos prises en charge médicales, **vous prescrivez** régulièrement de la **stimulation du nerf tibial postérieur à domicile**, à effectuer de façon **concomitante** à de la **rééducation.**

Les deux thérapeutiques sont complémentaires, le suivi en rééducation permet de confirmer la bonne observance de la stimulation, et nous permet, lors des séances de rééducation de travailler sur le corporel et le comportemental.

Or, **ces deux techniques ne peuvent être remboursées simultanément .**

La CPAM les considère comme des actes de rééducation à part entière tous les deux et refuse donc la prise en charge des séances de rééducation concomitantes aux séances de stimulation à domicile.

En cas de prescription d'un appareil de stimulation du NTP : la *durée de la location ne peut excéder six mois*.

**Certaines CPAM**, pour le moment, sont tolérantes. D'autres n'acceptent pas les deux thérapeutiques et demandent aux kinésithérapeutes ayant effectué des séances de rembourser celles-ci . Elles **peuvent réclamer des indus jusqu'à 2 ans** après la fin du traitement rééducatif.

Certains de nos confrères sont confrontés à cette problématique.

Nous avons alerté nos syndicats et entamons des démarches pour faire évoluer cette situation. Nous avons donc **mis en place une pétition** afin d'obtenir un grand nombre de signatures de la part de nos prescripteurs dans le but de la soutenir. D'après les recommandations de l'HAS, la prescription de la stimulation du nerf tibial postérieur et la rééducation pelvi périnéale sont souvent des traitements de première ligne, il nous semble donc évident que **le remboursement de ces 2 prestations soit possible afin d'optimiser les chances de résultats pour nos patients.**

**Pourriez-vous nous aider en signant cette pétition ?**

En vous remerciant par avance, bien à vous.

A ce jour la pétition a reçu plus de **685 signatures** de la part de médecins et de kinésithérapeutes.

**Annexe 3 : Tableau comparatif : compétence kiné / compétence sage-femme :**
Ces éléments figurent sur les différents CNO respectifs.

| | KINÉSITHÉRAPEUTE | SAGE-FEMME |
|---|---|---|
| **Rééducation post-partum** | **OUI** au 90ème jour PP,<br>- sur prescription médicale | **OUI** limité aux conséquences de l'accouchement sans pathologie.<br>- en autonomie |
| **Rééducation périnéale** | **OUI** sur prescription médicale avec choix des techniques suivant BDK | **OUI** sur prescription médicale en pathologie |
| **Physiothérapie** | **OUI** | **OUI** |
| **Rééducation douleurs pelviennes chroniques** | **OUI** sur prescription médicale et selon BDK | **OUI,** si prescription médicale et femme ayant accouché |
| **Rééducation abdominale** | **OUI** après la visite post-natale à 6 semaines, sur prescription médicale | **NON** |
| **Rééducation posturale** | **OUI** sur prescription médicale et selon BDK | **NON** |
| **Rééducation respiratoire** | **OUI** sur prescription médicale et selon BDK | **NON** |
| **Rééducation du rachis** | **OUI** sur prescription médicale et selon BDK | **NON** |
| **Pessaires** | Choix, pose, surveillance, prescription | Choix, prescription, pose, surveillance |
| **Prescriptions** | Ceinture de grossesse de série<br>Orthèse élastique de contention des membres inférieurs<br>Pessaires<br>Sonde ou électrode cutanée périnéale<br>Étui pénien<br>Collecteur d'urine<br>Urinal | Ceinture de grossesse de série<br>Orthèse élastique de contention des membres inférieurs<br>Sonde ou électrode cutanée périnéale<br>Electrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale<br>Tire-lait<br>Diaphragme<br>Cape cervicale<br>Compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrap<br>Dispositifs intra-utérins<br>Préservatifs<br>Dispositifs d'autosurveillance de la glycémie : lecteur de glycémie, bandelettes d'autocontrôle de la glycémie, autopiqueur, lancettes<br>Pessaires |
| **Rééducation pédiatrique** | **OUI** sur prescription médicale | **NON** |
| **Rééducation masculine** | **OUI** sur prescription médicale | **NON** |
| **Rééducation nullipares** | **OUI** sur prescription médicale | **NON** |
| **Rééducation de la personne transgenre** | **OUI** sur prescription médicale | **NON** |

**Annexe 4 : BDK type**
Nous vous présentons ci-dessous un bilan type pour la population féminine.

## ADMINISTRATIF

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |
| Tél : | @ : |
| Date de naissance : | |

## MÉDICAL

| | |
|---|---|
| Date de prescription : | Prescripteur : |
| Médecin traitant : | |
| Urologue : | Gynécologue : |
| Gastro-entérologue : | Autre : |

## MOTIF DE CONSULTATION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Motif de consultation : | | | |
| Symptômes : | | | |
| Histoire de la maladie : | | | |
| Traitements médicamenteux : | ☐ Urinaire ; ☐ Génital Hormonal ; ☐ Digestif ; ☐ Autre | | |
| Examens complémentaires : | BUD | ☐ Non | ☐ Oui |
| | Échographie | ☐ Non | ☐ Oui |
| | Cystoscopie | ☐ Non | ☐ Oui |
| | IRM pelvienne | ☐ Non | ☐ Oui |
| | Manométrie anorectale | ☐ Non | ☐ Oui |
| | Défécographie | ☐ Non | ☐ Oui |

## FACTEURS DE RISQUE

- Profession :
- Taille : cm - Poids : Kg - Perte / Prise de poids :
- Tabac : ☐ non ☐ oui ⇒ Combien : ☐ J'ai arrêté ⇒ Quand ? :
- Alcool : ☐ non ☐ oui ⇒ Quantité :
- Alimentation :
- Vos activités sportives :

| Type de sport | Combien de fois / semaine ? | Temps effectué ? |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

- Vos activités physiques : bricolage – jardinage – port de charge.
- Vie sociale : en couple – vit seule – enfants à charge (en bas âge – ado ?) – parents à charge.
- Scores de qualité de vie : SF36 =

## ANTÉCÉDENTS

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

| Avez-vous des maladies chroniques ? | NON | OUI | Sous traitement depuis quand ? |
|---|---|---|---|
| Diabète | | | |
| Hypertension artérielle | | | |
| Bronchite ou toux chronique ou allergie ou asthme | | | |
| Maladies neurologiques centrales | | | |
| Maladies neurologiques périphériques (étirement) | | | |
| Rachialgie | | | |
| Hernie discale | | | |
| Colopathie | | | |
| Cancers | | | |
| Autres | | | |

- Avez-vous été énurétique ? : ☐ Non ☐ Oui ⇒ jusqu'à quel âge ? :
- Avez-vous des traitements en cours ? ☐ Non ☐ Oui
- Si oui lesquels ? :
  - ☐ Antidépresseur
  - ☐ Supplémentation en fer
  - ☐ Traitement hormonal local
  - ☐ Traitement hormonal général
  - ☐ Autres : si oui, le(s)quel(s) ?

**ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX :**

| Date | Péridurale | Épisiotomie | Déchirure | Instruments | Poids | Express Abdo | IU pré | IU post | Rééducat° PP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

**ANTÉCÉDENTS KINÉ : RÉÉDUCATION PÉRINÉALE :**

- Nb de séances ? :
- Année ? :
- Quel professionnel ? :
- Techniques utilisées :

**ANTÉCÉDENTS URO-GYNÉCO :**

- Infections urinaires répétitives : ☐ non ; ☐ oui ⇒ fréquence : _ _ /mois ; _ _ /an ;
  - Traitement :
  - Durant une certaine période ? : ☐ enfance ; ☐ ado ; ☐ premiers rapports sexuels ; ☐ grossesse ; ☐ post partum ; ☐ ménopause

- Mycose :☐ non ; ☐ oui ⇒ fréquence : _ _ /mois ; _ _ /an) ;
  - Traitement :
  - Durant une certaine période ? : ☐ enfance ; ☐ ado ; ☐ premiers rapports sexuels ; ☐ grossesse ;

- IST : ☐ non ; ☐ oui. Le(s)quelle(s) :
- Contraception :
- Ménopause : ☐ non ; ☐ oui. Depuis quand ?
- Dysménorrhées : ☐ non ; ☐ oui
- Prolapsus : ☐ oui ; ☐ non
- ATCD chirurgical en pelvi périnéologie :
- Radiothérapie / chimiothérapie / hormonothérapie :

**ÉVÉNEMENTS DE VIE MARQUANTS, TRAUMATISMES :**

## A- FILIÈRE URINAIRE

### A.1- ÉVALUATION DES APPORTS LIQUIDIENS :

(Tous liquides confondus : eau - soupe - alcool - thé - tisane - café - sodas…)

☐ 1,5L à 2L ☐ supérieur ⇒ combien : ☐ inférieur

Dont quantité eau plate :

**A.2- LES FUITES URINAIRES :**

A.2.1- CIRCONSTANCES DES FUITES :

| Dans cette liste de situations ou d'activités, dites, pour chacune d'elles, si elle entraîne des fuites d'urine | | Non, pas du tout | Oui | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Rares | Souvent | Toujours |
| Situations d'effort et posturale | | | | | |
| Toux isolée | | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| Quintes de toux | | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Éternuements | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Rire | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Efforts brusques | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Course à pied, ou en sautant | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Sport ou activité physique | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Soulever ou porter une charge | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Monter ou descendre des escaliers | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Marche à pied | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Sortir du lit ou se lever d'un siège | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Se pencher en avant, se mettre à genou ou s'accroupir | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Rapports sexuels | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Fuites permanentes debout | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| Situations sensorielles | | | | | |
| | Bruit de robinet ou d'eau qui coule | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Contact de l'eau | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Contact du froid | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| Situations émotionnelles | | | | | |
| | Énervement ou stress | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Peur | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Fou rire | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Arrivée à proximité des toilettes | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Orgasme | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Envie urgente d'uriner | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Syndrome Clé porte | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| Situations sans cause apparente | | | | | |
| | Fuites insensibles sans besoin ni effort | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Fuites en dormant | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Autres circonstances | ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 |
| | Précisez lesquelles : | | | | |

☐ IUE ☐ IUU ☐ IUM

A.2.2- CARACTÈRES DES FUITES :

☐ gouttes ☐ jet ☐ goutte à goutte ☐ filet

☐ perçues ☐ non perçues

A.2.3- FRÉQUENCE DES FUITES :

☐ tous les jours ☐ plusieurs fois /jour ☐ occasionnelles (_ _ à _ _ fois/semaine/mois)

☐ uniquement au sport ☐ majorée à la fatigue

A.2.4- INCONTINENCE :

☐ diurne ☐ nocturne

A.2.5- PROTECTION :

☐ occasionnelle ☐ permanente

Pour : ☐ fuites urinaires

☐ sécrétions vaginales

☐ fuites anales

| Types | | |
|---|---|---|
| Protège-slip : | /jour ; | /nuit |
| Culotte menstruelle : | /jour ; | /nuit |
| Culotte antifuite : | /jour ; | /nuit |
| Serviette : | /jour ; | /nuit |
| Couche : | /jour ; | /nuit |

**A.3- ENVIES :**

A.3.1- CAPACITÉ À SE RETENIR :

- Difficulté à se retenir vessie pleine : ☐ non ☐ oui ☐ parfois
- Difficulté à se retenir vessie non pleine : ☐ non ☐ oui ☐ parfois
- Occupée, êtes-vous capable d'attendre, et terminer ce que vous faites ? :
  ☐ non ☐ oui ☐ parfois
- Urgenturies : ☐ maîtrisées ; ☐ avec fuites ⇒ ☐ parfois ☐ toujours
- Sensibilité : ☐ au bruit de l'eau ; ☐ au contact de l'eau ; ☐ au froid ; ☐ au stress
- Sensibilité aux irritants vésicaux : ☐ oui ☐ non

  Lesquels :

A.3.2- DOULEURS :

À la retenue ? : ☐ non ☐ oui ☐ parfois ☐ spasmes ?

**A.4- MICTION :**

A.4.1- LES PHASES DE LA MICTION :

A.4.1.1- PHASE PRÉ-MICTIONNELLE :

- Position :
  - Assise décontractée : ☐ uniquement à la maison ☐ toujours
  - Squat : ☐ exceptionnellement ☐ quand je ne suis pas chez moi ☐ toujours
  - Accroupie : ☐ oui
  - Debout : ☐ oui
  - Retard à l'initiation : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Poussée abdominale pour déclencher : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours

A.4.1.2- PHASE MICTIONNELLE :

- Jet faible : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Jet saccadé : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Miction traînante : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Stop pipi : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Poussée pour terminer plus vite : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Pipi douche : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Douleurs en urinant : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Autre :

A.4.1.3- PHASE POST-MICTIONNELLE :

- Gouttes retardataires : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Mode d'essuyage :
  - Avant vers arrière : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
  - Arrière vers avant : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
  - Tamponnage : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours
- Seconde miction rapprochée : ☐ jamais ☐ rarement ☐ souvent ☐ toujours

A.4.2- FRÉQUENCE MICTIONNELLE :

- De _ _ à _ _ fois /jour
- De _ _ à _ _ fois /nuit ☐ nycturie ☐ pollakiurie ☐ insomnies

## A.5- LES STRATÉGIES :

A.5.1- STRATÉGIE D'ANTICIPATION :

☐ avant le sport ; ☐ avant les longs trajets ; ☐ avant une réunion ; ☐ autre :

## A.6- SCORE :

- Contilife
- USP
- Calendrier mictionnel

## B- FILIÈRE DIGESTIVE

## B.1- LES SELLES :

B.1.1- POSITION :

☐ assise ☐ penchée en avant ☐ penchée en arrière ☐ accroupie

- Utilisation tabouret - marchepied ? : ☐ non ☐ oui

B.1.2- FRÉQUENCE :

☐ 1/jour ; ☐ 1à chaque repas ; ☐ 1 tous les 2 jours ; ☐ autre :

- Votre fréquence se modifie -t-elle en dehors de chez vous ?

Au travail : ☐ non ☐ oui En week-end : ☐ non ☐ oui

En vacances : ☐ non ☐ oui Autre et préciser :

B.1.3- MOMENTS PRÉFÉRENTIELS :

☐ non ☐ oui.

Si oui quand ? : ☐ lever ☐ petit déj. ☐ déjeuner ☐ goûter ☐ dîner

☐ retour du travail ☐ après le sport

- Par habitude : ☐ non ☐ oui. -Par nécessité : ☐ non ☐ oui

B.1.4- TEXTURE :

(Échelle de Bristol) :

Type 1 : _ _ % ; Type 2 : _ _ % ;

Type 3 : _ _ % ; Type 4 : _ _ % ; Type 5 : _ _ % ;

Type 6 : _ _ % ; Type 7 : _ _ %

B.1.5- SENSATION D'ÉVACUATION INCOMPLÈTE :

☐ jamais ☐ rarement (<25% des cas) ☐ régulièrement (<50% des cas)

☐ souvent (<75% des cas) ☐ toujours (à chaque selle)

**B.2- ESSUYAGE :**

B.2.1- MODE : ☐ de l'avant vers l'arrière ☐ de l'arrière vers l'avant

B.2.2- DIFFICULTÉS D'ESSUYAGE : ☐ non ☐ oui

Si oui : ☐ incontinence : ☐ mécanique
☐ béance ☐ arthrose
☐ marisque ☐ corpulence
☐ souillures ☐ autre :

**B.3- ALIMENTATION :**

Légumes : ☐ non ; ☐ oui ⇒ fréquence :

Fruits : ☐ non ; ☐ oui ⇒ fréquence :

Céréales complètes : ☐ non ; ☐ oui ⇒ fréquence :

Féculents : ☐ non ☐ oui ⇒ fréquence :

Protéines : ☐ non ☐ oui ⇒ fréquence :

Apports de sucres : ☐ non ; ☐ oui (café, yaourt, sucrerie, soda…) ⇒ fréquence :

Composition du petit déj :

Stratégies alimentaires en cas de constipation :

☐ Hépar, Contrex ; ☐ Graines de Chia ; ☐ graines de Lin ;
☐ psyllium ; ☐ pruneaux ; ☐ kiwi le matin ;
☐ compote ; ☐ autre

**B.4- REPAS :**

Mastication : ☐ non ; ☐ oui ⇒ combien de fois : ☐ 15 à 30 ; ☐ moins

Durée du repas en moyenne : + de 20 minutes : ☐ non ☐ oui

**B.5- CONSTIPATION FONCTIONNELLE :**

B.5.1- MODALITÉS D'EXONÉRATION :

- Poussée :
  ☐ jamais ☐ rarement (<25% des cas) ☐ régulièrement (<50% des cas)
  ☐ souvent (<75% des cas) ☐ toujours (à chaque selle)
  ☐ par habitude ☐ nécessité
  ☐ poussée déclencheuse ☐ poussée accompagnatrice ☐ pour terminer
  ☐ poussée quand vous avez dû vous retenir

- Temps : ☐ 1 min / < 5min ☐ entre 5min et 10 min ☐ > 20min
- Nécessité d'un certain temps pour décontracter : ☐ non ☐ oui
- Avec support : ☐ non ☐ oui ⇒ si oui : ☐ livre ☐ téléphone ☐ respiration

- Manœuvre digitale :

-Externe : ☐ non ☐ oui

⇒ si oui : ☐ appui anal ☐ fessier ☐ coccyx ☐ vaginal ☐ NFCP ☐ vulve

-Interne : ☐ non ☐ oui ⇒ ☐ vaginal ☐ anal

☐ jamais ☐ rarement (<25% des cas) ☐ régulièrement (<50% des cas)
☐ souvent (<75% des cas) ☐ toujours (à chaque selle)

**B.6- INCONTINENCE :**

B.6.1- TYPES D'INCONTINENCE :

☐ Anale : ☐ gaz ☐ selles
☐ Fécale : ☐ selles liquides ☐ selles solides
☐ Urgence : ☐ non ☐ oui
Délai : ☐ < 5 mn ☐ 5 à 10 mn ☐ plus de 10 mn
Associée à une fuite : ☐ non ☐ oui

☐ Salissures (béance, marisques) : ☐ non ☐ oui ☐ parfois

B.6.2- MÉCANISME :

☐ Incontinence Active : Je ressens la fuite mais n'arrive pas à la retenir
- Sur un effort (hypotonie) : ☐ non ☐ oui ⇒ lequel ?
- Sur impériosité (micro-rectum) : ☐ non ☐ oui

☐ Incontinence Passive (défaut de vidange et/ou hypotonie du SAI)
☐ Je ne perçois pas l'envie
☐ Je ne perçois pas les petits volumes (gaz ou matières)

☐ fausse incontinence avec suintement (fécalome), soiling (suintement permanent de mucus)
☐ fausse diarrhée (selles liquides ou débâcle après élimination d'un bouchon)

B.6.3- QUANTITÉ :

☐ traces ☐ cuillère à café ☐ cuillère à soupe ☐ louche

B.6.4- FRÉQUENCE DES FUITES :

☐ tous les jours ☐ plusieurs fois /jour ☐ occasionnelles (_ _ à_ _ fois/semaine/ mois)

☐ quelquefois ☐ rarement

B.6.5- PROTECTIONS :

☐ occasionnelles ☐ permanentes

Type : combien :

B.6.6- STRATÉGIES D'ÉVITEMENT :

☐ repas supprimé ☐ régime sans résidu ☐ sorties évitées ☐ absence de vie sociale

B.7- TROUBLES DE LA STATIQUE :

- Pesanteur : ☐ anale ☐ rectale ☐ périnéale
  Majorée par : ☐ station debout prolongée ☐ port de charge
  ☐ effort prolongé ☐ exonération
- Sensation de blocage anorectal : ☐ non ☐ oui
- Hémorroïdes : ☐ non ☐ oui
- Marisque : ☐ non ☐ oui
- Fissure anale : ☐ non ☐ oui
- Prolapsus de la muqueuse – intussusception : ☐ non ☐ oui
- Rectocèle : ☐ non ☐ oui
- Sensation de corps étranger dans le rectum : ☐ non ☐ oui
- Sensation de béance anale : ☐ non ☐ oui
- Émission de : ☐ glaire ☐ suintement ☐ saignement
- Anisme : ☐ non ☐ oui
- Ancienneté des troubles :
  Ancien : ☐ non ☐ oui ⇒ quand :
  Récent : ☐ non ☐ oui ⇒ quand :

B.8- DOULEURS :

☐ Abdominale ☐ globale ou préciser :

-Ballonnement (sensation de gaz) : ☐ non ☐ oui

-Quand : ☐ juste à la fin du repas ☐ 3 à 4h après ☐ plus de 10h

-Gonflement (intolérances ?) : ☐ non ☐ oui

-Quand ? : ☐ juste à la fin du repas ☐ 3 à 4h après ☐ plus de 10h

B.9- SCORES :

Scores d'ODS : _ _ Score Kess :

Score de Jorge & Wexner : _ _

Calendrier des selles :

## C- FILIÈRE GÉNITALE

### C.1- TROUBLES GÉNITAUX :

- Gaz vaginaux : ☐ non ☐ oui

Quand ? : ☐ sport ☐ RS ☐ AVQ ☐ travail

- Perte de tampons : ☐ non ☐ oui

Quand ? :

- Sensation de pesanteur ou lourdeur dans le bas ventre : ☐ non ☐ oui

Quand ? : ☐ lever ☐ matinée ☐ après-midi ☐ soir

☐ après le sport ☐ sur effort ☐ à la fatigue

- Boule » vaginale : ☐ non ☐ oui

Quand ? : ☐ lever ☐ matinée ☐ après-midi ☐ soir

☐ après le sport ☐ sur effort ☐ à la fatigue

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

Quand ? :

- Sècheresse vaginale : ☐ non ☐ oui ⇒ TTT :

- Syndrome prémenstruel : ☐ non ☐ oui ⇒ quoi ? :

- Syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) : ☐ non ☐ oui

## C.2- SYMPTÔMES DOULOUREUX :

### C.2.1- DOULEURS LOCALISÉES :

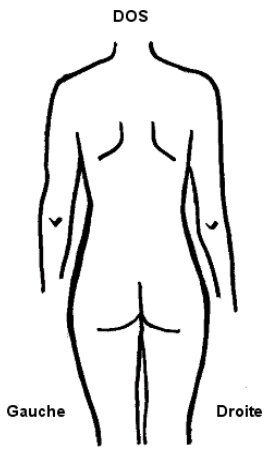
☐ non ☐ oui

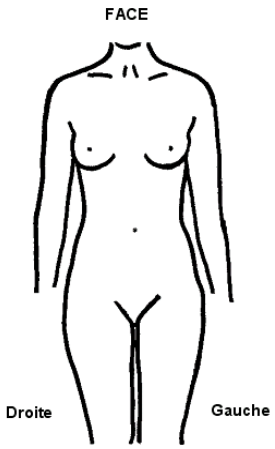
Si oui, décrivez votre douleur :

Depuis quand :

Quelle est l'intensité moyenne de ces douleurs :

| Douleur absente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Douleur la plus forte *que l'on puisse* imaginer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|



C.2.2- TYPE DE DOULEUR :

☐ brûlure ☐ picotement ☐ tiraillement ☐ déchirure ☐ décharges électriques

☐ douleur lancinante ☐ compression ☐ spasme ☐ autre

C.2.3- MODE D'APPARITION :

☐ positionnel ☐ spontané ☐ non spontané ☐ à la fatigue ☐ au mouvement

☐ allodynie

☐ en rapport avec le cycle ⇒ quand ? : ☐ ovulation ☐ avant les règles ☐ après les règles

☐ en rapport avec la miction : ☐ avant ☐ pendant ☐ après

☐ en rapport avec la défécation : ☐ avant ☐ pendant ☐ après ☐ associé à une constipation

☐ lors des rapports sexuels ⇒ Si oui :

- ☐ les douleurs ne gênent pas les rapports
- ☐ les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à les interrompre
- ☐ les douleurs obligent parfois à interrompre le rapport
- ☐ les rapports sont impossibles à cause de la douleur

C.2.4- MODE DE SÉDATION :

☐ froid ☐ chaleur ☐ repos ☐ position ☐ mouvement ☐ étirement

☐ sommeil ☐ TENS ☐ traitement

C.2.5- SCORES :

- Convergence PP
- DN4

**C.3- SEXUALITÉ :**

C.3.1- RAPPORTS SEXUELS :

- Age des premières RS ; modalités :

- Avez-vous des rapports sexuels actuellement : ☐ non ☐ oui

C.3.2- SYMPTÔMES DOULOUREUX :

Quand vous en aviez / avez :

- Dyspareunies : ☐ non ☐ oui ⇒ ☐ superficielle ☐ profonde
  ☐ traitement spécifique :
- Vulvodynie : ☐ non ☐ oui ⇒ ☐ traitement spécifique :
- Vestibulodynie : ☐ non ☐ oui ⇒ ☐ traitement spécifique :
- Vaginisme : ☐ non ☐ oui ⇒ ☐ traitement spécifique :

Date d'apparition des symptômes :

- Événements liés à l'apparition
- Événements de vie marquants

La douleur est -elle : ☐ primaire ☐ secondaire ? ⇒ Origine :

Durée de la douleur :

Fréquence de la douleur :

Horaire d'apparition de la douleur :

Incidence du cycle ? : ☐ non ☐ oui

C.3.3- SCORES :

- FSFI
- PISQ-12
- IIEF5

## D- EXAMEN CLINIQUE

### D.1- BILAN GÉNÉRAL :

- ✓ Examen Morpho-Statique : posture, rachis, bassin
- ✓ Bilan fonctionnel : le geste, les PIA, l'apnée
  - Stabilité bassin : appui bi podal, unipodal droit unipodal gauche
  - Assis/debout
  - Squat
  - Port de charges
  - Geste sportif
  - Saut
- ✓ Examen respiratoire :
  - Compliance
  - Capacité respiratoire
  - Bonne dynamique des mouvements thoraco abdominaux
  - Évaluation de la mobilité du diaphragme
- ✓ Mobilité articulaire : hanches, bassin, colonne
- ✓ Évaluation des points trigger : dans les régions : lombosacrée, fessières, abdominale, inguinale, périnéale
- ✓ Contrôle moteur :
  - Test ASLR
  - Test waters bow
  - One leg stance
  - Crook Lying
- ✓ Examen des abdominaux :
  - Diastasis sus ou sous ombilical
  - Tonus
  - Testing
  - Cicatrice post opératoire / césarienne
  - Compétence
  - Couché/debout

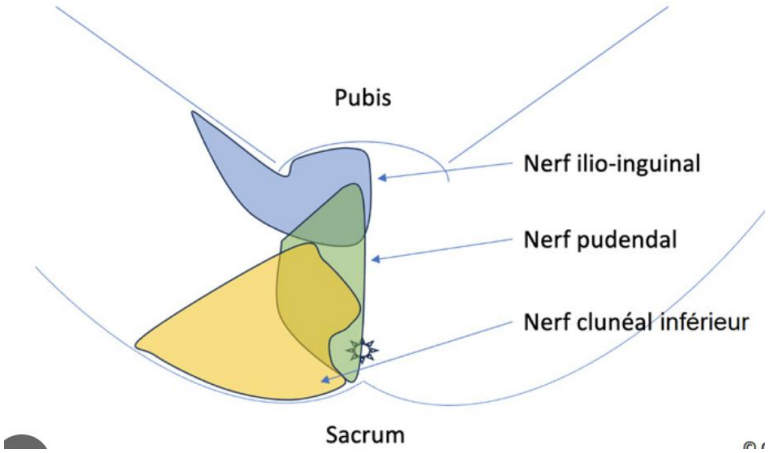
## D.2- BILAN PÉRINÉAL :

- ✓ Visualisation au repos :
    - Aspect : Vulve fermée, ouverte
    - Orifice vaginal : visible ?
    - Présence d'une béance ?
- Poil pubien : ☐ Déficit ☐ Absence
- Méat urétral : ☐ Béance ☐ Rouge
- Trophicité : ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère
- Varices vulvaires : ☐ Droite ☐ Gauche
- Béance vulvaire : ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère
- Coloration vulvaire : ☐ Rouge ☐ Pâle ☐ Blanc
- Atrophie vulvaire : ☐ Légère ☐ Modéré ☐ Sévère
- Irritation vulvaire : ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère

- ✓ Sécrétion vaginale : ☐ Légère ☐ Modéré ☐ Sévère ☐ Odorante ☐ Colorée
- ✓ Irritation vaginale : ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère
- ✓ Irritation vestibulaire : ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère
- ✓ Pétéchies : ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère ☐ Après examen ☐ Avant examen
- ✓ Distance ano-vulvaire : ☐ > 3cm
- ✓ Périnée descendu : ☐ Oui
- ✓ Cicatrice : ☐ Déchirure ☐ Episiotomie ☐ Autres :
- ✓ Béance anale : ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère
- ✓ Présence anale : ☐ Hémorroïde ☐ Marisque ☐ Fissure ☐ Plis radiés anormaux

Test du coton tige : si nécessaire

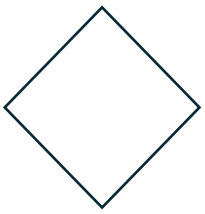
- ✓ Examen neuro
    - Sensibilité
        - Test de sensibilité : pic touche / chaud froid
        - Recherche des réflexes pelviens : toux, cutané-anal, clitorido-anal
        - Hyperesthésie, hypoesthésie, allodynie



✓ Evaluation prolapsus : Score du prolapsus : stade 1 à 4, visualisation au repos, visualisation à la poussée, visualisation à la toux.

- Cystocèle
- Hystérocèle
- Rectocèle
- Intussusception
- Prolapsus rectal externe

✓ Evaluation périnéale



- Palpation : 4 cadrans
- Centre tendineux du périnée tonus
- Vestibule douleur indolore
- Endocavitaire : possible : oui / non  1 doigt ? 2 doigts ?
- Humidité / Sécheresse
- Zones douloureuses : selon horloge
- Cicatrice
- Avulsion
- Obturateur interne
- Evaluation musculaire :
  - Tonus
  - PERFECT
  - Relaxation
  - Asynchronisme
  - Conscience périnéale
  - Mobilité
  - Spasmes ?
  - Superficiel / Profond
  - Droit/gauche

Evaluation debout :

Capacité de contraction et de relâchement, inversion de commande

Testing

**Annexe 5 : Lettre de soutien des sociétés savantes médicales**

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Paris, le 21 janvier 2025

En tant que professionnels de santé, nous souhaitons souligner le rôle crucial que jouent les kinésithérapeutes spécialisés en pelvi-périnéologie dans la prise en charge des patient.e.s souffrant de troubles liés au périnée et au plancher pelvien. Les pathologies pelvi-périnéales, qu'il s'agisse d'incontinence urinaire et/ou anale, de prolapsus, de douleurs pelviennes chroniques, de constipation ou des suites d'une grossesse, affectent la qualité de vie de nombreux patients. La rééducation périnéale, assurée par les kinésithérapeutes formés dans ce domaine spécifique, constitue une part essentielle de première intention et complémentaire au traitement.

Grâce à leur expertise, ces kinésithérapeutes évaluent, rééduquent et accompagnent les patients tout au long de leur parcours de soins. Ils aident ces derniers à mieux comprendre leur corps, à rétablir les fonctions du plancher pelvien, et à regagner une autonomie essentielle. Leur action a donc des répercussions positives tant sur le plan physique que psychologique.

Cette approche globale permet d'améliorer durablement la qualité de vie des patients, leur confort et leur bien-être au quotidien.

Nous, en tant que médecins spécialistes des troubles de la sphère pelvienne, reconnaissons que leur rôle est indispensable à la réussite des prises en charge multidisciplinaires en pelvi-périnéologie.

Nous encourageons ainsi le développement et la reconnaissance de cette spécificité ainsi qu'une collaboration étroite entre nos professions, pour offrir des soins de la plus haute qualité aux patients concernés par ces troubles.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Secrétaire général de l'AFU

Président de l'AFU

SNFCP
Société Nationale Française de
Colo-Proctologie

www.snfcp.org

Président
Dr. Vincent de Parades

Secrétaire Général
Pr. Véronique Vitton

Trésorier
Pr. Diane Mège

Membres du Conseil d'Administration
Dr. Charlène Brochard
Dr. Nadia Fathallah
Dr. Charlotte Favreau-Weltzer
Dr. Anne Laurain
Pr. Léon Maggiori
Pr. Guillaume Meurette
Dr. Damien Soudan
Dr. Lucas Spindler
Pr. Aurélien Venara

SNFCP Information :

Direction Stratégie
Jerry Pichot
contact@snfcp.org
Tél. 06.40.96.27.54

Ingénieure Pédagogique SNFCP
Isabelle Perrin
Isabelle.perrin@snfcp.org
Tél. 06.19.88.60.72

Madame, Monsieur,

En tant que professionnels de santé, nous souhaitons souligner le rôle essentiel que jouent les kinésithérapeutes spécialisés en pelvi-périnéologie dans la prise en charge des patients souffrant de troubles liés au périnée et au plancher pelvien.

Les pathologies pelvi-périnéales, qu'il s'agisse d'incontinence urinaire et/ou anale, de prolapsus, de douleurs chroniques, de dyschésie ou des suites d'une grossesse, affectent la qualité de vie de nombreux patients.

La rééducation périnéale, assurée par les kinésithérapeutes formés dans ce domaine spécifique, constitue une part essentielle de première intention et complémentaire au traitement.

Grâce à leur expertise, ces kinésithérapeutes évaluent, rééduquent et accompagnent les patients tout au long de leur parcours de soins. Ils les aident à mieux comprendre leur corps, à rétablir les fonctions du plancher pelvien, et à regagner une autonomie essentielle. Leur action a donc des répercussions positives tant sur le plan physique que psychologique. Cette approche globale permet également d'améliorer la qualité de vie des patients, leur confort et leur bien-être au quotidien.

En tant que médecins spécialistes des troubles de la sphère pelvienne, nous estimons que leur rôle est indispensable à la réussite des prises en charge multidisciplinaires en pelvi-périnéologie.

Nous encourageons donc le développement et la reconnaissance de cette spécificité ainsi qu'une collaboration étroite entre nos professions, pour offrir des soins de la plus haute qualité aux patients invalidés par ces troubles.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Paris, le 20 octobre 2024

Docteur Vincent de Parades.

**SNFCP**
*Domus Medica*
79 rue de Tocqueville
75017 Paris
www.snfcp.org
N° de **NDA : 11 75 67 992 75** – Ile de France – 29 septembre 2023
*Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'état.*

Madame, Monsieur,

En tant que professionnels de santé, nous souhaitons souligner le rôle crucial que jouent les kinésithérapeutes spécialisés en pelvi-périnéologie dans la prise en charge des patient.e.s souffrant de troubles liés au périnée et au plancher pelvien.
Les pathologies pelvi-périnéales, qu'il s'agisse d'incontinence urinaire et/ou anale, de prolapsus, de douleurs pelviennes chroniques, de constipation ou des suites d'une grossesse, affectent la qualité de vie de nombreux patients. La rééducation périnéale, assurée par les kinésithérapeutes formés dans ce domaine spécifique, constitue une part essentielle de première intention et complémentaire au traitement.

Grâce à leur expertise, ces kinésithérapeutes évaluent, rééduquent et accompagnent les patients tout au long de leur parcours de soins. Ils aident ces derniers à mieux comprendre leur corps, à rétablir les fonctions du plancher pelvien, et à regagner une autonomie essentielle. Leur action a donc des répercussions positives tant sur le plan physique que psychologique.

Cette approche globale permet d'améliorer durablement la qualité de vie des patients, leur confort et leur bien-être au quotidien.

Nous, en tant que médecins spécialistes des troubles de la sphère pelvienne, reconnaissons que leur rôle est indispensable à la réussite des prises en charge multidisciplinaires en pelvi-périnéologie.

Nous encourageons ainsi le développement et la reconnaissance de cette spécificité ainsi qu'une collaboration étroite entre nos professions, pour offrir des soins de la plus haute qualité aux patients concernés par ces troubles.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Joëlle Belaisch Allart
Présidente du CNGOF

C N G O F
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris

Pierre Collinet
secrétaire général en charge de la chirurgie