

DEPARTEMENT ORTHOPHONIE  
FACULTE DE MEDECINE  
Pôle Formation  
59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 62 76 18  
*departement-orthophonie@univ-lille.fr*



# **ANNEXES**

## **DU MEMOIRE**

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par

**Marie Delabre**

**Prise en soin orthophonique du malade atteint de  
sclérose latérale amyotrophique  
Retour d'expérience COVID auprès des patients**

MEMOIRE dirigé par  
**Véronique DANEL BRUNAUD**, Neurologue, Centre SLA-MNM, Lille

Lille – 2022

## Annexe 1 : Formulaire de consentement

**Autorisation pour la collecte de données dans le cadre de mémoires en vue de  
l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste**  
Exemplaire à conserver

Cette autorisation a pour but de permettre la collecte de données dans le cadre de mémoires d'orthophonie sous la supervision du Dr Danel-Brunaud.

Nous vous proposons de participer à une étude concernant la prise en soin orthophonique. L'objectif de ces mémoires est de réaliser un état des lieux de la prise en soin orthophonique des patients lors de la pandémie COVID. Ces mémoires, par le biais de questionnaires auprès des patients, aidants et orthophonistes, contribueront à l'apport de conseils de bonnes pratiques sur le télé-suivi orthophonique. Ils permettront aussi d'envisager la mise en place de stratégies de poursuite de prise en soin par télé-suivi.

Je soussigné(e).....  
ai été informé(e) des objectifs de la collecte de données réalisée par le Dr Danel-Brunaud et les étudiantes Marie Delabre, Lisa El Boudouhi Tauleigne et Anne-Caroline Prigent, étudiantes en 5ème année dans le Département d'Orthophonie de l'Université de Lille, adresse email universitaire des étudiantes : [marie.delabre.etu@univ-lille.fr](mailto:marie.delabre.etu@univ-lille.fr) ; [lisa.elboudouhitauleigne.etu@univ-lille.fr](mailto:lisa.elboudouhitauleigne.etu@univ-lille.fr) ; [annecaroline.prigent.etu@univ-lille.fr](mailto:annecaroline.prigent.etu@univ-lille.fr) et ai obtenu des réponses à mes questions éventuelles.

Cochez la ou les cases correspondant à votre choix :

- En tant que **patient**, j'accepte librement et volontairement de répondre à des questions propres à l'étude **lors d'une consultation au centre SLA**.
- En tant que **patient**, j'accepte librement et volontairement de **recevoir par mail le lien du questionnaire** afin de répondre aux questions en ligne par le biais d'une plateforme informatisée.
- En tant que **patient**, j'accepte librement et volontairement de **communiquer mon numéro de téléphone aux étudiantes** afin de répondre au questionnaire par téléphone ou d'être recontacté pour apporter des informations complémentaires.
  
- En tant qu'**aidant**, j'accepte librement et volontairement de **recevoir par mail le lien du questionnaire** afin de répondre aux questions en ligne par le biais d'une plateforme informatisée.
- En tant qu'**aidant**, j'accepte librement et volontairement de **communiquer mon numéro de téléphone aux étudiantes** afin de répondre au questionnaire par téléphone.

Nous vous précisons que :

- Vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation à cette étude.
- Les données récoltées seront utilisées à des fins scientifiques et resteront strictement anonymes et confidentielles.

Fait le ..... à ....., en deux exemplaires originaux (l'un conservé par le patient/aidant, l'autre conservé par le neurologue).

Signature, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

**Autorisation pour la collecte de données dans le cadre de mémoires en vue de  
l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste**  
Exemplaire à retourner

Cette autorisation a pour but de permettre la collecte de données dans le cadre de mémoires d'orthophonie sous la supervision du Dr Danel-Brunaud.

Nous vous proposons de participer à une étude concernant la prise en soin orthophonique. L'objectif de ces mémoires est de réaliser un état des lieux de la prise en soin orthophonique des patients lors de la pandémie COVID. Ces mémoires, par le biais de questionnaires auprès des patients, aidants et orthophonistes, contribueront à l'apport de conseils de bonnes pratiques sur le télé-suivi orthophonique. Ils permettront aussi d'envisager la mise en place de stratégies de poursuite de prise en soin par télé-suivi.

Je soussigné(e).....  
ai été informé(e) des objectifs de la collecte de données réalisée par le Dr Danel-Brunaud et les étudiantes Marie Delabre, Lisa El Boudouhi Tauleigne et Anne-Caroline Prigent, étudiantes en 5ème année dans le Département d'Orthophonie de l'Université de Lille, adresse email universitaire des étudiantes : [marie.delabre.etu@univ-lille.fr](mailto:marie.delabre.etu@univ-lille.fr) ; [lisa.elboudouhitauleigne.etu@univ-lille.fr](mailto:lisa.elboudouhitauleigne.etu@univ-lille.fr) ; [annecaroline.prigent.etu@univ-lille.fr](mailto:annecaroline.prigent.etu@univ-lille.fr) et ai obtenu des réponses à mes questions éventuelles.

Cochez la ou les cases correspondant à votre choix :

- En tant que **patient**, j'accepte librement et volontairement de répondre à des questions propres à l'étude **lors d'une consultation au centre SLA**.
- En tant que **patient**, j'accepte librement et volontairement de **recevoir par mail le lien du questionnaire** afin de répondre aux questions en ligne par le biais d'une plateforme informatisée.
- En tant que **patient**, j'accepte librement et volontairement de **communiquer mon numéro de téléphone aux étudiantes** afin de répondre au questionnaire par téléphone ou d'être recontacté pour apporter des informations complémentaires.
  
- En tant qu'**aidant**, j'accepte librement et volontairement de **recevoir par mail le lien du questionnaire** afin de répondre aux questions en ligne par le biais d'une plateforme informatisée.
- En tant qu'**aidant**, j'accepte librement et volontairement de **communiquer mon numéro de téléphone aux étudiantes** afin de répondre au questionnaire par téléphone.

Nous vous précisons que :

- Vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation à cette étude.
- Les données récoltées seront utilisées à des fins scientifiques et resteront strictement anonymes et confidentielles.

Fait le ..... à ....., en deux exemplaires originaux (l'un conservé par le patient/aidant, l'autre conservé par le neurologue).

Signature, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

## Annexe 2 : Questionnaire intégral destiné aux patients

Enquêtes de l'Université de Lille - Prise en soin orthophonique du malade atteint de SLA - Retour d'expérience COVID auprès des patients

# Prise en soin orthophonique du malade atteint de sclérose latérale amyotrophique - Retour d'expérience COVID auprès des patients

### Questionnaire à destination des patients suivis en orthophonie

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude concernant la prise en soin orthophonique. L'objectif de nos mémoires de fin d'études est de réaliser un état des lieux de la prise en soin orthophonique des malades atteints de SLA lors de la pandémie COVID avec notamment la mise en place du télésuivi.

Par le biais de questionnaires auprès des patients, aidants et orthophonistes, nos mémoires contribueront à l'apport de conseils de bonnes pratiques sur le télésuivi orthophonique. Ils permettront aussi d'envisager la mise en place de stratégies de poursuite de prise en soin par télésuivi.

Temps de passation estimé : 5-10 minutes

Merci par avance du temps que vous consacrerez à notre questionnaire !

Marie Delabre, Lisa El Boudouhi Tauleigne et Anne-Caroline Prigent, étudiantes en 5ème année d'orthophonie à Lille.

*Les données récoltées seront utilisées à des fins scientifiques et resteront strictement confidentielles.*

## 1. Depuis quand êtes-vous suivi(e) par un(e) orthophoniste ? \*

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Moins de 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Entre 1 an et 2 ans
- Plus de 2 ans

## 2. De quel(s) type(s) d'aide(s) avez-vous besoin pour vos séances d'orthophonie ? \*

📌 Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Déplacement au cabinet  
de l'orthophoniste

Installation au domicile

Mise en place du  
matériel informatique

Échanges avec  
l'orthophoniste

Autre, précisez :

Je n'ai besoin d'aucune  
aide

## 2.1. Qui est votre aidant proche ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Conjoint
- Parent
- Enfant
- Autre, précisez :

## 2.2. Comment estimez-vous la place de votre aidant dans vos séances d'orthophonie ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout importante
- Pas importante
- Indifférent
- Importante
- Très importante

## 3. Depuis la pandémie COVID (depuis mars 2020), y a-t-il eu des modifications de prise en soin orthophonique ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Le suivi orthophonique a été interrompu.
- L'orthophoniste a mis en place le télésuivi
- Il n'y a pas eu de modifications.

Définition du télésuivi : consultation orthophonique réalisée à distance utilisant des technologies (visioconférence, téléphone...)

## Pas de modifications de suivi

### 3.1. S'il n'y a pas eu de modifications, votre suivi est : \*

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En présentiel au cabinet de l'orthophoniste
- En présentiel à domicile (déplacement de l'orthophoniste)

### 3.2. Avez-vous des craintes liées à la transmission du virus lors de vos séances d'orthophonie ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Plutôt non
- Indifférent
- Plutôt oui
- Tout à fait

### 3.3. Seriez-vous intéressé(e) pour bénéficier d'un télé-suivi orthophonique ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Plutôt non
- Indifférent
- Plutôt oui
- Tout à fait

Définition du télé-suivi : consultation orthophonique réalisée à distance utilisant des technologies (visioconférence, téléphone...)

## Suivi interrompu

### 3.1. Si votre suivi a été interrompu, pourquoi ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

A cause d'un confinement

Autre, précisez :

### 3.2. Avez-vous souffert d'un arrêt de prise en soin du fait du COVID ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Pas du tout

Un peu

Modérément

Beaucoup

Extrêmement

### 3.3. Faites-vous des choses pour compenser l'absence de votre orthophoniste ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

### 3.3.1. Si oui, que faites-vous ? \*

📌 Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Auto-exercices :  
lesquels ?

Exercices avec mon  
aidant : lesquels ?

Recherches sur  
internet, résultats des  
recherches :

Autre, précisez :

### 3.4. Avez-vous apprécié avoir un moindre risque de contamination à la Covid-19 ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Pas du tout

Un peu

Modérément

Beaucoup

Extrêmement

### 3.5. Seriez-vous intéressé(e) pour bénéficier d'un télésuivi orthophonique ? \*

🗳️ Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Plutôt non
- Indifférent
- Plutôt oui
- Tout à fait

Définition du télésuivi : consultation orthophonique réalisée à distance utilisant des technologies (visioconférence, téléphone...)

## Mise en place du télé-suivi

**3.1. Si vous avez poursuivi la prise en soin par le biais du télé-suivi, à quelle fréquence avez-vous des contacts avec votre orthophoniste ? \***

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1 fois toutes les deux semaines
- 1 fois par semaine
- 2 fois par semaine
- Autre, précisez :

**3.2. Avez-vous apprécié avoir un moindre risque de contamination à la Covid-19 ? \***

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Extrêmement

### 3.3. Sous quelle(s) forme(s) avez-vous vos soins orthophoniques ? \*

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Visioconférence
- Documents papiers envoyés
- Soutien téléphonique
- Échanges de mails
- Autre, précisez :

### 3.4. Quels sont les équipements nécessaires pour le télésuivi ? \*

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Ordinateur
- Imprimante
- Caméra
- Téléphone
- Logiciels de visiophonie
- Box internet
- Autre, précisez :

### 3.5. Possédiez-vous l'ensemble de ces équipements avant la mise en place du télé-suivi ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

#### 3.5.1. Si non, quels équipements avez-vous dû acheter ? \*

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Ordinateur  
 Imprimante  
 Caméra  
 Téléphone  
 Logiciels de visiophonie  
 Box internet  
 Autre, précisez :

### 3.6. Avez-vous eu ou avez-vous des difficultés à les utiliser ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

### 3.6.1. Il s'agit de difficultés liées : \*

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

A mon état de santé (difficultés motrices...)

Au matériel (complexité, vétusté...)

Au manque d'habitude

Autre, précisez :

### 3.7. Selon vous, est-ce que le télésuivi facilite votre prise en soin orthophonique au vu du contexte sanitaire ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Non

Plutôt non

Indifférent

Plutôt oui

Oui

### 3.8. Ressentez-vous des différences entre le télésuivi et la prise en soin classique au cabinet ou à domicile ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Non concerné(e)

### 3.8.1. Si oui, quelles sont-elles ? \*

📌 Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Qualité des interactions avec l'orthophoniste
- Absence de toucher thérapeutique (ex : massages)
- Choix du matériel
- Autre, précisez :

### 3.9. Y a-t-il des aspects du télésuivi qui vous ont déplu ? \*

📌 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

### 3.9.1. Si oui, que n'avez-vous pas apprécié ? \*

Veillez écrire votre réponse ici :

## Questions fin du questionnaire

### 4. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

### 5. Accepteriez-vous un entretien téléphonique pour poursuivre et approfondir l'enquête ? \*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

### 5.1. Si oui, merci d'indiquer votre numéro de téléphone : \*

Veuillez écrire votre réponse ici :

Oui

Non

Merci d'avoir complété ce questionnaire.