

GUIDE
PRATIQUE
DES ÉTUDES
DE SATISFACTION



GUIDE PRATIQUE DES ÉTUDES DE SATISFACTION

MÉDECINS DU MONDE

Ce guide a été rédigé par Magali Bouchon et Julie Bouscaillou.
Conception graphique par Christophe Le Dreaan.

© Médecins du Monde - Septembre 2019.

SOMMAIRE

5 INTRODUCTION

- 7 Pourquoi une étude de satisfaction ?
- 9 Méthodologie mixte de l'enquête:
objectifs de l'enquête de satisfaction

11 MÉTHODOLOGIE

- 13 Type d'étude
- 13 Période d'étude
- 14 Choix des zones enquêtées
- 15 Population d'étude
- 16 Échantillon
- 18 Processus de collecte des données
- 28 Considérations éthiques
- 28 Limites de l'étude
- 29 Réunion de cadrage par le comité de pilotage de l'étude
- 29 Production attendue à l'issue de l'enquête

33 CONCLUSION

37 BIBLIOGRAPHIE

41 ANNEXES

- 42 Exemple de rétroplanning
- 42 Sondage systématique: calcul et utilisation du pas de sondage
- 44 Exemple d'une table de numéros aléatoires
- 45 Exemple d'un questionnaire de satisfaction qualitatif
- 46 Exemple d'un questionnaire de satisfaction quantitatif
- 54 Exemple d'un canevas/structure du document



INTRO- DUCTION

- 7 POURQUOI UNE ÉTUDE DE SATISFACTION ?
- 9 MÉTHODOLOGIE MIXTE DE L'ENQUÊTE :
OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION



Dans le domaine de la santé, depuis quelques années la prise en compte de l'opinion des patient·e·s dans l'évaluation de la qualité des soins a pris une grande importance¹ et les établissements de santé partout dans le monde l'ont adoptée comme un indicateur de qualité de soins (Cheikh Diop, 2013).

Les enquêtes socio-anthropologiques menées à Médecins du Monde (MdM) montrent que dans les différents déterminants de l'accès aux soins, la qualité de l'interaction entre les usagers et les prestataires de soins, la confidentialité dans cette relation, la possibilité de discuter, l'accueil que l'on va recevoir dans sa structure de santé sont déterminants dans le choix d'entamer un parcours thérapeutique. La confiance dans la relation médicale augmente aussi l'adhérence et l'observance des traitements ainsi que les comportements préventifs (Hall, Zheng, et al. 2002).

Le nouveau projet associatif de MdM réaffirme et précise les valeurs fondamentales de l'association (soigner ; témoigner et plaider ; puis accompagner les communautés dans leur volonté de changement social) et place les usager·ère·s au centre des projets.² Cela signifie que des représentants des usager·ère·s sont impliqués dans la conduite des actions, permettant une meilleure acceptabilité sociale et une prise en compte de leur parole dans la conception des stratégies opérationnelles de nos projets, dans tous le cycle de projet comme prescrit par la charte d'Ottawa. Dans cette approche de redevabilité et responsabilité, MdM propose plusieurs outils³, dont la réalisation d'études de satisfaction auprès des usager·ère·s des projets menés.

1. « Donner la parole aux gens pour [...] objectiver leurs expériences de soins est une démarche essentielle dans la compréhension du fonctionnement du système de soins » Mohamed Mebtoul, anthropologue. Pour M. Mebtoul, « Le patient ne doit pas être considéré de façon réductrice comme un simple consommateur de soins, plutôt comme un acteur social essentiel incontournable dans le processus de soins ».

2. Se référer au projet associatif de MdM (2015).

3. Se référer à la boîte à outils 2015 accompagnant le *Guide de planification de projets de santé*, lien intranet de Médecins du Monde : <https://mdm1.sharepoint.com/directions/dsp/SitePages/Guides.aspx>.

☐ POURQUOI UNE ÉTUDE DE SATISFACTION ?

Apprécier la satisfaction des usager·ère·s permet de veiller à ce que les projets répondent aux besoins et aux attentes des usager·ère·s, de façon la plus efficace et transparente possible, que ce soit dans les projets de développement à long terme ou dans les projets d'urgence. Elle permet d'améliorer l'acceptabilité des services par les usager·ère·s et de répondre à leurs représentations de la qualité (accueil, écoute, respect, temps dédié, soins...). En incluant les usager·ère·s dans le processus de prise de décision, ces derniers deviennent des acteur·rice·s actif·ve·s de l'évolution et la pérennité des projets (IFRC, 2014).

Intégrée dans les indicateurs transversaux et les objectifs de la DOI et de la DOF, et demandée par un nombre croissant de bailleurs, la mesure de la satisfaction des usager·ère·s devrait à terme être mise en œuvre sur la totalité des projets de MdM. Elle est à prévoir dès la construction du *proposal*.

Dans ce guide, nous présentons une méthodologie pour une enquête utilisant les méthodes mixtes pour renseigner les attentes et les facteurs de satisfaction et de non satisfaction des cibles vis-à-vis des activités telles que par exemple : stratégies de prévention (canaux de communication, messages diffusés, matériel didactique utilisé ; langues et acteurs, etc.) ; stratégies de dépistage (cadre physique, confidentialité, durée d'attente des résultats, counseling, etc.) ; stratégies de prise en charge (accueil, confidentialité, empathie, qualité des médicaments, gratuité, disponibilité d'un personnel qualifié), etc. Il s'agit d'études à visée descriptive, dont l'objectif est de doter le projet des informations de base sur le niveau de satisfaction des cibles par rapport aux stratégies actuelles et de renseigner sur leurs attentes en termes de qualité des prestations (un bon service).

NOTE PRÉALABLE

Distinction entre satisfaction et qualité : l'appréciation de la satisfaction n'est pas la même chose que l'appréciation de la qualité d'un projet (efficacité de la prise en charge médicale par exemple), ce sont deux évaluations différentes. Il faut cependant garder à l'esprit que ces deux dimensions sont liées. En effet l'état d'être du·de la patient·e à la fin d'une prise en charge influence la perception que la personne a du projet, et de la même manière la qualité du projet influence la prise en charge médicale (perdus de vue, suivi). Il ne faut pas confondre insatisfaction des usager·ère·s vis-à-vis d'un projet et mauvaise qualité du projet (WHO-2000).

Une évaluation des attentes en termes de qualité d'intervention impose le besoin de disposer d'une fine connaissance des facteurs

qui influent la satisfaction des individus. À ce sujet, la littérature mentionne deux axes principaux qui sont essentiels dans la compréhension de cette notion et qui permettent d'évaluer adéquatement la satisfaction de la population enquêtée. Il s'agit des variables individuelles propres aux caractéristiques des usager-ère-s et de leurs attentes, soit **les déterminants de la satisfaction**, ainsi que des variables liées directement aux services et aux soins, soit **les composants de la satisfaction** (Hudak et al., 2000; Sitzia et al., 1997). **Le caractère multidimensionnel de la satisfaction des patient-e-s à l'égard des soins** est ainsi associé à divers critères: la compétence technique des médecins, les aspects interpersonnels et la communication entre les soignant-e-s et les patient-e-s, l'accessibilité et la continuité des soins médicaux et non médicaux, la prise en compte des proches et les répercussions financières des soins (Amazian et al. 2013).

Les critères de satisfaction peuvent être organisés dans un modèle de référence regroupant les dimensions organisationnelles, relationnelles et professionnelles des services (Côté et McNeil, 1995). Le secteur organisationnel touche l'organisation du service. Le secteur professionnel touche à la prestation de services et fait référence à une expertise. Le secteur relationnel réfère à la relation avec le-la patient-e et à l'humanisation des soins. Ces dimensions sont considérées comme étant essentielles à un programme d'amélioration continue de la qualité de services et de la satisfaction des usager-ère-s.

Ce guide donne l'orientation générale d'une étude de satisfaction. Il permet de planifier la réalisation d'une étude de satisfaction et présente différentes étapes de l'enquête. S'il se focalise sur la réalisation d'études de satisfaction dans les structures de santé, il est applicable également pour d'autres types de services.

L'approche de l'appréciation de la satisfaction des usager-ère-s présentée dans ce guide propose une méthodologie mixte:

- **La méthodologie qualitative**, basée sur la triangulation des méthodes d'observation, entretiens individuels et focus groups⁴, qui va produire une analyse fine des ressorts de la satisfaction ou insatisfaction, d'aider à la construction de la grille de satisfaction propre au projet, sur la base des critères définis par les usager-ère-s eux-elles-mêmes et de réorienter les projets pour répondre au mieux aux besoins des usager-ère-s.
- **La méthodologie quantitative**, basée ici sur l'utilisation d'un questionnaire (et/ou auto-questionnaire), qui va permettre d'obtenir

une mesure chiffrée de la satisfaction (sous la forme d'un score standardisé) et ainsi sa comparabilité entre les projets et dans le temps (pour le suivi de la tendance).

Ces études peuvent se répéter dans le temps et permettre ainsi une comparaison et peuvent aussi permettre d'ajouter des indicateurs quantitatifs dans le système de *monitoring* du projet (monitool).

☀ MÉTHODOLOGIE MIXTE DE L'ENQUÊTE : OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION

L'objectif principal d'une étude peut être l'appréciation de la satisfaction du projet dans son ensemble ou d'un volet ou service en particulier ; il peut porter sur tout-e-s les usager-ère-s des services ou sur une certaine catégorie d'usager-ère-s. Il peut aussi porter sur le niveau de satisfaction avant/après la mise en place d'une intervention ou d'un nouveau service.

☀ Par exemple, l'étude de satisfaction peut viser à estimer la satisfaction et les attentes des jeunes de 10 à 24 ans sur les services de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH à Goma et à Kinshasa. Plus spécifiquement :

→ Dans un premier temps, recueillir la perception et les attentes des usager-ère-s par rapport aux activités, telles que les activités de prévention, de dépistage et prise en charge (cadre physique, relationnel et professionnel de l'offre, notamment la qualité des interactions avec les prestataires cliniques et communautaires (confidentialité, durée d'attente, niveau de confiance, etc.) ainsi que leur jugement sur la validité des messages de prévention (crédibilité, faisabilité des conseils et des messages, etc.).

Ces données recueillies au préalable ont une fonction dite exploratoire puisqu'elles devront servir à concevoir le futur questionnaire en permettant de définir des critères de satisfaction à mesurer dans un deuxième temps : qu'est-ce qu'un bon service ? Un bon message ? etc. D'autre part, les données recueillies lors de cette préenquête permettront d'utiliser le vocabulaire et les expressions des personnes enquêtées et de s'approcher au plus près de leur univers linguistique ou de détecter des éventuelles incompréhensions/malentendus sur des termes équivoques.

→ Mesurer la satisfaction des usagers sur les prestations à partir des critères définis qualitativement en première étape de l'enquête.



MÉTHODO- LOGIE

- 13 TYPE D'ÉTUDE
- 13 PÉRIODE D'ÉTUDE
- 14 CHOIX DES ZONES ENQUÊTÉES
- 15 POPULATION D'ÉTUDE
- 16 ÉCHANTILLON
- 18 PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNÉES
- 20 BASE DE QUESTIONNAIRE
- 28 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES
- 28 LIMITES DE L'ÉTUDE
- 29 RÉUNION DE CADRAGE PAR LE COMITÉ DE PILOTAGE DE L'ÉTUDE
- 29 PRODUCTION ATTENDUE À L'ISSUE DE L'ENQUÊTE



La présente section traite des différents aspects relatifs à la méthodologie : le type d'étude, le choix des structures et des enquêtés.

Le protocole d'enquête devra utiliser les méthodes mixtes c'est-à-dire les techniques qualitatives et quantitatives : l'enquête qualitative précèdera l'enquête quantitative qui sera construite à partir des résultats de cette première étape qualitative. Plus précisément, l'enquête qualitative est la première étape de l'étude de satisfaction, et ne concerne qu'un groupe restreint de la population cible. Il est attendu que les techniques de recueil de données qualitatives propres aux études socio-anthropologiques (revue de littérature, entretien, Focus Group) devront permettre de délimiter et de qualifier les futurs critères de satisfaction, qui seront mesurés par la suite par questionnaire. D'autre part, les observations menées et les entretiens réalisés auprès de la population étudiée permettront de choisir un mode de passation du questionnaire le plus en adéquation avec les caractéristiques du terrain (horaires appropriés, lieux etc.) L'enquête quantitative qui est la seconde étape de l'enquête de satisfaction s'étend, quant à elle, à partir d'un échantillon plus élargi, à toute la population ciblée par le projet MdM.

☐ TYPE D'ÉTUDE

La méthodologie proposée a été conçue selon une approche mixte qui intègre diverses techniques :

- A. **La méthodologie qualitative**, basée sur la triangulation des méthodes d'observation, entretiens individuels et *focus groups*, afin de :
 - Explorer ce que les usager·ère·s attendent des services.
 - Identifier pour chaque composant, les critères qui déterminent leur satisfaction/insatisfaction.
 - Recueillir les éléments de forme et de contenu nécessaires à la construction du questionnaire.

Les questionnaires qualitatifs peuvent ainsi constituer une étape préliminaire à la constitution des questionnaires quantitatifs.

- B. **La méthodologie quantitative**, basée sur l'administration d'un questionnaire de satisfaction à un échantillon de la population ciblée par le programme, destiné à obtenir une mesure chiffrée des aspects généraux et des aspects spécifiques de la satisfaction. L'objectif est de pouvoir identifier les défaillances et d'orienter les actions futures du programme vers une logique d'amélioration continue de la qualité des services.

- ! À la suite de la collecte des données de terrain, une séance de restitution de l'information avec les collaborateurs de l'étude doit être réalisée afin de valider les résultats préliminaires et d'apporter des précisions. Dans le cadre de la redevabilité, et quand c'est possible, il peut être intéressant d'inviter des usagers et des représentants de ceux-ci (associations de malades) à cette restitution.

☐ PÉRIODE D'ÉTUDE

La période méthode qualitative : l'étude qualitative peut se dérouler pendant une semaine, afin de prendre le temps d'interroger suffisamment de personnes et de faire quelques observations dans les sites étudiés. Les lieux des entretiens individuels peuvent être choisis par les personnes interviewées, un lieu calme où leur parole pourra s'exprimer librement. Les *focus groups* se dérouleront dans les lieux familiers et informels (pas de centres de santé par exemple), où les personnes se sentent en sécurité et en confiance, ces lieux peuvent être proposés par les usager·ère·s.

La période méthode quantitative : L'étude peut se dérouler pendant un ou plusieurs jours ou demi-journées. La période d'étude sera idéalement de 7 à 15 jours ouvrables, si possible **consécutifs** pour être représentatif de l'activité du projet. S'ils ne le sont pas, il faudra circonscrire l'étude dans une période de 4 semaines maximum, et faire attention à les répartir de façon à connaître la satisfaction des usager·ère·s pour l'ensemble des services offerts par le projet. Par exemple, s'il y a des consultations spécialisées ou des activités spécifiques dans un jour de la semaine il est importante les inclure dans la période d'étude.

Il faut toujours prévoir une marge de quelques jours en cas d'imprévu. Si une seule structure participe à l'étude avec un faible volume de consultations, l'étude pourra se dérouler sur une période plus longue afin d'atteindre le nombre de personnes à interroger mais sur une période maximale de 4 semaines. Ce volet quantitatif de l'enquête de satisfaction devra se faire sur le lieu même de l'offre de service apporté par le projet, en concertation avec toutes les parties prenantes.

La mise en place d'une étude de satisfaction peut se faire à différents temps du projet et peut se répéter dans le temps afin de produire des tendances. Il ne sera pas nécessaire en cas de répétition de l'étude dans le temps du projet de recommencer l'étude qualitative puisque les critères auront déjà été définis par les usagers. Seuls les questionnaires quantitatifs seront répétés à différentes étapes du projet.

❑ CHOIX DES ZONES ENQUÊTÉES

Pour la méthode qualitative : Les critères de sélection des zones enquêtées sont en lien avec les structures bénéficiaires du programme et en lien avec les taux et les caractéristiques de la prévalence (forte, basse), les phénomènes associés à la problématique (urbain, rural), la présence d'acteur·rice·s divers·ses (communautaire, associatifs, ONG...) et les caractéristiques de l'offre des services (type d'activité, taux de fréquentation...).

Il convient bien entendu d'informer les autorités sanitaires locales et les responsables des structures sanitaires de la future enquête et partager les termes de référence.

Pour la méthode quantitative : ce sont les structures du projet qui participent à l'étude et où les questionnaires seront proposés. Si le projet est sur un site unique, ce sera le lieu unique de l'étude. Si le projet regroupe plusieurs sites, il faut interroger dans l'idéal l'ensemble des sites concernés.

Si cela est impossible du fait d'un trop grand nombre de sites, il faut alors choisir de n'en interroger qu'une partie, ceux pour lesquels on souhaite spécifiquement connaître la satisfaction des usager·ère·s du fait de caractéristiques particulières (services particuliers, fréquentation, accessibilité, etc.). **Néanmoins la satisfaction totale calculée par une enquête menée sur une sélection de sites ne peut être considérée comme la satisfaction des usager·ère·s pour l'ensemble du projet, même si les sites sont tirés au sort.**

Si l'enquête a lieu sur plusieurs sites, la collecte de données quantitatives doit avoir la même durée et le même pas de sondage⁵ pour tous les sites inclus. Ainsi le nombre de personnes interrogées par centre sera proportionnel à la fréquentation du centre.

Il faut prévoir une personne référente par site ou qui se déplace sur chaque site pour assurer la distribution, l'aide et le recueil des questionnaires⁶. L'étude peut se faire simultanément sur tous les sites ou de façon consécutive un site après l'autre, en restant dans une période totale maximale de quatre semaines pour éviter l'apparition de variabilité liée à la période de recueil.

☐ POPULATION D'ÉTUDE

En premier lieu, la population concernée : les usager·ère·s du système de santé. On peut imaginer d'avoir des focus auprès de certains groupes, plus vulnérables aux discriminations : minorité ethnique, personne vivant avec le VIH, travailleur.se du sexe, etc. Les grilles d'entretiens se concentreront à faire décrire et expliciter les critères de satisfaction et les attentes.

Lors de la phase qualitative d'enquête, il peut être envisagé de visiter des structures pour rencontrer différent·e·s acteur·rice·s (institutionnels, associatifs et communautaires) afin de définir aussi avec eux les critères de satisfaction. Ces visites/entretiens permettront également d'objectiver l'offre de service, en complément des observations.

L'enquête quantitative cible les usager·ère·s des services bénéficiaires du programme sur la base d'estimations « basses » de fréquentation. Elles prennent également en compte le fait que les structures pourraient ne pas être fréquentées à certaines périodes compte tenu du risque sécuritaire le cas échéant.

5. Le pas de sondage, ou intervalle de l'échantillon, est la distance standard entre les éléments (sujets) choisis de l'échantillon.

6. Selon certains contextes où l'accès aux usagers peut être difficile il faut envisager de recueillir les questionnaires avec d'autres options (téléphone mobile, réseaux sociaux etc.)

☐ ÉCHANTILLON

CHOIX DE LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE

Méthodes qualitatives

Dans les méthodes qualitatives, on utilise des échantillons de convenance qui consistent à retenir les éléments de la communauté que l'on juge les plus aptes à fournir les informations souhaitées.⁷

Méthodes quantitatives

Ces méthodes interviennent dans le cas des projets de moins de 150 usagers où tous seront interrogés de façon consécutive (tous, dans l'ordre d'arrivée pendant la période d'étude). Une méthode d'échantillonnage doit alors être mise en place (se référer au guide MdM *Collecte de données. Méthodes quantitatives*).

Nombre d'usager·ère·s du projet/par formation sanitaire	Nombre de personnes à interroger
< 150	Toutes*
150 - 500	150
500 - 1 000	200
1 000 - 1 500	250
1 500 - 2 000	300
> 2 000	350

*Il faut interroger au moins 30 personnes pour que l'étude de satisfaction soit pertinente. Dans le cas d'une très faible fréquentation la réalisation du questionnaire est inutile, il faudra alors s'arrêter à la partie qualitative.

À noter que la taille de l'échantillon prévue initialement peut varier en fonction des conditions de terrain telles que des contraintes sécuritaires. Il faut aussi tenir compte des ressources du projet (recrutement ou non d'un consultant/d'une équipe pour piloter l'enquête, collecte, codage et analyse des données).

⁷ Pour les méthodes qualitatives (observation, entretiens, *focus groups*) se référer au guide MdM, *Collecte de données. Méthodes qualitatives*.

ÉCHANTILLONNAGE ALÉATOIRE SIMPLE

L'échantillon peut être constitué suivant une technique de sondage aléatoire auprès des usager·ère·s fréquentant les structures ciblées. Les usager·ère·s peuvent être intercepté·e·s au hasard à travers diverses modalités : à l'arrivée dans le centre (salle d'attente/accueil), au départ du centre (accueil, fin de consultation), entre les deux (début de consultation, entre deux interventions), au début/à la fin d'une prise en charge, visite de routine, consultation programmée, consultation libre, etc. D'autres usager·ère·s peuvent être intercepté·e·s à proximité des centres de santé sélectionnés. Il est important de garder le même processus de recrutement pendant toute la période d'enquête.

Ce type d'échantillonnage aléatoire est à privilégier, toutes les personnes du groupe cible ont la même chance de se retrouver dans l'échantillon, les résultats obtenus seront alors représentatifs de la population étudiée. Cela permet de minimiser les biais de sélection. Pour des questions pratiques, nous vous proposons dans le cadre des enquêtes quantitatives de satisfaction d'utiliser un échantillonnage systématique, au cours duquel les usager·ère·s des centres sont interrogé·e·s en fonction d'un pas de sondage (par exemple, une personne toutes les 5 consultations. Se référer à l'annexe « Sondage systématique : calcul et utilisation du pas de sondage », page 42). Si tous les sites sont enquêtés pendant une même durée, la population devrait être représentative de l'ensemble des usagers du projet. D'autres méthodes d'échantillonnage aléatoire plus ou moins complexes existent, vous pouvez bien entendu les utiliser si vous avez les compétences dans l'équipe, et si le projet s'y prête. Exemples : tirage au sort de n participants parmi N répertoriés dans une liste, dans les cas où l'on possède la liste complète des membres de la population avec la possibilité de les contacter, ou bien utilisation d'une table de numéros aléatoires, qui peut être construite ad hoc (exemple page 44).

ÉCHANTILLONNAGE PAR GRAPPE

Une stratification peut être mise en place, spécialement dans les projets multicentriques et/ou avec des activités multiples. Dans ces cas, les structures participantes doivent être d'abord identifiées, et le total d'enquêtes nécessaires doit être réparti parmi les structures. Cette méthode assurera la représentativité de l'ensemble des activités du projet.




Exemples : centres/structures de santé multiples dans un même projet, activités différenciées par sexe, activités dans des structures sanitaires vs. activités au sein de la communauté. Si une personne veut spontanément participer, sans correspondre au pas de sondage, il faut l'intégrer à l'étude.

Exemples pratiques d'échantillonnage

MdM Liban : Afin d'éviter un biais de sélection, une personne toutes les 6 consultations sera interrogée tous les jours de la semaine durant une semaine dans chaque centre.

MdM Madagascar : Afin d'éviter un biais de sélection, une personne toutes les 3 consultations au sein des services SSR sera interviewée dans chacun des 33 centres de santé participants, pour arriver à 10 personnes interrogées par centre.

 **Une affiche** pourra être posée dans le centre (accueil, salle d'attente) pour sensibiliser les personnes à l'étude (se référer au guide MdM, *Éducation pour la santé*).

PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNÉES

LES INSTRUMENTS D'ÉTUDE QUALITATIFS ET QUANTITATIFS

Une revue documentaire doit être réalisée avant le démarrage de l'enquête de terrain. Des enquêteur-ric-e-s nationaux doivent être préalablement formé-e-s aux diverses techniques de collecte de données prévues dans cette enquête. Un test des outils doit être effectué pour que les concepts, le cadre d'analyse et les outils soient véritablement appropriés par les enquêteur-ric-e-s en question.

Outils de recueil des données qualitatives

La collecte des données qualitatives se fait à travers divers outils qui vont chercher à explorer la définition émique, c'est à dire de l'intérieur, de la satisfaction. Il s'agit de construire une grille de questions qui va permettre de qualifier ce que par la suite on va tenter de mesurer.

Pour les trois outils ci-dessous, un guide complet est consacré à leur méthodologie (voir le guide de MdM, *Les méthodes qualitatives de recueil de données*).

Ces outils sont :

- **Entretiens semi directifs individuels.** Un guide d'entretiens est conçu afin d'interviewer les personnes ciblées par l'enquête qualitative : usager-ère-s, population générale, acteur-ric-e-s institutionnel-le-s, associatifs et des prestataires de services (centres de santé). Des questions spécifiques pour chaque type d'intervenants

sont définies. Un maximum de 10 entretiens individuels est réalisé à cette étape.

- **Focus groups.** Des *focus groups* sont réalisés lors de la phase qualitative de l'enquête, avec la participation des usager·ère·s concerné·e·s par les activités. Les focus groupes doivent aborder les représentations et attentes de satisfaction des différents services proposés. Il peut être intéressant d'en réaliser plusieurs par groupes homogènes (même sexe, même catégorie âge etc.) et de réaliser par la suite un *focus group* général afin de confronter les différents points de vue et résultats et susciter un débat.
- **Observations.** L'observation en situation, qui consiste avant tout à comprendre la signification que les acteurs attribuent à leurs pratiques (construction du sens) constitue un pilier technique de base pour la récolte des données. Des observations directes sont réalisées dans les structures de soins, les locaux associatifs et d'autres lieux issus de l'échantillon de structures de l'enquête. L'observation peut viser en particulier les outils de prévention utilisés dans les structures visitées, les séances de sensibilisation menées par les différent·e·s acteur·rice·s, et l'utilisation des services de santé.

Les données recueillies par le biais de ces techniques sont transcrites sous formes de compte rendu et/ou dans un journal de terrain, puis analysées selon les techniques d'analyse de contenu et comportementale.

Recueil des données quantitatives

Les données qualitatives vont ensuite servir à concevoir un questionnaire ramassé (durée maximum 30 min.). Le questionnaire doit être conçu comme un outil exhaustif de recueil des données relatives aux composants de la satisfaction des usager·ère·s, contenant diverses dimensions et variables. Il permettra de mesurer la satisfaction de manière périodique lors de prochaines étapes du programme.

Le questionnaire ne doit comporter ni le nom ni le prénom. Chaque questionnaire comporte un numéro d'anonymat qui permet de retourner à la version papier en cas d'erreur de saisie. Ce numéro ne doit pas permettre d'identifier le participant à l'enquête. On peut utiliser un code à deux lettres (ex : initiales de l'interviewer) et trois chiffres (ex : rang d'inclusion dans l'enquête).

L'administration du questionnaire doit être réalisée par des enquê·teur·rice·s qui parlent au moins une des langues du pays. Ils doivent être formés sur les objectifs et la méthodologie ... suite page 24 ...



BASE DE QUESTIONNAIRE À ADAPTER EN FONCTION DES RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE PARTIE QUALITATIVE

Les réponses sont à entourer ou à cocher et le texte libre à écrire en majuscules.

- ! *Remarque*: lorsque l'utilisateur à qui est adressé le questionnaire est un-e enfant, les questions administratives sont à poser à l'adulte qui l'accompagne (section A). Les questions de satisfaction à proprement parler peuvent lui être directement posées (sections B, C et D).

Section A : Informations générales

- A0.** *Préciser si la personne qui a reçu le service est bien l'adulte qui remplit le questionnaire ou un enfant que cette personne a accompagné. Dans ce cas, préciser l'âge et le genre de l'enfant. La suite des questions concerne l'adulte qui répond.*
- A1.** **Genre**: genre de la personne qui répond; homme, femme ou trans-gendre. Le transgendérisme ou transgénérisme est le fait pour une personne de s'identifier au moins en partie au genre opposé à celui assigné à sa naissance d'après son sexe biologique (dysphorie de genre) et d'en adopter le mode de vie ou la conduite. Cette nouvelle identité de genre ne va pas nécessairement de pair avec une chirurgie de réattribution sexuelle.
- A2.** **Âge**: Indiquer l'âge de l'adulte interrogé.
- A3.** **État civil**: sélectionner la situation qui correspond à la personne interrogée. Si c'est l'adulte accompagnant un enfant qui répond, c'est l'état civil de l'adulte qui est à indiquer ici.
- A4.** **Instruction**: sélectionner le niveau d'instruction qui correspond à la personne interrogée. Si c'est l'adulte accompagnant un enfant qui répond, c'est le niveau d'éducation de l'adulte qui est à indiquer ici. On considère que la formation technique correspond à l'apprentissage d'un métier manuel (boulangier, maçon, mécanicien, électricien, chauffeur,...) en opposition avec la formation universitaire.
- A5.** **Profession**: sélectionner la situation qui correspond à la personne interrogée. Si c'est l'adulte accompagnant un enfant qui répond, c'est la profession de l'adulte qui est à indiquer ici.

- A6. Lieu de résidence :** indiquer selon le cas le quartier, le village, pour assurer l'anonymat il ne faut pas indiquer ici d'adresse précise qui permettrait de retrouver la personne qui répond.
- A7. Durée de trajet pour aller au centre :** donner une évaluation en minutes, il s'agit du temps passé entre le départ de chez soi et l'arrivée au centre.
- A8. Moyen de transport :** les moyens de transports animaux (à cheval, en âne, en éléphant,...) sont à préciser dans « autre ». Si plusieurs moyens de transport sont utilisés, indiquer le moyen majoritaire.
- A9. Coût du transport :** à indiquer en monnaie locale, pour un trajet « aller simple ».
- A10. Nom du centre de santé :** nom du centre où le questionnaire a été distribué, c'est la seule question qui peut être préremplie ou complétée en cas de non-réponse par les enquêteurs.
- A11. Services reçus :** plusieurs réponses possibles. La liste indiquée est indicative mais non exhaustive, avant d'imprimer le questionnaire, il est possible d'ajouter des mentions (7, 8, 9, 10) en fonction du projet. On parle ici de type de consultation et non de la prise en charge.
- A12. Paiement :** pour la consultation/les médicaments/les soins : si oui indiquer le coût total payé, dans la monnaie locale.

Section B : Satisfaction générale

La partie B du questionnaire est standardisée, il ne faut rien modifier ni enlever. Même si les questions se ressemblent et vous paraissent redondantes, il est très important d'avoir les réponses à toutes ces questions pour pouvoir calculer le score de satisfaction. C'est l'opinion personnelle et donc subjective de la personne interrogée qui importe. Les réponses sont présentées alternativement en indiquant les réponses positives ou négatives en premier pour limiter l'influence de l'ordre des propositions sur les réponses.

- B1.** Êtes-vous globalement satisfait-e du service reçu ? C'est la dimension globale qui est évaluée ici: excellente, bonne, correcte, faible ou très faible.
- B2.** Le service fournit correspond-il à vos attentes ?
- B3.** Seriez-vous prêt-e à recommander ce service à votre entourage ?



- B4. Diriez-vous que les services que vous avez reçus étaient complets ?
- B5. En cas de besoin, solliciteriez-vous de nouveau nos services ?
- B6. De manière générale, comment jugez-vous la qualité du service dont vous avez bénéficié ?
- B7. Avez-vous pu résoudre efficacement vos difficultés suite aux prestations reçues ?

Section C : satisfaction relative à des services spécifiques

Ces questions cherchent à cerner les différentes dimensions mises en jeu dans la satisfaction afin de pouvoir adapter le fonctionnement du centre. **Il est important d'adapter cette trame aux résultats de la partie qualitative précédente.**

- C1. Combien de temps avez-vous attendu après l'apparition des premiers symptômes (ou l'apparition du besoin en rapport avec la visite) avant de venir à la structure de santé ? *On cherche le délai de recours aux soins, la réponse est libre, la réponse doit être indiquée en jours (par convention 0 jour correspond au jour même). Il peut concerner le délai depuis l'apparition des symptômes, ou depuis le besoin de consulter (ex : date de rappel de vaccination...).*
- C2. Le temps d'attente avant la consultation vous paraît-il : trop long/ un peu long/plutôt court/très court ? *Le temps d'attente avant la consultation fait partie des indicateurs clefs de la satisfaction.*
- C3. Comment était l'accueil du personnel médical ? *Le premier contact est primordial, c'est un des éléments qui déterminent si la personne reviendra, on évalue ici le caractère agréable et accueillant ou au contraire désagréable de ce premier contact.*
- C4. Comment avez-vous trouvé le centre ? Plusieurs réponses possibles : Bondé/confortable/bien organisé/propres/autre à préciser. *Ces éléments sont facilement modifiables et la mise en œuvre de changements à ce niveau peut avoir un impact très positif.*
- C5. Avez-vous l'impression que le principe de confidentialité a été respecté pendant la consultation ? *Question très importante, la personne doit se sentir en confiance dans une relation personnelle pour pouvoir être prise en charge de façon efficace.*

- C6. Avez-vous l'impression que votre intimité a été respectée pendant la consultation ? *Des mesures correctrices peuvent être mises en place pour améliorer le confort des personnes auscultées.*
- C7. Pensez-vous que le prestataire de soins ait écouté vos préoccupations ? *L'écoute du personnel médical est aussi un élément clef de la satisfaction.*
- C8. Avez-vous l'impression que le prestataire ait passé suffisamment de temps avec vous ? *Une autre considération temporelle importante est le temps de consultation, la personne veut avoir le temps de poser toutes les questions qui la préoccupe.*
- C9. Êtes-vous satisfait de la façon dont les prestataires de soins se sont adressés à vous ? *La gentillesse des prestataires est primordiale dans la relation soignant-soigné, la politesse n'est pas suffisante.*
- C10. Avez-vous l'impression que votre état / traitement vous a été clairement expliqué ? *L'utilisation de jargon médical avec des termes incompréhensibles pour la plupart des gens est importante à détecter et à corriger ; les personnes, reprenant rarement le prestataire pour demander des explications, ne comprennent pas leur prise en charge. C'est un facteur de mauvaise observance future.*
- C11. Avez-vous ressenti que vous avez reçu une qualité de soins inférieure en raison de votre genre, nationalité, provenance géographique, statut socio-économique, ou autre ? *La discrimination ressentie est importante à déceler, un espace libre permet à la personne de préciser son vécu.*

Section D : Questions ouvertes

Afin de connaître les points forts et points faibles des services, et de relever des problèmes qui n'ont pas pu être identifiés par les questions précédentes.

- Qu'est-ce que vous avez apprécié le plus dans cette structure ?
- Qu'est-ce qui vous a le plus déplu dans cette structure ?
- Que proposeriez-vous pour améliorer les services offerts ?

... suite de la page 19 ... de l'enquête. Selon les situations et les sujets abordés, porter une attention particulière au genre de l'enquêteur-riche peut se révéler nécessaire (par exemple, une enquête sur les violences sexuelles).

En cas de traduction du questionnaire :

- Faire traduire le questionnaire du français vers la langue locale
- Faire traduire cette première version par un autre traducteur indépendant de la langue locale vers le français (*back translation*)
- Comparer la version originale et la version traduite et adapter les traductions pour avoir une version définitive.


Il faut garder à l'esprit lors de la passation des questionnaires que certaines formulations et attitudes des enquêteurs peuvent orienter les réponses. Les biais possibles sont :


- *tendance à l'acquiescement*, tendance à répondre « oui » plutôt que « non » : pour éviter ceci, il vaut mieux utiliser le principe d'alternance en variant l'énoncé des questions de façon à ce que la réponse soit favorable ou défavorable à la même opinion ;
- *réaction de prestance* : plus on avance dans l'âge, plus on ment sur son âge ; les diplômés peuvent être surestimés, les revenus surévalués ou sous-évalués etc. ;
- *tendance à la représentation normative* : la réponse traduit un idéal social et moral mais n'éclaire pas forcément les conduites. L'enquêteur-riche doit donc veiller durant l'entretien qualitatif à aborder dans ses questions à la fois l'idéal et le vécu des personnes ;
- *effet de primauté* : les enquêtés choisissent toujours les premiers items proposés ;
- *effet de « halo » ou de contamination* qui correspond au fait que la réponse à une question induit la réponse suivante. Ainsi il faudra espacer les réponses susceptibles de se contaminer mutuellement.

Il faut aussi veiller à ce que le questionnaire ne soit pas trop long, et/ou à bien répartir les questions selon si elles requièrent plus ou moins de concentration et de détails, afin de ne pas perdre en qualité de réponse au fur et à mesure de l'entretien.

- ❗ **Remarque sur l'attitude des enquêteurs vis-à-vis des traductions :** que ce soit pour le qualitatif ou le quantitatif, l'enquêteur doit retranscrire exactement les notes et les phrases des personnes interrogées dans leur langue d'origine. Dans un second temps la traduction en français sera réalisée avec l'aide d'un·e interprète.

Pour les deux méthodes, il est nécessaire de tester les instruments d'étude sur un petit nombre de personnes et de l'adapter au vocabulaire avant de débiter l'étude.

 **Ressources pour l'étude qualitative :** dans l'idéal, c'est la personne, accompagnée ou non d'un traducteur, qui a construit les outils (grilles d'entretiens, *focus group* et observations), qui va recueillir les données qualitatives, les analyser, rédiger le rapport et restituer les résultats. Pour plus de détails sur l'administration et les ressources matérielles, se référer au guide MDM, *Collecte de données. Méthodologies qualitatives*.

 **Ressources pour l'étude quantitative :** au-delà de 300 questionnaires à faire passer, la gestion peut être complexe en termes de temps de saisie. Il faut compter 15 minutes pour enregistrer un questionnaire dans le masque de saisie et d'analyse. Des ressources importantes peuvent être nécessaires.

- En amont de l'enquête :
 - › Rédiger le protocole.
 - › Traduire les questions et assurer l'interprétariat.
 - › Tester le questionnaire.

- Pendant la collecte de données :
 - › Coordonner la collecte.
 - › Présenter l'étude, recueillir le consentement et distribuer les questionnaires.
 - › Passation des questionnaires et/ou aide à la passation pour les auto-questionnaires si besoin.
 - › Récupérer les questionnaires remplis et assurer la confidentialité.
 - › Stocker les questionnaires remplis dans un lieu sécurisé avec une personne référente. Il ne faut jamais impliquer les personnes qui délivrent le service concerné par l'enquête de satisfaction.

- Après la collecte :
 - › Saisir les données dans le masque de saisie : au mieux, au fur et à mesure de l'étude.
 - › Réaliser les analyses statistiques.
 - › Réaliser l'interprétation des résultats.
 - › Rédiger le rapport.
 - › Organiser la diffusion des résultats (y compris auprès des usagers).

Dans le protocole, et en fonction des objectifs de l'étude et des capacités organisationnelles du centre, il faut définir le moment et le lieu de passation du questionnaire.



Exemples :

- À l'arrivée dans le centre (salle d'attente/accueil).
- Au départ du centre (accueil, fin de consultation).
- Entre les deux (début de consultation, entre deux interventions).
- Au début/à la fin d'une prise en charge.
- Visite de routine, consultation programmée, consultation libre.
- Au premier contact avec le projet.

La passation des questionnaires doit garantir la confidentialité. Chaque usager enquêté est informé des objectifs de l'étude, du caractère volontaire de la démarche et du respect de la confidentialité dans le recueil des données.

Si c'est un auto-questionnaire, il est à remplir sur place, dans le site où il a été distribué pour éviter au maximum les non-réponses. Il faut prévoir un emplacement bien identifié pour recueillir les questionnaires complétés (bac type boîte aux lettres ou urne à l'accueil ou dans la salle d'attente par exemple). Une aide au remplissage peut être nécessaire si les personnes ont besoin d'assistance. A noter que l'auto-questionnaire est l'outil de choix car il n'y a pas de biais lié à l'enquêteur, l'anonymat est assuré, son coût est faible et il ne nécessite pas de formation d'enquêteur. Mais dans beaucoup de situation, pour une personne illettrée ou qui présente un handicap, l'auto-questionnaire ne peut se réaliser ; il faut alors une aide au remplissage via enquêteurs.

Traitement et analyse des données quantitatives

Les questionnaires remplis sont vérifiés quant à leur intégralité et codés par la suite de façon systématique. La double saisie est conseillée (saisie indépendante par deux personnes différentes puis comparaison des deux bases), la conservation des questionnaires pour pouvoir les consulter est indispensable. Chaque questionnaire porte un numéro unique d'anonymat qui permet de le retrouver en cas de doute sur les données saisies. Une fois l'analyse faite, les données recueillies doivent être détruites.

Comme pour toute utilisation d'une base de données, une étape de data management est indispensable pour repérer les données manquantes et corriger les données aberrantes, et recoder/reclasser les variables.

L'analyse des données a pour but la description de la satisfaction des usager·ère·s par rapport à divers composants des services concernés. Le niveau de satisfaction est estimé à partir de la proportion de répondant·e·s se disant satisfait·e·s, moyennement satisfait·e·s et pas du tout satisfaits par rapport aux différents aspects des services reçus.

Les principales étapes des analyses statistiques sont :

1. Décrire les caractéristiques de la population de l'enquête et des services reçus.
2. Décrire la satisfaction générale (score moyen et proportion de personnes supérieures à un seuil et la satisfaction liée à des dimensions spécifiques).
3. Comparer la satisfaction générale en fonction des centres visités, du type de service reçus et des caractéristiques sociodémographiques (l'âge, le genre, etc.).
4. De regarder quelles dimensions spécifiques sont associées à la satisfaction générale.
5. Étudier des occurrences de termes pour ce qui a été le plus apprécié/ce qui a le plus déplu.

Une attention particulière peut être donnée à la production des données sexo-spécifiques et de données permettant de réaliser une analyse comparative entre zone urbaine et zone rurale. L'analyse croisée de ces variables va mettre en évidence les différences et les similitudes dans les niveaux de satisfaction des usagers vis-à-vis des services évalués. Les résultats vont donner la satisfaction générale des usagers et permettre d'identifier les sites/services/populations/dimensions associés à une très bonne (ou une très mauvaise) satisfaction. L'objectif final de l'analyse est d'identifier des points forts et des axes d'amélioration des services (voir recommandations). Les questions ouvertes ont été dépouillées manuellement et soumises à une analyse thématique de contenu.

PLATEFORMES EN LIGNE DE COLLECTE ET ANALYSE DE DONNÉES

Des plateformes en ligne comme KoboCollect (<https://www.kobo-toolbox.org>) permettent la création du questionnaire, la collecte et l'analyse de données de façon systématique. Elles permettent de collecter des données sur le terrain à l'aide d'appareils mobiles tels que les téléphones portables ou les tablettes, ainsi que sur du papier ou des ordinateurs. Elles présentent nombreuses avantages :

- C'est **rapide**. Les données ne doivent pas nécessairement être transcrites du papier à l'ordinateur avant de pouvoir être analysées. Certaines analyses peuvent être appliquées dans les minutes qui suivent la collecte des données.
- C'est **précis**. Les erreurs d'énumération sont réduites au minimum en raison de la validation des données qui peut survenir en temps réel au fur et à mesure de la collecte des données. Les erreurs de transcription sont entièrement éliminées.
- C'est **optimisé pour le travail humanitaire**. C'est facile à utiliser, fonctionne hors ligne et peut être déployé rapidement, même dans les situations les plus difficiles ou les plus reculées. En cas

d'échec, les formulaires papier peuvent être utilisés comme sauvegarde et intégrés à d'autres données.

☐☐☐ CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

En raison du caractère sensible de certaines thématiques, les enquêteurs doivent être sensibilisés sur l'importance du caractère anonyme et confidentiel de l'enquête. Aucune donnée permettant un lien avec le-la répondant-e ne doit être collectée. L'accès aux données est exclusivement limité à l'équipe d'enquête. La collecte des données dans les diverses structures enquêtées doit être réalisée avec le consentement des titulaires de chaque établissement. Une lettre (ordre de mission) doit être préparée.

Le consentement doit être impérativement donné avant de répondre aux questions. Il faut prendre le temps d'expliquer les objectifs et le déroulement de l'enquête et préciser qu'il n'y aura pas de conséquences si la personne souhaite donner une mauvaise évaluation, ni si elle refuse de participer.

Une courte note d'information doit accompagner le questionnaire et doit décrire les objectifs, souligner que la participation est complètement libre et volontaire et que le refus de participation n'entraînera aucune modification de la prise en charge ainsi que les données saisies resteront anonymes.

Il est possible que l'enquêteur-trice se voit confier des témoignages de mauvais traitements graves, ce qui crée souvent des dilemmes entre l'assistance à personne en danger et les règles de confidentialité. Il faut d'abord essayer de se renseigner sur ce que prévoit la législation nationale du pays de l'enquête, afin de savoir si le-la) chercheur-se a une obligation légale de dénoncer les mauvais traitements. Mais il faut aussi toujours se demander si ces déclarations pourraient porter préjudice à la personne interviewée. Le cas échéant, il faut trouver un compromis ; la meilleure solution semble dans tous les cas d'impliquer la personne concernée. Il est également nécessaire de chercher à savoir si les services de prise en charge de ce type de plainte est approprié, et ainsi juger de quelles informations, à qui et comment les donner.

☐☐☐ LIMITES DE L'ÉTUDE

Un certain nombre de situations peuvent induire des biais :

- L'échantillonnage ne permet pas d'extrapoler les résultats de l'enquête à la population générale mais uniquement à la population couverte par le projet.

- La courte durée de l'enquête limite la possibilité d'un meilleur approfondissement des thématiques. Les données produites ne doivent donc pas être surinterprétées mais bien permettre un éclairage empirique et non exhaustif des situations.
- Il peut y avoir des biais liés à la traduction, la qualité et la fidélité de celle-ci.
- Très fréquemment lors des études de satisfaction, les personnes n'aiment pas donner des réponses qui ont une connotation négative, de peur notamment de voir les activités cesser. Pour ces raisons, les questions relatives aux obstacles peuvent permettre de nuancer certaines appréciations positives.
- Des biais de mémoire sont à considérer dans les réponses, particulièrement pour les participant-e-s dont le délai entre l'utilisation du service et le moment où ils/elles ont complété le questionnaire était important.

⋮ RÉUNION DE CADRAGE PAR LE COMITÉ DE PILOTAGE DE L'ÉTUDE

Un comité de pilotage au sein de MdM assurera le suivi du déroulé des enquêtes. Il peut être envisagé d'intégrer dès cette phase des acteur-trice-s locaux-ales (associations de la société civile, leaders, agents du gouvernement local, etc.) afin de mener une étude davantage participative, inclusive et capabilisante de la satisfaction.

Une réunion de cadrage entre le comité de pilotage et les chargés d'enquêtes permettra de fixer les périmètres exacts des enquêtes.

Des réunions physiques ou téléphoniques sur l'avancement des enquêtes seront faites régulièrement avec le comité de pilotage.

⋮ PRODUCTION ATTENDUE À L'ISSUE DE L'ENQUÊTE

NOTE DE CADRAGE

Une note de cadrage préalable pour l'étude est attendue. La note de cadrage présentera la méthodologie et le plan de travail proposé ainsi que les outils à utiliser (questionnaires, guides d'entretien). Cette note est soumise aux commentaires du comité de pilotage en amont de la phase terrain.

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES ET RECOMMANDATIONS

Une restitution des résultats préliminaires sur le terrain, sous la forme d'une présentation power point sera faite aux équipes, en leur précisant qu'il est tout à fait possible, voire attendu, d'avoir leur retour critique. Ces résultats préliminaires devront être envoyés au comité de pilotage pour avis.

RAPPORTS PRÉLIMINAIRES DE L'ÉTUDE

Un rapport provisoire sur les principaux résultats des enquêtes devra être produit à l'issue de la phase de terrain. Il sera accompagné d'une présentation power point des résultats principaux et des recommandations.

Le comité de pilotage dispose ensuite de 7 jours à compter de la réception du rapport provisoire pour émettre ses commentaires et observations.

Le texte principal des résultats de l'étude, en format Word, doit comprendre entre 20 et 30 pages (sans compter les annexes), caractère 12 et simple interligne, et doit inclure les parties suivantes :

- Résumé exécutif (5 pages maximum);
- Introduction;
- Liste des acronymes;
- Contexte (description du projet);
- Objectifs de l'enquête;
- Méthodologie et limites;
- Principaux résultats et analyse;
- Conclusions et recommandations;
- Annexes : note de cadrage, liste des personnes rencontrées (qualification mais en veillant à respecter l'anonymat) et calendrier, questionnaires, guides d'entretiens, grilles d'observation.

Le résumé exécutif devra être traduit en anglais.

RAPPORT DÉFINITIF

Le rapport final définitif doit intégrer les commentaires/remarques/échanges/discussions du comité de pilotage.

Le texte principal du rapport d'étude global en format Word, doit comprendre entre 20 et 30 pages maximum (sans compter les annexes), caractère 12 et simple interligne, et doit inclure les parties suivantes :

- Résumé exécutif (5 pages maximum);
- Introduction;
- Liste des acronymes;
- Contexte (description des projets);
- Objectifs;
- Méthodologie et limites;
- Principaux résultats et analyse comparative;
- Conclusions et recommandation;
- Annexes.

Le résumé exécutif devra être traduit en anglais.



CONCLU- SION



Les résultats des études de satisfaction basées sur la méthode mixte doivent donner lieu à des recommandations aux personnes en charge des projets afin d'adapter leurs fonctionnements aux besoins des usager·ère·s. Il s'agit de comprendre quels sont les critères de satisfaction aux yeux des usager·ère·s même et de comprendre par la suite en quoi les personnes sont satisfaites ou non. Enfin il s'agit de s'inspirer de ce qui « marche bien » pour l'appliquer aux structures les plus fragiles.

Dans tous les cas, en plus de partager les résultats au sein de l'équipe projet, il est nécessaire d'organiser un retour auprès des personnels des centres de santé concernés d'une part, et des usager·ère·s des services d'autre part.



Exemple : conclusion d'une étude de satisfaction auprès des jeunes de 10 à 24 ans sur les services de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH à Goma et à Kinshasa

Un bon service de dépistage selon les jeunes filles et garçons interrogé·e·s.

L'enquête a cherché à connaître ce que les jeunes entendent par « bons services de dépistage. De l'analyse des données qualitatives, quelques recommandations ont été proposées :

- Un bon service de dépistage assure un accès rapide aux résultats du test. Le centre de prise en charge est équipé en matériel de laboratoire pour éviter aux personnes dépistées de se rendre dans un autre centre/hôpital pour chercher ses résultats.
- Un bon service de dépistage offre un accompagnement aux jeunes lors de l'annonce des résultats : La collaboration des pair·e·s-éducateur·rice·s (notamment les PVV) est jugée nécessaire à l'acceptation des résultats.
- Un personnel spécialisé assure en toute discrétion la communication des résultats. Le respect du principe de la confidentialité pourrait être formalisé à travers la signature d'un document spécifique d'engagement.

Les jeunes ont identifié les aspects par lesquels les prestataires pourraient accueillir le-la jeune qui va se faire dépister :

- Une présentation initiale du prestataire pour éveiller la confiance chez les jeunes.
- Le prestataire traite le-la jeune « comme s'il-elle était son propre enfant ».
- Le prestataire donne des informations rassurantes sur la prise en charge gratuite du VIH en cas de dépistage positif.
- Il dit explicitement au-à la jeune que le résultat sera secret.
- Le prestataire est jeune. Il-elle comprend le langage des jeunes.

Le conseil devrait donner des informations qui s'adaptent aux besoins d'information des jeunes. Les jeunes interviewé(e)s espèrent recevoir des informations complètes sur les modes de prévention, les situations à risque, les possibilités de traitement pour les PVV (le parcours de soins VIH), les droits humains des PVV, la responsabilisation des parents dans le dépistage des enfants (en cas des parents PVV).

En cas de dépistage positif le conseil post-test devrait insister sur le rôle des PVV en tant qu'acteur(rice)s de la prévention. En cas de dépistage négatif le conseil post-test devrait donner des informations claires sur les mesures de protection à suivre pour rester séronégatif (plan de risque).

Les messages de prévention doivent inscrire le dépistage dans une vision d'avenir pour les jeunes. Ils devraient mettre en avant l'effet positif du dépistage sur la santé (à long terme).

Un bon service de prise en charge selon les jeunes filles et garçons interrogé-e-s.

L'enquête a cherché à connaître ce que les jeunes entendent par « bons services de prise en charge ». De l'analyse des données qualitatives quelques recommandations ont été proposées :

- Les services de prise en charge disposent des outils de collecte de données sur la population jeune.
- Tous les services concernant le parcours de soins des jeunes PVV dans sont disponibles dans un même établissement.
- Le service apporte un accompagnement psycho-social et éducatif qui permettra aux jeunes de mieux accepter les résultats du test. Cela est essentiel pour les mineur(e)s ayant été infecté(e)s par transmission verticale. Il faut également accompagner les parents.
- Existence d'une prise en charge nutritionnelle des PVV issues des familles démunies.
- Disponibilité d'intrants de qualité (qui ne périssent pas en 3 mois...) (PNMLS, PNUD).
- Existence d'un lien personnalisé avec le-la prestataire chargé-e du suivi des PVV.

- Le calendrier des réunions de suivi est adapté aux besoins des jeunes (exemple : rendez-vous rapprochés d'une fois par semaine)
- Les jeunes ont accès à une information fiable sur les effets secondaires de traitement.
- Le jeune PVV a accès à un parrain ou une marraine qui l'accompagnera dans son parcours de soin.
- Les prestataires respectent l'orientation sexuelle et les droits humains des PVV.
- Les prestataires sont formés aux compétences nécessaires pour repérer les besoins d'information des jeunes (selon l'âge, l'activité sexuelle et le niveau de connaissance).
- Il faut une sensibilisation spécifique des prestataires pédiatres pour accomplir un rôle de médiation familiale pour que les enfants ayant été contaminés par transmission mère-enfant puissent renouer les liens familiaux et rétablir la confiance parent-enfant.



BIBLIO- GRAPHIE

Ali M, Qazi MS, Seuc A. « Seeking what matters: determinants of clients' satisfaction in obstetric care services in Pakistan ». *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad*. 2014 Oct-Dec;26(4):481-7.

Côté, L., Mc Neil, R., « Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers », Direction des relations avec la communauté, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre, Septembre 1995.

IFRC - International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *Beneficiary Satisfaction Surveys: Emergency Operations 2012 Jamaica and Dominican Republic*. March 2014.

Médecins du Monde. « Éducation pour la santé. Cadre de référence. Guide pratique pour les projets de santé ». Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/04/21/guide-pratique-pour-les-projets-de-sante>.

Médecins du Monde. « Collecte de données : méthodes quantitatives ». Disponible sur <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/08/06/collecte-de-donnees-methodes-pour-les-enquetes-quantitatives>.

Médecins du Monde. « Collecte de données : méthodes qualitatives ». Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2011/12/22/guide-pratique-sur-la-collecte-de-donnees>.

Service d'Évaluation Hospitalière ANAES. « La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé ». *Revue de la littérature médicale*. Septembre 1996. Disponible sur <http://www.lesereservoir.eu/PDF/PV/BIBLIOTHEQUE/QUALITE/SATISFACTION.pdf>.

Tan Le P., Fitzgerald G. « Applying the SERVPERF Scale to Evaluate Quality of Care in Two Hospitals at Khan Hoa Province, Vietnam ». *Asia Pacific Journal of Health Management* 2014; 9:2.

Vukovic M, Gvozdenovic BS, Gajic T, Stamatovic Gajic B, Jakovljevic M, McCormick BP. « Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care ». *Public Health*. 2012 Aug;126(8):710-8. DOI: 10.1016/j.puhe.2012.03.008.

World Health Organization, 2000. *Workbook 6. Client Satisfaction Evaluations*. Disponible sur http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5868_EN_6_client_satisfaction_evaluations.pdf.

Pour aller plus loin sur la réalisation de questionnaires de satisfaction:

EUPAN. *Document d'orientation européen sur la gestion de la satisfaction client*. Disponible sur http://www.eupan.eu/files/repository/20111216161838_EU_Primer_French_FINAL_LR.pdf.

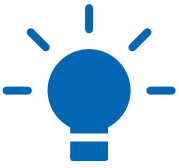
Vukovic. « Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care ». *Public health* 126 (2012)710-718.

Phillips R., Absolom K., Stark D., Glaser A. « A simple practical patient-reported clinic satisfaction measure for young adults ». *British journal of Cancer* (2010) 10., 1485-1488.



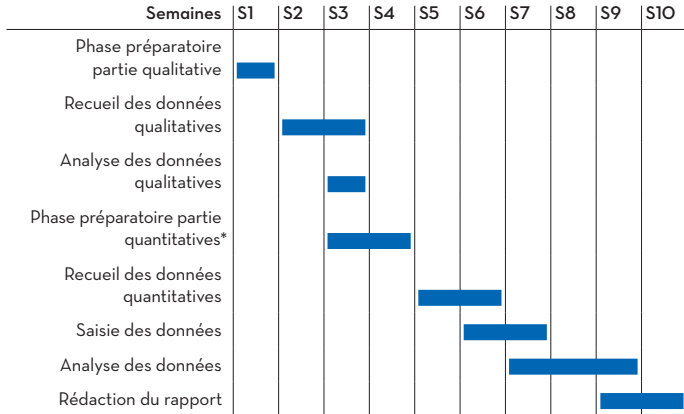
ANNEXES

- 42 EXEMPLE DE RÉTROPLANNING
- 42 SONDAGE SYSTÉMATIQUE : CALCUL ET UTILISATION DU PAS DE SONDAGE
- 44 EXEMPLE D'UNE TABLE DE NUMÉROS ALÉATOIRES
- 45 EXEMPLE D'UN QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION QUALITATIF
- 46 EXEMPLE D'UN QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION QUANTITATIF
- 54 EXEMPLE D'UN CANEVAS/STRUCTURE DU DOCUMENT



☐ EXEMPLE DE RÉTROPLANNING

! Attention: ce rétroplanning est donné à titre indicatif, il se peut que la phase préparatoire et le recueil des données demandent plus de temps.



*Mise en place de la méthode d'échantillonnage, rédaction du protocole de recherche, impression des questionnaires et note d'information, recrutement et formation des enquêteurs, adaptation et traduction du questionnaire.

☐ SONDAGE SYSTÉMATIQUE: CALCUL ET UTILISATION DU PAS DE SONDAGE

L'échantillonnage aléatoire systématique est une méthode où les sujets à inclure dans l'enquête sont choisis à intervalle régulier dans la population d'étude. Cet intervalle est appelé « pas de sondage ».

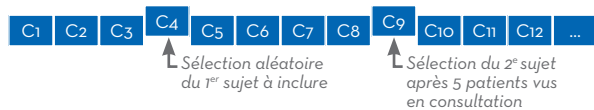
PROCÉDURE

- A. Faire une estimation du nombre moyen de consultations hebdomadaires, on l'appellera N.
- B. Calculer l'intervalle de sélection appelé pas de sondage (p). Il se calcule en divisant N par la taille de l'échantillon recherchée (n). $p=N/n$

- C. Tirer au hasard un numéro entre 1 et p, le numéro sélectionné va correspondre au premier sujet (enquêté-e) qui fera partie de l'échantillon. Si il-elle refuse de participer, proposer l'enquête à la personne suivante.
Comment procéder à ce tirage simplement ?
- Sur un bout de papier, je découpe un nombre p de tickets;
 - Sur chaque ticket, je numérote une consultation. Ex: C1, C2, etc.;
 - Je plie chaque ticket et le place dans une corbeille, je tire au hasard le 1^{er} usager à qui je propose l'enquête.
- D. Proposer l'enquête aux personnes suivantes en appliquant le pas de sondage pour constituer votre échantillon.

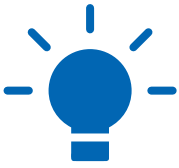
EXEMPLE

- ➔ Je souhaite interroger $n = 10$ personnes dans un centre de santé; le nombre moyen de consultations hebdomadaires N est de 50.
- ➔ Je détermine mon pas de sondage $p = N/n = 50/10 = 5$. $p = 5$;
- ➔ Je donne un numéro de 1 à 5 aux consultations et je place mes tickets dans une corbeille pour effectuer le tirage au sort;



- ➔ J'ai tiré au sort la consultation numéro 4. Je regarde dans le registre à quel-le usager-ère il correspond et je lui propose le questionnaire.
- ➔ Pour sélectionner le-la 2^e usager-ère, 3^e usager-ère, n usager-ère à inclure, je compte 5 patient-e-s entre chaque enquêté-e.
- ➔ Dans cet exemple, le-la 2^e usager-ère correspond à la consultation numéro 9; et je procède de la même façon jusqu'à atteindre le nombre de 10 sujets souhaité pour l'enquête.

❗ *Nota bene: si dans un centre, je choisis de sélectionner mon nombre de sujets à inclure sur différents jours de la semaine, je dois répéter en début de chaque journée l'opération du choix aléatoire du premier sujet à interroger au début de chaque journée.*



☐ EXEMPLE D'UNE TABLE DE NUMÉROS ALÉATOIRES

300 numéros entre 1 et 1000

696	140	537	467	292	827	454	130	407	453	169	281
212	620	182	563	404	967	211	690	534	724	928	455
34	989	5	345	706	996	939	745	652	870	137	399
855	621	883	638	354	818	971	748	486	4	476	222
937	496	218	92	111	332	761	187	348	645	612	148
69	735	37	881	412	96	260	15	851	434	240	241
40	824	138	76	865	922	86	133	953	418	103	167
95	128	288	456	352	428	635	316	799	80	788	153
532	651	775	435	812	346	774	504	379	499	189	190
604	259	503	7	589	958	46	62	147	410	105	522
708	949	58	26	833	97	938	508	570	422	899	938
246	369	591	327	746	925	462	391	90	174	463	514
330	209	757	44	840	56	677	633	541	581	531	679
120	142	235	374	228	784	57	224	256	896	28	443
882	355	489	129	554	813	113	611	183	211	286	223
389	897	535	32	334	565	319	512	888	152	284	707
311	519	779	778	599	84	841	490	199	956	671	262
744	301	572	294	770	931	55	549	427	116	13	513
74	377	533	583	2	309	367	859	680	248	924	441
630	510	253	673	124	850	661	112	902	449	446	303
91	500	948	647	204	871	699	107	257	887	675	826
48	738	341	144	426	114	878	220	239	769	180	271
340	102	616	411	781	983	349	795	615	727	582	160
966	653	992	477	528	166	555	910	89	960	749	501
691	314	904	161	608	488	266	416	728	261	1	

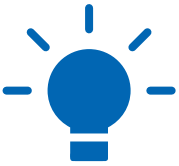
☐☐☐ EXEMPLE D'UN QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION QUALITATIF

ENQUÊTE DE SATISFACTION ET ATTENTES DES JEUNES DE 10 À 24 ANS SUR LES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH À GOMA ET À KINSHASA

Par le biais de cet entretien nous souhaitons obtenir des informations sur la satisfaction des jeunes (10-24 ans) sur les services de prévention et de prise en charge du VIH en RDC. Les informations que vous nous fournirez seront très importantes pour adapter aux besoins des jeunes filles et garçons les interventions des programmes de prévention du VIH qui sont menés en RDC. Les réponses que vous nous donnerez seront confidentielles (votre nom ne sera mentionné nulle part) et permettront aux responsables de mieux travailler avec vous. Cet entretien aura une durée de 40 minutes environ.

Date	
Enquêteurs-trices	
Heure de début	
Durée de l'entretien	
Langue utilisée	
Lieu de l'entretien	
Province/Localité	

No.	Questions	Code
1	Comment définissez-vous un bon centre de santé ?	
2	Quels sont selon vous les cinq critères primordiaux de qualité de soins ? Comment les classeriez-vous ?	
3	Comment imaginez-vous le service / Qu'attendez-vous du service (déroulé, relation aux soignant-e-s, locaux, annonce des résultats, etc.) ?	
4	Quelles ont été les différences entre ce que vous attendiez et ce qui s'est passé ?	
5	Comment expliquez-vous ces différences ?	
6	Dans un idéal, si vous pouviez changer certaines choses, ce serait lesquelles et quels seraient les changements ?	



☐☐☐ EXEMPLE D'UN QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION QUANTITATIF

ENQUÊTE DE SATISFACTION ET ATTENTES DES JEUNES DE 10 À 24 ANS SUR LES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH À GOMA ET À KINSHASA

Par le biais de ce questionnaire nous souhaitons obtenir des informations sur la satisfaction des jeunes (10-24 ans) sur les services de prévention et de prise en charge du VIH en RDC. Les informations que vous nous fournirez seront très importantes pour adapter aux besoins des jeunes filles et garçons les interventions des programmes de prévention du VIH qui sont menés en RDC. Les réponses que vous nous donnerez seront confidentielles (votre nom ne sera mentionné nulle part) et permettront aux responsables de mieux travailler avec vous. Le remplissage de ce questionnaire aura une durée de 30 min. maximum.

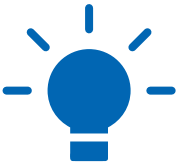
Date	
Enquêteurs-trices	
Heure de début	
Durée de l'entretien	
Langue utilisée	
Lieu de l'entretien	
Province/Localité	

No.	Questions	Code
Module I. Caractéristiques sociodémographiques		
1	Quel est votre genre ? a. Homme b. Femme c. Transgenre	
2	Quelle est votre âge (âge en année révolue) ? a. 10-14 ans b. 15-19 ans c. 20-24 ans	
3	Quel est votre état matrimonial ? a. Célibataire b. Marié-e c. Ayant une chéri-e d. Ayant plusieurs chéri-e-s e. Union libre f. Divorcé-e g. Veuf-ve	

No.	Questions	Code
4	<p>Quel est votre niveau d'étude ?</p> <p>a. Sans instruction</p> <p>b. Primaire 1 2 3 4 5 6</p> <p>c. Secondaire 1 2 3 4 5 6</p> <p>d. Supérieur/universitaire G1 G2 G3 L1 L2</p>	
5	<p>Quelle est votre occupation actuelle ?</p> <p>a. Commerçant-e/vendeur-euse</p> <p>b. Étudiant-e</p> <p>c. Fonctionnaire</p> <p>d. Autres [à préciser]</p>	
6	<p>Avez-vous des enfants ?</p> <p>a. Oui</p> <p>b. Non</p>	
7	<p>Combien ?</p> <p>0 1 2 3 4 5 et plus</p>	
8	<p>Partie à remplir par l'enquêteur-riche en fonction des réponses et observations. indiquer si le-la répondant-e fait partie des populations clés :</p> <p>a. MSM</p> <p>b. PS</p> <p>c. Enfant de la rue</p> <p>d. UDI (consommateur drogues injectables)</p>	

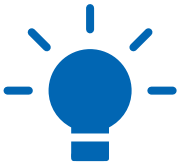
Module II. Attentes et éléments de satisfaction liés aux services de prévention

9	<p>Les jeunes ont beaucoup de sources d'information sur le VIH. Ils peuvent s'informer auprès des enseignant(e)s, des parents, des frères et sœurs, des ami(e)s, des médecins, ou dans les livres, les films et les magazines. Quelle est votre principale source et votre source préférée d'information sur le VIH ? Parmi toutes les sources que je vais vous citer veuillez également indiquer celles par laquelle vous ne vous informez pas en matière de prévention.</p> <p><i>Choix possibles :</i></p> <p>1 Source préférée (en termes de crédibilité)</p> <p>2 Principale source</p> <p>3 Ce n'est pas une source d'information</p> <p>a. Vos parents (père, mère ou membre de l'entourage proche) 1 2 3</p> <p>b. Les pair-e-s-éducateur-riche-s au sein des activités de prévention 1 2 3</p> <p>c. Un(e) animateur(riche) communautaire 1 2 3</p> <p>d. Un PVV 1 2 3</p> <p>e. Un agent de santé 1 2 3</p> <p>f. Un-e enseignant-e 1 2 3</p> <p>g. Un agent religieux 1 2 3</p> <p>h. Les médias (radio, journal, vidéoclub, affiche, télévision) 1 2 3</p> <p>i. Les ami-e-s 1 2 3</p> <p>j. Internet 1 2 3</p> <p>k. Populations clés (d'autres PS, d'autres MSM, d'autres CDI) 1 2 3</p>	
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



No.	Questions	Code
10	<p>En matière de prévention êtes-vous satisfait(e) des informations que vous avez reçues dans les suivants domaines ?</p> <p><i>Choix possibles :</i> 1 Satisfait-e 2 Moyennement satisfait-e 3 Pas du tout satisfait-e</p> <p>a. Situations à risque (ex. déchirure de préservatifs, échange de services sexuels pour des cadeaux, rapports non protégés avec plusieurs partenaires, etc.) 1 2 3</p> <p>b. Conseils prévention VIH (abstinence, fidélité, préservatifs, dépistage) 1 2 3</p> <p>c. Services de dépistage du VIH (gratuit) 1 2 3</p> <p>d. Dépistage et traitement des IST 1 2 3</p> <p>e. Traitements et prise en charge des PVV (ARV) 1 2 3</p> <p>f. Prise en charge de violences sexuelles 1 2 3</p> <p>g. Loi qui protège les droits de PVV 1 2 3</p> <p>h. Information sur les espaces conviviaux disponibles pour les jeunes dans les centres de santé 1 2 3</p> <p>i. Négociation sur les rapports sexuels protégés (ex. <i>le-la répondant-e propose à son-sa partenaire un moyen de prévention qu'il-elle refuse. Le-la répondant-e a reçu des informations sur comment gérer ces situations.</i>) 1 2 3 <i>Expliquer la notion de consentement.</i></p>	
11	<p>Quelques jeunes que nous avons interviewés ont identifié quelques obstacles dans l'accès à l'information sur la prévention du VIH. Je vais vous lire certaines affirmations. Veuillez les classer par rapport à l'ordre d'importance que ces aspects revêtent pour vous.</p> <p><i>Choix possibles :</i> 1 Importants 2 Moyennement importants 3 Sans importance</p> <p>a. Honte de s'informer (ex. honte de se rendre dans un centre de santé ou pharmacie pour demander des informations, honte de poser une question sur le VIH aux parents ou à un(e) enseignant(e), etc.) 1 2 3</p> <p>b. Difficultés à trouver quelqu'un à qui on peut faire confiance (source fiable) 1 2 3</p> <p>c. Langage trop compliqué, non adapté à la langue locale (lingala ou Swahili) non adapté aux jeunes qui ne savent pas lire 1 2 3</p> <p>d. Le manque de matériaux pédagogiques 1 2 3</p> <p>e. Manque d'intérêt (<i>le-la répondant-e ne se sent pas concerné-e</i>) 1 2 3</p>	
12	<p>Comment évaluez-vous l'accès que vous avez à l'information sur le VIH ?</p> <p>a. Accessible b. À améliorer c. Pas du tout accessible</p>	

No.	Questions	Code
13	<p>Quel type de sensibilisation préférez vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sensibilisation porte à porte b. Spectacle/activité culturelle c. Ligne téléphonique spécialisée sur les jeunes et VIH d. À travers un Spot télé e. À la radio f. Par internet (Facebook, site web spécialisé) g. Par téléphone (What'sapp) h. Communication interpersonnelle (activités de sensibilisation telles que causeries-débats, formations, théâtre etc.) réalisée dans un centre de jeunesse. <i>(Précisez si CEICA).</i> 	
14	<p>Qu'est-ce que vous aimeriez entendre dans un message de prévention qui s'adresse aux jeunes ? Je vais vous lire certaines affirmations. Veuillez indiquer l'importance que revêt chaque élément pour vous, en tant que jeune. <i>Expliquer la notion de message de prévention si nécessaire.</i></p> <p><i>Choix possibles:</i> 1 Important 2 Moyennement important 3 Sans importance</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Le message doit être transmis par un-e jeune 1 2 3 b. Le message donne des informations précises sur les situations à risque dans lesquelles les jeunes peuvent se trouver (ex. déchirure de préservatifs, échange de services sexuels pour des cadeaux, rapports non protégés avec plusieurs partenaires, etc.) 1 2 3 c. Le message explique aux jeunes quoi faire si le partenaire refuse un moyen de protection proposée 1 2 3 d. Le message présente une vision d'avenir pour les jeunes (ex. réussite des projets de vie des PVV) 1 2 3 e. Le message donne envie aux jeunes de s'informer (ex. sur internet, dans les centres de santé et/ou à l'école) 1 2 3 f. Le message donne envie de s'engager dans la lutte contre le VIH (Mobilisations communautaires, Initiatives religieuses, création ou adhésion d'organisations à base communautaire) 1 2 3 g. Le message met l'accent sur la protection mutuelle entre garçons et filles face au VIH 1 2 3 h. Le message met en avant les témoignages des jeunes PVV 1 2 3 	
15	<p>Pensez-vous que ce que vous avez appris auprès de prestataires en matière de prévention peut vous conduire à changer votre comportement en matière de santé (ex. « Je me protège lors de chaque rapport sexuel »)?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non c. Pas sûr-e 	
16	<p>Si réponse négative ou « Pas sûr-e » Pourquoi ? </p>	
17	<p>Que feriez-vous pour améliorer la prévention du VIH à destination des jeunes ? <i>Indiquer si le-la répondant-e ne sait pas ou ne se sent pas concerné-e.</i> </p>	



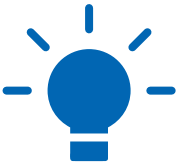
No.	Questions	Code
18	Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) des services de prévention que vous avez reçu ? a. Satisfait-e b. Moyennement satisfait-e c. Pas du tout satisfait-e	
Module III. Attentes et éléments de satisfaction liés aux services de dépistage		
19	Avez-vous, au cours de 12 derniers mois, réalisé un dépistage VIH dans une formation sanitaire ? a. Oui b. Non	
20	Si oui, où ? Cocher le lieu où le-la jeune s'est fait dépister. a. Laboratoire b. Hôpital c. Test rapide organisé par le Ministère provincial de la Santé d. Centre de santé e. Autres	
21	Si oui, combien des fois avez-vous réalisé un dépistage VIH au cours de votre vie ? 1 2 3 4 5 Plus	
22	Si non, pour quelles raisons ? a. Peur de réaliser le test (<i>peur du résultat</i>) b. Minimisation du risque (<i>je n'ai pas besoin de le faire</i>) c. Ne connaît pas les démarches d. Démarches trop contraignantes e. Honte sociale f. Le Centre de santé est loin g. Il-Elle ne connaît pas ce qui veut dire dépistage ou à quoi ça sert	
23	Quelle appréciation faites-vous, en termes de votre satisfaction, des services de dépistage par rapport aux questions suivantes ? Choix possibles : 1 Satisfait(e) 2 Moyennement satisfait-e 3 Pas du tout satisfait-e	
	a. Horaires de la formation sanitaire adaptés aux disponibilités du répondant-e	1 2 3
	b. Confort (mobilier, propreté, eau, installations sanitaires)	1 2 3
	c. Proximité géographique (il s'agit de vérifier le temps et le coût de transport)	1 2 3
	d. Délais d'attente avant de voir le(a) prestataire (précisez)	1 2 3
	e. Simplicité des démarches	1 2 3

No.	Questions	Code
24	<p>Lors de votre dernier dépistage, quelle appréciation faites-vous, en termes de votre satisfaction, des questions suivantes ?</p> <p>Choix possibles :</p> <p>1 Satisfait-e 2 Moyennement satisfait-e 3 Pas du tout satisfait-e</p> <p>a. Accueil (courtoisie du/de la prestataire) 1 2 3 b. Compétence (savoir-faire) de la personne rencontrée (ex. connaissance des problèmes de jeunes, connaissances sur le VIH) 1 2 3 c. Confiance éveillé par le-la prestataire (ex. au début de la consultation le-la prestataire se présente, le-la prestataire vous traite comme si vous étiez son propre enfant, etc.) 1 2 3 d. Clarté des informations 1 2 3 e. Absence de jugement (regards insistants, accusations pour avoir plusieurs partenaires) 1 2 3</p>	
25	<p>Estimez-vous que le principe de la confidentialité a été respecté ? (<i>Expliquer le concept de confidentialité en termes de secret entre lui et le prestataire.</i>)</p> <p>a. Oui b. Non</p>	
26	<p>Si non pourquoi ? Cochez l'alternatif du jeune.</p> <p>a. La formation sanitaire ne dispose pas d'une pièce isolée (pas d'intimité, ni de privacité) b. Je n'ai pas fait confiance au/à la prestataire</p>	
27	<p>Combien de temps avez-vous attendu les résultats du test ?</p> <p>a. moins de 10 minutes b. de 10 à moins de 30 minutes c. de 30 à 60 minutes d. de 1 heure à 2 heures e. Plus de 2 heures</p>	
28	<p>Comment trouvez-vous cette durée (temps) ?</p> <p>a. Longue b. Pas longue c. Pas du tout longue</p>	
29	<p>Êtes-vous satisfait-e des conseils reçus par rapport aux thématiques que je vais vous citer ?</p> <p>Choix possibles :</p> <p>1 Satisfait-e 2 Moyennement satisfait-e 3 Pas du tout satisfait-e</p> <p>a. La négociation des rapports sexuels protégés 1 2 3 b. L'utilisation correcte de préservatifs 1 2 3 c. Renseignement sur la gratuité des traitements 1 2 3 d. Les services à approcher en cas de dépistage positif 1 2 3 e. Les organisations de prise en charge pour les PVV 1 2 3 f. Importance du dépistage du/de la partenaire 1 2 3</p>	



No.	Questions	Code
30	Qu'entendez-vous par un bon service de dépistage ? <i>Indiquer si le-la répondant-e ne sait pas ou si il-elle ne se sent pas concerné-e.</i>	
31	Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait-e des services de dépistages que vous avez reçus ? a. Satisfait-e b. Moyennement satisfait-e c. Pas du tout satisfait-e	
Module III. Attentes et éléments de satisfaction liés aux services de prise en charge (module réservé aux jeunes PVV)		
32	Quels types de problèmes avez-vous eu dans l'accès aux médicaments ? a. Rupture de stock b. Manque de ressources pour acheter des médicaments liés aux maladies opportunistes c. Problèmes d'horaire d. Autre	
33	Quelle appréciation faites-vous, en termes de votre satisfaction, des questions suivantes liées aux services de prise en charge ? <i>Choix possibles:</i> 1 Satisfait-e 2 Moyennement satisfait-e 3 Pas du tout satisfait-e a. Horaires 1 2 3 b. Confort (salle d'attente, toilettes, propreté) 1 2 3 c. Proximité géographique 1 2 3 d. Accessibilité financière (coûts des consultations, coûts de transport, coûts des examens et médicaments hors VIH) 1 2 3 e. Suivi des pathologies associées au VIH 1 2 3	
34	Êtes-vous satisfait-e des soutiens que vous auriez pu recevoir dans le cadre de votre prise en charge, dans les domaines suivants ? <i>Expliquer les options aux répondant-e-s</i> <i>Choix possibles:</i> 1 Satisfait-e 2 Moyennement satisfait-e 3 Pas du tout satisfait-e a. Le soutien à l'observance du traitement (<i>expliquer le concept d'observance</i>) 1 2 3 b. Les conseils nutritionnels 1 2 3 c. Le soutien psychologique 1 2 3 d. La médiation familiale 1 2 3 e. Les groupes d'auto-support spécifique pour les jeunes PVV 1 2 3 f. Le soutien social ou socio-économique 1 2 3 g. Le soutien pour la (ré)insertion socioprofessionnelle 1 2 3 h. Le soutien juridique et la lutte contre la discrimination 1 2 3	

No.	Questions	Code
35	<p>Êtes-vous satisfait(e) des relations que vous avez avec les prestataires concernant :</p> <p><i>Choix possibles:</i> 1 Satisfait-e 2 Moyennement satisfait-e 3 Pas du tout satisfait-e</p> <p>a. L'accueil (gentillesse, courtoisie) 1 2 3 b. Les compétences (savoir-faire) de la personne rencontrée (ex. connaissance des problèmes de jeunes PVV, connaissance sur le VIH) 1 2 3 c. La confiance éveillée par le-la prestataire 1 2 3 d. La clarté des informations reçues 1 2 3</p>	
36	<p>Si « Pas du tout satisfait-e » pourquoi ? </p>	
37	<p>Quelques jeunes que nous avons interviewés nous ont fait part des situations désagréables qu'ils ont pu subir lors de sa prise en charge, par rapport à leurs interactions avec les prestataires de santé. Je vais vous lire certaines affirmations. Si c'est votre cas, nous aimerions savoir avec quelle fréquence vous auriez pu être insatisfait-e à cause de ces éléments</p> <p><i>Choix possibles:</i> 1 Plusieurs fois 2 Une fois 3 Jamais</p> <p>a. Phrases d'intimidation 1 2 3 b. Regardes suspicieux et insistants 1 2 3 c. Accusations et jugements pour avoir trop de partenaires 1 2 3 d. Plus de temps d'attente par rapport à des personnes qui sont arrivées après lui-elle 1 2 3 e. Des insultes, par exemple « ebembe ya kotala » ; « ebembe ya kotelema » ; « mwana mabe » ; akufa lobi » ; « aniata 4 lettres » (cette dernière insulte plutôt dans la rue), « mingimingi pe elobamaka na balabala » 1 2 3 f. Autre 1 2 3</p>	
38	<p>Dans l'ensemble êtes-vous satisfait-e des services de prise en charge que vous avez reçus ?</p> <p>a. Satisfait-e b. Moyennement satisfait-e c. Pas du tout satisfait-e</p>	
39	<p>Si « Moyennement » ou « Pas du tout satisfait-e », pourquoi ? </p>	
40	<p>Pouvez-vous formuler quelques recommandations pour l'amélioration de la prise en charge ? </p>	



☐☐☐ EXEMPLE D'UN CANEVAS/STRUCTURE DU DOCUMENT

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

INTRODUCTION

OBJECTIF DE L'ENQUÊTE ET CADRE D'ANALYSE

- A. *Contexte générale du projet dans le pays*
- B. *Origine de la demande*
- C. *Le programme XXX*
 - 1. Usager·ère·s du programme
 - *Bénéficiaires directs*
 - *Bénéficiaires indirects*

MÉTHODOLOGIE

RÉSULTATS

- A. *Satisfaction relative aux services de*
 - 1. Aspects jugés satisfaisants
 - 2. Aspects jugés insatisfaisants
 - 3. Recommandations
- B. *Satisfaction relative aux services de*
 - 1. Aspects jugés satisfaisants
 - 2. Aspects jugés insatisfaisants
 - 3. Recommandations
- C. *Satisfaction relative aux services de*
 - 1. Aspects jugés satisfaisants
 - 2. Aspects jugés insatisfaisants
 - 3. Recommandations

CONCLUSIONS

