



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT**

**Recueil de l'expérience et de  
la satisfaction des personnes  
en EHPAD et en structures du  
handicap**

Résultats de l'enquête pilote

22 juin 2021

---

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Recueil de l'expérience et de la satisfaction des personnes en EHPAD et en structures du handicap</b> Résultats de l'enquête pilote
<b>Méthode de travail</b>	Expérimentation
<b>Objectif(s)</b>	Evaluer l'efficacité de différents modes de recueil Envisager les conditions d'un déploiement national d'un dispositif de mesure de la satisfaction des personnes accompagnées
<b>Cibles concernées</b>	Résidents en Ehpad, personne en situation de handicap accompagnées par des établissements et services à domicile
<b>Demandeur</b>	Ministère de la Santé – Secrétariat d'état aux personnes handicapées
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Pilotage du projet</b>	Christophe Moricard (chargé d'étude statistique) Christiane Jean-Bart (cheffe de service)
<b>Recherche documentaire</b>	
<b>Auteurs</b>	Christophe Moricard (chargé d'étude), Aissatou Sow (Cheffe de projet), Christiane Jean-Bart (cheffe de service), Véronique Ghadi (Directrice)
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
<b>Validation</b>	Version du 22 juin 2021
<b>Actualisation</b>	juin 2021
<b>Autres formats</b>	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) 

Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70  
00 © Haute Autorité de santé – juin 2021 – ISBN : 978-2-11-162664-5

# Sommaire

---

<b>Recueil de l'expérience et de la satisfaction des personnes en EHPAD et en structures du handicap</b>	<b>1</b>
<b>Introduction</b>	<b>5</b>
Contexte de l'enquête pilote	6
Objectifs de l'enquête pilote	6
<b>1. Méthodologie - déroulement du pilote</b>	<b>8</b>
1.1. Conception de l'enquête	8
1.1.1. Champ de l'enquête et objectifs quantitatifs	8
1.1.2. Le panel des structures	8
1.1.3. La méthode de sondage	9
1.1.4. Les questionnaires	10
1.1.5. Le recours au proxy	11
1.2. Mise en place de l'enquête auprès des structures	12
1.2.1. Prise de contact et désignation d'un référent	12
1.2.2. La constitution d'un fichier contact	12
1.3. Protocole de contact auprès des personnes interrogées	13
1.3.1. Lettre annonce aux personnes accompagnées	13
1.3.2. Protocole de contact pour l'entretien par téléphone	14
1.3.3. Protocole de contact pour l'entretien en face à face	14
1.4. Le planning de la collecte et impact de la situation sanitaire	15
<b>2. Analyse des résultats et enseignements</b>	<b>16</b>
2.1. Les modes de passation du questionnaire	16
2.1.1. Passation du mode CAWI : participation et retour d'expérience	16
2.1.2. Passation du mode CATI : participation et retour d'expérience	18
2.1.3. Passation du mode CAPI : participation et retour d'expérience	21
2.2. Les questionnaires	23
2.2.1. La compréhension des questions et des modalités de réponse	23
2.2.2. Le niveau de satisfaction des répondants	25
2.2.3. Résultats à la question ouverte	28
<b>3. Enseignements sur la méthodologie</b>	<b>30</b>
3.1. Enseignements sur le protocole	30
3.2. Enseignements sur les modes de collecte	30
3.3. Enseignements sur les modes de collecte à privilégier par cible	31
<b>4. Les scénarios de déploiement de l'enquête</b>	<b>33</b>

4.1. Principes généraux	33
4.1.1. Périmètre	33
4.1.2. Méthodes de collecte	34
4.1.3. Hypothèses sur la participation	34
4.1.4. Phase préparatoire	35
4.2. Scénario 1 : une enquête déployée auprès de l'ensemble des ESMS	36
4.3. Scénario 2 : une enquête déployée auprès d'un échantillon d'ESMS	39
<b>5. Perspectives</b>	<b>41</b>
<b>Table des annexes</b>	<b>43</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>47</b>
<b>Participants</b>	<b>48</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>50</b>

# Introduction

## Le recueil de la satisfaction et l'expérience des personnes accompagnées : un outil pour soutenir la participation des personnes et améliorer l'accompagnement

Recueillir, analyser la satisfaction et l'expérience des personnes, c'est reconnaître la légitimité de cette parole. Ainsi, les enquêtes de satisfaction sont considérées comme un réel outil au service de la participation dans la loi du 2 janvier 2002, au titre des « autres formes de participation » notamment pour les services ne délivrant pas des prestations sur un lieu fixe.

Le recueil de la satisfaction et de l'expérience de la personne permet alors d'évaluer dans quelles mesures la mise en œuvre du projet personnalisé répond aux attentes, aux capacités et aux besoins de la personne, et de le faire évoluer en conséquence : révision des objectifs, révision des moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs et réaliser le projet de la personne.

Le recueil de la satisfaction et de l'expérience des personnes accompagnées est également un outil qui contribue à évaluer, du point de vue des personnes, l'organisation des prestations délivrées et la capacité de la structure à répondre aux attentes et besoins des personnes. La mesure de la satisfaction n'est qu'un volet de l'évaluation : on peut être satisfait d'une prestation qui ne nous est pas bénéfique et, inversement, être insatisfait d'une prestation qui s'avère utile, bénéfique, respectueuse... La littérature distingue d'ailleurs les écarts de satisfaction, les écarts de conception, les écarts de réalisation et les écarts de représentation.

Différentes méthodes complémentaires entre elles peuvent se mettre en place :

- L'approche peut être purement qualitative, ouvrant un espace d'expression autour de questions structurées. Elle se déroule au moyen d'entretiens semi-directifs individuels ou collectifs. Une telle approche permet d'explorer dans le même temps le vécu des personnes, leur analyse de la situation, les leviers d'amélioration. Les échanges sont nécessairement très contextualisés à la personne, à la structure ou au territoire.
- La mesure de la satisfaction et de l'expérience repose quant à elle sur une méthode quantitative, construite à partir d'un questionnaire fermé.

Selon les objectifs de la structure, il sera privilégié l'approche quantitative, qualitative ou une combinaison des deux.

**Quelle(s) que soi(en)t la ou les démarche(s) retenue(s), il importe de rappeler que le recueil de la satisfaction doit faire l'objet d'un retour tant auprès des personnes interrogées que de leur entourage, des professionnels. Ces résultats doivent pouvoir être discutés, notamment au sein du conseil de la vie sociale ou lors de réunions ad hoc et être suivis d'actions.**

## La mesure de la satisfaction et de l'expérience : une approche quantitative

A ce jour, des structures ont développé ou développent en leur sein des enquêtes visant à mesurer la satisfaction et l'expérience des personnes accompagnées. Ces enquêtes développées dans le champ des personnes âgées et du handicap sont utilisées dans un objectif de démarche d'amélioration continue de la qualité et de communication avec l'extérieur. Elles ont pu être menées à l'échelle d'une structure ou d'un groupe d'établissements. Ceci présente l'intérêt de pouvoir adapter le questionnaire au contexte de la structure, son histoire, ses caractéristiques, le public accompagné, voire les priorités d'action... La mesure de la satisfaction dans ces cas-là a comme utilité d'identifier des actions d'amélioration à mettre en place et d'en mesurer l'impact, dans la durée. Une telle démarche nécessite des

questions et une méthodologie stable pour pouvoir mesurer les évolutions dans le temps. La mesure de la satisfaction à un niveau local est à la main de la structure ou de l'organisme gestionnaire pour piloter son programme d'amélioration continue de la qualité.

Cette mesure peut également s'envisager à un niveau national. Elle relève de la politique publique : il s'agit de mettre à disposition des pouvoirs publics un outil de suivi de la satisfaction et de l'expérience au niveau national sur le niveau de qualité des grandes dimensions de l'accueil et de l'accompagnement.

Pour être applicable dans toutes les structures, le questionnement reste nécessairement à un niveau macro. La mesure permet essentiellement aux structures de pouvoir se situer par rapport aux autres structures équivalentes et donc mieux apprécier le niveau atteint dans les résultats.

Récemment certaines structures régionales d'appui ont cherché à développer des enquêtes de satisfaction dans des EHPAD<sup>1</sup>, des FAM, des MAS et des foyers de vie, pour analyser notamment les variations entre les structures.

La mesure nationale, parce qu'elle autorise la comparaison entre les structures, exige un cadre méthodologique rigoureux : la formulation des questions, la manière de les poser, leur analyse doit être identique en tout point du territoire. Elle nécessite concernant le secteur médico-social, des enquêteurs non seulement formés aux techniques d'enquêtes habituelles mais également aux caractéristiques du public interrogé.

## Contexte de l'enquête pilote

En 2018, le ministère des Solidarités et de la Santé et le secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées ont missionné la HAS pour déployer une enquête en vue de recueillir l'expérience et la satisfaction des personnes âgées résidant en EHPAD (que nous appellerons les PA dans la suite du document), et des personnes en situation de handicap (que nous appellerons les PH dans la suite du document) faisant l'objet d'un accompagnement par un établissement ou un service. Ce recueil doit, à terme, favoriser la prise en compte de la parole des personnes accompagnées pour l'amélioration des services rendus.

L'enjeu est de centrer la démarche sur le recueil du point de vue des personnes directement concernées. Cet enjeu soulève un certain nombre de questions d'ordre méthodologique qui a nécessité la mise en place d'une phase pilote.

Afin d'envisager la réalisation d'une enquête au niveau national dont l'objectif est de mesurer la satisfaction des personnes accompagnées, un pilote a été réalisé afin de tester le protocole et le format de l'enquête mais aussi le contenu du questionnaire.

## Objectifs de l'enquête pilote

L'objectif de l'enquête pilote est de tester le questionnaire et les modes de recueil afin d'envisager les meilleures conditions de son déploiement au niveau national. Plus précisément, il s'agit de :

- résoudre les questions méthodologiques en testant trois modes de recueil : sur internet (CAWI), face à face (CAPI), téléphone (CATI) ;
- évaluer les forces et faiblesses de chaque mode de recueil, aucun mode de recueil n'ayant été écarté ;
- tester la durée et la compréhension du questionnaire ;

---

<sup>1</sup> Mesure de la satisfaction des patients-résidents et des familles en EHPAD et soins de longue durée, Requa, revue Risque et qualité, 2018

- évaluer un taux de participation pour chaque cible et type de structure ;
- analyser les résultats des questionnaires en vue de dégager des tendances ;
- élaborer des scénarios de déploiement de l'enquête auprès des différentes cibles au niveau national dans l'optique de mesurer la satisfaction des personnes.

Pour réaliser cette enquête pilote, la HAS a été accompagnée par l'institut d'études Kantar qui a notamment procédé à la collecte des réponses.

# 1. Méthodologie - déroulement du pilote

## 1.1. Conception de l'enquête

### 1.1.1. Champ de l'enquête et objectifs quantitatifs

L'un des objectifs du pilote est de mettre en avant des tendances de satisfaction à partir des résultats des questionnaires. Dans ce but, l'atteinte d'un nombre de répondants pour les trois cibles a été recherchée :

- 200 entretiens pour la cible PA ;
- 200 pour la cible PH Adulte (que nous appellerons les PHA dans la suite du document) ;
- 200 pour la cible PH Enfant (que nous appellerons les PHE dans la suite du document).

Par ailleurs, pour chacune de ces cibles, un nombre d'entretiens significatifs par mode de collecte a été défini afin d'évaluer les forces et faiblesses de chaque mode de collecte :

Tableau 1 : Les objectifs par cible et mode de collecte

Cible : TOTAL	Total	CATI	CAPI FAF	CAWI
Objectif	600	155	295	150

Cible : PA	Total	CATI	CAPI FAF	CAWI
Objectif	200	55	145	0

Cible : PHA	Total	CATI	CAPI FAF	CAWI
Objectif	200	60	80	60

Cible : PHE	Total	CATI	CAPI FAF	CAWI
Objectif	200	40	70	90
Parent d'enfant Moins de 15 ans :	80	20		60
Enfant Plus de 15 ans	120	20	70	30

Pour les PA, des objectifs par niveau de GIR ont été recherchés. Le mode CAWI a été testé sans qu'il ait été défini au préalable des objectifs de participation.

Pour les PHE : les mineurs ayant plus de 15 ans au moment de l'enquête ont été interrogés directement. Pour les mineurs de moins de 15 ans, c'est le représentant légal de l'enfant qui a été directement interrogé.

### 1.1.2. Le panel des structures

Dans le but d'atteindre ces objectifs, la HAS a lancé un appel à manifestation d'intérêt auprès de structures au sein de deux régions : Ile de France et Hauts-de-France. Grâce au relai des fédérations, 34 structures se sont portées volontaires. La diversité des établissements et services a été recherchée sans pour autant intégrer l'ensemble des catégories d'établissements définies par le répertoire Finess.

Pour la cible **PA**, **10 EHPAD** ont participé à ce pilote : 5 publics, 3 privés non lucratifs, 2 privés lucratifs

Pour la cible **PHA**, **12 structures** ont participé à ce pilote :

- 2 MAS : une avec polyhandicap et une avec handicap psychique ;
- 4 FAM, types de handicap : handicap moteur, polyhandicap, TSA, handicap psychique ;
- 2 ESAT : un avec handicap moteur et un avec handicap psychique ;



- 2 SAVS avec déficience motrice ;
- 2 SAMSAH avec déficience motrice.

Pour la cible **PHE, 12 structures** ont participé à ce pilote :

- 5 IME : déficience intellectuelle (2), TSA (2), un non renseigné ;
- 1 IEM avec plusieurs déficiences associées : intellectuelle, moteur, ... ;
- 2 ITEP avec troubles des conduites et du comportement ;
- 4 SESSAD : un avec déficience intellectuelle, trois autres « trouble des conduites et du comportement ».

### 1.1.3. La méthode de sondage

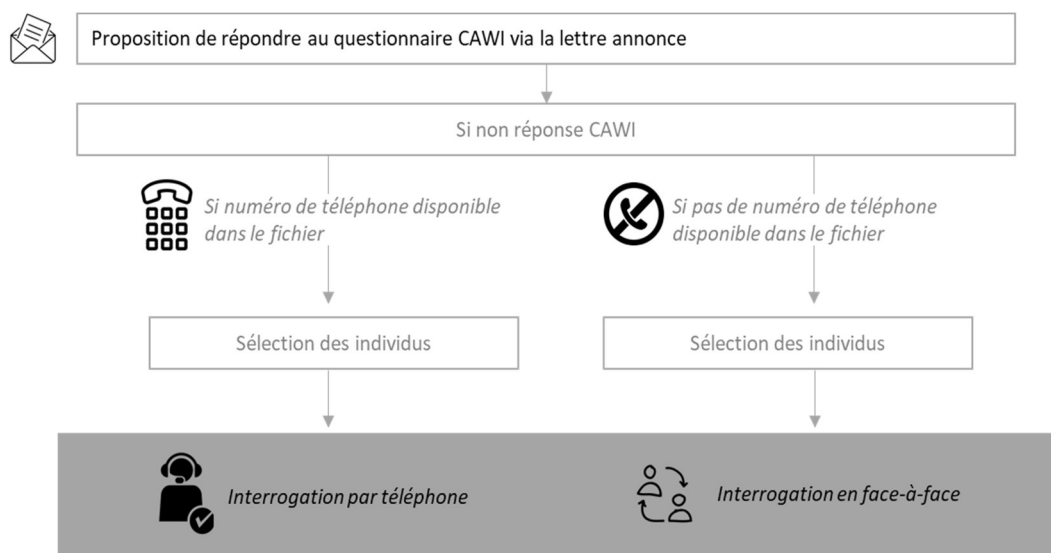
Afin d'évaluer l'efficacité respective des trois modes de collecte, plusieurs options étaient possibles :

- Affecter chaque établissement ou service à un seul mode de collecte.
- Tester l'ensemble des modes de collecte auprès d'un échantillon d'individus : à savoir tester le mode CAPI FAF auprès de personnes pour lesquelles le CAWI et CATI n'auraient pas abouties.

Ces deux options nécessitant soit une taille de panel d'établissements plus importante soit une logistique plus complexe sur le terrain, une troisième méthode a été proposée par Kantar et retenue par la HAS :

- ➔ **Temps 1** : l'exhaustivité des résidents/personnes accompagnées a été sollicitée pour répondre via le premier mode de collecte (le CAWI). Il était possible de répondre au questionnaire sur internet via un lien personnalisé communiqué dans la lettre annonce de l'enquête adressé à chaque personne. Cette méthode avait pour objectif de voir qui des publics cibles peut répondre spontanément sur internet.
- ➔ **Temps 2** : pour les résidents/personnes accompagnées n'ayant pas répondu en temps 1, un échantillon CATI a été construit à partir des personnes pour lesquelles un numéro de téléphone (portable ou fixe) était disponible et un échantillon CAPI à partir des personnes pour lesquelles un numéro de téléphone n'était pas disponible. A partir de ces échantillons, a été réalisé un tirage au sort des participants pour répondre à l'enquête soit par téléphone (CATI) soit en face à face (CAPI).

**Illustration 1 : La méthode de sélection des personnes interrogées**



## 1.1.4. Les questionnaires

### Aspects abordés

La loi 2002-2 a été le point de départ pour l'élaboration des thématiques des questionnaires : le respect et droits de la personne, l'autonomie/l'autodétermination, la qualité de l'accompagnement, la vie et les relations sociales.

La diversité des prises en charge et des cadres de vie a conduit à élaborer pour la cible PHA des questionnaires spécifiques selon les types de structure d'accompagnement. Finalement, ce sont cinq versions de questionnaire (appelé volet dans la suite du document) qui ont été élaborées :

- un volet « EHPAD » destiné aux résidents d'EHPAD ;
- un volet « ESAT » destiné aux personnes accompagnées par des ESAT ;
- un volet « Hébergement adulte » destiné aux personnes accompagnées par des MAS, FAM ;
- un volet « Service adulte » destiné aux personnes accompagnées par des SAVS, SAMSAH ;
- un volet « Enfant » destiné aux personnes accompagnées par des IEM, IME, ITEP et SESSAD.

Les thématiques des questionnaires ont été adaptées au public cible (tableau 2). Les questionnaires comportent entre 16 et 30 questions fermées. Une question de satisfaction globale et une question ouverte sont posées en fin de questionnaire.

Pour le volet « Enfant », le représentant légal de l'enfant (directement interrogé si l'enfant a moins de 15 ans) bénéficiait d'un questionnaire similaire à celui élaboré pour les enfants de 15 ans et plus. Seule la formulation des questions a été modifiée. Par exemple la question posée aux enfants de 15 ans et plus « *L'organisation de la vie de tous les jours est-elle simple ?* » était formulée « *L'organisation de la vie de tous les jours de votre enfant est-elle simple ?* » pour le représentant légal.

Tableau 2 : Les thématiques des cinq versions de questionnaire





EHPAD	ESAT	HEBERGEMENT ADULTE	SERVICE ADULTE	ENFANT
Votre cadre de vie	Votre cadre de travail	Votre cadre de vie	Votre accompagnement	Le quotidien
Votre accompagnement	Votre accompagnement	Votre accompagnement	Votre vie sociale	L'accompagnement spécialisé (de la structure)
Le respect de vos droits individuels	Le respect de vos droits individuels	Le respect de vos droits individuels	Votre avis général	La scolarité et les apprentissages
Votre vie sociale	Votre avis général	Votre vie sociale		La vie sociale et les loisirs
Votre avis général		Votre avis général		Votre avis général

### Adaptations en vue de la passation

Toutes les versions de questionnaire ont été transcrites en FALC (Facile à lire et à comprendre) afin de faciliter la lecture et la compréhension des questions.

Afin de faciliter la compréhension de l'échelle de réponse pour les répondants, des smileys ont été mis en place pour le mode de collecte CAWI et sous forme de carte réponse pour la collecte CAPI.

Illustration 2 : carte réponse proposée pour le mode CAPI

<input type="radio"/>		Oui, tout à fait
<input type="radio"/>		Oui, plutôt
<input type="radio"/>		Non, pas vraiment
<input type="radio"/>		Non, pas du tout

### 1.1.5. Le recours au proxy<sup>2</sup>

« Lorsque l'état de santé des personnes interrogées est trop dégradé pour que l'information soit recueillie directement auprès d'elles, il est fréquent de les aider ou de les remplacer par un répondant proxy »<sup>3</sup>. Or l'enquête a pour objectif le recueil direct de l'expression de la personne accompagnée. La désignation d'un proxy dans le cas où la personne est en incapacité de répondre par elle-même n'était donc pas recherchée. Ce choix tient compte aussi de biais possibles par les réponses données par un proxy : deux retours d'enquêtes (réalisées par la Drees<sup>4</sup> et le Requa<sup>5</sup>) mettent en avant des divergences d'opinions entre celles de la personne et celles d'un proche. La neutralité des professionnels désignés comme proxy peut aussi être engagée notamment sur des questions portant sur leur relation avec la personne (respect, disponibilité...). Plus globalement, les questions portent sur le vécu de l'expérience au quotidien sur lequel seule la personne elle-même peut avoir un point de vue.

Cependant, le pilote est l'opportunité d'évaluer les aspects facilitateurs que peut apporter un tiers, présent aux côtés de la personne accompagnée durant l'entretien. Pour cette raison, pour les entretiens en face à face, si un proxy était présent au moment de l'entretien et que la personne interrogée demandait qu'il l'accompagne, le proxy pouvait assister à l'entretien sans répondre à sa place. Dans ce cas, l'enquêteur devait indiquer en fin de questionnaire comment la présence du proxy avait pu orienter les réponses ou non (recueil d'informations similaire pour les entretiens par téléphone).

Pour les questionnaires réalisés en mode CAWI, il est demandé à la personne accompagnée si elle a eu besoin d'aide pour répondre.

Il convient de rappeler que le recours au proxy n'a pas été évoqué dans la présentation de l'enquête à la personne (lettre d'annonce, premiers échanges avec l'enquêteur).

<sup>2</sup> Il est entendu par proxy un proche sollicité par la personne interrogée autre qu'un professionnel.

<sup>3</sup> Définition issue de l'article « Endogénéité du statut du répondant à l'état de santé dans les enquêtes en population générale : quelles implications pour la mesure des besoins d'aide ? », Béragère Davin, 2009

<sup>4</sup> « Les résidents en EHPA et leurs proches : des opinions pas toujours identiques », in DREES (2011), *Dossiers Solidarité et Santé*, n°18

<sup>5</sup> Différence significative de satisfaction entre patients-résidents et leurs familles sur la question du respect de la vie affective, in Mesure de la satisfaction des patients-résidents et des familles en EHPAD et soins de longue durée, *Revue Risque et Qualité*, 2018

## 1.2. Mise en place de l'enquête auprès des structures

### 1.2.1. Prise de contact et désignation d'un référent

En décembre 2019, la HAS a adressé un courrier à la direction de la structure comprenant une lettre de sensibilisation à l'étude, ses objectifs, le protocole de contact, le calendrier. L'implication de la direction est en effet nécessaire pour soutenir la démarche. A ce titre, la direction de la structure devait désigner un référent comme point d'entrée sur ce projet et en charge de faire le lien entre le prestataire et la structure. Le rôle du référent était présenté dans le courrier adressé à la direction, avec deux missions principales : constituer le fichier des personnes à interroger et organiser la venue de l'enquêteur dans l'établissement.

### 1.2.2. La constitution d'un fichier contact

La collecte par téléphone et en face à face nécessite le recueil de données à caractère personnel des personnes accompagnées. Ce pilote a donc fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNIL : la HAS étant le responsable de traitement et l'institut Kantar le prestataire en charge de la mise en œuvre du traitement.

Pour la réalisation de l'enquête, il a été demandé à chaque structure de fournir à KANTAR la liste exhaustive des résidents avec différentes informations nécessaires pour le recueil ou pour l'analyse des résultats :

- Données nominatives de la personne accompagnée : nom, prénom, numéro de téléphone, adresse....
- Données sur le profil de la personne : niveau de GIR pour les PA, mesure de protection juridique.
- Données nominatives sur le mandataire de la protection juridique et sur le représentant légal pour les mineurs : nom, prénom, numéro de téléphone, adresse....

Afin de réaliser l'envoi des fichiers de manière sécurisée par mail, les établissements avaient accès à une plateforme en ligne (Kiteworks) proposée par le prestataire.

Il n'a pas été simple pour toutes les structures de constituer le fichier au format Excel demandé, pour plusieurs raisons : compétences non dédiées, système d'information qui ne centralise pas l'ensemble des données, format du fichier souhaité éloigné des fichiers utilisés au quotidien.

#### Un manque de clarté sur des définitions juridiques

Il y a eu un malentendu sur la notion de mandataire et représentant légal. Certains établissements n'utilisent pas la notion de mandataire pour les personnes sous mesure de protection juridique. Les termes les plus employés sont : tutelle et curatelle. Les limites de ce terme sont encore plus minces quand il s'agit des enfants. Le représentant légal est dans la majorité des cas le tuteur.

Le fichier global de contacts comptabilise 2 192 personnes à interroger. La HAS a décidé de ne pas inclure dans le champ du pilote les personnes accompagnées depuis moins de 6 mois à la date de l'enquête pour que le temps de l'expérience soit suffisant. Finalement, la base globale pour ce pilote est de **2034** personnes à interroger.

Tableau 3 : répartition des personnes interrogées selon le volet

Volet	Effectifs	Répartition
EHPAD	978	48 %
ESAT	114	5 %
PH HEBERGEMENT ADULTE	217	11 %
PH SERVICE ADULTE	118	6 %
ENFANT	607	30 %
<b>TOTAL</b>	<b>2 034</b>	<b>100%</b>

## 1.3. Protocole de contact auprès des personnes interrogées

### 1.3.1. Lettre annonce aux personnes accompagnées

Dix jours avant le début du terrain, le prestataire a adressé par courrier, à l'ensemble de l'échantillon, une lettre annonce rédigée par la HAS. L'objectif de cette lettre était d'annoncer l'enquête, d'en expliquer le cadre et de proposer de répondre au questionnaire disponible sur internet. Sur cette lettre, personnalisée au nom de la personne interrogée, figurait un lien d'accès au questionnaire en ligne accompagné d'un mot de passe unique à entrer sur la page de connexion.

La lettre annonce a été envoyée à l'adresse de l'établissement pour les EHPAD, ESAT, MAS et FAM. L'établissement avait la charge de la distribution des enveloppes nominatives.

Pour les services adultes (SAVS/SAMSAH) et pour les établissements et services enfants : la lettre annonce a été adressée directement au domicile de la personne. Cette solution a été privilégiée pour les établissements en raison du calendrier scolaire qui occasionnait la fermeture de certains établissements.

Ce sont **quatre modèles de lettre-annonce** qui ont été élaborées (voir annexe) :

- trois lettres pour les personnes interrogées (un modèle EHPAD, un modèle Etablissement PH et un modèle Service PH) avec le lien du questionnaire et l'identifiant. Ces lettres ont été transcrites en FALC (Facile à lire et à comprendre) ;
- une lettre annonce adressée directement au représentant légal pour les enfants de moins de 15 ans, avec le lien du questionnaire et l'identifiant.

En complément **trois modèles de lettre d'information** ont été élaborés (voir annexe) :

- Pour les enfants mineurs de plus de 15 ans, une lettre d'information a été envoyée au représentant légal pour lui indiquer que son enfant serait sollicité pour une enquête, en distinguant deux cas de figure :
  - pour les parents d'enfant âgé de 15 à 17 ans, la lettre mentionne la nécessité de recueillir l'accord parental ;
  - cette mention ne figure pas sur la lettre pour les parents d'enfant âgé de plus de 18 ans, ce qui représente 15 % du fichier de contacts pour la cible PHE.

Toutes les lettres-annonces mentionnent le caractère non obligatoire pour la personne de participer à l'enquête.

### 1.3.2. Protocole de contact pour l'entretien par téléphone

Pour la réalisation de l'enquête par téléphone, la phase de contact était personnalisée selon la cible :

- dans le cas des personnes majeurs : l'appel s'est fait directement sur le numéro de la personne à interroger ;
- dans le cas des enfants de moins de 15 ans : l'appel s'est fait auprès d'un des parents, avec l'enfant à côté si cela était possible ;
- dans les cas des enfants âgés de 15 à 17 ans : le parent était appelé en premier afin d'obtenir l'accord parental oral pour pouvoir ensuite interroger l'enfant.

Il était demandé dans le fichier de contacts d'indiquer la plage horaire à privilégier pour procéder aux appels. Les horaires des appels téléphoniques ont été les suivants :

- Pour la cible PA : à partir de 14h et jusqu'à 18h, en privilégiant le créneau 14h-16h.
- Pour la cible PHA :
  - MAS/FAM : à partir de 14h et jusqu'à 18h ;
  - ESAT : à partir de 17h et jusqu'à 20h ;
  - SAVS/SAMSAH : pas d'horaires précisés.
- Pour la cible PHE :
  - Enfant de moins de 15 ans (parent) : à partir de 16h et jusqu'à 20h.
  - Enfant de 15 ans et plus : à partir de 17h et jusqu'à 20h.

Pour les appels dans les établissements, le référent n'a pas à intervenir. L'enquêteur appelait directement le numéro indiqué dans le fichier de contacts.

### 1.3.3. Protocole de contact pour l'entretien en face à face

Les enquêteurs ont pris contact avec le référent de chaque établissement pour convenir d'une date et d'une heure d'intervention. Les vacances pour les entretiens en face-à-face étaient organisées soit en journée soit en demi-journée (3h).

Afin de faciliter la rencontre et l'interrogation en face à face, les enquêteurs disposaient d'une fiche de vacation. Les coordonnées du référent et du directeur d'établissement étaient renseignées sur cette fiche ainsi que toutes les personnes à interroger.

Le matériel enquêteur :

- Fiche de vacation (liste des personnes à interroger + coordonnées du référent).
- Lettre annonce (pour la représenter si besoin).
- CAPI/tablette avec le questionnaire (pour réaliser les entretiens) pour saisir les réponses aux questions.

Le courrier de présentation adressé au référent précisait les modalités de passation lors de la venue de l'enquêteur :

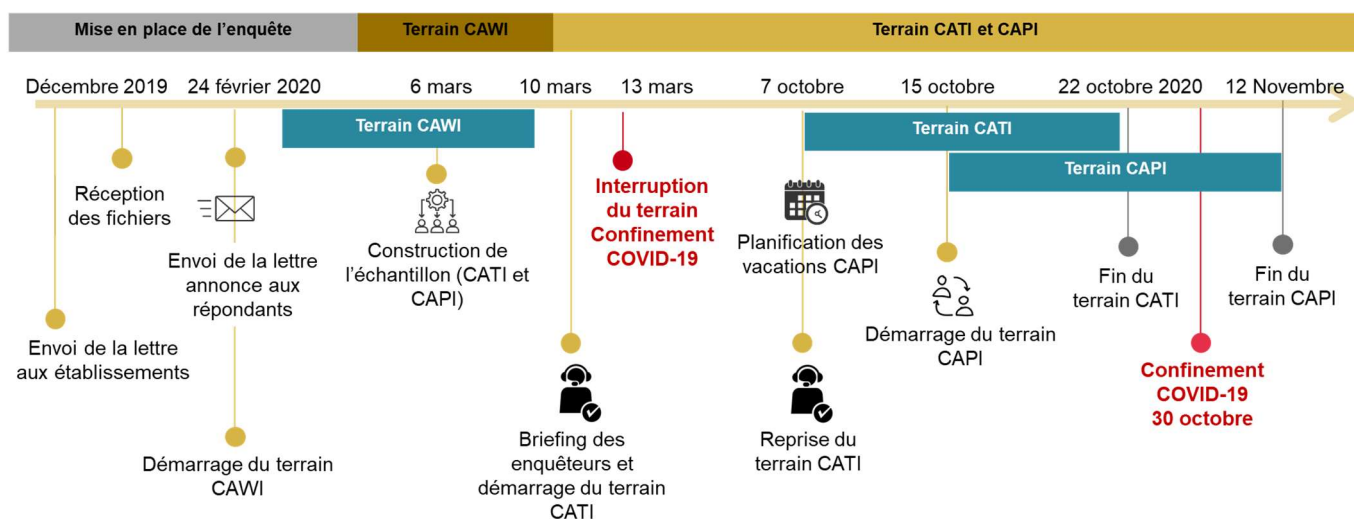
- Privilégier un lieu calme et confidentiel : la chambre de la personne si elle le souhaite. Dans le cas d'une chambre double ou si la personne ne souhaite pas être interviewée dans sa chambre, un endroit aménagé pour la circonstance au sein de l'établissement est à prévoir.
- Présenter l'enquêteur à la personne.
- Rechercher la parole directe de la personne. Le référent ne peut donc pas être présent durant l'entretien.

## 1.4. Le planning de la collecte et impact de la situation sanitaire

Initialement prévue en mars 2020, la collecte a été réalisée en deux temps et s'est achevée au quatrième trimestre 2020. A la date du premier confinement, le 13 mars 2020, l'enquête par mode CAWI était achevée, l'enquête par téléphone en cours et l'enquête par entretien en face à face était sur le point de débiter. La prolongation du confinement a contraint à suspendre les entretiens.

L'enquête par téléphone a repris le 7 octobre et les entretiens en face à face se sont déroulés du 15 octobre au 12 novembre 2020.

Illustration 3 : calendrier de réalisation de l'enquête



Le contexte sanitaire de 2020 liée à la pandémie de la Covid 19 a eu un impact sur la réalisation de ce pilote, en particulier sur la collecte CAPI qui nécessitait la venue d'un enquêteur au sein de l'établissement. Début octobre 2020, avant la planification des vacances CAPI sept structures (sur les 32 du panel) n'ont pas pu poursuivre l'expérimentation pour différentes raisons (établissement en confinement jusqu'à date indéterminée, protocole sanitaire strict...). Après le démarrage du terrain CAPI, trois autres structures ont été contraintes d'annuler leur participation et deux sont restées injoignables.

Si les entretiens en face à face n'ont pas été possibles dans l'ensemble des structures, certaines ont proposé de réaliser des entretiens par visioconférence. Ce mode a été testé uniquement dans deux établissements.

Le report de plus de 6 mois de la seconde étape de la collecte a entamé la « fraîcheur » des fichiers contacts consolidés par les établissements en janvier 2020.

Le contexte de la situation sanitaire a donc rendu atypiques les circonstances de réalisation du pilote, encore plus si l'on considère les spécificités des cibles. Certains résultats du pilote sont donc à considérer avec prudence.



## 2. Analyse des résultats et enseignements

### 2.1. Les modes de passation du questionnaire

#### 2.1.1. Passation du mode CAWI : participation et retour d'expérience

##### Participation

2 034 personnes ont été concernées par l'enquête auto-administrée en ligne. **329** répondants ont finalisé leur questionnaire. Soit un **taux de participation de 16 %**.

Tableau 4 : participation à l'enquête CAWI, par volet

Volet	Interrogés	Répondants (Questionnaire complet)	Taux de participation
EHPAD	978	178	18 %
ESAT	114	42	<b>37 %</b>
PH HEBERGEMENT ADULTE	217	41	19 %
PH SERVICE ADULTE	118	8	7 %
ENFANT	607	60	10 %
<b>TOTAL</b>	<b>2 034</b>	<b>329</b>	<b>16 %</b>

Il convient de rappeler que, pour des raisons de calendrier, le délai laissé pour répondre a été court (une semaine contre trois à quatre semaines pour une enquête en ligne « standard »).

C'est au sein du public accompagné en ESAT que la participation a été la plus élevée avec près de 37 % de participants.

Concernant le volet enfant, la participation est relativement faible, les enfants de plus de 15 ans ayant même davantage participé que les représentants légaux<sup>6</sup> (respectivement 13 % et 9 %). Le court délai pour répondre et la sensibilisation à la démarche par les professionnels de l'établissement qui n'a pu être optimale ont constitué des freins à la participation auprès de cette cible. Rappelons que la lettre annonce invitant à participer a été adressée au domicile de l'enfant. A l'inverse des personnes accompagnées en EHPAD, MAS ou FAM, les professionnels des structures qui accompagnent les enfants n'ont pu intervenir qu'à la marge dans la participation à l'enquête en ligne (information, mise à disposition d'un ordinateur...).

Parmi les personnes qui se sont connectées, 88 % ont finalisé leur questionnaire, 11 % ont coché la case leur permettant de refuser de répondre, 1 % n'a pas finalisé son questionnaire.

##### Conditions de remplissage du questionnaire

Le mode de collecte CAWI (questionnaire auto-administré en ligne) ne permet pas de connaître la place d'un tiers. Cependant, une question était posée à la fin du questionnaire pour évaluer le degré d'autonomie de la personne : « *Pour terminer ce questionnaire, pouvez-vous nous dire si vous avez répondu seul(e) à ce questionnaire ou avec l'aide de quelqu'un ?* ».

<sup>6</sup> Questionnaire directement adressé au représentant légal si l'enfant a moins de 15 ans.



**Tableau 5 : autonomie durant le remplissage du questionnaire**

Représentants légaux non concernés	Effectifs	%
<b>AIDE POUR REpondre</b>	236	<b>80,3 %</b>
Quelqu'un m'a aidé(e) à lire les questions et aidé à cocher les réponses	187	63,6 %
Quelqu'un m'a aidé(e) à lire les questions et j'ai coché les réponses seul(e)	39	13,3 %
J'ai lu les questions et quelqu'un m'a aidé(e) à cocher les réponses	10	3,4 %
<b>J'ai répondu seul(e) au questionnaire</b>	58	<b>19,7 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>294</b>	<b>100 %</b>

Comme l'indique le tableau 5, la présence d'un tiers ne s'est pas arrêtée à l'étape préalable de connexion au site en ligne : 80 % des répondants ont eu une aide pour répondre au questionnaire, en majorité pour lire les questions et aider à cocher les réponses. Cette part grimpe à 95 % pour les répondants en EHPAD et 88 % pour les répondants PH Hébergement adulte.

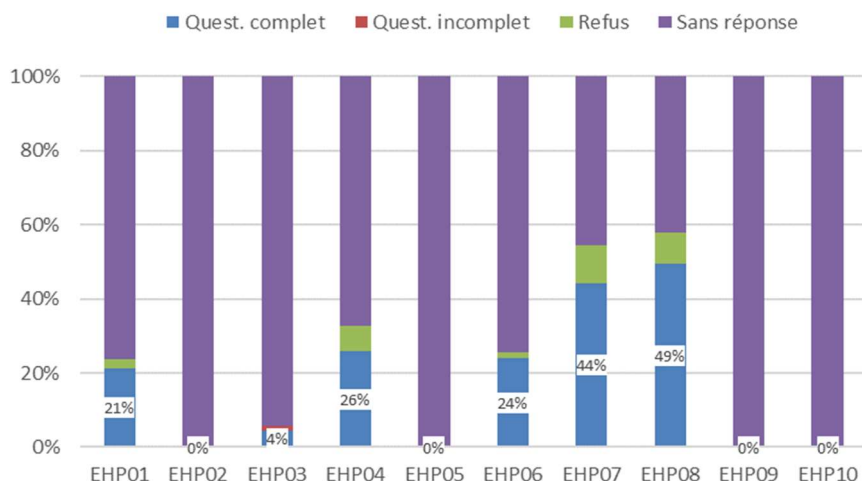
A l'inverse, les répondants en ESAT ont été plus autonomes : 64 % d'entre eux ont répondu seul(e) au questionnaire.

La sensibilisation des professionnels (et des parents) à la démarche est l'élément qui explique le plus les différences de participation à ce mode de collecte. La disponibilité pour informer et aider les personnes à se connecter et à répondre a été déterminante. A titre d'exemple, la participation a été très variable entre les dix EHPAD du panel (graphique 1) : aucune connexion n'a été observée dans quatre EHPAD, alors que deux EHPAD ont enregistré plus de 40 % de participants. La teneur de ces écarts ne peut se justifier par des différences éventuelles entre EHPAD de la répartition de résidents par GIR. Le constat est identique entre les MAS, FAM du panel.

Cette variabilité de la participation inter-établissements s'observe dans une démarche similaire du recueil de la satisfaction, réalisée par le Requa : la participation variait de 29 % à 100 % selon les 21 établissements de l'échantillon.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Mesure de la satisfaction des patients-résidents et des familles en EHPAD et soins de longue durée, Requa, revue Risque et qualité, 2018.

#### Illustration 4 : participation à l'enquête CAWI, par EHPAD



Au sein des EHPAD, l'accompagnement s'est porté sur les personnes les moins dépendantes : 28 % des GIR 4 interrogés ont participé contre 6 % des GIR 1.

Il a été demandé au répondant (et par conséquent au proxy) d'indiquer la raison qui l'empêchait d'être autonome pour répondre. Trois raisons principales sont évoquées :

- La maîtrise de l'outil informatique : « *J'ai des difficultés pour utiliser l'ordinateur mais j'ai répondu seule aux questions. On m'a juste aidée pour cocher les réponses* ».
- L'interrogé a besoin d'aide pour comprendre les questions : « *Je sais lire mais j'ai du mal à comprendre les questions* ».
- L'outil informatique n'est pas adapté aux pathologies de l'interrogé : « *Je vois mal les écrans informatiques* ». « *Je ne peux pas utiliser mes mains pour répondre* ».

### 2.1.2. Passation du mode CATI : participation et retour d'expérience

#### Eligibilité au recueil par téléphone

Ce pilote est l'occasion de disposer d'indicateurs sur le niveau d'équipement de téléphonie des personnes. La réalisation de l'enquête par téléphone nécessite que la personne dispose déjà d'un numéro où elle peut être contactée. Il était demandé à la structure d'indiquer dans le fichier de contact un numéro de téléphone personnel.

Tableau 6 : part des personnes avec un numéro de téléphone (communiqué par la structure), selon le volet

Volet	% numéro de téléphone
EHPAD	28 %
ESAT	82 %
PH HEBERGEMENT ADULTE	36 %
PH SERVICE ADULTE	97 %
REPRESENTANT LEGAL (enfant de moins de 15 ans)	83 %
ENFANT DE PLUS DE 15 ANS	46 %

Le tableau 6 montre que le niveau d'équipement est variable selon les publics accompagnés. Pour les EHPAD, certains numéros renseignés sont des lignes directes, pour certains aucun numéro n'a été renseigné ; pour l'un d'entre eux il s'agit du numéro de l'accueil de l'établissement. Le constat est identique pour le public « PH HEBERGEMENT ADULTE ». La notion de « numéro personnel » a pu être diversement appréciée par les référents.

Pour le volet enfant, les structures ont communiqué un numéro de téléphone pour 83 % des représentants légaux d'enfants de moins de 15 ans. Pour les enfants de plus de 15 ans, si 46 % « seulement » disposent d'un numéro de téléphone personnel<sup>8</sup> d'après les fichiers communiqués par les structures, les trois quarts de ce public bénéficient du numéro de leur représentant légal.

## Participation

604 personnes ont été concernées par l'enquête par téléphone. **106** entretiens (questionnaire réalisé) ont été menés. Soit un **taux de participation de 18 %**.

Pour 37 % des individus l'appel aboutit à un résultat d'appel, c'est-à-dire qu'une personne a décroché le téléphone et l'enquêteur a pu qualifier l'appel en trois catégories :

- Questionnaire réalisé ;
- Chute : abandon au cours de la passation, refus de la personne ou d'un tiers ;
- Hors champ : incapacité de la personne à s'exprimer (évaluée par l'enquêteur auprès de la personne ou signalée par un proche présent lors de l'appel). Cette catégorie inclut également les personnes décédées signalées par un proche ou un professionnel de l'établissement lors de l'appel.

Pour **63 %** des personnes contactées, **l'appel n'a pas abouti**, principalement l'appel tombe sur un répondeur ou la ligne est occupée.

Tableau 7 : répartition de la nature des appels, selon le volet

Volet	Interrogés	Questionnaire Réalisé	Chute	Hors champ	Appel abouti non	TOTAL
EHPAD	210	16 %	<b>16 %</b>	<b>23 %</b>	45 %	100 %
ESAT	33	<b>49 %</b>	3 %	0 %	48 %	100 %
PH HEBERGEMENT ADULTE	30	23 %	13 %	20 %	44 %	100 %
PH SERVICE ADULTE	107	14 %	1 %	11%	74 %	100 %
ENFANT	224	16 %	1 %	3 %	<b>80 %</b>	100 %
<b>TOTAL</b>	<b>604</b>	<b>18%</b>	<b>7 %</b>	<b>12 %</b>	<b>63 %</b>	<b>100 %</b>

C'est auprès du public ESAT que le mode de collecte CATI a le mieux fonctionné. A l'inverse, ce mode de collecte a atteint avec difficulté les personnes PH SERVICE ADULTE et la cible ENFANT qui enregistrent les plus faibles participations et les plus forts taux d'appel non abouti. Il a été plus simple de qualifier l'appel lorsque le numéro de téléphone était celui de l'établissement, la personne de l'accueil étant un filtre « efficace ».

<sup>8</sup> Numéro de ligne fixe ou ligne mobile.

Il est également intéressant d'analyser que, parmi la cible ENFANT, les représentants légaux (directement interrogés si l'enfant a moins de 15 ans) ont été plus difficiles à joindre que les enfants de 15 ans et plus (respectivement 14 % et 19 % de participation). Ce constat rappelle l'importance de la communication et de la sensibilisation aux objectifs d'une enquête auprès des personnes concernées : pour les PH SERVICE ADULTE et la cible ENFANT, une majorité a été appelée en octobre 2020, soit six mois après avoir reçu la lettre annonce<sup>9</sup> et sans que la structure puisse relayer à nouveau l'information quelques jours avant le terrain téléphonique.

### Conditions de passation de l'entretien

Le protocole d'enquête ne prévoyait pas l'intervention d'un tiers pour la prise de contact par téléphone. La personne était appelée sur les plages horaires indiquées dans le fichier de contact. Il n'y avait pas d'intervention du référent de l'établissement.

Il a été demandé à l'enquêteur de recueillir des éléments post entretien sur la réalisation de ce dernier. Pour **23 %** des répondants (questionnaire réalisé), une tierce personne était présente au cours de l'entretien téléphonique. Le public « Enfant de 15 ans et plus » a été le plus accompagné (tableau 8). Il convient de rappeler que l'entretien était précédé du recueil de l'accord parental, ce qui a pu entraîner le(s) parent(s) à rester à proximité de son enfant. Cependant, lors de la prise de contact avec le « jeune », l'enquêteur lui a rappelé son droit d'opposition à la présence de ses parents au cours de l'entretien.

Tableau 8 : présence d'un tiers au cours de l'entretien téléphonique, selon le volet

Volet	Présence d'un tiers (en % par volet)
EHPAD	18 %
ESAT	13 %
PH HEBERGEMENT ADULTE	0 %
PH SERVICE ADULTE	20 %
Enfant moins de 15 ans (rep. Légal)	23 %
Enfant de plus de 15 ans	<b>62 %</b>
<b>Ensemble panel</b>	<b>23 %</b>

Parmi les 24 entretiens où un tiers était présent, les enquêteurs ont estimé en majorité (67 %) que **sa présence a facilité l'entretien**. Le nombre de situations rencontrées est trop faible pour une analyse pertinente par volet.

### Des enfants moins présents aux côtés de leur(s) parent(s) en mode CATI

Lors de l'enquête CAWI, 57 % des parents d'enfant de moins de 15 ans ont déclaré avoir répondu au questionnaire avec les réponses données par leur enfant. Ils sont seulement 27% lorsque l'entretien a eu lieu par téléphone.

<sup>9</sup> Décalage du terrain téléphonique en raison de la crise sanitaire Cf. partie calendrier

Les personnes sont **majoritairement restées attentives** tout au long de l'entretien :

- 3 % ont changé d'attention, d'humeur.
- 11 % ont eu une perte d'attention. Ce chiffre atteint cependant 21 % pour le public en EHPAD.
- Un seul cas d'endormissement a été signalé.

Seulement dix abandons au cours de l'entretien ont été notifiés par les enquêteurs, soit 5 % des appels aboutis.

### Retour d'expérience

Les numéros de téléphones étaient tirés des fichiers que les établissements avaient envoyé deux mois (et huit mois lors de la reprise) avant le démarrage. En fonction de la cible, la prise de contact pour les enquêteurs pouvait être différente car le numéro de téléphone n'était pas nécessairement la ligne directe de la personne que l'on cherche à joindre. L'enquêteur pouvait :

- appeler directement la personne concernée par l'étude via son numéro de téléphone personnel (fixe ou portable) ;
- appeler les parents des personnes mineurs afin de récupérer l'accord parental avant d'interroger l'enfant ;
- appeler l'établissement afin d'avoir la personne à interviewer via un standard.

Pour les personnes contactées via le numéro générique de la structure, les standards ont été mis au courant des appels. Cependant, certains standardistes n'ont pas apprécié cette manière de fonctionner : *« Parfois on pouvait appeler une même maison de retraite 8 à 9 fois en une heure »*. Une stratégie a été élaborée afin de ne pas rappeler plusieurs fois le même établissement *« La plupart du temps le nom à l'écran (nom de la personne que nous devons interroger) étant indisponible et la prise de contact se terminait par un rendez-vous, la secrétaire demandait si on n'avait pas un autre nom de contact avant de raccrocher et pour ne pas rappeler 2 minutes plus tard pour lui demander une autre personne »*.

## 2.1.3. Passation du mode CAPI : participation et retour d'expérience

### Rappel du contexte

Pour rappel, la réalisation du terrain CAPI s'est déroulée dans des conditions atypiques (cf. partie 1.4 le planning de la collecte) dans une période (15 octobre - 12 novembre) d'annonce et mise en place de second confinement. Bien que pour la plupart des établissements, le protocole autorisait la venue de personnes extérieures, le contexte n'était pas partout favorable pour que le référent organise avec sérénité la passation des entretiens. Certaines structures étaient également en « alerte Covid ». Après le démarrage du terrain CAPI, trois structures ont été contraintes d'annuler leur participation et deux sont restées injoignables.

#### Une collecte difficile auprès de la cible PHE

Le pilote avait pour objectif la réalisation de 70 entretiens en face à face au sein de huit structures. Mais le contexte sanitaire a contraint à réaliser un terrain plus restreint : les enquêteurs ont pu se déplacer dans un IME, un IEM et un SESSAD et réaliser 20 entretiens.

## Participation

**753** individus ont été sollicités sur cette enquête pilote en face-à-face. **134** entretiens finalisés ont été réalisés en face à face, ainsi que 13 entretiens en visioconférence Soit un taux de participation de **18 %**.

Tableau 9 : qualification de l'échantillon face à face.

	Effectifs	Répartition
Base échantillon CAPI	753	100 %
Questionnaire réalisé en face à face	134	<b>18 %</b>
Questionnaire réalisé en visioconférence	13	2 %
Abandon en cours d'entretien	16	2 %
Refus (de la personne ou d'une autre personne)	40	5 %
Ne parle pas français	1	0 %
En incapacité de s'exprimer	261	35 %
Décédé	80	10 %
Absent ou indisponible	142	19 %
A quitté l'établissement	23	3 %
Pas d'information sur la personne	43	6 %

Les individus en « Incapacité de s'exprimer » (35 %) ont été qualifiés avec le référent lors de la visite dans l'établissement ou par téléphone lors de lecture de la liste pour organiser les vacations. Les enquêteurs n'ont pas indiqué précisément pour chaque personne si cela a été constaté par eux-mêmes ou par un professionnel de l'établissement.

A titre de comparaison, dans l'enquête Care Institution, 47 % des résidents en EHPAD sont déclarés inaptes à la tenue d'un entretien<sup>10</sup>.

### Conditions de passation de l'entretien

Le protocole n'autorisait pas d'accompagnement ou de recours au proxy sauf si le répondant en faisait la demande. La consigne protocolaire a été respectée par les professionnels puisque parmi les 134 entretiens réalisés en face à face, seuls deux ont occasionné la présence d'un tiers afin d'aider la personne à répondre (deux personnes accompagnées en MAS/FAM).

Majoritairement les répondants ont été attentifs pendant la passation du questionnaire :

- 5 % ont changé d'attention, d'humeur ;
- 6 % ont eu une perte d'attention ;
- Trois cas d'endormissement ont été signalés.

On notera que le public en EHPAD est plus attentif lors d'un entretien en face à face (4 % perte d'attention) que par téléphone (21% perte d'attention).

Parmi les entretiens débutés, seize d'entre eux ne sont pas allés à leur terme, soit un taux d'abandon de 11 %.

<sup>10</sup> Comment enquêter auprès des personnes âgées dépendantes ? M. Brunel N.Couvert, Drees, avril 2019.

## Retour d'expérience

Le contact en face-à-face a été particulièrement apprécié que ce soit pour les répondants mais aussi pour les enquêteurs. Beaucoup de personnes enquêtées se sont senties reconnaissantes que leur parole soit prise en compte. Le fait de voir un enquêteur se déplacer rend l'étude plus réelle et donc a un impact positif sur les personnes en capacité de répondre.

### → Cible PA

Au sein des EHPAD, différentes alternatives ont été mises en place pour la passation de l'entretien :

- Mise à disposition d'une salle ou d'un bureau afin de réaliser les entretiens dans le calme. C'est le référent qui se charge d'emmener les répondants dans cette salle.
- Les entretiens se font directement dans les chambres. L'enquêteur connaît les numéros de chambre des personnes à interroger et c'est lui qui se déplace.

Parfois les répondants eux-mêmes ont choisi s'ils préféraient faire l'entretien dans leur chambre ou ailleurs.

### → Cible PHA

Pour les personnes accompagnées en ESAT, l'enquêteur a dû faire face à des absences de personnes qui travaillent à l'extérieur de l'ESAT (espaces verts) ou qui étaient en congé maladie. Cependant, pour les personnes présentes, l'entretien a été réalisé sans difficulté.

Au sein d'une MAS, sur 27 personnes sélectionnées, l'entretien n'a pu avoir lieu pour une majorité d'entre elles : « *Il s'agit de résidents ayant de très grosses difficultés à s'exprimer, à comprendre (font répéter sans cesse), à faire des phrases (bribes de phrases, très mauvaise syntaxe)* ». Ce retour d'expérience doit faire réfléchir sur ce que pourrait apporter un tiers qui sait communiquer avec la personne et servir de relais au cours de l'entretien.

### → Cible PHE

Pour cette cible, la première difficulté a été de récupérer l'autorisation parentale avant de faire passer les entretiens sur la période d'enquête. C'est encore une fois là où le référent a un rôle important pour rassurer les parents. Deux établissements ont pu être visités par les enquêteurs et sur les deux établissements le référent était présent et avait préparé la venue de l'enquêteur. C'est donc une cible difficile à atteindre sans l'intervention du référent. C'est celle pour laquelle nous avons le moins de retour que ce soit en termes de données ou bien d'expérience d'enquêteur.

## 2.2. Les questionnaires

### 2.2.1. La compréhension des questions et des modalités de réponse

#### Compréhension des questions et faculté de comprendre

Les retours des enquêteurs indiquent que la majorité des personnes ont trouvé les questions claires, dont le sens ne porte pas à confusion. Evidemment la compréhension d'une question interfère avec le niveau de déficience des cibles du pilote. Retour d'un enquêteur : « *Pour les interviewés qui ont un niveau de GIR au-dessus de 4 le questionnaire passe assez vite. Pour les GIR 1 et 2 il est beaucoup plus long, mais dans ce cas de figure ce n'est pas forcément à cause de la structure du questionnaire mais plutôt des cibles qui comprennent plus difficilement les questions à cause de leur état de santé.* »

Cependant, indépendamment des troubles cognitifs de la personne, certaines difficultés ont été remontées :

- L'emploi de **concepts généraux**. Par exemple la question « *Etes-vous satisfait(e) de vos soins d'hygiène ?* », la notion de soins d'hygiène est assez mal comprise.

- Malgré une traduction en FALC, des termes ont été jugés trop **éloignés de mots employés au quotidien**. Par exemple la question « *Etes-vous satisfait(e) de l'information qui vous est donnée sur vos traitements médicaux ?* » la notion de traitements médicaux reste floue.
- **L'appel à la mémoire** : à la question posée dans le volet EHPAD « *A votre arrivée, vous-a-t-on posé des questions sur vos habitudes de vie ?* » 27 % des répondants ont déclaré ne pas se souvenir.
- Le **champ d'inclusion** : la diversité des accompagnements indique que les personnes d'une même cible ne sont pas toutes concernées par l'ensemble des questions. A la question « *Votre enfant est-il satisfait de ses traitements médicaux ?* », 37 % des parents ont indiqué que leur enfant n'est pas concerné par cette question.
- La **sensibilité** liée au thème abordé : dans une MAS, lors de la pause repas, une enquêtrice a pu faire deux entretiens avec deux personnes qui ne pouvaient pas manger et qui étaient intu-bées. Au moment de poser la question « *Le repas est-il un moment de plaisir ?* », une des deux répondantes n'a pas pu gérer ses émotions et a crié. L'enquêtrice a réussi à faire revenir cette personne dans le questionnaire en détournant l'attention de la répondante. Lors du deuxième entretien l'enquêtrice a reformulé la question pour éviter une seconde crise.

Ces points révèlent la limite liée à la généralisation des termes en vue de s'adresser au plus grand nombre. Ce sujet a été rencontré également lors de l'élaboration des questionnaires par les groupes de travail : la difficulté a été d'aborder l'ensemble des dimensions ayant trait à la qualité de vie dans un périmètre restreint de questions. L'emploi de termes génériques a également été source de difficultés pour leur transcription en langage FALC.

### L'échelle de satisfaction

Le oui / non est majoritairement compris mais les répondants n'utilisent que très rarement les modalités de réponse « oui, plutôt / non, pas vraiment », ce qui oblige l'enquêteur à répéter les modalités plusieurs fois puisque l'enquêteur n'a pas le droit d'interpréter la réponse. Retour d'expérience d'un enquêteur : « *Cette incompréhension pouvait provoquer un agacement chez l'interviewé et conduire à un abandon* ». Pour le CAPI notamment, les smileys étaient donc utiles pour préciser la différence entre les modalités.

Cette nécessité pour la personne de fournir une réponse formatée a été source de perte d'attention, à laquelle il est plus difficile de rattraper par téléphone. Retour d'un enquêteur : « *au-dessus du GIR 3 les entretiens se déroulent bien mais pour les GIR 1 et 2, au téléphone, il y a beaucoup plus de difficultés* ».

### La durée des questionnaires

Pour les cinq versions de questionnaire, « *la durée est considérée comme juste pour que les répondants ne perdent pas patience* ».

L'un des indicateurs pour évaluer la durée adéquate d'un questionnaire est de mesurer les questionnaires incomplets (CAWI) et les abandons en cours de passation constatés par l'enquêteur (CATI et CAPI).



Tableau 10 : abandons par mode de collecte (tout volets confondus).

Mode de collecte	CATI CAPI : entretiens CAWI : connexions	CATI CAPI : abandons CAWI : questionnaires incomplets	% abandon
CAWI	334	5	1,5 %
CATI	116	10	8,6 %
CAPI	148	14	9,5 %

Tableau 11 : durée moyenne des questionnaires réalisés, par mode de collecte et par volet (en minutes)

VOLET	CAWI		CATI		CAPI	
	Répondants	Durée moyenne	Répondants	Durée moyenne	Répondants	Durée moyenne
EHPAD	178	7,4	33	17,3	79	12,1
ESAT	42	10,1	16	8,3	13	9,3
PH HEBERGEMENT ADULTE	41	10,5	7	8,3	22	17,8
PH SERVICE ADULTE	8	6,2	15	10,0	NC	NC
ENFANT	60	11,6	35	13,1	20	12,6
<b>ENSEMBLE</b>	<b>320</b>	<b>9,0</b>	<b>106</b>	<b>12,9</b>	<b>134</b>	<b>12,9</b>

Pour le volet EHPAD, le temps moyen de passation a été nettement plus long par téléphone. Les deux échantillons CATI et CAPI présentent pourtant la même répartition des répondants selon le niveau de GIR. La difficulté de se prononcer sur une échelle de satisfaction non visuelle, la répétition de l'enquêteur (cf. partie précédente) sont des éléments de différenciation. A l'inverse, le temps moyen de passation a été nettement plus long en face à face pour le public accompagné en MAS, FAM : les conditions de passation (l'environnement), le type de handicap des personnes sont également des facteurs à prendre en compte dans la lecture de ces indicateurs.

Avant d'envisager un déploiement national, les questionnaires nécessitent d'être révisés pour faciliter leur compréhension par les cibles et être validés scientifiquement.

## 2.2.2. Le niveau de satisfaction des répondants

Plus que la représentativité, c'est la diversité des établissements qui a été recherchée dans ce pilote. Aussi, les niveaux de satisfaction présentés ci-dessous n'ont pas vocation à être généralisés à l'ensemble des publics accompagnés par les ESSMS. Ils permettent cependant de dégager des tendances et de mettre en lumière les sujets qui recueillent les opinions les plus positives/négatives.

Il convient également de rappeler que le terrain d'enquête s'est déroulé à deux périodes différentes dans un contexte particulier. Un tiers des répondants a notamment été interrogé durant le second confinement du mois d'octobre 2020 ; les contraintes liées à la situation sanitaire ont modifié l'organisation des structures et certainement impacté la perception des publics concernant leur accompagnement. Toutefois, la faiblesse des effectifs ne permet pas d'évaluer cet impact.

## Cible Personne Agée - EHPAD

Les 290 répondants sont majoritairement satisfaits sur l'ensemble des thèmes abordés comme l'illustre le tableau 12. Sur les 29 questions posées, deux seulement recueillent une minorité d'opinions positives.

Tableau 12 : satisfaction moyenne par thématique

Thématiques*	Taux de satisfaction (% « Oui, tout à fait » + % « Oui, plutôt »)
LE CADRE DE VIE (5)	83 %
L'ACCOMPAGNEMENT (12)	72 %
LE RESPECT DES DROITS INDIVIDUELS (7)	71%
LA VIE SOCIALE (4)	70 %

\*entre parenthèses le nombre de questions

Le cadre de vie est la dimension qui recueille le plus d'opinions positives, en particulier sur les sujets de confort de la résidence et du sentiment de sécurité (respectivement 95 % et 90 % de satisfaction). Le repas est perçu comme un moment de plaisir par « seulement » 72 % des résidents interrogés.

Sur le thème de l'accompagnement, 90% des répondants estiment que le personnel est respectueux envers eux. En revanche, ils sont une minorité (46 %) à estimer avoir eu le choix de vivre dans cette résidence. Les sujets qui font appel à la mémoire interfèrent sur le niveau de satisfaction : s'ils sont seulement 35 % à affirmer que des questions sur leurs habitudes de vie leur ont été posées à leur arrivée, 27 % des répondants avouent ne pas se souvenir.

Sur le thème du respect des droits individuels, les répondants s'accordent à dire que le choix leur est laissé de participer ou non aux activités proposées (88 % d'opinions positives). Globalement, ce thème recueille une part non négligeable de personnes qui n'arrivent pas à se prononcer, notamment sur la possibilité d'avoir une vie affective (13 % « ne sait pas » et 10 % « ne souhaite pas répondre ») et l'association aux décisions les concernant (17 % « ne sait pas »).

Sur le thème de la vie sociale, les trois quarts (76 %) des répondants déclarent avoir des relations avec leur famille ou leurs amis et apprécient d'être avec les autres résidents (73 % d'opinions positives). 59 % estiment avoir la possibilité de participer à des activités à l'extérieur de la résidence.

## Cible Personne en situation de handicap adulte

164 personnes en situation de handicap adulte ont répondu au questionnaire. Ce nombre est la consolidation des répondants à trois volets :

- 71 répondants au volet ESAT ;
- 70 répondants au volet PH Hébergement Adulte ;
- 23 répondants au volet PH Service Adulte.

Les résultats ont été consolidés au périmètre des questions communes aux trois volets.

**Tableau 13 : satisfaction moyenne par thématique**

Thématiques*	Taux de satisfaction (% « Oui, tout à fait » + % « Oui, plutôt »)
LE CADRE DE VIE / TRAVAIL (2)	68 %
L'ACCOMPAGNEMENT (6)	69 %
LA VIE SOCIALE (3)	73 %

\*entre parenthèses le nombre de questions

La possibilité d'avoir des relations avec sa famille/amis et la qualité des relations avec les autres personnes accompagnées de la structure sont les items qui recueillent le plus d'opinions positives (plus de 80%). En revanche, les personnes sont plus réservées concernant les activités proposées (58 % de satisfaits) et l'aide à l'autonomie (62 % de satisfaits).

Ces tendances sont à nuancer car les résultats sont très contrastés entre les volets, les répondants du volet ESAT étant nettement moins satisfaits sur la majorité des questions. Il en est de même concernant la satisfaction globale : 66 % des répondants déclarent être satisfaits de travailler à l'ESAT alors que 83 % des répondants du volet Hébergement adulte déclarent se sentir bien dans leur foyer et 78 % du volet Service à domicile estiment que l'accompagnement les aide à être mieux chez eux.

### **Cible Personne en situation de handicap enfant moins de 15 ans (représentant légal)**

Cinquante-sept représentants légaux ont répondu au questionnaire.

**Tableau 14 : satisfaction moyenne par thématique<sup>11</sup>**

Thématiques*	Taux de satisfaction (% « Oui, tout à fait » + % « Oui, plutôt »)
LA VIE DE TOUS LES JOURS (6)	75 %
L'ACCOMPAGNEMENT (6)	75 %
LA SCOLARITE (3)	49 %
LA VIE SOCIALE (3)	74 %

\*entre parenthèses le nombre de questions

Sur le thème de la vie de tous les jours, les parents sont une forte majorité (84 %) à estimer que le rythme des journées est adapté aux besoins de leur enfant même si l'organisation de ces journées n'est pas toujours simple (63 % de satisfaits).

Sur le thème de l'accompagnement, 80 % des répondants trouvent que la prise en charge de leur enfant par la structure a été rapide. En revanche une faible majorité (60 %) déclare que leur enfant a participé à son projet d'accompagnement personnalisé. A noter que 19 % des parents n'ont pas été en mesure de répondre à cette question.

<sup>11</sup> La satisfaction moyenne par thématique est calculée sur la base des questions non filtrées. Certaines questions ne sont donc pas intégrées dans le calcul de la moyenne par thématique comme la question sur la satisfaction vis-à-vis des traitements médicaux où 37 % des répondants déclarent que leur enfant n'est pas concerné.

La satisfaction mitigée observée sur le thème de la scolarité doit prendre en compte la méconnaissance d'une partie des parents concernant la participation (et la satisfaction) de leur enfant à son projet scolaire/professionnel.

Concernant la vie sociale, 81 % des parents estiment que leur enfant peut partager des moments de plaisir en famille comme il le veut, mais ils sont moins unanimes quant à la possibilité pour leur enfant d'avoir des loisirs (68 %).

### Cible Personne en situation de handicap enfant plus de 15 ans

Cinquante-sept jeunes âgés de plus de 15 ans ont répondu au questionnaire.

Tableau 15 : satisfaction moyenne par thématique

Thématiques*	Taux de satisfaction (% « Oui, tout à fait » + % « Oui, plutôt »)
LA VIE DE TOUS LES JOURS (6)	78 %
L'ACCOMPAGNEMENT (6)	80 %
LA SCOLARITE (3)	74 %
LA VIE SOCIALE (3)	72 %

\*entre parenthèses le nombre de questions

Sur le thème de la vie de tous les jours, ils sont une forte majorité (86 %) à estimer que le rythme des journées est adapté à leurs besoins même si l'organisation de ces journées n'est pas toujours simple (72 % de satisfaits).

Sur le thème de l'accompagnement, 83 % des répondants estiment qu'ils ont la possibilité de s'exprimer quand ils en ont besoin. En revanche, les deux tiers « seulement » des répondants trouvent que leur prise en charge par la structure a été rapide. A noter que 15 % des jeunes n'ont pas été en mesure de répondre à cette question.

Trois répondants sur quatre (76 %) déclarent avoir participé à leur projet scolaire/professionnel et 72 % en sont satisfaits.

Concernant la vie sociale, 78 % des jeunes estiment possible de partager des moments de plaisir en famille comme ils le veulent, mais ils sont moins unanimes quant à la possibilité d'avoir des loisirs (59 %).

### 2.2.3. Résultats à la question ouverte

Pour chaque cible interrogée, une même question ouverte était posée en fin de questionnaire « Qu'est-ce qui est important pour vous dans votre vie de tous les jours ? ». Les réponses de la question ouverte font ressortir les préoccupations suivantes :

Pour les personnes âgées, « Relationnel » : les visites échanger avec les autres, être en contact avec la famille, avec les autres, etc. ; « Besoins essentiels, bien être » : manger, bien s'alimenter, être tranquille, au calme.

Pour les PH adultes, « Travail/apprentissages » : avoir un travail, un métier, aller travailler, évolution dans le travail, etc. ; « Besoin essentiels, bien être » : respect de ma vie privée, de mes besoins, de mes envies etc. ; être plus autonome, rester autonome ; « Relationnel » : les contacts avec la famille voir, recevoir ma famille, avoir des nouvelles, communiquer , etc. ; « Loisirs/plaisirs, occupations » :

divers sorties : aller au restaurant, au cinéma, se promener, la plage, séjours divers, le plein air, les petites courses, etc.

Pour les PH enfants, « Travail/apprentissages » : l'école, les études, apprendre, réussir à l'école ; « Relationnel » : les contacts avec la famille, voir, recevoir ma famille, avoir des nouvelles, communiquer, etc. ; « Besoin essentiels, bien être » : être plus autonome, rester autonome.

Même si la question du relationnel est importante pour les trois cibles, il apparaît que pour la cible PHE la préoccupation de la scolarité est prioritaire, que pour la cible PH adulte c'est celle du travail et pour les personnes âgées le « besoin essentiel, de bien être » se traduit prioritairement par bien manger, bien s'alimenter. Ces réponses confirment le choix des thématiques et l'importance d'élaborer des questionnaires tenant compte des spécificités des publics cibles.

## 3. Enseignements sur la méthodologie

### 3.1. Enseignements sur le protocole

L'annonce de l'enquête auprès des personnes et, le cas échéant, l'information auprès du représentant légal ont nécessité la constitution d'un fichier qui compile des données personnelles sur les personnes accompagnées. La constitution du fichier au sein des établissements a été complexe, pour différentes raisons : ressources non dédiées à l'exercice, données non centralisées, taille de l'établissement.... La consolidation par Kantar a également pris plus de temps que prévu du fait du format hétérogène et du caractère incomplet des fichiers retournés par les établissements.

Pour la cible PHE, le recueil - par le référent de l'établissement - de l'autorisation parentale pour interroger les mineurs a parfois été difficile.

Ces deux exemples montrent que le déploiement de ces enquêtes ne peut se faire sans une organisation dédiée et une implication réelle des professionnels des structures. Les professionnels et plus particulièrement le référent désigné au sein de chaque structure sont des relais de communication incontournables auprès des personnes accompagnées et contribuent au bon déroulement des entretiens. Pour rappel, ce pilote a été réalisé avec des structures volontaires. Si l'enquête est étendue plus largement, cela se fera avec des structures qui pourront être plus réticentes.

Les difficultés de constitution de base de sondage des personnes sont un obstacle majeur au déploiement des enquêtes quantitatives et demandent à ce jour un fort investissement des ESSMS, nécessitant de poursuivre la montée en charge sur les SI et l'investissement dans les dossiers usager informatisés.

### 3.2. Enseignements sur les modes de collecte

Chaque mode de collecte a présenté des avantages et des limites durant ce pilote.

#### Mode CAWI

**Ses avantages** : mode de collecte le moins coûteux, il permet d'interroger un large échantillon. Il offre la possibilité de présenter à l'écran l'échelle de réponse sous forme de smileys, et donc de nuancer les réponses.

**Ses limites** : l'usage par les personnes de l'outil informatique est limité et exclut de fait une part importante des publics cible. 80 % des répondants ont eu besoin d'une aide pour remplir le questionnaire. Aucun contrôle n'est possible sur l'identité réelle du répondant. De plus, l'accès à l'outil informatique dépend en partie du niveau d'équipement et de l'organisation des structures. Autre limite : seulement 7 % des personnes de plus de 15 ans du panel ont une adresse mail personnel (connu par l'établissement), ce qui ne facilite pas les modalités de connexion à une enquête en ligne.

#### Mode CATI

**Ses avantages** : il permet d'interroger des cibles mobiles qui peuvent être absentes dans les établissements (comme les personnes en ESAT ou les parents) et de contrôler que c'est effectivement la personne concernée qui répond. Les numéros de téléphone sont fiables.

**Ses limites** : le temps passé par l'établissement pour constituer le fichier de numéros de téléphone est important. Certains publics cible sont joignables sur des plages horaires réduites. La difficulté

générale pour joindre ces publics peut rendre ce mode de recueil onéreux. L'impossibilité d'utiliser des smileys rend également les réponses plus difficiles à formuler sur une échelle de satisfaction.

### **Mode CAPI**

**Ses avantages** : c'est le mode qui permet d'interroger le plus grand nombre, notamment ceux qu'on ne pourrait interroger ni par CAWI ni par CATI du fait de leurs difficultés de communication. Cette modalité valorise la personne répondante. Ce mode permet également de qualifier les non-répondants. Il offre la possibilité de présenter à l'écran l'échelle de réponse sous forme de smileys et donc de nuancer les réponses.

**Ses limites** : il s'agit du mode de collecte le plus couteux. Il demande du temps d'organisation pour l'établissement. Des adaptations restent nécessaires, comme la présence d'un tiers pour faciliter la communication entre la personne et l'enquêteur.

## **3.3. Enseignements sur les modes de collecte à privilégier par cible**

Dans la perspective d'un recueil national, différentes stratégies peuvent être définies selon les caractéristiques des publics. Globalement, les résultats du pilote indiquent que, par rapport à des publics dont il peut être difficile de capter l'attention, l'entretien en face à face est le mode de collecte à privilégier. Cependant, pour certains d'entre eux, la collecte par questionnaire autoadministré ou par téléphone est possible.

### **→ Cible PA – EHPAD**

Pour certains EHPAD, la participation avec le mode CAWI a été relativement élevée (plus de 25 %). Certes, les différences de taux observées entre EHPAD interrogent sur le rôle des professionnels et la place du proxy. Cela reste un mode de passation à envisager si l'on accepte le risque d'une réponse par ce filtre.

Le mode CATI présente des résultats en demi-teinte : une éligibilité relativement faible (28 % des personnes ont un numéro de téléphone), une participation inférieure aux autres cibles, une durée d'entretien plus longue que les autres modes, des difficultés pour la personne pour nuancer la satisfaction par téléphone. Ces arguments conduisent à ne pas retenir ce mode de collecte.

Le mode CAPI est incontournable au regard de la part des résidents qui présentent des troubles cognitifs.

### **→ Cible PH Hébergement adulte (MAS, FAM)**

Concernant les modes CAWI et CAPI, le constat est similaire à celui observé auprès de la cible PA-EHPAD.

Pour les établissements où les personnes sont joignables par téléphone, le mode CATI reste envisageable (23 % de participation).

### **→ Cible PH ESAT**

La participation élevée et le faible recours à un proxy attestent de l'efficacité du mode CAWI auprès de cette cible. Dans l'objectif de recueillir l'avis du plus grand nombre, il conviendrait de compléter par une enquête téléphonique dont les indicateurs (éligibilité, participation) confirment l'efficacité du mode CATI. Il en résulte que l'entretien en face à face n'est pas utile, d'autant que c'est une cible mobile (certaines personnes ne sont pas présentes en permanence dans l'ESAT).

### → Cible PHE – représentant légal (enfant moins de 15 ans)

La participation des représentants légaux à l'enquête en ligne a été faible (9 %). Cependant, un temps de terrain allongé, une campagne de relances, une sensibilisation de l'établissement auprès des parents auraient probablement permis d'accroître le niveau de participation. Il résulte de l'enquête par téléphone une majorité d'appels non aboutis conduisant à exclure le mode CATI. Le mode CAPI n'a pas été testé et n'est pas à envisager. Pour cette cible particulière, le mode CAWI peut être suffisant.

### → Cible PH enfant de plus de 15 ans et PH Service adulte (SAVS – SAMSAH) : résultats du pilote insuffisants

Les participations en mode CAWI et en mode CATI se sont révélées être les plus faibles. La majorité des appels téléphoniques n'a pas abouti et n'a pas permis de qualifier l'appel.

Les difficultés rencontrées pour réaliser le terrain CAPI auprès des enfants de plus de 15 ans n'ont pas permis de couvrir la diversité des structures et ne permettent pas d'aboutir à des enseignements sur l'efficacité du mode en face à face. Par ailleurs, pour les adultes accompagnés par des services, le mode CAPI n'avait pas été envisagé.

Les résultats du pilote ne permettent pas de conclure à privilégier un ou des modes de passation pour ces publics. Une nouvelle expérimentation serait donc indispensable pour évaluer les modes de passation adéquats auprès des publics enfants hors période pandémique et auprès des publics adultes utilisant des services à domicile en s'appuyant davantage sur les services



## 4. Les scénarios de déploiement de l'enquête

En synthèse des enseignements sur les modes de collecte, l'interrogation des personnes directement concernées est possible. Toutefois, les résultats montrent que seul le recueil en face à face a permis d'éviter le biais de l'intervention d'un tiers proche ou professionnel. Par ailleurs, la participation des personnes présentant des troubles sévères cognitifs ou de la communication reste faible : 35 % de l'ensemble des personnes sollicitées ont été qualifiées en incapacité de s'exprimer. Cela pose la question de la possible extrapolation des résultats des répondants à l'ensemble de la population sollicitée.

La mesure de l'expérience et de la satisfaction des personnes accompagnées peut répondre à des finalités différentes, selon si l'enquête a une vocation nationale de comparaison entre structures ou une vocation de pilotage local du plan d'amélioration continue de la qualité :

- Identifier pour la structure des axes d'amélioration. Un suivi dans le temps du recueil permettrait de mesurer l'impact des actions mises en œuvre (local).
- Nourrir le dialogue de gestion entre la structure et son autorité de financement et de tarification (national/local).
- Permettre à chaque structure de comparer ses résultats avec ceux de structures similaires pour dégager des points forts et des points faibles (national).
- Permettre à la société civile d'être informée du niveau de satisfaction des personnes dans les ESMS (national/local).
- Contribuer au pilotage national des politiques publiques d'amélioration de la qualité (national).

Si l'intérêt d'un déploiement national est confirmé par la commande publique, deux types de scénarios de réalisation d'enquête peuvent être envisagés, à partir des résultats observés sur l'enquête pilote.

Les deux scénarios présentés servent à poser des hypothèses d'organisation et de financement qui peuvent être adaptés en fonction d'aménagements à préciser, en particulier concernant le deuxième scénario :

- un scénario (S1) qui concerne l'exhaustivité des structures (cf. partie 4.2) ;
- un scénario S2 élaboré à partir d'un échantillon de structures (cf. partie 4.3).

Quel que soit le scénario retenu, la réalisation d'une enquête quantitative requiert des phases similaires de mise en œuvre. C'est ce que présente la sous partie suivante avec les paramètres et les hypothèses retenus pour l'élaboration des scénarios.

### 4.1. Principes généraux

#### 4.1.1. Périmètre

Les scénarios concernent uniquement les catégories d'établissements présentes dans le pilote pour lesquelles des enseignements sur les modes de collecte ont pu être tirés. Font donc partie du périmètre les personnes résidant en EHPAD, les personnes accompagnées par des MAS/FAM et par des ESAT. Les scénarios concernent la France métropolitaine et les DROM (Département et région Outre-Mer) hors Mayotte.

Pour les deux scénarios, **l'ensemble de la population accompagnée par la structure est sollicité.**

Tableau 15 : distribution des établissements et des personnes accompagnées, par cible<sup>12</sup>

Cible	Nombre de structures	Nombre de personnes accompagnées
EHPAD	7 400	600 378
MAS, FAM	1 544	55 292
ESAT	1 419	119 360

#### 4.1.2. Méthodes de collecte

Les enseignements du pilote aboutissent à proposer deux méthodes de collecte.

##### ➔ Le mode de collecte exclusif

Cette méthode de collecte a été retenue dans le but de limiter l'intervention d'un tiers durant le recueil. Les enseignements du pilote ont révélé :

- pour les publics **EHPAD, MAS/FAM**, seul le recueil en **face à face** permet de contrôler la présence d'un tiers ;
- pour le public **ESAT**, le recueil par **téléphone** répond à cet objectif - avec une faible part d'entretiens réalisés avec la présence d'un tiers (13 %) - et se substitue au face-à-face qui n'a pas été jugé utile pour cette cible<sup>13</sup>.

En conséquence, ce mode de collecte unique et spécifique à chaque cible a été pris en compte dans les scénarios.

##### ➔ Le multimode séquentiel

Aujourd'hui, dans les enquêtes nationales, le multimode séquentiel est un mode de collecte de plus en plus utilisé<sup>14</sup>. Le principe est de recueillir un maximum de réponses par Internet, puis de relancer les non-répondants en les orientant vers des modes alternatifs : téléphone ou/puis face-à-face.

Pour les deux scénarios, la méthode du multimode séquentiel prend en compte les conclusions observées pour chaque cible (partie 2.3.3). Ainsi, les modes de collecte retenus sont :

Tableau 16 : mode de collecte par cible – multimode séquentiel

Cible	Internet (CAWI)	Téléphone (CATI)	Face-à-face (CAPI)
EHPAD	X		X
MAS, FAM	X	X	X
ESAT	X	X	

#### 4.1.3. Hypothèses sur la participation

Deux hypothèses sur le taux de participation sont posées :

- Une hypothèse basse : la participation observée durant le pilote.

<sup>12</sup> Effectifs au 31/12/2015 pour les EHPAD et au 31/12/2014 pour les MAS, FAM, ESAT. Source : Drees.

<sup>13</sup> Cf. partie 3.3 Enseignement sur les modes de collecte à privilégier par cible

<sup>14</sup> Insee : Enquête EVA (Entrée dans la Vie Adulte) ; Enquête Logement 2023 ; Injep : Enquête service civique 2019

- Une hypothèse haute : les conditions de réalisation du pilote ont été atypiques en raison de la crise sanitaire qui a limité la disponibilité des professionnels et des personnes accompagnées. Des taux de participation optimisés ont été établis en tenant compte d'une durée de collecte plus longue pour le recueil par internet<sup>15</sup> et d'un contexte exempt de crise sanitaire pour le recueil en face à face<sup>16</sup>.

Pour la méthode de collecte « mode de collecte exclusif », les hypothèses suivantes sont posées :

- la cible EHPAD ayant répondu par internet peut répondre en face à face ;
- la cible MAS, FAM ayant répondu par internet ou par téléphone peut répondre en face à face ;
- la cible ESAT ayant répondu par internet peut répondre par téléphone.

En conséquence, à hypothèse équivalente, le taux global de participation sera identique entre les deux méthodes de collecte.

Tableau 17 : taux de participation selon les hypothèses – méthode multimode séquentiel

Cible	Collecte CAWI		Collecte CATI		Collecte CAPI	
	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute
EHPAD	18 %	20 %	Non concerné		17 %	42 %
ESAT	37 %	37 %	49 %	49 %	Non concerné	
MAS, FAM	19 %	21 %	28 %	28 %	19 %	32 %

Pour la collecte CATI, l'hypothèse est faite que la totalité de la cible dispose d'un numéro de téléphone.

#### 4.1.4. Phase préparatoire

##### → Elaboration du fichier de contacts

La mise à disposition d'une base de sondage est nécessaire en vue d'une collecte multi mode séquentiel ou ne serait-ce que pour informer le tuteur ou recueillir l'autorisation parentale si l'enquête est réalisée auprès d'enfants. A ce jour, il n'existe pas de base unique exhaustive qui comporte des données personnelles des personnes cibles. Dans les enquêtes nationales qui portent sur les publics accompagnés par des ESSMS, la constitution de la base des interrogés nécessite l'intervention des établissements<sup>17</sup> et du temps de professionnels dédiés à cette tâche. L'absence de fichier national constitue donc un frein méthodologique majeur.<sup>18</sup>

Dans le cadre d'un déploiement national de l'enquête, la mise en place d'une solution centralisée (plateforme de chargement de fichiers) est préconisée, sur le modèle de la plateforme e-satis<sup>19</sup>.

Cette plateforme permettrait :

- de télécharger la structure du fichier attendu avec les règles de construction du fichier et format de fichier (au format Excel par exemple) ;

<sup>15</sup> Excepté pour les ESAT.

<sup>16</sup> Le recueil par téléphone ayant été impacté à la marge par la crise sanitaire, le taux de participation reste identique pour les deux hypothèses.

<sup>17</sup> Enquête Care institution 2016, Drees

<sup>18</sup> Seule une enquête réalisée uniquement en face à face auprès de l'ensemble de la cible dans un établissement ne nécessite pas la constitution d'un fichier de contacts. Cependant, ce protocole ne peut s'appliquer à une enquête de grande envergure.

<sup>19</sup> [Portail e-satis](#)

- le chargement du fichier de contacts pour chaque établissement ;
- le contrôle du fichier qui sera chargé par les établissements. Si des erreurs sont identifiées le fichier n'est pas pris en compte et un message récapitule l'ensemble des erreurs ;
- la fusion des fichiers une fois tous les fichiers collectés.

A cette plateforme il faudra ajouter du temps en amont pour :

- identifier les variables nécessaires à l'étude (personnalisation du questionnaire, personnalisation des courriers, filtres, suivi terrain, traitement des données) ;
- préparer un document (courrier) contenant les règles et consignes pour les établissements pour la construction du fichier.

Et pendant la collecte des fichiers, prévoir du temps de gestion pour :

- accompagner et répondre aux questions des établissements ;
- relancer les établissements qui n'auraient pas renvoyé le fichier dans les délais.

### → Implication des professionnels de la structure

Une des conclusions du pilote met en lumière l'intervention indispensable d'un professionnel désigné comme référent au sein de l'établissement. Ses missions sont multiples : construction des fichiers de contacts, communication auprès des autres professionnels, des personnes accompagnées et de leurs proches, collecte CAWI difficile sans l'investissement d'un professionnel, organisation des entretiens en face à face, ... Le temps dédié est donc loin d'être négligeable et la participation à l'enquête dépendra du niveau d'implication de ce référent et nécessite donc une adhésion de la direction.

### → Communication

Comme toute enquête, la communication joue un rôle primordial afin de sensibiliser et faire adhérer les personnes à la démarche. Outre le référent, les professionnels des structures doivent être également sensibilisés aux enjeux et aux conditions de réalisation afin de répondre aux questions des personnes. Des supports de communication spécifiques sont donc à envisager. On peut citer par exemple :

- Un courrier auprès de la direction des structures et un courrier auprès de chaque personne interrogée.
- Des affiches officielles dans les établissements pour informer de la réalisation de l'enquête.
- Un site internet qui permettrait de s'informer sur l'enquête, de prendre rendez-vous avec un enquêteur par téléphone ou encore d'accéder aux résultats de l'enquête.

## 4.2. Scénario 1 : une enquête déployée auprès de l'ensemble des ESMS

Il convient de garder à l'esprit que l'ampleur de la collecte (nombre d'établissements et de personnes sollicitées, nécessité du face-à-face) ne peut être envisagée à un rythme annuel dans l'optique d'un recueil exhaustif conduisant à la production d'indicateurs de satisfaction. La volumétrie importante d'entretiens prévus en téléphone ou/et face à face nécessite une période de collecte qui couvre 12 mois minimum. A titre de comparaison, l'Enquête National Logement 2020 prévoit la réalisation de 35 000 entretiens sur une période de 18 mois<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Site internet du Ministère de la transition écologique

## Estimation du nombre de répondants

Avec les hypothèses sur la participation énoncées précédemment, le nombre estimé de répondants est identique entre les deux méthodes de collecte :

Tableau 17 : taux de participation globale

Cible	Personnes interrogées	Répondants		Taux de participation	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute
EHPAD	600 378	193 248	<b>321 803</b>	32 %	54 %
MAS, FAM	55 292	28 436	<b>33 185</b>	51 %	60 %
ESAT	119 360	80 511	<b>80 511</b>	67 %	67 %

Tableau 18 : nombre de répondants, par hypothèse – méthode « mode de collecte exclusif »

Cible	Collecte CAWI		Collecte CATI		Collecte CAPI	
	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute
EHPAD	-	-	-		193 248	321 803
MAS, FAM	-	-	-	-	28 436	33 185
ESAT	-	-	80 511	80 511	-	

Tableau 19 : nombre de répondants, par hypothèse – méthode multimode séquentiel

Cible	Collecte CAWI		Collecte CATI		Collecte CAPI	
	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute	Hypothèse basse	Hypothèse haute
EHPAD	109 269	120 076	Non concerné		83 980	201 727
MAS, FAM	10 409	11 384	12 177	11 906	5 851	9 895
ESAT	43 924	43 924	36 586	36 586	Non concerné	

## Traitement, analyse et diffusion des résultats

Les réponses aux questionnaires devront être recueillies sur une plateforme en ligne sécurisée et dédiée à cet usage. Le développement de cette plateforme et de son hébergement doit donc se poser. Il sera alors possible de calculer des indicateurs de résultat, sous forme de scores de satisfaction et d'expérience préalablement construits et validés.

Une réflexion sera à mener quant à la diffusion et l'organisation des accès aux résultats :

- la diffusion des résultats de ces indicateurs de chaque ESMS sur un site d'information « grand public » accessible à tous, sur le modèle de Scope Santé ;
- la diffusion de résultats détaillés de chaque ESMS, dont l'accès serait paramétré selon l'utilisateur (ESMS, autorité de gestion...).

Le développement d'une solution technique du type « tableau de bord » nécessitant des outils de data visualisation est donc à envisager. Une réflexion devra être engagée sur les moyens qui permettent aux structures de favoriser l'appropriation des résultats.

## Estimation budgétaire

L'estimation budgétaire présentée dans les tableaux 19 et 20 est une simulation qui indique un ordre de grandeur dont le coût réel varie selon le contenu du protocole d'enquête. Cette simulation est basée sur une collecte réalisée par un prestataire externe.

Dans cette simulation, ne figurent pas les coûts indirects d'une telle démarche : le temps et les ressources dédiés par les établissements n'ont à ce stade pas été estimés. Leur chiffrage nécessiterait une analyse complémentaire dépendante du protocole envisagé.

Seule l'estimation budgétaire de l'étape de collecte diffère entre les deux méthodes de collecte testées.

Tableau 20 : estimation budgétaire par étape et par hypothèse (en € HT) – méthode « mode de collecte exclusif »

Etapes	Hypothèse basse	Hypothèse haute
<b>Phase préparatoire</b> : validation du protocole, plateforme du fichier de contacts, programmation du questionnaire, formation des enquêteurs...	134 000 €	134 000 €
<b>Communication</b> : auprès des établissements, des personnes	966 000 €	966 000 €
<b>Collecte</b> : passation des entretiens par téléphone pour la cible ESAT ; en face-à-face pour les cibles EHPAD, MAS/FAM	7 266 000 €	9 547 000 €
<b>Traitement et restitution des résultats</b> : analyse des données, développement d'une plateforme en ligne	64 000 €	64 000 €
<b>TOTAL</b>	<b>8 430 000 €</b>	<b>10 711 000 €</b>

Tableau 21 : estimation budgétaire par étape et par hypothèse (en € HT) – méthode multimode séquentiel

Etapes	Hypothèse basse	Hypothèse haute
<b>Phase préparatoire</b> : validation du protocole, plateforme du fichier de contacts, programmation du questionnaire, formation des enquêteurs...	134 000 €	134 000 €
<b>Communication</b> : auprès des établissements, des personnes	966 000 €	966 000 €
<b>Collecte</b> : diffusion de l'enquête en ligne et passation des entretiens par téléphone et en face à face	3 871 000 €	5 846 000 €
<b>Traitement et restitution des résultats</b> : analyse des données, développement d'une plateforme en ligne	64 000 €	64 000 €
<b>TOTAL</b>	<b>5 035 000 €</b>	<b>7 010 000 €</b>

Pour les deux méthodes de collecte testées, l'écart budgétaire observé sur l'étape de collecte entre l'hypothèse basse et l'hypothèse haute s'explique par l'accroissement du nombre de répondants en EHPAD en face-à-face.

L'écart budgétaire observé sur l'étape de collecte entre les deux méthodes de collecte, à hypothèse équivalente, s'explique en partie par le basculement de 44 000 entretiens réalisés par internet vers des entretiens réalisés par téléphone auprès de la cible ESAT, dont le coût unitaire est estimé à 41€ HT.

### 4.3. Scénario 2 : une enquête déployée auprès d'un échantillon d'ESMS

#### Echantillon

La taille de l'échantillon dépend notamment du nombre de strates qui le composent. Pour cet exercice de simulation, le plan de sondage (tirage des établissements) a été calculé en vue d'obtenir des résultats représentatifs :

- Pour les EHPAD : par région, statut juridique et taille d'établissement. Le volume d'établissements à enquêter est à peu près égal à 10% de la population étudiée, soit **754 EHPAD** (sur-représentation pour la Corse et les Drom) et 61 110 personnes interrogées<sup>21</sup>.
- Pour les MAS et FAM : par région et catégorie d'établissement. Soit un échantillon de **235 MAS et FAM** (minimum de 10 établissements par région et sur-représentation pour la Corse et les Drom) et 8 260 personnes interrogées.

Pour les ESAT : par région. Soit un échantillon de **157 ESAT** (minimum de 10 établissements par région et sur-représentation pour la Corse et les Drom) et 13 100 personnes interrogées.

#### Estimation du nombre de répondants

Pour ce scénario, seule l'hypothèse haute de participation a été testée.

Tableau 22 : nombre de répondants par mode et par cible – hypothèse haute – multimode séquentiel

Cible	Personnes interrogées	Collecte CAWI	Collecte CATI	Collecte CAPI	Total Répondants
EHPAD	61 115	12 223	Non concerné	20 535	<b>32 758</b>
MAS, FAM	8 259	1 586	1 855	1 542	<b>4 983</b>
ESAT	13 099	4 820	4 015	Non concerné	<b>8 835</b>

Il convient de rappeler que le nombre total de répondants estimé avec la méthode « mode de collecte exclusif » est identique.

#### Traitement, analyse et diffusion des résultats

Comme pour le scénario 1, les réponses aux questionnaires devront être recueillies sur une plateforme en ligne sécurisée et dédiée à cet usage. Avec une enquête par échantillon, une étape de traitement de la non-réponse et de pondération des données brutes est nécessaire afin de garantir la représentativité des résultats.

<sup>21</sup> avec le ratio (nombre de résidents / nombre d'établissements)

Il sera alors possible de calculer des indicateurs de résultat, sous forme de scores de satisfaction et d'expérience préalablement construits et validés.

Les modalités de diffusion des résultats sont à adapter en fonction du nombre de structures qui composent l'échantillon.

### Estimation budgétaire

L'estimation budgétaire présentée dans le tableau 23 est une simulation qui indique un ordre de grandeur dont le coût réel varie selon le contenu du protocole d'enquête. Cette simulation est basée sur une collecte réalisée par un prestataire externe.

Dans cette simulation, ne figurent pas les coûts indirects d'une telle démarche : le temps et les ressources dédiés par les établissements n'ont à ce stade pas été estimés. Leur chiffrage nécessiterait une analyse complémentaire dépendante du protocole envisagé.

Tableau 23 : estimation budgétaire par étape (en € HT) – scénario 2

Étapes	Hypothèse haute
<b>Phase préparatoire</b> : validation du protocole, échantillonnage, plateforme du fichier de contacts, programmation du questionnaire, formation des enquêteurs...	97 000 €
<b>Communication</b> : auprès des établissements, des personnes	105 000 €
<b>Collecte avec méthode « mode de collecte exclusif »</b>	1 184 000 €
<i>Collecte avec méthode « multimode séquentiel »</i>	<i>807 000 €</i>
<b>Traitement et restitution des résultats</b> : analyse des données, développement d'une plateforme en ligne	54 000 €
<b>TOTAL avec collecte « mode de collecte exclusif »</b>	<b>1 440 000 €</b>
<b>TOTAL avec collecte « multimode séquentiel »</b>	<b>1 063 000 €</b>



## 5. Perspectives

Dans le cadre de ce rapport, la HAS a essayé de répondre à la question posée : peut-on déployer un dispositif national de mesure de la satisfaction ?

Les résultats du pilote ne permettent pas de conclure à la possibilité ou non d'un déploiement au niveau national de l'enquête auprès des personnes en situation de handicap accompagnées par des services. Afin de limiter la place du tiers, l'enquête auprès des ESAT a montré la pertinence d'interroger les personnes par téléphone. De même, concernant les résidents en EHPAD, en FAM ou en MAS, les résultats montrent que la seule manière de s'assurer du recueil de la satisfaction et de l'expérience des personnes, sans intervention d'un tiers, que ce soit un professionnel ou un proche, reste le face-à-face exclusif. La présence d'un tiers, comme la personne de confiance, peut être envisagée dans l'optique de favoriser la compréhension des questions par la personne interrogée faciliter ainsi le recueil. Il peut également être envisagé d'opter pour un multimode séquentiel, alliant face-à-face, téléphone ou internet, tout en ayant conscience des biais possibles. En aucun cas, le recueil de la satisfaction par un tiers, sans la présence de la personne, ne peut être intégré dans le dispositif recherché.

Quelle que soit l'option choisie, elle nécessite un investissement financier et humain important, ainsi qu'une logistique qui rend impossible une enquête annuelle au sein de chaque structure. Il conviendrait de répartir les ESSMS concernés sur un cycle de 2 à 3 ans maximum, selon des critères qui restent à définir : territoriaux, type de structure... Ces arbitrages devront se faire au niveau ministériel, en concertation avec les acteurs du secteur. De nouvelles étapes seront alors à construire :

- l'évolution du questionnaire pour prendre en compte les enseignements du pilote ;
- le déploiement sur un nombre plus important de structures, permettant de tester les qualités métrologiques du questionnaire (sensibilité, validité...) ;
- le cycle à blanc, c'est-à-dire envoi aux structures de leurs résultats sans publication, afin de leur permettre de s'approprier la démarche et d'obtenir l'adhésion de tous ;
- le déploiement avec publication des résultats sous une forme encore à définir.

Une alternative pourrait consister à rendre obligatoire la mesure annuelle de la satisfaction et de l'expérience des personnes, sans publication nationale des résultats. Ces résultats seraient partagés et discutés au sein des conseils de vie social et groupe d'expression ou autre forme de participation, avec les professionnels, les personnes, l'entourage. Ils seraient publiés sur le site internet de la structure ou affichés dans l'établissement. Ne reposant pas sur des comparaisons entre structures, les exigences méthodologiques pour le recueil pourront être moindres. Des ressources dont le profil reste à définir mais dont la neutralité avec la personne accompagnée serait recherchée pourraient alors être mobilisées. La HAS pourrait produire guide, questionnaires, supports pour transmettre certaines précautions méthodologiques aux enquêteurs désignés.

Au-delà de la réalisation obligatoire de cette enquête annuelle, une proposition de plan d'actions d'amélioration, élaboré à partir de l'analyse des résultats, devrait faire l'objet d'une présentation et d'un suivi en CVS.

Enfin, il est à noter que la faisabilité d'un tel recueil reste différente selon les publics concernés et que certaines catégories de personnes restent inaccessibles à cette démarche, du fait de la sévérité de leurs troubles. Ce constat doit s'accompagner d'une réflexion sur les différents modes de communication spécifique qui sont utilisés au quotidien par les structures et qui sont adaptés au public accompagné. Ce panorama permettrait de développer des outils adéquats afin que les personnes puissent

également exprimer leur point de vue, au-delà d'un questionnaire quantitatif tel que proposé dans le pilote.

# Table des annexes

---

Annexe 1.	Courrier de présentation du pilote adressé à la direction de la structure	44
Annexe 2.	Lettre annonce de l'enquête adressée à la personne accompagnée	45

## Annexe 1. Courrier de présentation du pilote adressé à la direction de la structure



Développer la qualité dans le champ  
sanitaire, social et médico-social

[Nom établissement]  
A l'attention de [nom directeur]  
[Adresse 1] [Adresse 2]  
[CP] [Ville]

Pièces jointes :

- Annexe 1 : Informations générales
- Annexe 2 : les principales étapes du déroulement de l'enquête
- Annexe 3 : les missions du référent

Saint Denis, le [JJ MMAAA]

**OBJET : ENQUETE PILOTE « EXPERIENCE ET SATISFACTION DES PERSONNES HEBERGEES EN EHPAD »**

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

Vous avez accepté de participer à l'enquête pilote menée par la Haute Autorité de Santé visant à recueillir l'expérience et la satisfaction de personnes en situation de handicap, accompagnées par des services ou des établissements. Je vous remercie de contribuer ainsi à l'élaboration de nouveaux modes de recueil d'expression des personnes accompagnées.

Ce travail est expérimental à ce stade car le pilote de l'enquête doit permettre d'évaluer la pertinence des questions posées ainsi que les modalités de ce recueil auprès de publics fragiles pouvant présenter des difficultés de communication.

**Nous vous informons qu'à partir du 6 janvier 2020**, vous serez contacté(e) par téléphone par la **société Kantar**, société mandatée par la HAS pour déployer l'enquête sur le terrain. Vous lui communiquerez le nom de la personne référente au sein de votre structure pour le déroulement de cette enquête. Le référent sera l'interlocuteur direct de la société Kantar pour le déploiement de l'enquête au sein de votre structure.

Un document joint à ce courrier décrit les principales étapes du déroulement de l'enquête et le rôle du référent. Il vous sera ensuite demandé d'établir la liste des personnes accompagnées / hébergées de façon permanente dans votre établissement, ceci afin de nous permettre de leur adresser un courrier d'annonce relatif à l'enquête. Nous vous précisons que la HAS a reçu l'autorisation de la CNIL pour le déploiement de cette enquête. Ainsi, comme la loi en fait la plus stricte obligation, les informations communiquées par les répondants resteront confidentielles et ne serviront qu'à des fins statistiques.

Nous vous remercions d'adresser **cette liste à la société Kantar avant le 24 janvier 2020**.

**Pour toute question autour de cette enquête, vous pouvez contacter Kantar par téléphone et/ou par mail (01 40 92 67 93 – [enquete-satisfaction-has@kantar.com](mailto:enquete-satisfaction-has@kantar.com)).**

Vous remerciant encore de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Madame Anne-Marie ARMANTERAS DE SACCÉ

La Présidente de la Commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

5 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX - Tél. : +33(0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33(0) 1 55 93 74 00  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) - N° SIRET : 110 000 445 00020 - code APE : 8411 Z

## Annexe 2. Lettre annonce de l'enquête adressée à la personne accompagnée



Développer la qualité dans le champ  
sanitaire, social et médico-social

L'établissement X  
A l'attention de [nom prénom]  
[Adresse 1] [Adresse 2]  
[CP] [Ville]

Saint-Denis, le [JJ MMAAA]

**Objet : enquête « expérience et satisfaction des personnes en situation de handicap accueillies en établissement »**

Madame, Monsieur,

La Haute Autorité de Santé (HAS) réalise une enquête cette année.

L'objectif est de recueillir l'expérience et la satisfaction des personnes en situation de handicap accueillies en établissement.

Vous êtes invité(e) à participer à cette enquête. Elle aborde les aspects de votre vie de tous les jours.

La HAS a confié à la société Kantar la réalisation de cette enquête.

Vos réponses resteront anonymes et confidentielles. La direction et les professionnels de l'établissement ne pourront en aucun cas connaître vos réponses.

**Pour participer à cette enquête**, vous êtes invité(e) à répondre à un questionnaire :

1. Vous devez aller sur internet
2. Tapez l'adresse : <http://ktr.pw/etudehas>
3. Entrez ensuite votre mot de passe personnel : XXX

Vous accéderez alors à un site internet protégé et sécurisé. Il faut environ dix minutes pour répondre au questionnaire.

Vous pouvez répondre jusqu'au **8 mars 2020**.

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter la société Kantar par téléphone (01.40.92.66.57) ou par mail ([enquete-satisfaction-has@kantar.com](mailto:enquete-satisfaction-has@kantar.com)).

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Madame Anne-Marie ARMANTERAS DE SACXÉ

La Présidente de la Commission de l'évaluation et  
de l'amélioration de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

L'encadré ci-dessous détaille les mentions liées à la protection des données personnelles :

La HAS, en tant que responsable de traitement, a mandaté Kantar, son sous-traitant, afin de réaliser cette enquête. Kantar utilise les données personnelles suivantes : nom, prénom, numéro de téléphone, adresse postale et les coordonnées des personnes en charge de l'autorité parentale et pourra traiter les données suivantes : données relatives à la vie personnelle, accompagnement proposé, respect des droits individuels, durée de présence dans l'établissement, type de handicap, niveau de dépendance pour la réalisation de l'étude.

Pour adapter les modalités de recueil d'opinion à la situation des personnes, Kantar doit collecter votre date de naissance.

Vos données seront transmises aux seules personnes habilitées de Kantar ainsi qu'aux prestataires de Kantar soumis au même devoir de confidentialité et ne sont pas utilisées à des fins commerciales.

Les réponses aux questionnaires transmises à la HAS par Kantar seront rendues anonymes.

Vos données seront conservées par Kantar en base active pendant six mois et seront ensuite définitivement supprimées.

La base légale de ce traitement de données est l'intérêt public (cf. article 6.1.e) du Règlement européen sur la protection des données.

Votre participation à cette étude est facultative. Vous pouvez refuser à tout moment d'y participer ou de répondre à certaines questions susceptibles de vous être posées lors de l'étude.

Vous avez le droit d'accéder et d'obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer durant la durée où elles seront conservées.

Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données dans le cadre de cette enquête, vous pouvez contacter : [privacyfrance@kantar.com](mailto:privacyfrance@kantar.com).

Un justificatif d'identité pourra vous être demandé pour l'exercice de ces droits.

Si vous souhaitez des informations complémentaires sur les modalités de nos enquêtes, l'ensemble de vos droits et plus largement sur la gestion de vos données personnelles, vous pouvez vous reporter à notre Politique de Données Personnelles sur <https://www.tns-sofres.com/donnees-personnelles>.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits en matière de protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

# Références bibliographiques

---

Mesure de la satisfaction des patients-résidents et des familles en EHPAD et soins de longue durée, Requa, revue Risque et qualité, 2018

« Endogénéité du statut du répondant à l'état de santé dans les enquêtes en population générale : quelles implications pour la mesure des besoins d'aide ? », Bérangère Davin, 2009

« Les résidents en EHPA et leurs proches : des opinions pas toujours identiques », in DREES (2011), Dossiers Solidarité et Santé, n°18

# Participants

---

Les établissements et services suivants se sont portés volontaires pour participer à cette enquête pilote :

## Personne âgée

Nom de la structure	Localité
Résidence médicalisée Léopold Bellan	ROMAINVILLE (93)
EHPAD Les Magnolias	MARLY-LEZ-VALENCIENNES (59)
Maison de retraite La Neuville	AMIENS (80)
Maison de retraite Au fil du temps	MEAUX (77)
Maison de retraite Le Flore	MONTGERON (91)
EHPAD Les Magnolias	LOOS (59)
Résidences Estréelle et Du Bruille	SAINT-AMAND-LES-EAUX (59)
EHPAD Le clos du moulin	BOESCHEPE (59)
EHPAD du CH de Roye	ROYE (80)

## Personne en situation de handicap adulte

Nom de la structure	Localité
MAS Famille Charles	LILLERS (59)
MAS Résidence du docteur Paul Gachet	CRETEIL (94)
FAM Apf	NOEUX-LES-MINES (62)
FAM Les Roseaux	CLICHY (92)
FAM Villebois Mareuil	GENNEVILLIERS (92)
FAM La fontaine des vœux	BAGNEUX (92)
ESAT des terres d'Opale	CALAIS (62)
ESAT Jean Caurant	BAGNEUX (92)
SAVS-SAMSAH Apf	VOISINS-LE-BRETONNEUX (78)
SAVS-SAMSAH Apf	CERGY (95)



## Personne en situation de handicap enfant

Nom de la structure	Localité
IME Le Rondo	VERSAILLES (78)
IME Solfège	BOULOGNE-BILLANCOURT (92)
EMP Les Tilleuls	CLICHY (92)
IME Henry Dunant	AMIENS (80)
IME – SESSAD Madeleine Bres	MARLY-LA-VILLE (95)
IEM – SESSAD de Villepatour	PRESLES EN BRIE (92)
ITEP – SESSAD Robert Commin et Laborie	MONTLIGNON (95)
ITEP - SESSAD Le Coteau	VITRY SUR SEINE (94)

## Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des référents et des professionnels des structures ci-dessus qui se sont mobilisés pour permettre la réalisation de cette enquête pilote.

# Abréviations et acronymes

---

<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>GIR</b>	Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée
<b>CAWI</b>	Terme anglais Computer Assisted Web Interviewing
<b>CATI</b>	Terme anglais Computer Assisted Telephone Interview
<b>CAPI</b>	Terme anglais Computer Assisted Personal Interviewing
<b>FAF</b>	Face à face
<b>PA</b>	Personne âgée
<b>PH</b>	Personne en situation de handicap
<b>PHA</b>	Personne en situation de handicap adulte
<b>PHE</b>	Personne en situation de handicap enfant

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

