



Recherche et Études

Utilisation de ScoPeO pour mesurer la qualité de vie : Démarche méthodologique et analyse des résultats dans 13 projets de HI

Direction Innovation, Impact & Information

2023

RE | 11, n°2



Auteurs

Lise Archambaud, Spécialiste MEAL, Direction 3i

Evans Engliz-Bey, Analyste, Direction 3i

Contributeurs

Aude Brus, Coordinatrice des Recherche, Direction 3i

Chloé Charpentier, MEAL Manager, Direction 3i

François Campagne, Spécialiste Gestion des données, Direction 3i

Une publication de Handicap International - Humanity & Inclusion

Direction Innovation, Impact, Information (3i)

Editing & mise en page

Stéphanie DEYGAS – Direction Innovation, Impact & Information

Crédits photographiques

Couverture : © Laurent Emmanuel / Apercus.net (Sénégal, 2006)

Droits et licences



L'utilisation de cet ouvrage est soumise aux conditions de la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). Conformément aux termes de la licence Creative Commons - Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification -, il est possible de copier, distribuer et transmettre le contenu de l'ouvrage, à des fins non commerciales uniquement, sous réserve du respect des conditions suivantes : **Paternité** - L'ouvrage doit être cité de la manière suivante : Archambaud Lise, Engliz-Bey Evans. Utilisation de ScoPeO pour mesurer la qualité de vie : Démarche méthodologique et analyse des résultats dans 13 projets de HI. Lyon : Handicap International - Humanity & Inclusion, 2023. Licence : Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). **Pas d'utilisation commerciale** - Cet ouvrage ne peut être utilisé à des fins commerciales. **Pas de modification** - Cet ouvrage ne peut être modifié, transformé ou utilisé pour créer des œuvres dérivées.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Résumé..... | 4 |
| Contexte..... | 4 |
| Objectifs généraux et spécifiques | 4 |
| Méthodes | 4 |
| Résultats issus de l'analyse des données..... | 5 |
| Éléments d'apprentissage | 6 |
| Préface..... | 8 |
| Introduction..... | 9 |
| Partie 1 – Contexte..... | 10 |
| 1. ScoPeO, un set d'outils conçus pour mesurer les effets sur la qualité de vie..... | 10 |
| 2. Une diversité de pays, une diversité d'intervention | 13 |
| 3. Une volonté d'approfondir l'analyse des approches multisectorielles | 15 |
| Partie 2 – Méthodologie..... | 17 |
| 1. Une démarche globale orientée vers l'appropriation des outils ScoPeO par les équipes HI..... | 17 |
| 2. Identifier les personnes à enquêter : de multiples considérations..... | 18 |
| 3. Des modalités de déploiement personnalisées par pays | 21 |
| 4. Une analyse globale des données..... | 26 |
| 5. La prise en compte des aspects éthiques, les pratiques inspirantes des équipes | 30 |
| 6. Une enquête limitée par le contexte global et les réalités locales | 33 |
| Partie 3 – Résultats des collectes de données ScoPeO | 36 |
| 1. Du profil des enquêtés : une variation modérée entre baseline et endline | 36 |
| 2. La qualité de vie : une perception influencée par le genre, l'âge et le handicap..... | 47 |
| 3. Evolution des scores de qualité de vie entre baseline et endline : des résultats globalement encourageants | 57 |
| Partie 4 – Éléments d'apprentissage..... | 67 |
| 1. La nécessité de déployer les ressources adéquates pour garantir la qualité de la collecte de données | 67 |
| 2. Le besoin d'améliorer l'articulation entre les activités du projet et les données de l'enquête | 71 |
| 3. Bien connaître la population ciblée pour bien planifier l'enquête..... | 74 |
| 4. Prendre en considération les résultats issus de la présente analyse des données pour améliorer la qualité des enquêtes à venir..... | 77 |
| Conclusion | 81 |
| Bibliographie..... | 83 |
| Annexes..... | 84 |

Résumé

Contexte

Cette enquête matérialise le croisement entre la concrétisation de plusieurs années de recherche sur la mesure de la qualité de vie et une volonté de mieux rendre compte de nos effets à l'échelle des projets financés par la coopération luxembourgeoise. Les recherches menées par HI et ses partenaires académiques sur la mesure de la qualité de vie ont donné naissance à l'outil ScoPeO, disponibles en deux versions, l'une destinée aux enfants (de 5 à 17 ans) et l'autre aux adultes (à partir de 18 ans). Ces deux versions reposent sur les mêmes principes conceptuels (la qualité de vie est subjective, multidimensionnelle et dynamique) et opérationnels (l'outil est générique, applicable quels que soient le genre, l'état de santé ou la situation de handicap des personnes). ScoPeO sert le même objectif de suivi d'un projet : mesurer les effets des interventions de HI sur la qualité de vie des bénéficiaires.

Objectifs généraux et spécifiques

Dans le cadre du financement octroyé par le Ministère des Affaires Etrangères du Luxembourg entre 2018 et 2022, ce sont 13 pays qui se sont engagés dans la réalisation d'une enquête pour estimer la contribution des projets à l'amélioration de la qualité de vie des populations. Ce présent rapport présente ainsi la démarche globale de déploiement de l'outil ScoPeO à grande échelle qui a permis de répondre à cette engagement, les résultats issus de l'analyse des données et également les éléments qui ressortent des partages d'expérience menés à différents moments au cours des projets.

Méthodes

Le choix de la démarche à adopter pour le déploiement de l'outil ScoPeO a principalement été guidé par la volonté d'encourager l'appropriation de l'outil ScoPeO par les équipes HI, ainsi que celle de réaliser les apprentissages nécessaires pour les futures enquêtes de ce type. Un accompagnement depuis le siège a permis d'orienter et de soutenir les équipes pour la réalisation de ces enquêtes, de réaliser les analyses transversales à partir de l'ensemble des données collectées, et de centraliser les différents éléments d'apprentissage. Cette initiative a permis de montrer la pertinence des outils ScoPeO pour mettre en évidence la contribution des projets de HI et des organisations partenaires sur l'amélioration de la qualité de vie des populations auprès desquelles elles travaillent.

Résultats issus de l'analyse des données

Plusieurs résultats ont pu être mis en avant. Tout d'abord, ce sont les scores de qualité de vie obtenus en baseline, ainsi que l'influence du genre, de l'âge et du handicap qui ont été étudiés. Au niveau des adultes, le score global de qualité de vie est de 49 sur 100. Ce score total moyen cache d'importantes variations selon les dimensions. En effet, la dimension de bien-être matériel présente un score de référence faible (35 sur 100) tandis que celle de participation sociale et familiale présente un score de référence élevé (62 sur 100). De plus, la qualité de vie des adultes apparaît comme significativement influencée par le genre, l'âge et le handicap. Le fait d'être une femme induit une différence significative du score global de qualité de vie. Les femmes ont un score significativement inférieur aux hommes pour la participation sociale et familiale, le bien-être subjectif et la santé. Le fait d'être âgé induit également une qualité de vie inférieure. C'est lorsque l'on s'intéresse aux différentes dimensions de la qualité de vie que des écarts importants apparaissent entre les catégories d'âge : le score de la dimension santé décroît significativement avec l'âge, tout comme le score de besoins de base ; à l'opposé, le score de participation sociale et familiale est significativement supérieur pour toutes les catégories d'âge par rapport au score des moins de 25 ans. **Quant au handicap, il s'agit bien de la caractéristique la plus discriminante en terme de qualité de vie. Le fait d'être en situation de handicap induit une différence significative.** Le score global de qualité de vie décroît significativement selon l'intensité du handicap. Entre les répondants sans handicap et ceux en situation de handicap, des différences importantes existent quel que soit la dimension mais c'est bien au sein de la dimension santé que les différences sont les plus marquées. Et plus l'intensité du handicap est importante, plus le score de santé décroît. On retrouve une tendance similaire pour la dimension du bien-être subjectif, des besoins de base et de la participation sociale et familiale.

En ce qui concerne les enfants, le score global des enfants est particulièrement élevé par rapport à celui des adultes (66 contre 49 sur 100). Lorsque l'on s'intéresse aux scores par dimension il ressort que ces derniers sont particulièrement élevés et homogènes.

Contrairement aux adultes, il semble que le genre et l'âge n'influencent pas la qualité de vie des enfants de façon significative. En revanche, comme pour les adultes, c'est en lien avec le handicap que les différences de scores sont les plus significatives. Ainsi, comparativement aux répondants sans handicap, les répondants en situation de handicap ont un score global significativement inférieur, qui décroît en fonction de l'intensité du handicap.

L'évolution des scores entre baseline et endline nous renseigne sur les effets des programmes de HI sur la qualité de vie des bénéficiaires. **Pour les adultes comme pour les enfants, on met en évidence une amélioration de la qualité de vie au cours de la période du projet. Par ailleurs, il ressort que selon la dimension considérée, entre 60% et 80% des adultes répondants estiment que les projets ont permis une amélioration de leur qualité de vie.** Cette question n'a pas été posée aux enfants. Ainsi y-a-t-il bien eu une

amélioration significative de la perception de qualité de vie par les personnes bénéficiant des interventions de HI.

En analysant l'évolution des scores en fonction du profil des répondants, on cherche à vérifier la contribution à l'augmentation ou à la résorption des inégalités entre les groupes, autrement dit, de discuter de la sensibilité des projets aux trois aspects que sont le genre, l'âge et le handicap. Pour les adultes, on observe une amélioration de la qualité de vie globale entre les hommes et les femmes d'une part, et les personnes avec et sans handicap d'autre part, dans des proportions similaires. **Il semble donc que dans le cadre des activités mises en œuvre pour l'AC5, la programmation de HI pour les adultes ait été relativement sensible au genre et au handicap. Les données analysées semblent également indiquer une programmation sensible à l'âge** : si les moins de 35 ans voient leur qualité de vie s'améliorer dans une moindre mesure par rapport aux autres tranches d'âge, il convient de rappeler que ceux-ci présentaient également des scores de qualité de vie supérieurs au moment de la baseline. En ce qui concerne les enfants, tandis que les garçons et les enfants sans handicap voient leur qualité de vie globale et par dimension s'améliorer pendant la période du projet, ce n'est pas le cas pour les filles et les enfants handicapés. **Ces résultats doivent nous interpeller, en cela qu'ils semblent montrer un manque de sensibilité de la programmation au genre et au handicap au niveau des activités à destination des enfants.** Et s'il est difficile d'interpréter les résultats relatifs à l'âge au vu de la diversité des interventions, nous ne pouvons pas exclure un éventuel manque de sensibilité à l'âge également.

Éléments d'apprentissage

Cette enquête a été l'opportunité de réaliser de nombreux apprentissages. Ces apprentissages nous permettent de formuler un certain nombre de recommandations pour les utilisations à venir des outils ScoPeO :

- Un accompagnement plus rapproché devrait être proposé aux équipes concernant l'analyse et la rédaction des rapports, suite à la collecte de données endline.
- La qualité de l'enquête repose également sur une anticipation et une budgétisation adéquate. Il est ainsi important de pouvoir réaliser une formation complète et de donner les moyens aux enquêteurs de passer le temps nécessaire avec chaque enquêté.
- On peut également souligner le besoin de recruter des enquêteurs spécifiques, uniquement dédiés à la collecte des données auprès des enfants, pour les pays déployant ScoPeO-Kids.
- Pour de réelles opportunités d'apprentissage, il est nécessaire de faire en sorte que les informations nécessaires au traitement et à l'analyse soient bien intégrées dans les enquêtes. Cela pourrait par exemple concerner le fait de savoir de quelles activités a pu bénéficier chaque personne pour réaliser des analyses plus approfondies des effets sur la qualité de vie selon les modalités d'intervention.

- Lorsque les approches longitudinales s'avèrent les plus pertinentes, il est important d'assurer une bonne gestion des données, ce qui passe par une procédure adaptée d'attribution d'identifiant : par exemple, il est possible de modifier la procédure proposée avec les outils ScoPeO, lorsque le projet a déjà attribué un numéro unique à chaque bénéficiaire ou lorsque cela a déjà été fait en baseline.
- Lorsque les équipes ne connaissent pas précisément à l'avance le profil des répondants, le balisage des non-réponses complètes (incapacité à répondre ou refus de répondre) reste une source d'apprentissage essentielle pour appréhender de façon plus précise les conditions d'utilisation des outils ScoPeO.
- Comme pour toute enquête, si l'outil est important, ce sont bien les enquêteurs et les enquêtrices qui sont les piliers de la qualité des données collectées. La composition des équipes (femmes, personnes handicapées, personnes ayant l'habitude de travailler avec des enfants) ainsi que la formation proposée, qui doit inclure une étape de pré-test, sont en ce sens essentielles.
- Au vu des analyses réalisées, qui montrent une influence de l'âge, du genre et du handicap sur la perception de la qualité de vie, il apparaît important de s'assurer que les structures des échantillons sont suffisamment similaires entre la Baseline et le Endline pour ne refléter que l'évolution effective de qualité de vie pendant la période du projet.
- Lors de l'utilisation des matrices dédiées à l'analyse de ScoPeO-Kids et ScoPeO-Adults, il pourrait être intéressant d'indiquer les intervalles de confiance pour se demander si les différences sont significatives entre les scores.
- Les valeurs de référence répertoriées ici permettent de faciliter l'analyse des données, dès la Baseline, il est donc conseillé de les mobiliser en les comparant aux résultats des enquêtes à venir. Ces valeurs pourraient être consolidées et affinées par l'établissement d'une base de données de l'ensemble des enquêtes ScoPeO par programme.

Préface

La mesure des effets réels de nos actions auprès de nos bénéficiaires est une question centrale dont se soucie notre organisation depuis plusieurs années. En effet, comment s'assurer que les énergies et moyens déployés à travers nos actions ont bien un effet positif sur celles et ceux qui en ont besoin ? Au-delà de notre devoir de redevabilité vis-à-vis de nos partenaires, bénéficiaires et donateurs, nous sommes aussi animés par le désir de « bien faire ». Cependant, si la compréhension et l'amélioration des effets de nos actions sont au cœur de notre stratégie, tenter de mesurer les effets de nos actions pluridisciplinaires auprès d'une population vulnérable hétérogène, dans des contextes souvent fragiles et complexes, et avec des moyens limités, se présente comme un véritable enjeu.

La conceptualisation de la qualité de vie et son rendu mesurable font l'objet de travaux au sein d'Humanité & Inclusion (HI) depuis 2013. Fruit d'une réflexion associant démarche scientifique et prise en compte de nos approches, ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids se présentent comme des outils d'évaluation de nos activités, mesurant les changements perçus par les bénéficiaires sur leurs conditions de vie à deux moments distincts du cycle de projet : avant (ou au début) et après (ou à la fin).

Les outils ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids sont avant tout destinés aux praticiens de HI sur le terrain. Nous avons donc maintenant à notre disposition des outils pratiques pour mesurer la qualité de vie perçue, dont la méthodologie a été éprouvée à grande échelle. Ils nous permettent de bâtir des référentiels sur la « qualité de vie » et nous offre la possibilité de mener des analyses comparatives, tant à l'échelle d'un projet qu'au niveau de l'organisation, ceci dans un objectif d'apprentissage collectif. Aboutissement d'un travail de collecte de données ambitieux dans 14 pays sur près de 5 ans, cette étude a permis de démontrer la robustesse scientifique de l'outil, mais aussi de dégager les effets positifs des interventions de HI sur la qualité de vie des personnes auprès desquelles les équipes interviennent, bien que différenciés en fonction du genre, de l'âge et du handicap des personnes répondantes. De nombreux apprentissages ont pu être tirés de cette expérience, qui viendront nourrir les prochaines utilisations de ces outils et les réflexions sur nos modalités d'intervention. C'est sur ce lien entre les activités menées et les effets observés qu'il conviendra de porter dorénavant nos efforts d'analyse. Enfin, cette étude a également permis d'enrichir la « suite ScoPeO », avec deux nouveaux outils permettant de répondre au besoin de mesure auprès de publics spécifiques de l'organisation : ScoPeO Proxy et ScoPeO Family.

Pour parvenir à ce déploiement à grande échelle, il aura fallu la participation de toutes les personnes qui ont eu la bienveillance de répondre à l'enquête ScoPeO. Elles sont près de 4.500 personnes dispersées dans 14 pays différents. Il y a aussi eu un engagement social à aller à la rencontre de toutes ces personnes : Merci à tous les enquêteurs qui ont été sur le terrain. Il a fallu de la motivation et de la ténacité pour s'impliquer dans l'aventure scientifique ScoPeO. Merci à tous les points focaux des pays visés par cette enquête qui ont eu cette flamme dans la durée, au cours des 5 années de cet Accord Cadre. Merci enfin, au travail de rigueur, d'analyse et d'appui dans cette démarche des équipes de la 3i au siège - Lise Archambaud, François Campagne, Aude Brus, Evans Engliz-Bey et Chloé Charpentier notamment.

Pierre Gallien, Directeur de la Direction Information, Impact & Innovation

Introduction

La conceptualisation de la qualité de vie et son rendu mesurable font l'objet de travaux au sein d'Humanité & Inclusion (HI) depuis 2013. HI s'est ainsi doté d'un set d'outils nommés ScoPeO (*Score of Perceived Outcomes*) permettant de mesurer l'évolution de la qualité de vie telle que perçue par les personnes. Pour apprendre sur la méthodologie et sur les effets de ses interventions, HI et son partenaire financier, le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE) du Luxembourg, se sont engagées à observer l'un des effets attendus par l'intermédiaire d'une grande enquête ScoPeO : celui d'une possible amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires des projets financés par la coopération luxembourgeoise (16 pays de 4 continents).

Les objectifs de ce rapport sont multiples. Premièrement, il s'agit de rendre compte de la démarche adoptée pour mesurer l'effet des interventions sur la qualité de vie telle que perçue par les bénéficiaires des projets AC5, et d'exposer les éléments d'apprentissage que nous pouvons tirer de cette expérience. Deuxièmement, cette enquête à grande échelle a créé une opportunité unique pour rassembler des données sur la qualité de vie des personnes avec et pour lesquelles les équipes de HI travaillent. Ainsi une analyse globale pour déterminer l'influence de l'âge, du genre et du handicap sur la qualité de vie a été menée. Ce rapport entend présenter les résultats issus de cette analyse. Troisièmement, les données produites ont également permis d'interroger un peu plus la pertinence et la validité de l'outil de mesure de la qualité de vie promu par HI, ScoPeO. Il est donc question de restituer les conclusions concernant l'outil lui-même et les implications en termes de conditions d'utilisation.

Pour répondre à ces objectifs, le rapport est articulé en quatre parties. Dans une première partie, nous présentons les éléments de contexte dans lesquels s'inscrit cette mesure des effets multi-pays et qui ont influencé les décisions prises quant à la démarche adoptée. Les éléments de méthodologie – illustrés à travers des exemples concrets provenant des équipes terrain - ainsi que les ressources produites pour accompagner cette enquête constituent la deuxième partie. La troisième partie, qui compose le cœur de ce document, présente les résultats des analyses de données issues de cette grande enquête ScoPeO. Elle révèle notamment l'influence du genre, de l'âge et du handicap sur les scores de qualité de vie tels que mesurés par l'outil. Enfin, les nombreux éléments d'apprentissage globaux qui ont pu être tirés de cette expérience sont recensés dans une quatrième partie. Cette dernière répertorie les apprentissages sur le processus de déploiement d'une telle enquête multi-pays, mais aussi les nouvelles connaissances qui ont pu être produites afin de compléter ce que nous savions sur l'outil ScoPeO lui-même.

Partie 1 – Contexte

L'amélioration de la qualité de vie des personnes vulnérables peut être considérée comme l'objectif ultime de la [Théorie du Changement de HI](#), telle que formalisée en 2015. HI mène d'ailleurs des recherches sur la mesure de la qualité de vie depuis plusieurs années, au travers de partenariats académiques¹. La première recherche (de 2013 à 2015) a abouti à la création d'un outil de mesure de la qualité de vie des adultes (à partir de 18 ans) – ScoPeO-Adults. La deuxième (de 2016 à 2018) a donné naissance à un outil équivalent, permettant de mesurer la qualité de vie des enfants de 5 à 17 ans – ScoPeO-Kids. A la fin de ces travaux, il a été naturellement question d'opérationnaliser ce travail de recherche, et de diffuser ScoPeO comme un outil de référence au sein de HI pour mesurer les effets des interventions en termes d'évolution de la qualité de vie telle que perçue par les personnes ciblées. Ce transfert de résultats de recherche en démarche MEAL intégrée dans les opérations sur le terrain – c'est-à-dire en outil participant au suivi des projets - a notamment pu prendre corps grâce à l'opportunité de l'Accord-Cadre 5 conclut entre HI et le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE) du Luxembourg. Cette opportunité AC5 a rendu possible le déploiement des outils ScoPeO dans différents pays, au niveau de différents types d'intervention. Les effets mesurés étant très divers, il a été convenu dès le début que cette initiative n'avait pas pour but de comparer les pays / les projets entre eux. En revanche, il était envisagé de saisir cette opportunité pour mener des analyses visant la comparaison entre les interventions impliquant un secteur et les interventions impliquant plusieurs, ceci afin de nourrir les réflexions en cours sur les approches multisectorielles.

1. ScoPeO, un set d'outils conçus pour mesurer les effets sur la qualité de vie

Le projet « Impact et qualité de vie » a été lancé chez HI en décembre 2012, grâce au financement du Ministère des Affaires Etrangères du Luxembourg dans le cadre de l'AC3. Les réflexions internes ont rapidement orienté la recherche vers la conception d'un outil de mesure de la qualité de vie, à la fois pour s'adapter aux particularités des contextes d'intervention de HI et à la fois répondre aux besoins spécifiques de l'organisation en terme de suivi des projets et mesure des indicateurs d'effets. La création de l'outil ScoPeO-Adults² repose sur plusieurs activités réalisées en interne : revue de littérature sur les définitions et les outils de mesure de la qualité de vie, de bien-être, de participation sociale

¹ Pour ScoPeO-Adults, l'UMI 3189 ESS du CNRS, qui a une expertise de recherche sur la qualité de vie dans les pays à faibles et moyens revenus ; pour ScoPeO-Kids, le CRIR (Centre de recherche en réadaptation du Montréal métropolitain) de l'Université de Montréal qui a une expertise sur la participation et l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience physique.

² Pour en savoir plus sur ScoPeO-Adults : BRUS Aude, DUBOZ Priscilla, LEFEBVRE Céline, LEGOFF Stéphanie. [ScoPeO-Adults : Mesurer la qualité de vie, la sécurité et la participation sociale et familiale des bénéficiaires des projets](#). Lyon: Handicap International, 2019 (troisième édition), 87 p.

et de conditions de vie ; analyse synthétique des expériences et notamment des outils déjà développés par différentes équipes ; consultation d'un ensemble de 14 partenaires dans 7 pays d'intervention sur les dimensions constituant la qualité de vie. Cela a permis de servir de base pour les étapes suivantes, réalisées via un partenariat académique : entretien avec les équipes de HI (siège et terrain) ; test des différentes versions de formulaire au Sénégal. Fort de cette expérience, et sachant que les enfants (5 à 17 ans) constituent une part importante des personnes ciblées dans le cadre des projets de HI (34% entre 5 et 17 ans en 2021), un nouveau cycle de recherche a été lancé pour permettre la mesure de la qualité de vie auprès des enfants. ScoPeO-Kids n'est cependant pas une simple adaptation de la version pour adultes d'origine, il est le fruit d'une recherche indépendante centrée sur les spécificités des publics plus jeunes et les modalités d'administration adaptées. La conception de ScoPeO-Kids³ a suivi une démarche en 8 étapes : recherche documentaire ; atelier avec les professionnels de HI (représentant divers secteurs et programmes) ; groupes de discussion avec les enfants et leur parents dans 2 pays, au Bangladesh et en Thaïlande ; production d'une série d'items et sélection des choix de réponse ; enquête quantitative (test de la première version du questionnaire) ; vérification de la validité de l'outil ; débriefing cognitif avec les enfants ; et révision de l'outil pour aboutir à la version que nous utilisons actuellement. Ainsi, les dimensions, le nombre de questions, les catégories de réponses et les modalités d'administrations ne sont pas les mêmes pour ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids. Cependant, HI s'est attaché à préserver la cohérence entre les deux outils, pour pouvoir être utilisés ensemble dans le cadre d'un même projet.



Les principes fondateurs des outils ScoPeO

Les deux outils se fondent sur les mêmes principes :

- Principes conceptuels : la qualité de vie est subjective, multidimensionnelle et dynamique ;
 - Principes opérationnels : l'outil est générique, applicable quels que soient le genre, l'état de santé ou la situation de handicap des personnes étudiées dans le cadre de l'enquête ; il sert le même objectif de suivi d'un projet (mesurer les effets des interventions de HI sur la qualité de vie des bénéficiaires) ;
 - Principes méthodologiques : les mêmes modalités de collecte de données (entretien direct avec les bénéficiaires) et d'analyse (score et scores partiels) sont recommandées.
-

³ Pour en savoir plus sur ScoPeO-Kids : BRUS Aude, HIGINS Johanne, POISSANT Lise. [ScoPeO-Kids : un outil pour mesurer la qualité de vie des enfants âgés de 5 à 17 ans](#). Lyon: Handicap International, 2019, 82 p.

Ainsi, les outils ScoPeO sont des outils centrés sur le recueil de la perception des personnes au niveau de leur qualité de vie. Ils sont destinés à être déployés au travers d'une enquête quantitative baseline et endline, afin de capturer l'évolution en terme de qualité de vie perçue par les populations ciblées entre le début et la fin de l'intervention. Le déploiement de ces outils repose donc sur l'hypothèse que les projets de HI peuvent contribuer, au moins en partie, à ces évolutions.



Les dimensions qui composent la qualité de vie telle que définie par HI

Au travers de ScoPeO, ce sont différentes dimensions qui contribuent à la qualité de vie qui sont évaluées :

- **ScoPeO-Kids** : Bien-être physique ; Bien-être émotionnel ; Autonomie et accomplissement personnel ; Sécurité perçue ; Bien-être social.
- **ScoPeO-Adults** : Santé physique et mentale ; Relations sociales et personnelles ; Bien-être subjectif ; Couverture des besoins de base ; Bien-être matériel ; Sécurité perçue ; Participations sociale et familiale.

En 2018, au moment des enquêtes baseline relatives à l'AC5, il n'y avait pas encore eu de déploiement à grande échelle des outils ScoPeO. De ce fait, certaines connaissances étaient encore manquantes quant aux difficultés qu'il pouvait potentiellement y avoir lors de l'administration du questionnaire, mais aussi concernant la sensibilité de l'outil par rapport à l'âge, au genre et au handicap des personnes interrogées. Par ailleurs, certains tests de validation des outils n'avaient pas encore pu être menés.



La structure des outils ScoPeO

ScoPeO-Adults : Le questionnaire ScoPeO-Adults utilisé en Baseline est administré aux futurs bénéficiaires âgés de 18 ans ou plus. Les questions peuvent être divisées en 4 sections : les informations relatives à l'enquête et à l'enquêteur (11 questions), les questions relatives à la qualité de vie (27 questions), les informations sociodémographiques sur l'enquêté (7 questions) et [les questions du Washington Group](#)⁴ relatives à l'identification des situations de handicap (6 questions). S'ajoute à cela une question ouverte visant à recueillir toutes informations complémentaires sur lesquelles souhaiterait s'exprimer l'enquêté et/ou l'enquêteur. Le questionnaire ScoPeO-Adults utilisé en Endline diffère légèrement de celui utilisé en Baseline : il contient 7 questions supplémentaires visant à recueillir la perception de l'effet des interventions sur les différentes dimensions de la qualité de vie.

⁴ Le Washington Group est un groupe d'étude de la Commission de statistique de l'Organisation des Nations unies dont la fonction première est d'encourager et de coordonner la coopération internationale en ce qui concerne la production de statistiques sur le handicap.

ScoPeO-Kids : Le questionnaire ScoPeO-Kids est administré aux enfants, âgés de 5 à 17 ans, qui vont ou ont bénéficié d'une intervention. Ce questionnaire unique est utilisé à la fois en Baseline et en Endline. Il se compose de 46 questions qui, comme pour le questionnaire ScoPeO-Adults, peuvent être divisées en 4 sections : les informations relatives à l'enquête et à l'enquêteur (8 questions), les informations sociodémographiques sur l'enquêté (10 questions), les questions du Washington Group relatives au handicap (6 questions) et les questions relatives à la qualité de vie (22 questions). S'ajoute à cela une question ouverte visant à recueillir toutes informations complémentaires sur laquelle souhaiterait s'exprimer l'enquêté et/ou l'enquêteur.

2. Une diversité de pays, une diversité d'intervention

La mesure des effets AC5 s'inscrit dans le cadre des financements de 16 programmes d'actions par le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes (MAEE – Luxembourg).



Les pays participant à l'AC5

Les 16 pays participant à l'AC5 sont :

- Direction Afrique de l'Ouest : le Niger, le Mali, le Sénégal, le Burkina Faso ;
 - Direction CESAN (Afrique du Nord, de l'Est et du Sud) : l'Éthiopie, le Soudan du Sud, Madagascar ;
 - Direction Asie : le Népal, le Laos, le Myanmar, le Cambodge ;
 - Direction Moyen-Orient : la Palestine ;
 - Direction Magritte : Haïti, le Rwanda, le Burundi, et la République Démocratique du Congo.
-

Parmi ces 16 pays, 12 ont réalisé leurs enquêtes Baseline en 2019 et leurs enquêtes Endline entre Septembre 2021 et Mai 2022. Un pays (le Myanmar) a adopté une approche de type *case management*: la collecte des données a donc été réalisée tout au long du projet, au début et à la fin de la prise en charge de la personne - ce qui explique qu'il n'y ait pas de dates fixes pour la Baseline ni pour la Endline.

Enfin 3 pays ont rencontré des difficultés diverses et n'ont pas réalisé tout ou partie de cette enquête :

1. Le Burundi où, HI a dû fermer ses activités en janvier 2019 ;
2. Le Laos qui ne bénéficiait pas de financement de l'accord cadre et qui n'a pas pu conduire les évaluations baseline et donc endline ;

3. Le Mali où le projet ciblait des enfants trisomiques et polyhandicapés présentant des limitations fonctionnelles cognitives importantes. Il est vite apparu que la modalité d'enquête directe ainsi que la formulation de certaines questions n'étaient pas adaptées au profil de ces cibles. La endline a donc été remplacée par une étude exploratoire en 2022 afin de statuer sur l'intérêt et les conditions d'utilisation d'un outil pour mesurer la qualité de vie à l'échelle de la famille et non plus de l'enfant (voir rapport).

En plus de la diversité des contextes d'intervention, et bien que tous les pays aient pour objectifs d'améliorer la qualité de vie des personnes ciblées, il est à noter que le contenu des interventions et la façon de les mettre en œuvre différaient d'un pays à un autre. Ainsi, chaque pays tentait de mesurer les effets d'activités spécifiques au travers de son enquête ScoPeO, ce qui est récapitulé dans la table 1 ci-dessous.

Table 1 – De quoi mesure-t-on l'effet (par pays) ?

| Pays | Secteurs d'intervention | De quoi mesure-t-on l'effet ? |
|---------------------|--|---|
| Burkina Faso | Santé et Réadaptation | Effet d'un fond d'équité |
| Mali | Réadaptation et inclusion socio-économique | Effet d'une prise en charge des enfants souffrant de paralysie cérébrale, de trisomie 21 et épilepsie et effet de l'insertion socio-économique auprès de parents d'enfants polyhandicapés |
| Niger | Education, Insertion professionnelle et socio-économique | Effet d'un accompagnement personnalisé d'insertion économique |
| Senegal | Insertion socio-économique | Effet d'une prise en charge des bénéficiaires dans leur milieu de travail |
| Ethiopie | Insertion socio-économique et réadaptation | Effet d'une prise en charge d'insertion socioéconomique chez les adultes et les parents d'enfants handicapés |
| Madagascar | Santé et réadaptation | Effet de la prise en charge des grossesses précoces et du suivi post-natal |
| RDC | Education et réadaptation | Effet de la prise en charge en réadaptation pour les enfants handicapés scolarisés |
| Rwanda | Santé et réadaptation | Effet de la prise en charge médicale et psychosociale des enfants atteints d'épilepsie |

| | | |
|----------------------|--|---|
| Soudan du Sud | Insertion socio-économique | Effet d'un accompagnement d'activités AGR |
| Cambodge | Insertion socio-économique et réadaptation | Effet de la prise en charge de la réadaptation ; effet conjoint de la prise en charge en réadaptation et insertion socio-économique |
| Myanmar | Insertion socio-économique et réadaptation | Effet de la prise en charge en réadaptation et insertion socioéconomique |
| Népal | Santé et insertion socio-économique | Effet de la prise en charge en réadaptation et santé |
| Haïti | Insertion socio-économique | Effet d'un accompagnement d'activités AGR |
| Palestine | Education | Effet du plan d'éducation personnalisé |

Les interventions dont on cherche à mesurer les effets via l'enquête ScoPeO montre la diversité des secteurs dont les activités ont été mis en œuvre au cours de de l'AC5, mais aussi la volonté, dans certains cas, d'accompagner les populations de façon multisectorielle, au sein d'un même pays.

3. Une volonté d'approfondir l'analyse des approches multisectorielles

Les principaux secteurs d'intervention retenus pour l'AC5 sont la santé, notamment la santé maternelle et infantile (SMI), la réadaptation, l'éducation inclusive et l'insertion socioéconomique. Cet accord se distingue des précédents (AC4, AC3) par une volonté d'engager les missions de HI à initier une **approche multisectorielle (approche globale du handicap)**, ouvrant ainsi l'accès à plusieurs interventions aux bénéficiaires, en fonction des besoins identifiés. Autrement dit, les programmes d'actions cherchent à favoriser l'accès des personnes aux services médico-sociaux, tout en donnant à certains bénéficiaires l'accès à des secteurs complémentaires comme levier pour l'accès aux premiers services et/ou pour renforcer l'effets de ceux-ci. Par exemple, les programmes visant une inclusion sociale ou économique (accès à l'éducation, accès à l'emploi) ont pu faire l'hypothèse de problématiques liées à la mobilité et à l'autonomie parmi les personnes ciblées, et ont donc proposé la mise en œuvre d'action complémentaires avec le secteur de la réadaptation (Niger ; République Démocratique du Congo ; Palestine ; Népal ; Haïti ; Laos). D'autres programmes (Cambodge, Mali, Éthiopie, Soudan du Sud), ont mis la vulnérabilité des parents/aidants en perspective : les parents ont été considérés comme des bénéficiaires

(activités génératrices de revenus) ou comme des acteurs participant à l'inclusion sociale de leurs enfants, et donc usagers des services sociaux et de réadaptation par exemple.

A l'instar de ces exemples, tous les programmes de l'AC5 devaient ainsi, au cours de la période allant de 2018 à 2022, tenter de mettre en œuvre une intégration des différentes interventions sectorielles, ou en tout cas une complémentarité entre ces dernières. C'est dans ces conditions qu'est apparue **la volonté d'approfondir l'analyse des approches multisectorielles, en faisant l'hypothèse d'effets cumulatifs sur la qualité de vie**. Au travers de cette enquête, il était donc envisagé de vérifier l'amélioration plus importante de la qualité de vie pour les bénéficiaires ayant eu accès à plusieurs secteurs, par rapport à ceux n'ayant accès qu'à un seul secteur d'intervention. Des réflexions en lien avec ce sujet sont exposés la fin de ce rapport, dans la [Partie 4 – Éléments d'apprentissage](#).

Partie 2 – Méthodologie

Le déploiement à grande échelle des outils ScoPeO a fait émerger le besoin de cadrer l'exercice et d'accompagner les équipes pour mener à bien l'enquête. Ceci a logiquement conduit à la **production de guidances spécifiques** mais aussi de documents issus des pays participant pouvant servir de référence à différentes étapes de l'enquête. Il est essentiel de garder à l'esprit que l'utilisation des outils ScoPeO implique les mêmes processus que toute autre enquête quantitative : il convient de suivre les mêmes étapes clés et de mettre en œuvre les mêmes activités (pour plus de détail, se référer au [cycle d'une étude](#)). Ces étapes et les recommandations associées doivent être suivies afin de garantir la production de données de qualité. Ce sont ces étapes que nous suivons ci-dessous afin de présenter la démarche adoptée pour la réalisation de cette enquête Baseline-Endline avec les outils ScoPeO.

1. Une démarche globale orientée vers l'appropriation des outils ScoPeO par les équipes HI

Le choix de la démarche à adopter pour le déploiement de l'outil ScoPeO a principalement été guidé par la **volonté d'encourager l'appropriation de l'outil ScoPeO par les équipes HI**. Ainsi, le déploiement de l'enquête par les équipes HI directement a été privilégié par rapport au recours à des consultants.

Afin d'initier une dynamique commune aux 16 pays de l'AC5, **un séminaire a été organisé du 5-9 novembre 2018 au Sénégal**. Si l'intention était de pouvoir réunir deux personnes pour chaque pays impliqué afin que ceux-ci servent de relais pour la mise en œuvre de l'enquête ScoPeO, cela n'a été possible que pour 12 pays. Pour les autres, une seule personne a pu se rendre disponible pour participer au séminaire. Les profils des participants étaient des Chefs de Projets, des MEAL ou encore des postes de coordination techniques. Les objectifs de ce séminaire étaient triples : 1) expliquer la notion de qualité de vie et la construction des outils ScoPeO ; 2) assurer l'appropriation par les participants des principes de base liés à la conduite d'une enquête quantitative telle que l'enquête ScoPeO ; 3) fixer un calendrier de travail et partager des expériences et des supports pour faciliter le déploiement de l'enquête une fois chaque participant retourné dans son pays.

A la suite de ce séminaire, les participants (les points focaux ScoPeO) devaient écrire le **protocole de leur enquête ScoPeO**, en prenant en compte les **spécificités de leur contexte et de l'intervention mise en œuvre par HI dans le cadre de l'AC5**. Pour ce faire, ils ont été **accompagnés par une chargée d'étude au siège, dédiée spécifiquement à cette tâche pendant presque 10 mois**⁵.

⁵ Pour plus d'information sur le séminaire et l'accompagnement à la conception des protocoles, se référer au rapport rédigé après les collectes de données Baseline : Lysette Boucher-Castel.

[Utilisation de ScoPeO dans le cadre de l'évaluation des programmes AC5 d'Humanité & Inclusion](#)

2. Identifier les personnes à enquêter : de multiples considérations

Un des objectifs de l'enquête ScoPeO étant de mesurer les effets des interventions de HI auprès des bénéficiaires, une attention particulière a été dédiée à la question de l'échantillonnage. Plusieurs critères ont été retenus afin de **déterminer la population pour laquelle le projet pouvait prétendre contribuer à l'amélioration de la qualité de vie**, autrement dit la population cible de l'enquête.

2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion : un besoin de rigueur et de pragmatisme pour circonscrire la population cible

La définition de la population cible de l'enquête a reposé premièrement sur les personnes qui bénéficiaient d'activités dans les secteurs dits prioritaires, c'est-à-dire les secteurs prédominants au niveau de cet AC5. Il s'agissait de la réadaptation, de la santé, de l'inclusion économique et de l'éducation inclusive. Deuxièmement, la notion d'intervention a été interrogée, afin d'identifier les modalités qui permettraient vraisemblablement d'observer une différence entre le début et la fin du projet. **Pour prétendre avoir un effet sur la qualité de vie, seuls les bénéficiaires d'une prise en charge (ex : santé, réadaptation) ou d'un appui soutenu (ex : insertion économique) ont été considérés.** De ce fait, les activités telles que la sensibilisation, la formation, le plaidoyer, la détection du handicap n'ont pas été retenues.

Dans le même esprit, des critères d'exclusion ont été établis afin de permettre une certaine homogénéité des démarches entre les différents pays et donc de préserver la pertinence d'une analyse globale, à l'échelle de l'ensemble du programme d'action AC5. Ainsi **les personnes ayant bénéficiées de l'intervention avant 2019 ont été exclues de la population cible de l'enquête.** Dans un certain nombre de pays, l'année 2018 a en effet été dédiée au recrutement des équipes et à la formation des partenaires, et le séminaire dédié à la formation des équipes sur l'outil ScoPeO n'a pu être organisé que fin 2018. De même, il a été décidé de ne pas déployer l'enquête auprès des bénéficiaires des précédents accords-cadres (par exemple, l'AC4 qui venait de se terminer) afin de ne considérer que des personnes avec un statut similaire du point de vue du projet, à savoir de futurs bénéficiaires.



Le cas particulier de la Palestine : un critère d'exclusion créé par la situation sécuritaire

Une partie de la population initialement ciblée par le projet en Palestine au travers d'activités d'insertion socio-économique n'a pas pu être considérée comme population de l'enquête. En effet, alors que la première collecte de données devait avoir lieu en mai 2019, les bureaux de la mission HI ont fermé entre Avril et Mai du

: [Démarche méthodologique et résultats de la collecte de données](#). Lyon : Humanité & Inclusion, 2019.

fait de la situation sécuritaire. À la réouverture des bureaux, les activités du secteur socio-économique ont été reportées à une date ultérieure, bien plus tardive, et les bénéficiaires de ces activités n'ont donc pas pu être pris en compte pour la collecte de données.

Au total, pour les 14 pays (Burundi et Laos exclu), si les bénéficiaires des activités de HI au travers des projets AC5 étaient initialement estimés à 80 000 personnes sur la durée du projet, la prise en compte des critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés ci-dessus a réduit la population cible pour l'enquête à 25 000 personnes.

2.2 Une démarche d'échantillonnage de type probabiliste simple

Pour le déploiement de ScoPeO, **la question de l'échantillonnage a nécessité d'interroger les modalités d'identification des bénéficiaires, en fonction du temps nécessaire pour réaliser cette identification et de la capacité d'accueil des projets.** Des choix raisonnés ont également été faits quant à la localisation de ces bénéficiaires, pour respecter le nombre minimum d'enquêtes à faire permettant la réalisation des analyses attendues, tout en se conformant aux ressources disponibles pour mener cette enquête. Un tirage probabiliste simple (intervalle de confiance à 95 %) a été réalisé, en séparant la population enfant de la population adulte. Une fois l'échantillon tiré, **une répartition proportionnelle était faite selon les groupes d'âge et le sexe par secteur d'activité.**

Les échantillons ainsi constitués pour administrer les questionnaires ScoPeO comptaient environ 3600 bénéficiaires au total en baseline sur l'ensemble de pays participants.

2.3 Des enquêtes aux profils variés

Du fait de la diversité des interventions prévues (se référer à la table 2 ci-dessous), les profils à enquêter variaient d'un pays à l'autre. Si cela a remis en cause la comparabilité des résultats entre les pays comme nous le verrons plus bas (se référer au [2.6](#)), cela a également permis de déployer les outils auprès de publics divers et donc de vérifier leur pertinence pour le large éventail de personnes avec lequel HI travaille.

Table 2 – Les profils des personnes enquêtées

| Pays | Population cible de l'enquête | Outils déployés |
|----------------------|---|--|
| Burkina Faso | Enfants et jeunes ayant besoin de soin de réadaptation | ScoPeO-Kids ; ScoPeO-Adults |
| Mali | Enfants atteints d'épilepsie, de trisomie 21 et de polyhandicap et leur famille | ScoPeO-Kids (mais a rencontré des difficultés – se référer à la Partie 4 de ce rapport) ; ScoPeo-Adults |
| Niger | Enfants et jeunes adultes handicapés | ScoPeO-Kids ; ScoPeO-Adults |
| Senegal | Enfants et adultes vivant avec une déficience auditive sévère | ScoPeO-Adults |
| Ethiopie | Adultes handicapées et parents d'enfants handicapés économiquement vulnérables | ScoPeO-Kids ; ScoPeO-Adults |
| Madagascar | Jeunes filles et jeunes adultes enceintes et/ou ayant besoin de suivi post-accouchement | ScoPeO-Kids ; ScoPeO-Adults |
| RDC | Enfants handicapés scolarisés ayant besoin de soin de réadaptation | ScoPeO-Kids |
| Rwanda | Enfants atteints d'épilepsie | ScoPeO-Kids ; ScoPeO-Adults |
| Soudan du Sud | Chef(fe)s des ménages économiquement vulnérables | ScoPeO-Adults |
| Cambodge | Jeunes et adultes handicapés, ainsi que leur famille (aidants familiaux) | ScoPeO-Adults |
| Myanmar | Jeunes et adultes ayant besoin de soin de réadaptation et d'accès à l'emploi | ScoPeO-Kids ; ScoPeO-Adults |
| Népal | Enfants et adultes handicapés, ainsi que leur famille (aidants familiaux) | ScoPeO-Kids ; ScoPeO-Adults |
| Palestine | Enfants handicapés | ScoPeO-Kids |
| Haïti | Jeunes et adultes ayant besoin de soin de réadaptation | ScoPeO-Adults |

Il est à noter que la sélection des personnes ciblées dans le cadre du projet, autrement dit la façon dont sont identifiés les bénéficiaires du projet (point d'entrée) a eu une incidence sur les choix des modalités de déploiement des outils ScoPeO.

3. Des modalités de déploiement personnalisées par pays

Le déploiement de la mesure des effets des projets sur la qualité de vie des personnes ciblées à grande échelle nécessite notamment de mobiliser des outils fiables. Les outils ScoPeO ont été utilisés pour cela – **il n'a pas été laissé aux pays le choix de leur outil, afin de permettre la compilation des données dans le but de mener une analyse globale.** Cependant, la diversité des situations des pays (en termes d'intervention, de profil de population) a nécessité de faire des **choix au cas par cas en termes de modalités de déploiement**⁶. Ceci a été permis grâce à l'accompagnement d'une chargée d'étude tout au long du processus d'élaboration de la démarche de mise en œuvre de l'enquête baseline, et d'une mission auprès de 3 pays de la part d'un spécialiste MEAL également dédié à cette évaluation.

3.1 Les outils ScoPeO, des outils à la fiabilité avérée et adaptés au monitoring des projets

Les outils ScoPeO (ScoPeO-Adults d'une part, ScoPeO-Kids d'autre part) visent à mesurer la perception qu'a une personne de sa qualité de vie, et ainsi suivre les changements qu'elle perçoit entre deux périodes distinctes (au début d'une intervention ou d'une prise en charge, puis à la fin de cette dernière). **Une condition nécessaire pour s'assurer de la pertinence de telles mesures est de disposer d'outils valides et fiables.** L'identification et la sélection des dimensions de la qualité de vie présentes dans les outils ScoPeO ont été guidées par les débats et réflexions en cours au moment de l'élaboration de l'outil, tant au niveau de la sphère académique qu'au sein de HI et des autres acteurs de la solidarité internationale. L'élaboration de ces outils reposent également sur les contributions des personnes auprès desquelles HI travaillent, dans différents pays. L'ensemble de cette démarche, menée avec des partenaires académiques (se référer au [1.1](#)), permettent d'assurer la validité des outils.

⁶ Par modalités de déploiement nous faisons référence au choix du moment de l'enquête par rapport au parcours de prise en charge des bénéficiaire (toutes les enquêtes à un temps t ou au fur et à mesure de l'identification des bénéficiaires par exemple), au type de suivi des enquêtés (transversal ou longitudinal) ainsi qu'à la méthode d'échantillonnage (aléatoire simple ou stratifié).



Aller plus loin dans l'analyse de la fiabilité de ScoPeO-Adults

Si dans le cadre de son élaboration, la fiabilité de l'outil ScoPeO-Kids avait été éprouvée, **c'est bien l'analyse des données recueillies grâce à cette initiative AC5 qui a permis d'interroger un peu plus avant la fiabilité de l'outil ScoPeO-Adult.** En effet, des coefficients alpha de Cronbach⁷ ont été calculés pour la qualité de vie considérée dans son ensemble ainsi que pour chacune des dimensions. Ces coefficients peuvent théoriquement varier de 0 à 1. Plus la valeur du coefficient est proche de 1, plus la cohérence de la mesure et donc la fiabilité de l'outil est importante⁸. Or, d'après les analyses réalisées, la mesure de la qualité de vie dans son ensemble dispose d'un coefficient compris entre 0,86 lorsqu'on analyse les données issues de la Baseline, et 0,96 lorsqu'on analyse les données issues de la Endline - **soit un coefficient supérieur à 0,7 qui est communément admis comme étant le seuil minimal d'acceptabilité pour la fiabilité de mesure d'un instrument.** On retrouve également des résultats supérieurs à 0,7 pour chaque dimension, à l'exception de la dimension santé (on obtient un coefficient de 0,64 à partir des données Baseline et 0,69 à partir des données Endline). Cette moindre cohérence s'explique par le fait que cette dimension contient une question sur la santé mentale, moins corrélée avec les deux autres questions de la dimension qui concernent l'évaluation de la santé générale et les douleurs physiques. Cette dimension semble donc inclure deux concepts légèrement distincts. Toutefois, sachant que l'homogénéité des dimensions n'est pas le seul critère de fiabilité à prendre en compte pour un outil donné, il a été considéré important de conserver à la fois les questions portant sur la santé physique et sur la santé mentale, les deux étant directement liées à une définition plus globale de la santé⁹, constitutive d'une bonne qualité de vie.

Un élément important, qui ressort des analyses réalisées sur les données issues de ce déploiement, et qui confirme le potentiel des outils ScoPeO comme outils de mesure des effets (c'est-à-dire adapté au monitoring des projets) : **le temps de passation.** Ce dernier est mesuré automatiquement¹⁰ lors de l'administration des questionnaires via SurveyCTO.

⁷ Le coefficient alpha de Cronbach est une statistique utilisée notamment en psychométrie pour mesurer la cohérence interne (ou la fiabilité) des questions posées lors d'un test.

⁸ Un coefficient trop proche de 1 doit cependant alerter sur la redondance de certaines questions.

⁹ <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

¹⁰ Etant donné qu'il peut exister un délai entre la fin de passation du questionnaire et sa validation informatique par l'enquêteur dans l'outil de collecte de données mobile. Pour limiter cette surestimation, les temps de passation supérieurs ou égaux à 100 minutes ont été considérés comme des données non-valides (à noter que ce cas de figure est très rare puisque seulement 7 répondants

Pour **ScoPeO-Adults**, le temps de passation médian¹¹ en Baseline est d'environ 25 minutes, ce qui signifie que 50% des répondants ont complété le questionnaire en moins de 25 minutes. Plus encore, environ **92% l'ont complété en moins de 40 minutes**. Il est également intéressant d'explorer le temps de passation selon les caractéristiques du répondant. Un temps de passation trop important pour une ou plusieurs catégories de répondants signifierait que l'outil est peu adapté à cette population. Il ressort alors des analyses qu'aucune différence notable du temps médian n'existe selon l'âge, le genre ou le handicap (les écarts n'excèdent pas 4 minutes). Pour **ScoPeO-Kids**, le temps de passation médian est à peu près de 17 minutes. Environ **86% des répondants ont complété le questionnaire en moins de 30 minutes**. Le temps de passation de ScoPeO-Kids est donc plus contenu que celui de ScoPeO-Adults. Cela pourrait s'expliquer, notamment, par un questionnaire légèrement plus court et par des modalités de réponse identiques pour les questions sur la qualité de vie facilitant ainsi leur administration. Comme pour les adultes, il n'existe pas de différence importante du temps médian de passation selon l'âge, le genre ou le handicap (les écarts n'excèdent pas 4 minutes). **Les deux outils, ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids, semblent donc adaptés à l'ensemble des personnes ayant répondu à l'enquête.**

➤ De l'importance du suivi des non-réponses complètes

Si on vient de voir que les personnes qui répondent aux questionnaires ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids le font rapidement et sans difficulté particulière, il convient de nuancer ce constat puisqu'un certain nombre de bénéficiaires en situation de handicap particulièrement invalidant n'ont pu participer au questionnaire. Par exemple, au Mali, la collecte de données auprès des enfants atteints de trisomie 21 et des enfants polyhandicapés a été arrêtée du fait d'un taux de non-réponse au questionnaire trop important. Certains enfants ne semblaient ni comprendre ni être en mesure d'exprimer leurs réponses. Ainsi, la réflexion doit être poursuivie pour délimiter de façon plus précise encore les profils des personnes ne pouvant pas répondre (ou pas directement) à une enquête quantitative de type ScoPeO. Quelques éléments de réponse et des solutions possibles sont présentées dans la [Partie 4](#).

ont un temps de passation supérieur ou égal à 100 minutes pour ScoPeO-Adults et 2 répondants pour ScoPeO-Kids).

¹¹ Nous nous intéressons aux valeurs médianes plutôt qu'aux moyennes, car ces dernières sont plus sensibles aux valeurs extrêmes.

3.2 Le type de suivi : des pays qui s'orientent majoritairement vers une démarche transversale

Les outils ScoPeO ont été élaborés afin de pouvoir être déployés de façon longitudinale (les personnes interrogées en Baseline sont réinterrogées en Endline) mais aussi de façon transversale (on réalise un échantillonnage représentatif de la population cible en Baseline, puis en Endline, de manière indépendante). Les modalités de mise en œuvre du projet, ainsi que le profil des populations conditionnent souvent le choix d'une approche par rapport à l'autre. En ce qui concerne cette initiative AC5, la majorité des pays ont opté pour une démarche transversale, comme l'indique la table 3 ci-dessous, ne s'estimant pas en capacité de garantir le suivi des bénéficiaires sur toute la durée du projet.

Table 3 – Les types de démarche selon les pays

| | | |
|---|-------------------------|---|
| Démarche transversale (avant / après l'intervention) | | Haïti ; Ethiopie ; Madagascar ; RDC ; Rwanda ; Niger ; Sénégal ; Cambodge ; Mali |
| Démarche longitudinale | Simple | Népal ; Palestine ; Soudan du Sud |
| | En cohortes | Burkina Faso |
| | Suivi individuel | Myanmar (enquête intégrée dans une approche de type <i>case management</i>) |

Ce sont donc 4 pays au total qui ont déployé les outils ScopeO en adoptant une démarche longitudinale¹². Si les démarches longitudinales permettent de limiter les risques de biais au moment de la comparaison entre les résultats baseline et les résultats endline, celles-ci demeurent toutefois contraignantes en termes de suivi des populations et de gestion de données. Ainsi, **sur ces 5 pays, il n'a été possible de faire concorder les réponses des enquêtés en baseline et en endline que pour 1 seul, le Myanmar. Pour les autres, la gestion des identifiants des répondants a rendu impossible cette concordance.** De ce fait, l'ensemble des données, à l'exception du Myanmar, ont été traitées comme étant issues d'une démarche transversale au moment des analyses.

¹² Nous distinguons ici 3 types de suivi longitudinal. Le suivi longitudinal simple, qui revient à sélectionner de façon aléatoire des personnes à enquêter lors de la baseline au début du projet, et à les enquêter à nouveau lors de la endline à la fin du projet. Le suivi longitudinal en cohortes, où l'ensemble des personnes (ou un échantillon d'entre elles) identifiés sont interrogés au début et à la fin d'une période donnée (par exemple, au début et à la fin d'une année scolaire, ce qui fait qu'il y aura autant de cohortes que d'années scolaires couvertes par le projet). Le suivi individuel consiste quant à lui à administrer le questionnaire baseline au moment où la personne « entre » dans le projet, et le questionnaire endline au moment où elle en « sort ». Ainsi, les données sont-elles collectées au cas par cas, généralement de façon exhaustive (toutes les personnes bénéficiant du projet).

3.3 Un appui supplémentaire au déploiement pour certains pays

Une fois le protocole d'enquête élaborée grâce à l'accompagnement de la chargée d'étude dédiée à cette initiative, il s'est avéré que certains pays présentaient des environnements instables pour la collecte de données, une taille d'échantillon relativement plus importante que les autres, ou des pénuries de ressources humaines pour mener à bien la première collecte de données. Des mesures ont été prises pour renforcer encore l'accompagnement des pays concernés par ce type de problèmes. Ainsi l'Éthiopie, le Népal, et le Sud-Soudan ont-ils reçu l'appui direct d'un spécialiste MEAL venu sur place, qui a notamment contribué à la formation des enquêteurs, ainsi qu'à la mise en route de la collecte sur le terrain.

3.4 Le pré-test, une pratique essentielle garante de la qualité des données

Pour mener une collecte de données de ce type, une étape est indispensable : celle du pré-test. Elle consiste à renforcer la formation théorique des enquêteurs en leur permettant de mettre en pratique l'ensemble des consignes et conseils prodigués et d'administrer le questionnaire auprès de bénéficiaires, in situ. **Cette étape est d'autant plus importante lorsqu'il y a des enjeux de traduction du questionnaire, lorsque l'on suspecte que certaines questions ne sont pas adaptées aux catégories de personnes que l'on souhaite interroger, lorsque l'on pressent des réticences à répondre ou encore que certaines personnes ciblées ne seront pas en mesure de comprendre ou d'exprimer leur réponse.** Ainsi les modalités retenues et les adaptations proposées en terme d'administration du questionnaire¹³ peuvent-elles être testées en conditions réelles avant le démarrage de l'enquête, et ainsi les derniers ajustements peuvent-ils être faits sans nuire à la qualité des données qui seront analysées par la suite. Afin de mettre en évidence les difficultés que pouvaient rencontrer les enquêteurs ScoPeO, [un guide](#) a été préparé afin de cadrer la posture de l'enquêteur auprès des répondants d'une part, et d'envisager ce qui pouvait amener un répondant à ne pas être en capacité de répondre aux questions d'autre part.

Cette grande enquête AC5, comme nous le reverrons plus bas, grâce à l'accompagnement fourni, a globalement respecté les règles de pré-test, ce qui a permis de garantir la qualité des données. Ceci est confirmé par l'analyse des non-réponses partielles au questionnaire. La non-réponse partielle peut être définie comme l'absence de réponse à une question donnée tandis que la non-réponse complète est une absence de réponse à l'ensemble du questionnaire. **Les non-réponses partielles reflètent généralement des questions moins bien comprises ou trop sensibles. Or, le taux de non-réponse partielle est**

¹³ Les outils ScoPeO ont été testés et validés en l'état, il n'est pas possible de modifier les questions qui abordent la qualité de vie, ni leur ordre (au risque de remettre en cause leur fiabilité). Les modalités et les adaptations dont nous parlons ici concernent les éléments liés à la présentation de l'enquêteur et de l'objectif de l'enquête, ou par exemple le fait de recourir à un interprète en langue des signes, ou encore de choisir des lieux spécifiques pour l'administration de l'enquête (Est ce que le fait d'interroger les enfants dans un lieu d'accueil et non chez eux pose un problème ou non ?).

particulièrement faible, que ce soit pour ScoPeO-Adults ou ScoPeO-Kids, en Baseline comme en Endline. Pour ScoPeO-Adults, le taux de non-réponse partielle est de 0,9% pour chaque question, ce qui signifie que sur 100 répondants, moins de 1 personne n'a pas répondu à la question.

Pour ScoPeO-Kids, le taux moyen de non-réponse partielle est de 0,6%. Au final, **ces taux de non-réponse particulièrement bas témoignent d'une bonne adhésion des répondants aux questionnaires et aucune difficulté de passation ne semble notable.**

Une passation plus difficile de la question sur la qualité de vie globale de ScoPeO-Kids au Burkina Faso

Si en moyenne l'ensemble des 2 questionnaires, ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids, ont pu être administrés relativement facilement, une question a été identifiée comme un peu plus complexe pour l'enquête menée au Burkina Faso. Il s'agit de la question sur la qualité de vie globale, qui apparaît à la fin du questionnaire ScoPeO-Kids. En effet, le taux de non-réponse est de 9,2% à cette question lors de la Endline. Autrement dit, sur 100 enfants, un peu moins d'une dizaine n'ont pas su répondre à cette question. Cette question n'a pas été prise en compte pour le Burkina Faso dans les analyses qui sont présentées dans la suite de ce rapport.

Par ailleurs, il est vrai que les deux dernières questions de ScoPeO-Kids, sur le bonheur et sur la qualité de vie globale (administration de l'une ou de l'autre selon l'âge de l'enfant) ont été signalées comme plus complexes par les enquêteurs de différentes équipes lors des pré-tests, mais globalement des solutions en termes de traduction ou d'explications données à l'enfant ont pu être trouvées dans la grande majorité des cas.

4. Une analyse globale des données

Cette enquête ScoPeO à grande échelle a ouvert des perspectives importantes en terme d'apprentissage, qu'il s'agissait de savoir saisir. Ainsi, pour réaliser le traitement et l'analyse de l'ensemble des données mis à disposition par les pays participant à l'AC5, un spécialiste dédié a été recruté sur une durée de 2,5 mois, au siège, au cours de l'été 2022.

Le traitement des bases de données a notamment permis d'identifier les valeurs non valides (valeurs extrêmes, valeurs incohérentes). La décision a par ailleurs été prise de ne pas prendre en compte certaines informations socio-démographiques lors de l'analyse, du fait d'un nombre trop important de non-réponses, ou du fait de réponses trop disparates d'un pays à l'autre, suggérant une compréhension différente de la question. Ce fut par exemple le cas de la question sur le nombre de personne composant le foyer, et de celle sur le statut en terme de déplacement, questions que l'on retrouve dans les deux questionnaires, ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids.

»•« Le traitement des données sur le handicap

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la collecte des données sur le handicap a été réalisée via l'administration des questions du Washington Group, dans sa forme courte, qui se compose de 6 questions. Chacune de ces 6 questions portent sur la capacité à mener une « activité » spécifique : voir, entendre, marcher et monter des escaliers, se rappeler et se concentrer, prendre soin de soi (se laver, s'habiller), communiquer et être compris par les autres. Pour y répondre, 4 options sont possibles : « Non, pas de difficultés », « Oui, quelques difficultés », « Oui, beaucoup de difficultés » ou « Je n'y parviens pas du tout ».

Le choix d'un seuil pour qualifier les situations de handicap - Il existe plusieurs approches pour identifier les situations de handicap. Nous avons retenu une approche restreinte, à savoir : les personnes qui répondent qu'elles éprouvent « beaucoup de difficultés » ou qu'elles « ne parviennent pas du tout » à réaliser au moins une activité sont considérées comme étant en situation de handicap.

Un traitement des non-réponses spécifiques aux données sur le handicap - La non-réponse à ces questions a fait l'objet d'un traitement particulier. Ainsi, même si toutes les questions relatives au handicap n'ont pas été complétées, lorsqu'à au moins une activité la réponse est « Oui, beaucoup de difficultés » ou « Je n'y parviens pas du tout » le répondant est considéré comme étant en situation de handicap. Par contre, lorsque toutes les questions n'ont pas été complétées et qu'à aucune question la réponse est « Oui, beaucoup de difficultés » ou « Je n'y parviens pas du tout », l'information sur le handicap est considérée comme manquante. Nous ne pouvons présumer de ce qu'auraient été les réponses aux questions non-complétées et donc que le répondant n'est effectivement pas en situation de handicap. Pour les mêmes raisons, lorsque nous aborderons le handicap sous le prisme du nombre d'activités pour lesquelles la personne rencontre des difficultés, nous ne prendrons en compte que les personnes ayant répondu à l'ensemble des questions relatives au handicap. Il convient de signaler que, compte tenu du faible taux de non-réponse à ces questions, le nombre de données exploitables ne varie que très légèrement dans ce cas.

L'analyse s'est fondée sur les scores de qualité de vie total et par dimension. Pour ScoPeO-Adults, les modalités de réponse diffèrent selon la question. A chaque modalité de réponse est associée un score allant de 1 à 5 pour les questions relatives à la santé, aux relations sociales, aux besoins de base, à la sécurité perçue et à la participation sociale et familiale ; à un score de 1 à 7 pour les questions relatives au bien-être subjectif et à un score de 1 à 4 pour les questions relatives au bien-être matériel. Ces scores ont tous été ramenés à une échelle allant de 0 (score le plus détérioré) à 100 (score le plus favorable). Le score d'une dimension est obtenu par la moyenne des scores aux questions qui la composent.

Cette moyenne est calculée uniquement si au moins 2 questions sont renseignées pour les dimensions avec 2 ou 3 questions et si au moins 3 questions sont renseignées pour les dimensions avec 4 ou 5 questions. Le score global de qualité de vie correspond à la moyenne des scores aux dimensions et n'est calculé que si toutes les dimensions sont renseignées. Pour ScoPeO-Kids, l'ensemble des 20 questions disposent des mêmes modalités de réponse, au nombre de 4, allant de « Jamais » à « Toujours ». A chaque modalité de réponse est associé un score de 0 à 4. Le calcul du score global suit ensuite la même méthodologie que pour les adultes. En outre, ScoPeO-Kids inclut deux questions spécifiques sur la qualité de vie globale des répondants. L'une est destinée aux enfants de moins de 8 ans, il s'agit pour l'enfant de noter de 0 à 5 son niveau de bonheur. L'autre est destinée aux enfants de 8 ans ou plus, il s'agit pour l'enfant de noter sa qualité de vie de 0 à 10. Ces questions ont également été ramenées sur 100.

L'analyse des données a été réalisée en trois temps. Premièrement, **un travail de statistique descriptive** a été mené sur l'ensemble de la population enquêtée. L'accent a été mis sur la proportion de répondants selon le genre, l'âge et le handicap, globalement et par pays, ceci afin de **vérifier la comparabilité des données baseline et endline** sur ces critères.

Deuxièmement, **l'influence du genre, de l'âge et du handicap** a été explorée, à partir des données baseline. A ce stade, il a été nécessaire d'analyser les données de façon à n'attribuer les différences de score qu'à une et une seule caractéristique des répondant (le genre, ou l'âge, ou le handicap). Par exemple, si on compare les données brutes des différentes tranches d'âge, la différence de score qui est alors mise en évidence est-elle uniquement due à l'âge (ce que l'on cherche à montrer) ou à une proportion plus importante de répondants en situation de handicap à mesure que l'âge évolue ? **Afin d'éliminer ces potentiels effets de structure, qui peuvent biaiser l'interprétation des résultats, des modèles de régression linéaire multiple ont été utilisés.** Ces derniers permettent de présenter les résultats « toute chose égale par ailleurs », et donc de ne mettre en évidence que l'influence d'une seule caractéristique à la fois (on obtient l'effet « net » de cette caractéristique) sur les score de qualité de vie. Cette façon de procéder permet d'étudier la significativité de ces effets, c'est-à-dire si l'écart entre deux scores, par exemple le score lorsqu'on est une femme et le score lorsqu'on est un homme, est suffisamment important pour être interprété.

Troisièmement, l'analyse s'est concentrée sur **l'évolution des scores entre Baseline et Endline, de façon globale**, afin de vérifier si la qualité de vie des personnes ciblées au travers de l'AC5 s'était améliorée, conformément à l'objectif que s'était fixé HI.



La scolarisation, un critère très probablement essentiel dans la qualité de vie des enfants mais non retenu pour cette analyse

Il convient de signaler que pour les enfants - c'est-à-dire pour les données collectées via ScoPeO-Kids - le choix a été fait de ne pas inclure les informations sur la scolarisation (« l'enfant va-t-il à l'école ? ») dans le modèle. En effet, cette information évolue entre la Baseline et le Endline du fait même des activités proposées par HI. Ainsi, en début de projet, les enfants interrogés pouvaient ne pas aller à l'école, mais être scolarisés en fin de projet. Comparer les scores Baseline et Endline de qualité de vie en séparant les enfants scolarisés et ceux qui ne le sont pas, c'était prendre le risque de minimiser l'effet des programmes sur la qualité de vie des enfants.

Cette analyse visant à comparer les scores Baseline et Endline a ensuite été déclinée selon le genre, l'âge et le handicap. Il s'agissait de vérifier si, par exemple, la qualité de vie des personnes âgées s'est autant améliorée que celle des jeunes adultes, entre le début et la fin du projet. Autrement dit, il s'agissait d'**initier une analyse de la sensibilité des projets au genre, à l'âge et au handicap au travers des effets différenciés produits.**



Les objectifs fixés par la politique Handicap-Genre-Age de HI

Cette analyse par profil de répondant s'appuie sur la [politique Handicap-Genre-Age](#) (HGA) de HI. Cette politique définit les différents niveaux d'engagements de l'organisation concernant le handicap, le genre et l'âge, ainsi que les changements à opérer en la matière dans la manière de travailler de l'association. Elle stipule notamment que, afin de ne laisser personne de côté, toute action humanitaire ou de développement doit prendre en considération l'étendue des discriminations liées au handicap, au genre et à l'âge, et activement prendre les mesures correctives permettant l'égalité des chances. De façon général, **HI, au travers de cette politique, a posé l'objectif d'être sensible au handicap, au genre, et à l'âge** dans tous ses domaines d'activité. Autrement dit, HI doit s'assurer que sa programmation permet à toute personne discriminée sur la base du handicap, du genre ou de l'âge de bénéficier des actions de l'organisation à égalité avec les autres. Ou pour le dire encore autrement, **HI a l'ambition d'avoir a minima les mêmes effets sur l'ensemble des bénéficiaires quel que soit leur genre, leur âge, leur handicap.**

Cette fois encore, la significativité des écarts a été vérifiée, afin de pouvoir statuer sur une amélioration ou non des scores entre Baseline et Endline. Ce sont ces trois temps d'analyse qui sont présentés dans la [Partie 3](#).

5. La prise en compte des aspects éthiques, les pratiques inspirantes des équipes

Les aspects éthiques à prendre en considération ne sont pas spécifiques à l'utilisation de l'outil ScoPeO et doivent être appliqués à chaque enquête. Les 8 recommandations éthiques qu'il est nécessaire de suivre pour conduire une enquête sont répertoriés dans la note d'orientation dédiée : « [Etudes et recherches à HI : Pour une gestion éthique des données](#) ». Nous précisons ici comment ont été pris en compte ces différents aspects dans le cadre de ces collectes de données et pour partager quelques-unes des pratiques développées par les différentes équipes impliquées. Nous soulignons également les points d'attention qu'il faudra garder en tête à l'avenir.

Recommandation 1 : Garantir la sécurité des participants, des partenaires et des équipes

- Pour les équipes utilisant ScoPeO-Kids, des réflexions ont été menées pour identifier les lieux les plus sécurisés pour la passation des questionnaires, là où les enfants et les jeunes pouvaient se sentir les plus à l'aise, parfois en laissant le choix aux jeunes de choisir le lieu de discussion. Généralement, le choix a été fait de réaliser les enquêtes à domicile. Toutefois, une équipe menant des activités d'Education Inclusive a rencontré des difficultés, car si les équipes HI étaient régulièrement en lien avec les écoles et les enseignants, c'était moins le cas avec les parents, et les enquêteurs se sont retrouvés face à des parents plutôt réticents. Il a alors été nécessaire de communiquer auprès d'eux en amont puis de relancer l'enquête par la suite.
- Comme déjà mentionné, la pandémie de COVID-19 et ses conséquences ont obligé à une modification des façons de travailler. Ainsi, pour garantir le déploiement des enquêtes ScoPeO tout en assurant la sécurité des participants par le respect des règles de distanciation sociale, certaines équipes ont administré l'outil par téléphone¹⁴.

Recommandation 2 : Assurer une approche centrée sur la personne / la communauté

- Des efforts ont été déployés tout particulièrement pour faire en sorte que l'enquête respecte les besoins de chacun. Ainsi, le pré-test a-t-il permis d'affiner et de valider les traductions. Pour certaines langues et dialectes, l'enregistrement audio de la version traduite du questionnaire a été un atout pour les enquêteurs.

¹⁴ Pour savoir comment adapter et réaliser une enquête pas téléphone, se référer à la guidance [COVID : Mener une enquête quantitative ou qualitative par téléphone](#).

- Le recrutement d'enquêteurs avec des compétences spécifiques, dédiés uniquement à la collecte de données auprès des enfants (c'est à dire à l'administration de ScoPeO-Kids) a eu pour effet de faciliter la réalisation de l'enquête. Les enquêteurs généralement habitués à collecter des données auprès des adultes ont trouvé très difficile de travailler avec des enfants.
- Une initiative très intéressante pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes auprès de qui HI mène ses activités a été la réalisation de l'enquête ScoPeO via des vidéos tripartites entre l'enquêteur, un bénéficiaire malentendant et un traducteur en langue des signes (ou un facilitateur utilisant des supports visuels). Cela a été mis en place via Whatsapp, et a permis de collecter les perceptions de ces personnes concernant leur qualité de vie, lorsqu'il n'était pas possible de les rencontrer.
- L'analyse des taux de refus (autrement dit des non-réponses complètes), n'a pas pu être menée suite à l'enquête dans le cadre de l'AC5. En effet, il n'a pas été gardé de trace des personnes refusant totalement de répondre aux questions. Concrètement, les questionnaires étaient alors annulés et invalidés par l'équipe d'enquête et donc ils n'ont pas été inclus dans la base de données. Ces informations devraient cependant être conservées et analysées séparément les prochaines fois, afin d'appréhender les profils des personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas répondre à ScoPeO.

Recommandation 3 : Obtenir le consentement libre et éclairé des participant

- Une attention toute particulière a été accordée à la question du consentement éclairé. Ainsi, toutes les équipes ont respecté les procédures liées au recueil du consentement avant de poser les questions aux bénéficiaires sélectionnés. Deux formulaires étaient disponibles. L'un visait les adultes (+18 ans) et l'autre visait les enfants. Pour les adultes, une signature était demandée. Pour les enfants, les parents ou tuteurs en étaient les signataires. Toutefois, il était également important d'obtenir l'assentiment des personnes mineures interrogées via ScopeO-Kids, à recueillir selon une démarche plus adaptée. Ainsi une procédure en deux temps (double consentement) a-t-elle était proposée¹⁵.

Recommandation 4 : Proposer des mécanismes de référencement

- Lors de la réalisation de l'enquête ScoPeO, comme pour toute enquête, il peut arriver de rencontrer des bénéficiaires dont la situation nécessite une prise en charge / un référencement spécifique. Ainsi, avoir à disposition une cartographie des services pour pouvoir être réactif face à un tel cas est essentiel.

¹⁵ Les [formulaires pour le recueil du consentement](#) sont disponibles pour les adultes et pour les enfants.

Recommandation 5 : Assurer la sécurité des données personnelles et sensibles tout le long de l'activité

- Si les questions abordées dans ScoPeO ne sont pas sensibles, comme pour toute collecte de données il est important de faire en sorte que celles-ci soient protégées. Dans le cas de l'enquête AC5, il a pour cela été fait le choix de séparer le formulaire de consentement, nominatif, sur papier, et le questionnaire, sur tablette, uniquement identifié par un numéro, et donc directement anonyme. Le fait d'avoir obtenu le consentement de la personne ou non était reporté dans le formulaire SurveyCTO.

Recommandation 6 : Planifier et garantir l'utilisation et le partage des informations

- Le partage des informations liées à l'enquête a pris deux formes. Premièrement, des enquêtes de retour d'expérience suite à la Baseline, pour comprendre et tenter de trouver des solutions face aux difficultés potentielles, ainsi que la tenue d'un atelier de partage d'expérience à la fin de la période du projet, pour faire le point avec l'ensemble des pays impliqués sur leurs perceptions quant à cet exercice de collecte de données sur la qualité de vie. Deuxièmement, la réalisation d'analyses transversales à partir de l'ensemble des données collectées, dont les résultats ont été diffusés auprès des équipes tout d'abord, mais aussi plus largement par la suite (article Hinside, Talk, webinaires).
- Ces données ont donc toutes été formalisées dans ce présent rapport, et seront mobilisées pour la planification de l'enquête ScoPeO prévu dans le cadre de l'AC6. La diffusion à partir d'autres formats des messages-clés et des apprentissages est également prévue.
- Néanmoins, il y aura lieu, pour les déploiements à venir des outils ScoPeO, de permettre en plus un apprentissage spécifique pays par pays, par la conception de protocoles liés à une question d'apprentissage directement en lien avec chaque projet.

Recommandation 7 : Assurer l'expertise des équipes impliquées et la validité scientifique de l'activité

- Tout d'abord, l'accompagnement de la grande enquête ScoPeO par le siège a été faite par des personnes ayant des profils de chargée d'étude (expérience avérée dans la recherche), disposant d'une grande maîtrise des méthodologies et des démarches de collecte de données.
- Pour assurer l'expertise des équipes, la tenue du séminaire au Sénégal avant le lancement de la Baseline a permis de former deux personnes désignées points focales pour la presque totalité des pays, sur l'outil, sur les modalités permettant de réaliser des formations de qualité auprès des enquêteurs, ainsi que sur les règles d'une démarche éthique.
- Une fiche pédagogique a été créée pour former les enquêteurs sur le terrain à adopter une posture éthique lors des entretiens auprès des personnes ayant accepté de répondre au questionnaire ScoPeO.

Recommandation 8 : Obtenir l'agrément des autorités pertinentes et prévoir une revue externe de la proposition

- L'ensemble des protocoles ont été revus et validés par la chargée d'étude responsable de l'accompagnement des enquêtes Baseline au siège. Il y a donc bien eu une première étape de validation externe (externe par rapport à l'équipe projet).
- Dans deux pays, au Burkina Faso et au Rwanda, il a été demandé l'approbation d'un comité éthique relevant du ministère de la Santé.



Le passage devant le comité éthique, une démarche à anticiper

Lorsque le passage devant un comité éthique est obligatoire en vertu de la loi du pays, il convient de respecter cette étape. En revanche, il est important de connaître les lois du pays au moment de la conception du projet. D'une part, parce que cela demande une anticipation importante avant le lancement de la baseline (les comités éthiques se réunissent parfois à dates fixes, donc la procédure peut prendre plusieurs semaines voire plusieurs mois selon les cas). D'autre part, parce que cette démarche peut entraîner des coûts supplémentaires qu'il faut intégrer au budget.

6. Une enquête limitée par le contexte global et les réalités locales

Malgré le soin apporté au déploiement des enquêtes ScoPeO dans chaque pays, certaines limites ont été rencontrées. Celles-ci touchent principalement la portée des analyses.

6.1 Des résultats d'enquête influencés par des événements conjoncturels

Sur le même principe que l'ensemble des mesures des effets menées chez HI, cette enquête a pour but d'analyser l'évolution de la qualité de vie telle que rapportée par les bénéficiaires sur la période du projet. Les changements produits et détectés ne peuvent donc pas être strictement attribués à l'intervention de HI et de ses partenaires, mais peuvent être influencés par des événements extérieurs ainsi que par les décisions d'autres parties prenantes notamment.



Contribution du projet au changement versus attribution des changements au projet

Les modalités de collecte de données auprès des bénéficiaires en début et en fin de projet ne permet pas d'attribuer entièrement l'évolution (ou non) de la qualité de vie aux activités de HI : à défaut d'autre information (analyse contextuelle approfondie), ou d'une méthodologie de déploiement spécifique (de type évaluation d'impact impliquant un groupe de contrôle qui n'a pas reçu l'intervention), les activités de HI sont considérées comme l'un des facteurs parmi les autres influençant la qualité de vie. S'il existe une série de questions dans le questionnaire ScoPeO-Adults qui

recueille la perception des personnes interrogées sur l'influence directe du projet sur les différentes dimensions de la qualité de vie, et qui peuvent être très utiles lorsque le contexte a fortement évolué entre la Baseline et la Endline, il n'y a pas de question similaire au sein de ScoPeO-Kids.

L'impact de la pandémie de Covid 19 à partir de 2020 été relativement important et très varié selon les différents contextes d'intervention. Pour les populations, les conséquences ont été une incapacité à mener ses activités économiques (du fait de confinement) une inflation parfois très substantielle, une plus grande difficulté à accéder au services publics, et notamment les services de santé. Certaines interventions ont dû être interrompues sur des périodes plus ou moins longues par décision de HI, du fait de circonstances exceptionnelles (comme la fermeture des écoles ou la réquisition de personnels soignants nécessaires en réadaptation) ou encore de changement de priorité pour les bénéficiaires ou leur ménage. Par ailleurs, **d'autres crises sont apparues durant les années 2020 et 2021¹⁶ compliquant fortement les conditions de travail voire les accès humanitaires sur nos programmes.** De ce fait, sur la période 2018-2022 qui est celle de l'AC5, de nombreux bénéficiaires ont été confrontés à des événements pouvant affecter négativement leur qualité de vie, indépendamment des actions de HI. Potentiellement, les résultats de l'enquête ScoPeO minimisent les effets des activités déployées par nos équipes.

6.2 Une analyse globale qui masque les disparités locales

Le choix d'une analyse globale des données reposait sur le besoin d'apprendre sur l'outil lui-même (fiabilité, taux de réponse, sensibilité à un certain nombre d'éléments lié au profil des répondants, capacité à rendre compte des évolutions) d'une part, et sur la nécessité de proposer une analyse à l'échelle de l'ensemble de l'AC5 pour pouvoir renseigner l'indicateur d'effet qui avait fait l'objet d'un accord avec le MAE du Luxembourg d'autre part. Par ailleurs, il a été décidé de ne pas mener d'analyses comparatives entre les pays, principalement du fait des différences en termes d'activités et de population ciblées par les projets, qui ont influencées significativement les modalités de déploiement des outils ScoPeO dans chaque zone d'intervention. Se faisant, une partie des informations n'ont pas été traitée, et les influences particulières des réalités locales, fondamentales pour comprendre et améliorer les pratiques de HI au niveau des projets, ont été laissées de côté. Ainsi a-t-il été fortement recommandé à chaque équipe, pour pallier cela, d'analyser ses données propres à son niveau, afin de permettre une analyse fine des résultats, en adéquation avec les spécificités du contexte d'intervention, et une interprétation pertinente reposant sur la connaissance des personnes auprès de qui HI travaille. Les éléments d'apprentissage rapportés au travers de ces rapports ScoPeO rédigés par les équipes pays ont été intégrés dans la suite de ce document, en [Partie 4](#).

¹⁶ <https://www.acaps.org/countries>

6.3 Des mesures de la qualité de vie qui suivent des temporalités différentes

Mesurer les effets des interventions sur la qualité de vie en utilisant les outils ScoPeO nécessite de réaliser une enquête Baseline puis une enquêtes Endline. Ces deux enquêtes délimitent donc ce qui est considéré comme la période de prise en charge. Ainsi, plus la personne sera au début du processus d'intervention, plus il sera possible de capturer une perception de sa qualité de vie non encore influencée par les activités du projet. La plupart des programmes d'actions concernés par l'AC5 avaient également reçu un financement AC4 pour la période allant de 2014 à 2018, et parmi ceux-ci, certains étaient dans la boucle d'accords-cadres précédents (AC3 : 2010-2014). Cet élément était important à prendre en compte afin de limiter le risque que les résultats minimisent l'évolution réelle de la qualité de vie à laquelle le projet a pu contribuer. De la même façon, il est conseillé de réduire l'intervalle de temps entre le moment où une personne « sort » du projet et le moment où elle répond au questionnaire ScoPeO Endline. En pratique, pour cette grande enquête, et au vu des enjeux d'accompagnement qui nécessitaient des temps de travail collectifs, **ce balisage temporel a différé d'un pays à un autre**. Si certaines personnes ont été interrogées dès leur dernier contact avec une équipe HI (par exemple après leur dernière séance de réadaptation), d'autres ont été interrogées à la fin du projet, potentiellement plusieurs mois après. Dans les analyses qui suivent, il n'a pas été tenu compte de ces différences.



Un axe d'apprentissage potentiel : temporalité de l'émergence et durabilité des effets sur la qualité de vie

Actuellement, nous n'avons pas d'information sur comment évolue la qualité de vie à plus long terme, une fois le projet terminé. C'est pour cela que, en l'état de nos connaissances, il est conseillé de réduire l'intervalle de temps entre le moment où une personne « sort » du projet et le moment où elle répond au questionnaire ScoPeO Endline pour mieux capturer les changements qui aurait pu être produit grâce au projet et limiter les effets d'évènements extérieurs importants (on peut considérer que la probabilité que de tels évènements surviennent augmente à mesure que la période de temps s'étend). Toutefois, il pourrait s'avérer très intéressant d'interroger la façon dont les changements auxquels contribuent les projets de HI et de ses partenaires émergent sur une période de temps légèrement plus longue, ainsi que leur durabilité. Pour cela, il faudrait pouvoir déployer ScoPeO au début de l'intervention, à la fin de la prise en charge (à la fin de l'intervention) puis plusieurs mois plus tard (selon une temporalité à définir en fonction du type d'activités mises en œuvre). Il serait ainsi possible de rendre compte des effets qui n'émergent que plus tardivement le cas échéant, mais aussi éventuellement des dimensions de la qualité de vie qui pourraient se dégrader dès la fin du projet.

Partie 3 – Résultats des collectes de données ScoPeO

Les résultats des collectes de données ScoPeO sont présentées en suivant les trois temps de l'analyse. Premièrement, la structure des données en terme de profil des répondants est analysée, et comparée entre baseline et endline, en fonction du genre, de l'âge et du handicap. Deuxièmement, les scores de qualité de vie ont été comparés en fonction du profil des répondants, pour dégager l'influence de ces 3 facteurs. Enfin, vérifier si les objectifs du projet ont été atteints passe par l'analyse de l'évolution des scores de qualité de vie l'analyse entre la Baseline et la Endline. Ainsi, le troisième temps de présentation des résultats se focalise-t-il sur la démonstration d'une amélioration ou non de la qualité de vie des bénéficiaires des projets AC5, en général, puis selon leur profil.

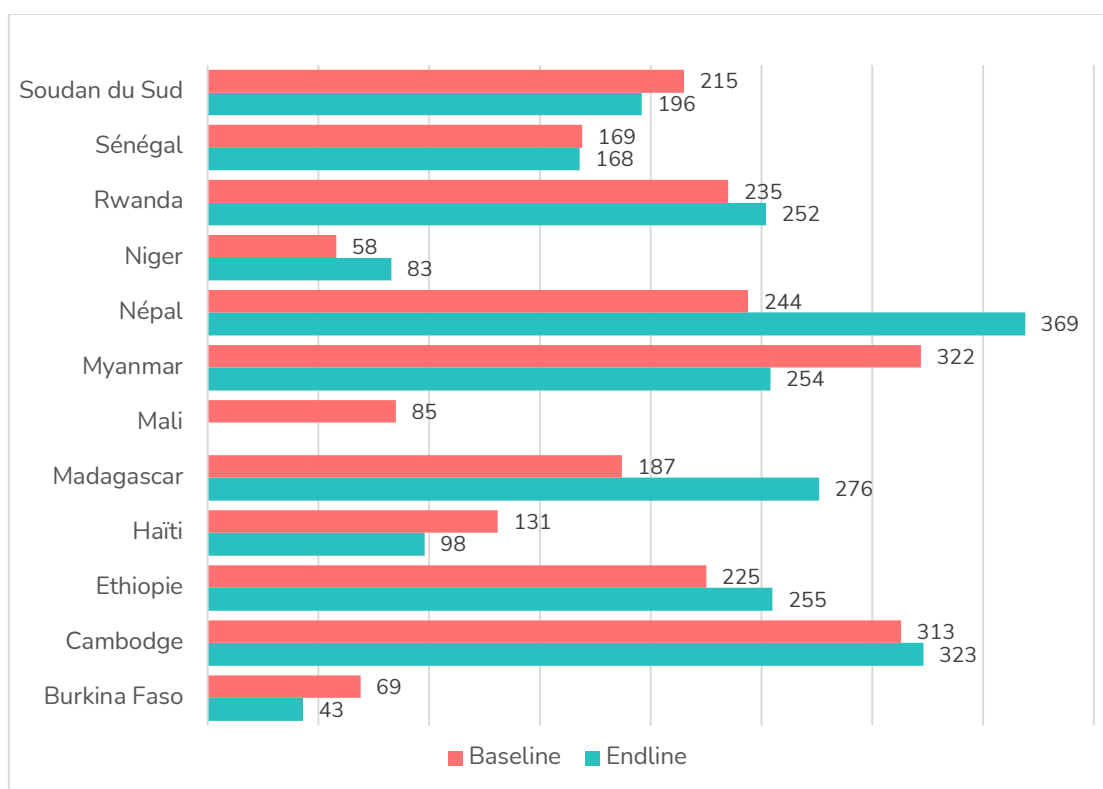
1. Du profil des enquêtés : une variation modérée entre baseline et endline

Nous l'avons dit, ce sont deux version de ScoPeO qui ont été déployées : ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids. Les outils suivant les mêmes principes mais étant différents en termes de questions, ce sont deux base de données distinctes qui ont été constituées. Nous abordons ici le nombre et le profil des répondants pour chacun des deux outils.

1.1 Nombre de répondants

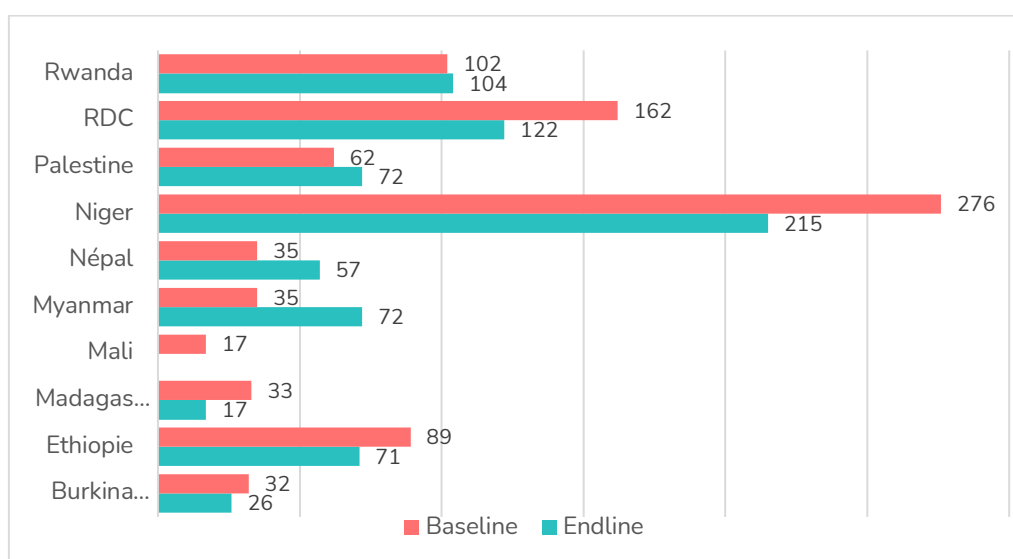
Le nombre de répondants varie selon les pays (graphique 1). Ces différences par pays s'expliquent, essentiellement, par un nombre de bénéficiaires variable et donc par des tailles d'échantillons adaptés à la population cible. Au total, ce sont 2 253 adultes qui ont répondu au questionnaire ScoPeO-Adults en Baseline et 2 317 en Endline. Certains pays présentent un plus grand nombre d'enquêtes en Baseline qu'en Endline. Cela s'explique généralement par les difficultés à retrouver les bénéficiaires à enquêter lors de la Endline (Burkina Faso, Myanmar) ou un contexte rendant difficile la réalisation de l'enquête (Haïti). Pour le Mali, nous ne disposons que des données Baseline, car face aux difficultés à déployer l'outil un changement d'approche a été opéré pour la Endline. A l'inverse certains pays présentent plus d'enquêtes en Endline qu'en Baseline, principalement du fait que les bases d'échantillonnage considérées n'étaient pas les mêmes : le nombre de bénéficiaires lors de la Baseline était bien plus faible que le nombre de bénéficiaires cumulés sur la durée du projet lors de la Endline (Népal, Madagascar).

Graphique 1 – Nombre de répondants à ScoPeO-Adults par pays (Baseline et Endline)



Concernant ScoPeO-kids, 843 enfants ont répondu au questionnaire en Baseline et 756 en Endline. Comme pour les adultes le nombre de répondants varie selon les pays et donc selon la taille de la population cible (graphique 2). Et comme pour les adultes, nous disposons uniquement des données en Baseline pour le Mali.

Graphique 2 – Nombre de répondants à ScoPeO-Kids par pays (Baseline et Endline)



1.2 Âge, genre et handicap des répondants à ScoPeO-Adults

La majorité des analyses sur la qualité de vie qui seront présentées par la suite ont été réalisées sur des données désagrégées (essentiellement par âge, genre et handicap) afin de limiter les potentiels effets de structure qui pourraient biaiser l'interprétation des résultats. Toutefois, pour rendre du compte de l'effet global du programme d'action AC5 sur la qualité de vie des bénéficiaires, il est nécessaire de s'intéresser à la variation des scores entre Baseline et Endline à l'échelle de l'ensemble des répondants. Pour ce faire, il est alors indispensable d'avoir une population dont le profil ne varie pas trop fortement entre la Baseline et la Endline. Dans le cas contraire, les différences de scores entre la Baseline et la Endline pourraient être imputables à l'évolution de la structure des répondants et non pas à de réelles évolutions. C'est notamment pour cette raison que nous allons nous intéresser au profil par âge, genre et handicap des répondants en Baseline et Endline¹⁷.



Age moyen, âge médian

L'âge moyen se calcule comme la somme des âges des répondants à l'enquête ScoPeO, divisée par le nombre de répondant. L'âge médian quant à lui est la valeur qui partage la série totale des réponses en deux séries de même effectif. Il y a donc autant de personnes avec un âge inférieur à l'âge médian que de personnes avec un âge supérieur à cet âge médian parmi les répondants à l'enquête ScoPeO.

Afin de comparer l'âge entre la Baseline et la Endline nous privilégions la valeur médiane à la valeur moyenne. En effet, cette dernière est plus sensible aux valeurs extrêmes.

L'âge médian de l'ensemble des répondants à ScoPeO-Adults est de 38 ans en Baseline et de 40 ans en Endline (table 4). L'âge médian varie selon les pays. Cela s'explique essentiellement par des secteurs d'intervention, et donc des profils de bénéficiaires différents. A Madagascar, le secteur d'intervention relève de la santé maternelle et infantile, l'âge médian est particulièrement bas (24 ans en Baseline et 26 ans en Endline). A l'inverse, au Cambodge, où l'intervention repose sur de la réadaptation, l'âge médian est de 50 ans en Baseline et de 53 ans en Endline.

¹⁷ Pour rappel, en Baseline, nous ne disposons pas de l'information sur l'âge et le genre pour le Soudan du Sud ni sur le genre pour le Burkina Faso.

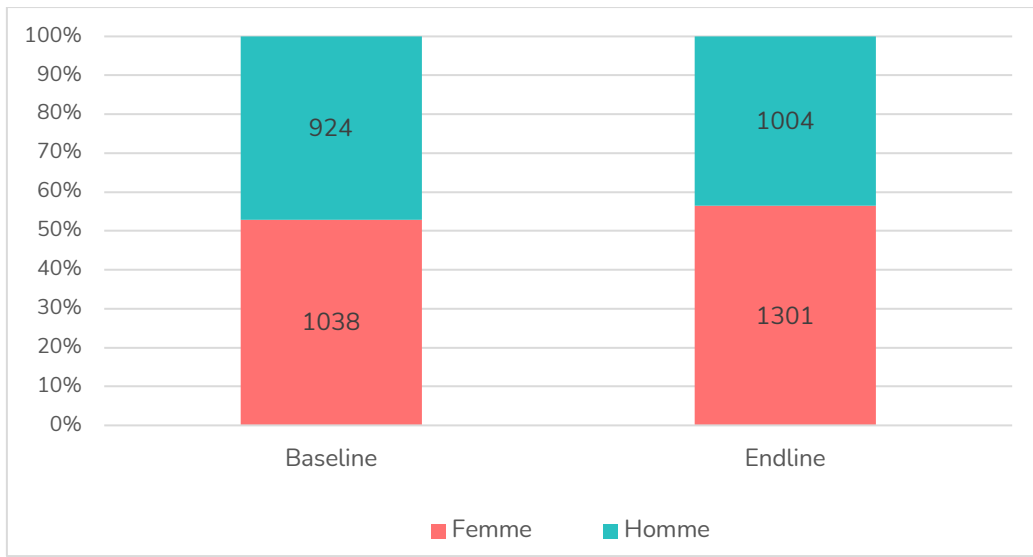
**Table 4 – Âge selon le pays et le genre des répondants à ScoPeO-Adults
(Baseline et Endline)**

| | | | Médiane | Ecart-type | Min | Max |
|--------------------------------|---------------------|----------|-----------|------------|-----------|------------|
| PAYS | <i>Burkina Faso</i> | Baseline | 45 | 16 | 19 | 82 |
| | | Endline | 50 | 16 | 18 | 74 |
| | <i>Cambodge</i> | Baseline | 50 | 15 | 18 | 87 |
| | | Endline | 53 | 15 | 18 | 86 |
| | <i>Ethiopie</i> | Baseline | 40 | 20 | 18 | 100 |
| | | Endline | 40 | 17 | 18 | 90 |
| | <i>Haïti</i> | Baseline | 48 | 15 | 18 | 84 |
| | | Endline | 45 | 16 | 18 | 87 |
| | <i>Madagascar</i> | Baseline | 24 | 8 | 18 | 60 |
| | | Endline | 26 | 7 | 18 | 49 |
| | <i>Mali</i> | Baseline | 34 | 12 | 18 | 77 |
| | <i>Myanmar</i> | Baseline | 46 | 17 | 18 | 82 |
| | | Endline | 48 | 16 | 18 | 80 |
| | <i>Népal</i> | Baseline | 44 | 15 | 18 | 86 |
| Endline | | 43 | 15 | 18 | 82 | |
| <i>Niger</i> | Baseline | 24 | 12 | 18 | 73 | |
| | Endline | 27 | 12 | 18 | 72 | |
| <i>Rwanda</i> | Baseline | 32 | 14 | 18 | 83 | |
| | Endline | 38 | 15 | 18 | 81 | |
| <i>Sénégal</i> | Baseline | 29 | 8 | 16 | 55 | |
| | Endline | 30 | 8 | 17 | 56 | |
| <i>Soudan du Sud</i> | Baseline | - | - | - | - | |
| | Endline | 48 | 17 | 18 | 90 | |
| GENRE | <i>Homme</i> | Baseline | 40 | 16 | 16 | 90 |
| | | Endline | 44 | 16 | 17 | 90 |
| | <i>Femme</i> | Baseline | 35 | 17 | 17 | 100 |
| | | Endline | 37 | 16 | 18 | 90 |
| | <i>Autre</i> | Baseline | 25 | 6 | 20 | 29 |
| | | Endline | 38 | 18 | 31 | 75 |
| <i>Ensemble des répondants</i> | | Baseline | 38 | 16 | 16 | 100 |
| | | Endline | 40 | 16 | 17 | 90 |

Les différences d'âge médian entre la Baseline et la Endline (tous pays confondus) n'excèdent pas 5 ans et les écarts-types, qui nous renseignent sur la dispersion de l'âge par rapport à la moyenne, sont relativement proches entre la Baseline et la Endline. **On peut donc considérer que le profil par âge des répondants est sensiblement identique entre la Baseline et la Endline.** L'âge des répondants ne devrait donc pas introduire de biais dans la comparaison de l'ensemble des scores Baseline et Endline.

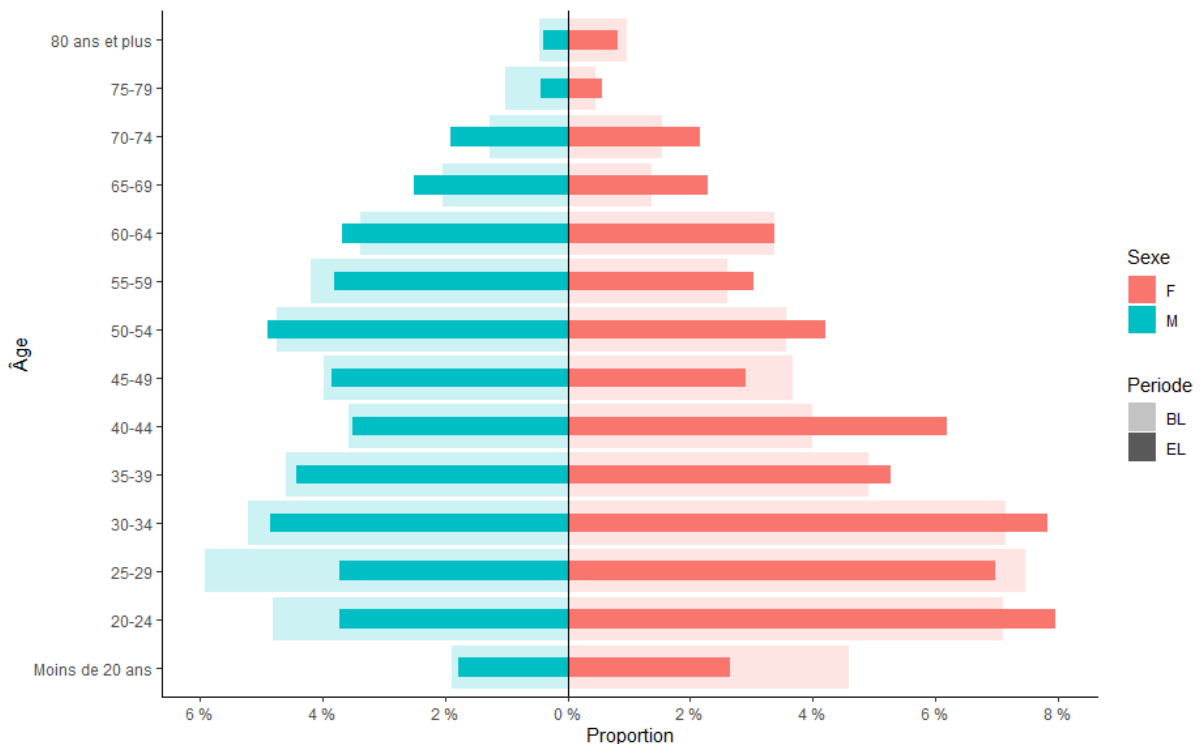
Au niveau du genre (graphique 3.), les femmes représentent 53% des répondants en Baseline contre 56% en Endline. Cette variation reste relativement faible également.

Graphique 3 – Répartition par genre des répondants à ScoPeO-Adults (Baseline et Endline)



Le graphique 4 montre que l'âge médian des femmes est de 35 ans en Baseline et de 37 ans en Endline. Celui des hommes est de 40 ans en Baseline et de 44 ans en Endline.

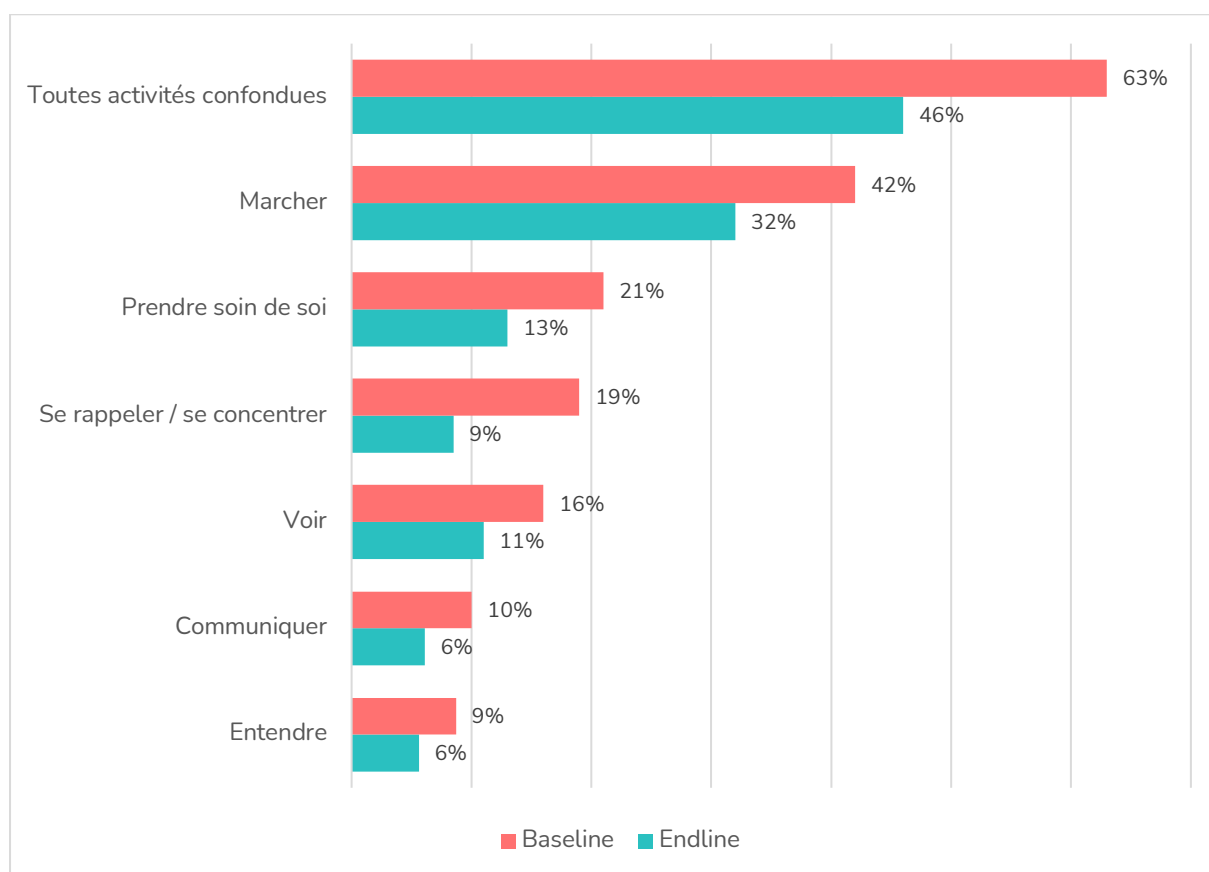
Graphique 4 – Pyramide des âges des répondants à ScoPeO-Adults (Baseline et Endline)



Les différences de proportion par catégorie d'âge et de genre n'excèdent pas 2,3 points de pourcentage. **Malgré de légères différences au niveau de l'âge et du genre, le profil des répondants selon ces caractéristiques est relativement proche en Baseline et Endline.**

Concernant le handicap, les questionnaires ScoPeo (Adults comme Kids) intègrent tous un bloc de six questions élaborées par le Washington Group afin d'identifier les situations de handicap. Ces questions abordent les difficultés à réaliser les activités de base suivantes : voir, entendre, marcher, prendre soin de soi, se concentrer / se rappeler, et communiquer. Ainsi, comme on peut le voir sur le graphique 5, 63% des répondants à ScoPeO-Adults en Baseline sont en situation de handicap contre 46% en Endline, soit une différence de 17 points.

Graphique 5 – Prévalence du handicap parmi les répondants à ScoPeO-Adults (Baseline et Endline)



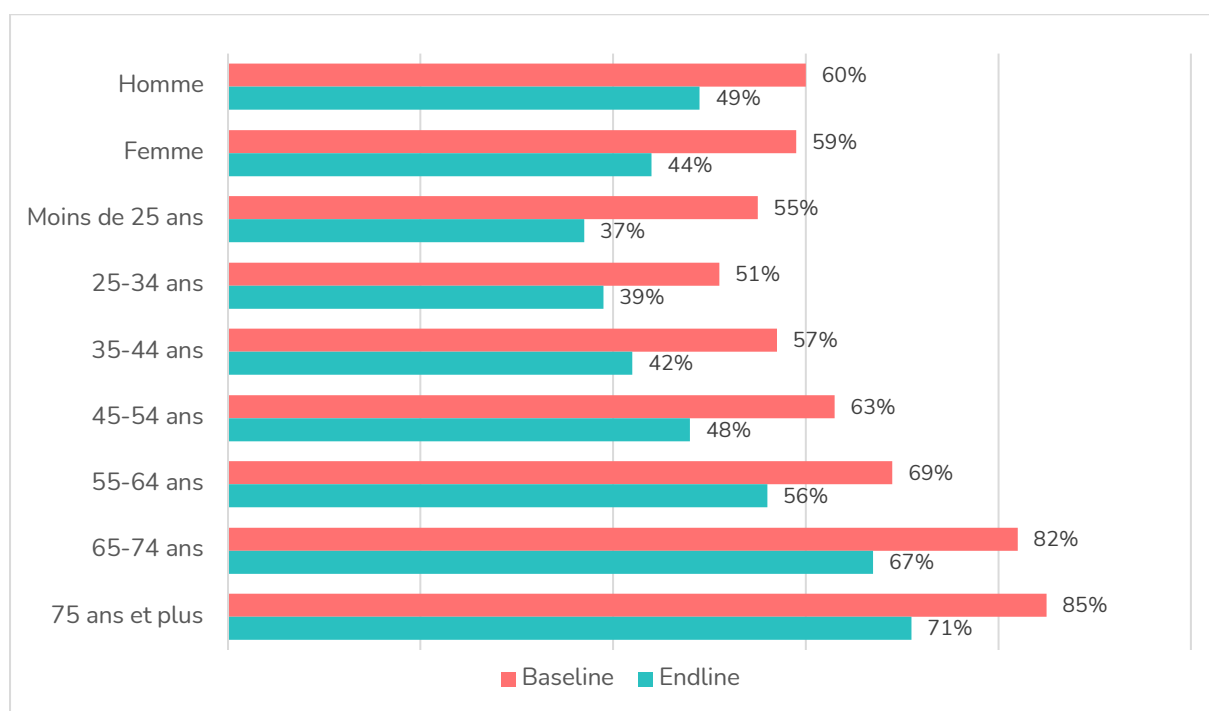
Cette différence ne semble pas liée uniquement à la captation de répondants au profil différent entre la Baseline et la Endline, qui comme nous l'avons vu sont relativement proches en termes d'âge et de genre. **Cela pourrait s'expliquer en partie par un biais au moment de la Baseline, si les répondants ont préféré répondre qu'ils avaient beaucoup de difficulté en supposant que ça leur permettrait d'obtenir plus d'aide, et en partie par une évolution de la prévalence du handicap parmi les répondants, les difficultés pouvant s'être atténuées au cours de la période du projet (par exemple, passer de « beaucoup de difficulté » à « quelques difficultés »).** Les diminutions les plus importantes concernent les activités « marcher » et « se concentrer / se rappeler » (-10 points) et prendre soin de soi (-8 points).

✕ Explorer la question de l'intensité du handicap

Lorsqu'on explore le handicap sous l'angle du nombre d'activités affectées, il ressort qu'en Baseline 31% des répondants éprouvent beaucoup de difficultés ou ne peuvent pas du tout réaliser une seule activité, 17% deux activités et 14% trois activités ou plus (contre respectivement 26%, 12% et 7% en Endline). Il convient de signaler que plus le nombre d'activités affectées augmente plus la proportion de répondants ayant déclaré à au moins une activité « Je n'y parviens pas du tout » augmente. L'analyse sous le prisme des activités nous renseigne donc également, indirectement, sur l'intensité du handicap.

Lorsque l'on s'intéresse à la prévalence du handicap selon les caractéristiques sociodémographiques des répondants (graphique 6), il ressort qu'en Baseline, il n'existe pas de différence notable selon le genre (59% des femmes sont en situation de handicap contre 60% des hommes). Ces différences se creusent légèrement en Endline (44% des femmes sont en situation de handicap contre 49% des hommes). Que ce soit en Baseline ou en Endline, la prévalence du handicap augmente de manière quasi-linéaire avec l'âge.

Graphique 6 – Prévalence du handicap parmi les répondants à ScoPeO-Adults selon le genre et l'âge (Baseline et Endline)



Ainsi, en Baseline, 55% des moins de 25 ans sont en situation de handicap, 63% des 45-54 ans et 85% des 75 ans et plus (ces proportions sont respectivement de 37%, 48% et 71% en Endline). **Cette augmentation de la prévalence du handicap avec l'âge est un élément à considérer lorsque nous nous intéresserons aux scores de qualité de vie selon l'âge.**

Pour finir, il convient de signaler que, comme pour l'âge et le genre, la prévalence du handicap varie selon le secteur d'intervention et donc le pays¹⁸. Ainsi, par exemple, au Sénégal, où le secteur d'intervention relève essentiellement de l'insertion économique, la prévalence du handicap parmi les répondants en Baseline est de 35%. A l'opposé, au Burkina Faso, où l'intervention repose sur de la réadaptation, la prévalence du handicap est de 77% en Baseline.

1.3 Âge, genre et handicap des répondants à ScoPeO-Kids

Nous suivons la même démarche que ci-dessus pour présenter les profils des enfants ayant répondu à l'enquête.

L'âge médian de l'ensemble des répondants à ScoPeO-Kids est de 11 ans en Baseline et de 12 ans en Endline (table 5). La différence d'âge médian entre la Baseline et la Endline pour les enfants est donc moins importante que celle des adultes.

Table 5 – Âge par pays et genre des répondants à ScoPeO-Kids (Baseline et Endline)

| | | | Médiane | Ecart-type | Min | Max |
|-------------|---------------------|----------|---------|------------|-----|-----|
| PAYS | Burkina Faso | Baseline | 10 | 4 | 5 | 16 |
| | | Endline | 9 | 3 | 5 | 16 |
| | Ethiopie | Baseline | 10 | 4 | 5 | 18 |
| | | Endline | 11 | 4 | 5 | 17 |
| | Madagascar | Baseline | 16 | 1 | 13 | 17 |
| | | Endline | 17 | 1 | 15 | 17 |
| | Mali | Baseline | 8 | 3 | 5 | 15 |
| | Myanmar | Baseline | 9 | 4 | 5 | 17 |
| | | Endline | 10 | 4 | 5 | 17 |
| | Népal | Baseline | 11 | 3 | 7 | 17 |
| | | Endline | 14 | 3 | 5 | 17 |
| | Niger | Baseline | 11 | 3 | 5 | 17 |
| | | Endline | 13 | 2 | 5 | 17 |
| | Palestine | Baseline | 9 | 1 | 6 | 12 |
| | | Endline | 12 | 2 | 6 | 15 |
| | RDC | Baseline | 11 | 4 | 5 | 17 |
| | | Endline | 13 | 3 | 7 | 17 |
| | Rwanda | Baseline | 12 | 4 | 5 | 17 |
| | | Endline | 13 | 4 | 5 | 17 |

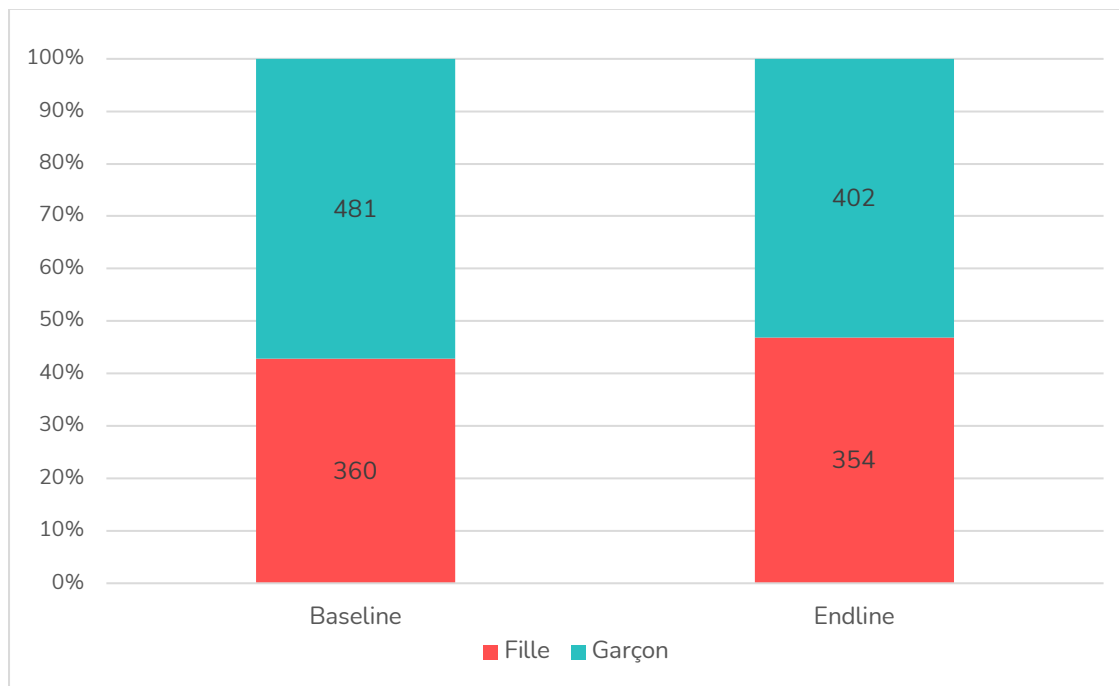
¹⁸ Par exemple, un projet portant sur la santé maternelle sectionnera de fait, en priorité, les jeunes femmes, tandis qu'un projet d'éducation inclusive travaillera majoritairement auprès des enfants handicapés.

| GENRE | Garçon | Baseline | 11 | 3 | 5 | 18 |
|-------|-------------------------|----------|----|---|---|----|
| | | Endline | 13 | 3 | 5 | 17 |
| | Fille | Baseline | 11 | 4 | 5 | 17 |
| | | Endline | 12 | 3 | 5 | 17 |
| | Autre | Baseline | 10 | 6 | 5 | 14 |
| | | Endline | 10 | 6 | 5 | 14 |
| | Ensemble des répondants | Baseline | 11 | 3 | 5 | 18 |
| | | Endline | 12 | 3 | 5 | 17 |

Lorsque l'on s'intéresse à l'âge médian par pays, on constate, qu'il est plus élevé en Endline qu'en Baseline sauf pour le Burkina Faso. Ces variations de l'âge médian (tous pays confondus) n'excèdent pas 3 ans et les écarts-types sont relativement proches. **Ainsi, le profil par âge des enfants reste relativement proche entre la Baseline et la Endline.**

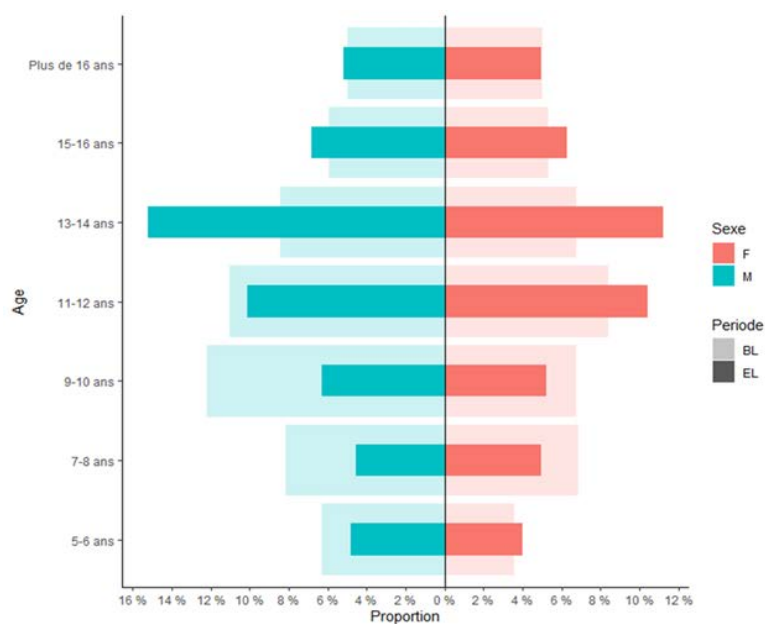
Au niveau du genre (graphique 7), les filles représentent 43% des répondants en Baseline contre 47% en Endline. L'âge médian des filles est de 11 ans en Baseline et de 12 ans en Endline et celui des garçons est respectivement de 11 ans et 13 ans. L'augmentation de l'âge médian est donc légèrement plus marquée pour les garçons.

Graphique 7 – Répartition par genre des répondants à ScoPeO-Kids (Baseline et Endline)



Lorsque l'on s'intéresse à la structure par âge et genre des répondants à ScoPeO-Kids (graphique 8), on constate que celle-ci est plus différenciée, entre la Baseline et la Endline, que pour les adultes. Les différences de proportion par catégorie d'âge et de genre vont jusqu'à 6,8 points (pour les garçons de 13-14 ans). Cependant, les catégories d'âge étant moins étendues que celles des adultes, le passage d'une catégorie à une autre se fait avec plus de facilité entre la Baseline et la Endline.

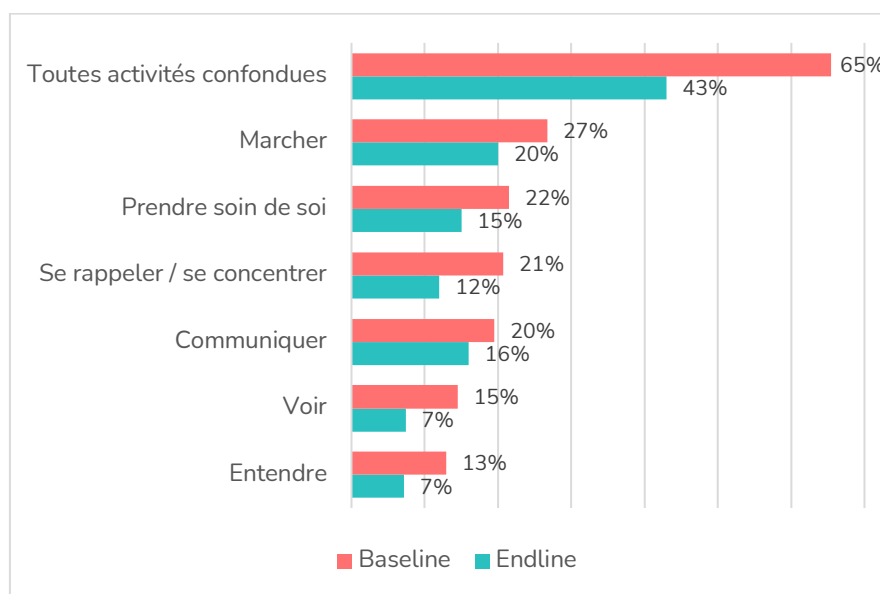
Graphique 8 – Pyramide des âges des répondants à ScoPeO-Kids (Baseline et Endline)



Au final, malgré des différences plus importantes au niveau de l'âge et du genre que pour les adultes, **le profil des enfants reste relativement proche selon ces caractéristiques entre la Baseline et la Endline.**

Concernant le handicap (graphique 9), en Baseline, 65% des répondants à ScoPeO-Kids sont en situation de handicap contre 43% en Endline¹⁹ (soit une différence de 22 points). La baisse de la prévalence entre la Baseline et la Endline est donc plus importante que pour les adultes.

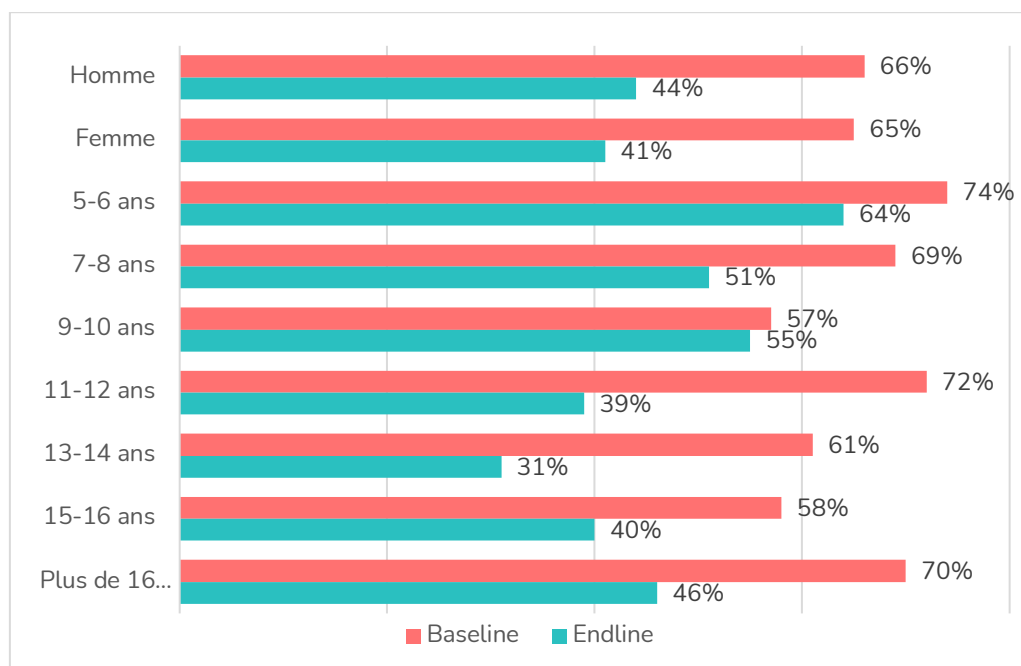
Graphique 9 – Prévalence du handicap parmi les répondants à ScoPeO-Kids (Baseline et Endline)



¹⁹ Pour ce calcul, les données du Mali ont été retirées de l'échantillon, car il n'existe pour ce pays que des données Baseline.

Quelle que soit l'activité considérée, les prévalences ont toutes diminuées entre la Baseline et la Endline. Ce sont les difficultés à « se rappeler / se concentrer » qui ont le plus diminué entre la Baseline et la Endline (-9 points).

Graphique 10 – Prévalence du handicap parmi les répondants à ScoPeO-Kids selon le genre et l'âge (Baseline et Endline)



En Baseline, il n'y a pas de différence notable des prévalences selon le genre (65% des filles sont en situation de handicap contre 66% des garçons). Les différences se creusent légèrement en Endline (41% des filles sont en situation de handicap contre 44% des garçons). La prévalence du handicap a diminué pour toutes les catégories d'âge entre la Baseline et la Endline. Les diminutions sont plus importantes pour les plus de 10 ans (et en particulier pour les 11-14 ans).

On signalera également que, comme pour les adultes, la prévalence du handicap varie selon le secteur d'intervention et donc le pays. Ainsi, par exemple, en Palestine, où l'intervention repose sur de l'éducation inclusive, la proportion de répondants en situation de handicap est de 29% alors que cette proportion est de 72% au Burkina Faso où l'intervention repose sur de la réadaptation.

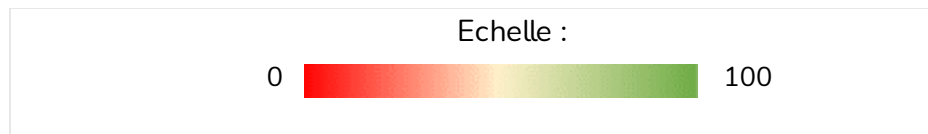
2. La qualité de vie : une perception influencée par le genre, l'âge et le handicap

Dans ce qui suit, nous analysons plus en détail les données issues de l'enquête Baseline. Nous présentons, pour les adultes puis pour les enfants, les valeurs moyennes des scores des différentes dimensions ainsi que l'influence du fait d'être une femme, d'être âgé ou d'être handicapé sur les scores de qualité de vie.

2.1 La qualité de vie chez les adultes

2.1.1 Des valeurs globales de références faibles pour le bien-être matériel et élevées pour la participation sociale et familiale

Les scores de qualité de vie en Baseline correspondent aux scores avant les différentes interventions de HI. Ils sont calculés sur 100. Dans la table 6 ci-dessous, les cases vertes correspondent aux scores supérieurs à 50/100, et plus le score s'approchera de 100, plus la case sera verte foncée. Les cases rouges correspondent aux scores inférieurs à 50/100, et plus le score s'approchera de 0, plus la case sera rouge foncée.



L'analyse par dimension puis par question permet d'identifier d'éventuelles disparités. En Baseline, au niveau de l'ensemble des répondants, le score global de qualité de vie est de 49 sur 100. Ce score total moyen cache d'importantes variations selon les dimensions.

Table 6 – Scores moyens aux différentes dimensions de la qualité de vie et aux questions qui les composent (ScoPeO-Adults Baseline)

| | | Score question | Score dimension |
|---|--|----------------|-----------------|
| Santé | Santé générale | 36 | 48 |
| | Douleurs physiques | 52 | |
| | Santé mentale (anxiété, désespoir...) | 58 | |
| Relations sociales | Relations avec les membres de la famille | 58 | 56 |
| | Relations avec les amis | 56 | |
| | Relations avec les voisins | 56 | |
| | Relations avec les collègues, clients, partenaires... | 53 | |
| Bien-être subjectif | Correspondance entre la vie et les idéaux | 43 | 42 |
| | Conditions de vie | 41 | |
| | Satisfaction vie | 49 | |
| | Obtenir les choses importantes dans sa vie | 37 | |
| | Aimerait changer des choses dans sa vie | 41 | |
| Besoins de base | Alimentaire | 39 | 46 |
| | Eau | 56 | |
| | Soins (consultations, médicaments...) | 38 | |
| | Scolarisation des enfants | 43 | |
| | Satisfaction logement | 52 | |
| Sécurité perçue | Sécurité au travail / durant les activités économiques | 47 | 50 |
| | Sécurité au sein du logement | 56 | |
| | Sécurité activités quotidiennes / déplacements | 46 | |
| Bien-être matériel | Ressources individuelles | 34 | 35 |
| | Ressources du ménage | 36 | |
| Participation sociale et familiale | Fêtes familiales | 66 | 62 |
| | Avis pris en compte décision au sein de la famille | 64 | |
| | Participation sociale (association, discussions de voisinage...) | 62 | |
| | Avis pris en compte décisions qui le concerne | 65 | |
| | Avis pris en compte décision au sein du quartier | 55 | |
| Score global | | 49 | |

Le **bien-être matériel**, avec un score de 35, est **particulièrement dégradé** (et cela tant au niveau des ressources individuelles qu'au niveau des ressources du ménage). Cela est **cohérent avec la population cible des interventions** pour les adultes puisque au moins 5 pays qui font partie de l'AC5 vont déployer des projets d'insertion économique. Le **bien-être subjectif**, avec un score de 42, est également **fortement dégradé**. Les besoins de base et la santé se rapprochent de la moyenne théorique avec des scores respectifs de 46 et 48. Cependant, les questions qui les composent ont des scores hétérogènes. Ainsi, **parmi les besoins de bases, ce sont les besoins en soins (38 sur 100) et les besoins alimentaires (39 sur 100) qui apparaissent comme étant particulièrement dégradés**. Pour la dimension santé, c'est **la santé générale qui est particulièrement dégradée avec un score de 36. A l'opposé, la santé mentale semble plus favorable avec un score de 58**. Le score de sécurité perçue est équivalent à la moyenne théorique (50 sur 100). On notera que pour cette dimension, la sécurité perçue au sein du logement est plus favorable avec un score de 56. Enfin, **les dimensions relations sociales et participation sociale et familiale sont celles avec les scores les plus élevés (respectivement 56 et 62)**. Les scores aux questions constitutives de ces deux dimensions sont tous supérieurs à la moyenne théorique. On notera tout de même, qu'au sein de la dimension relations sociales, **plus la question se réfère à des personnes appartenant au cercle proche plus le score associé est élevé**. On notera également que, **pour la participation sociale et familiale**, les scores aux questions constitutives sont relativement proches à l'exception de **la prise en compte de l'avis du répondant dans les décisions au sein du quartier** dont le score est plus faible (55 sur 100).

2.1.2 Une influence significative du genre, de l'âge et du handicap

A partir de ces données Baseline, nous avons voulu vérifier l'influence du genre, de l'âge et du handicap sur la qualité de vie telle que perçue par les adultes ayant répondu à l'enquête.

Pour pouvoir interpréter les écarts qui semblent se matérialiser entre homme et femme, les différents groupes d'âge, et les personnes vivant avec ou sans handicap, nous vérifions tout d'abord la significativité de ceux-ci. Comme expliqué dans la section [2.4.3 Procédure d'analyse](#), nous avons procédé par régressions linéaires multiples pour rendre compte des effets « nets » de chaque variable. Les résultats de ces régressions sont présentés dans la table 7.

Table 7 – Modèles de régression linéaire : scores de qualité de vie selon les caractéristiques des répondants (ScoPeO-Adults Baseline)

| | Variables dépendantes | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------------------|----------------------|
| | Santé | Relations sociales | Bien-être subjectif | Besoins de base | Sécurité perçue | Bien-être matériel | Participation sociale et familiale | Score global |
| Référence : moins de 25 ans | | | | | | | | |
| 25-34 ans | -3.407** (1.355) | -1.719 (1.335) | -0.922 (1.560) | -2.310* (1.217) | -0.833 (1.576) | -4.667** (2.309) | 3.710*** (1.325) | -1.432* (0.863) |
| 35-44 ans | -7.025*** (1.518) | -4.538*** (1.496) | -2.853 (1.749) | -3.980*** (1.363) | -3.105* (1.766) | -6.939*** (2.588) | 2.600* (1.485) | -3.683*** (0.967) |
| 45-54 ans | -8.265*** (1.587) | -3.282** (1.564) | -0.528 (1.828) | -4.603*** (1.426) | -2.008 (1.846) | -7.325*** (2.706) | 6.309*** (1.552) | -2.822*** (1.011) |
| 55-64 ans | -10.972*** (1.681) | -1.624 (1.656) | -2.455 (1.936) | -2.508* (1.510) | -0.985 (1.955) | -3.511 (2.864) | 6.324*** (1.644) | -2.259** (1.070) |
| 65-74 ans | -11.624*** (2.107) | -1.025 (2.076) | -2.459 (2.427) | -3.737** (1.892) | -3.459 (2.451) | -4.450 (3.590) | 7.306*** (2.061) | -2.792** (1.342) |
| 75 ans et plus | -14.762*** (2.801) | 1.046 (2.760) | -3.395 (3.226) | -4.362* (2.515) | -4.637 (3.258) | -7.065 (4.772) | 5.336* (2.739) | -3.999** (1.783) |
| Référence : homme | | | | | | | | |
| Femme | -2.387** (0.944) | -1.209 (0.930) | -3.167*** (1.087) | -1.186 (0.848) | -1.133 (1.098) | -1.726 (1.609) | -3.522*** (0.923) | -2.033*** (0.601) |
| Référence : pas de handicap | | | | | | | | |
| Handicap 1 activité affectée | -4.363*** (1.065) | -0.565 (1.049) | -3.364*** (1.227) | -4.063*** (0.956) | 1.029 (1.239) | -7.289*** (1.815) | -2.141** (1.041) | -2.966*** (0.678) |
| Handicap 2 activités affectées | -11.630*** (1.307) | -1.766 (1.288) | -7.158*** (1.506) | -7.263*** (1.174) | -2.362 (1.520) | -12.658*** (2.228) | -5.053*** (1.278) | -6.838*** (0.833) |
| Handicap 3 activités affectées | -14.643*** (1.631) | -7.143*** (1.607) | -9.040*** (1.879) | -10.585*** (1.465) | -7.896*** (1.897) | -10.479*** (2.788) | -13.415*** (1.595) | -10.400** (1.042) |
| Observations | 1887 | 1887 | 1887 | 1887 | 1887 | 1884 | 1887 | 1884 |
| R ² | 0.263 | 0.354 | 0.179 | 0.165 | 0.131 | 0.092 | 0.196 | 0.272 |

Seuils de significativité : *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Note de lecture : Chaque colonne correspond à un modèle et vise à expliquer le score à une dimension de la qualité de vie (ainsi que le score global). En ligne se trouve les modalités des variables explicatives (les caractéristiques des répondants). Pour chaque variable, une modalité de référence est fixée (par exemple être un homme pour le genre). Cela signifie que nous allons comparer les différences de scores induites par une caractéristique par rapport à la modalité de référence. A l'intersection des colonnes et des lignes se trouvent les coefficients estimés. Ces coefficients peuvent être négatifs ou positifs. Ils sont assimilables à la différence de score induite par une caractéristique par rapport à la modalité de référence et cela toutes choses égales par ailleurs (par exemple le fait d'être une femme plutôt qu'un homme). Entre parenthèse se trouve l'erreur-standard des coefficients. Avant toute interprétation, il convient de s'assurer que les différences sont bien statistiquement significatives. Le niveau de significativité est représenté par les astérisques au niveau des coefficients. Plus il y a d'astérisques et plus l'écart est significatif. L'absence d'astérisque conduit à rejeter la significativité du résultat.

Remarque : Les pays sont inclus dans les modèles afin de contrôler l'effet de ces derniers. Cependant, ils ne sont pas présentés dans les résultats.

Regardons tout d'abord l'influence du genre²⁰, dont les résultats ont été mis en évidence en orange dans la table précédente. Il ressort que le score global de qualité de vie est significativement différencié selon le genre. En effet, l'écart du score global des femmes comparativement aux hommes est significatif (on remarque la présence de 3 astérisques), et cet écart est de -2,003. Ainsi, **le fait d'être une femme induit une différence significative du score global de l'ordre de -2 points**. Lorsque l'on s'intéresse aux dimensions de la qualité de vie, **les femmes ont un score significativement inférieur aux hommes pour la participation sociale et familiale, le bien-être subjectif et la santé (avec des différences respectives de -3,5, -3,2 et -2,4 points)**. Les scores aux dimensions sécurité perçue, besoins de base et bien-être matériel ne présentent pas d'écart significatif entre femmes et hommes.

Intéressons-nous maintenant à l'influence de l'âge²¹. Il faut alors regarder de plus près les résultats mis en évidence en bleu dans la table 7. On peut voir que **le score global de qualité de vie est significativement supérieur pour les moins de 25 ans**. Cependant, l'effet de l'âge sur le score global est relativement faible : les différences pour ce score (par rapport à celui des moins de 25 ans) vont de -1,4 points pour les 25-34 ans à -4 points pour les 75 ans et plus. **C'est lorsque l'on s'intéresse aux différentes dimensions de la qualité de vie que des écarts importants apparaissent entre les catégories d'âge**. Ainsi, **le score de la dimension santé décroît significativement avec l'âge et cela de manière linéaire**. Au final, le score de santé des 75 ans et plus est significativement inférieur de -14,8 points à celui des moins de 25 ans. D'autres dimensions comportent des différences significatives selon l'âge (mais dans une moindre mesure). **Le score de besoins de base est significativement inférieur pour toutes les catégories d'âge par rapport à celui des moins de 25 ans** (les différences allant de -2,3 points pour les 25-34 ans à -4,6 points pour les 45-54 ans). **A l'opposé, le score de participation sociale et familiale est significativement supérieur pour toutes les catégories d'âge par rapport au score des moins de 25 ans**. On notera, que les différences de scores pour cette dimension se creusent particulièrement à partir de 45 ans. Pour les autres dimensions, les écarts séparant les scores des moins de 25 ans à ceux des autres groupes d'âge ne sont pas significatifs.

Pour finir, considérons l'influence du handicap²². Nous nous intéressons aux résultats mis en évidence en violet dans le tableau précédent. Il s'agit bien de **la caractéristique la plus discriminante en terme de qualité de vie**. Ainsi, au niveau du score global de qualité de vie, comparativement aux répondants sans handicap, **le fait d'être en situation de handicap induit une différence significative**. Cet écart est de -3 points lorsque les difficultés rencontrées par la personne affectent une activité parmi les six auxquelles s'intéresse le

²⁰ Ici, le modèle de régression permet d'éliminer les influences de l'âge, du handicap, et du pays pour ne donner à voir que l'influence du genre.

²¹ Ici, le modèle de régression permet d'éliminer les influences du genre, du handicap et du pays pour ne donner à voir que l'influence de l'âge.

²² Ici, le modèle de régression permet d'éliminer les influences du genre, de l'âge, et du pays pour ne donner à voir que l'influence du handicap.

Washington-Group, -6,8 points pour deux activités et -10,4 points pour trois activités ou plus. On peut ainsi dire **que le score global de qualité de vie décroît significativement selon l'intensité du handicap.** Entre les répondants sans handicap et ceux en situation de handicap, des différences importantes existent quelle que soit la dimension mais c'est bien **au sein de la dimension santé que les différences sont les plus marquées.** Ainsi, par rapport aux répondants sans handicap, être en situation de handicap induit une différence significative du score de santé. **Cet écart est de -4,4 points lorsque les difficultés rencontrées par la personne affectent une activité, -11,6 points pour deux activités et -14,6 points pour trois activités.** On peut ainsi dire que **le score de santé décroît significativement selon l'intensité du handicap. On retrouve cette même tendance pour la dimension du bien-être subjectif, des besoins de base et de la participation sociale et familiale** (avec un décrochage particulièrement fort à partir de 3 activités pour cette dernière dimension). **Le score de bien-être matériel est également significativement inférieur pour les répondants en situation de handicap** mais les différences sont importantes dès la première activité affectée.

Ainsi, les caractéristiques qui affectent négativement la qualité de vie sont, par ordre d'importance, le fait d'être handicapé, le fait d'être âgé, et enfin le fait d'être une femme.

2.2 La qualité de vie chez les enfants

2.2.1 Des valeurs globales de références élevées dans toutes les dimensions

Comme pour les adultes, nous nous intéressons aux scores des enfants ayant répondu à l'enquête en Baseline, c'est-à-dire avant ou au tout début de leur prise en charge dans le cadre du projet.

Score(s) de qualité de vie, une spécificité de ScoPeO-Kids

Pour rappel, ScoPeO-Kids inclut une question spécifique sur la qualité de vie globale des répondants, qui se décline en deux versions selon l'âge de l'enfant. Chaque enfant ne répond qu'à une seule de ces deux questions. La première version est destinée aux enfants de moins de 8 ans, il s'agit pour l'enfant de noter de 0 à 5 son niveau de bonheur. L'autre est destinée aux enfants de 8 ans ou plus, il s'agit pour l'enfant de noter sa qualité de vie de 0 à 10. Ces scores ont été ramenés sur 100.

Le score global de qualité de vie calculé (c'est-à-dire le score qui représente la moyenne des scores par dimension) est de 66, tandis que le score à la question générale sur la qualité de vie / le bonheur est de 67. On notera que le score calculé semble donc être une bonne estimation du score à la question générale. Pour cette raison et compte-tenu d'un taux de non-réponse plus élevé à la question générale, quand nous aborderons par la suite le score global nous nous limiterons au score calculé.

Le score global des enfants, qui atteint 66, est particulièrement élevé par rapport à celui des adultes (qui était de 49). Lorsque l'on s'intéresse aux scores par dimension (table 8), il ressort que ces derniers sont particulièrement élevés et homogènes.

Table 8 – Scores aux différentes dimensions de la qualité de vie et aux questions qui les composent (ScoPeO-Kids Baseline)

| | | Score question | Score dimension |
|---|--|----------------|-----------------|
| Bien-être physique | Santé | 62 | 65 |
| | Possibilité de réaliser activités des enfants de son âge | 59 | |
| | Alimentation | 74 | |
| Bien-être émotionnel | Heureux | 69 | 67 |
| | Sentiment d'être aimé | 77 | |
| | Atteindre ses rêves / objectifs plus tard | 72 | |
| | Inquiétude | 58 | |
| | Tristesse | 60 | |
| Sécurité perçue | Peur de sortir | 62 | 64 |
| | Disputes au sein du logement | 66 | |
| Autonomie et accomplissement personnel | Apprendre de nouvelles choses / compétences | 55 | 66 |
| | Temps pour les loisirs | 65 | |
| | Parents fiers | 79 | |
| | Parents à l'écoute | 64 | |
| | Content de participer aux tâches familiales | 67 | |
| Bien-être social | Se faire facilement des amis | 67 | 66 |
| | Prendre ses repas en famille | 77 | |
| | Possibilité de se confier (émotions, craintes...) | 59 | |
| | Activités dans la communauté | 59 | |
| | Autres enfants gentils | 67 | |
| Score global | | 66 | |

Le score le moins élevé est celui de la sécurité perçue (64) et le plus élevé est celui du bien-être émotionnel (67), soit un différentiel d'à peine 3 points. Cette homogénéité entre les dimensions contraste avec l'hétérogénéité constatée pour les adultes, les différentiels de scores entre les dimensions allant jusqu'à 27 points pour ces derniers.

Les scores aux **questions** constitutives des dimensions sont tous relativement élevés (le score le plus bas étant 55). Pour autant, des **disparités plus importantes** qu'au niveau des dimensions ressortent, avec des différentiels allant jusqu'à 24 points. Ainsi, **les scores les plus dégradés sont ceux sur la possibilité d'apprendre de nouvelles choses / compétences (55 sur 100) et dans une moindre mesure sur l'inquiétude (58 sur 100)**. A l'opposé, les scores sur la fierté des parents et le sentiment d'être aimé sont les plus favorables avec des scores respectifs de 79 et 77.

2.2.2 Une influence significative du handicap

A partir de ces données Baseline, nous avons voulu vérifier l'influence du genre, de l'âge et du handicap sur la qualité de vie telle que perçue par les enfants ayant répondu à l'enquête.

Encore une fois, **pour pouvoir interpréter les écarts qui semblent se matérialiser entre fille et garçon, les différents groupes d'âge, et les enfants vivant avec ou sans handicap, nous vérifions tout d'abord la significativité de ceux-ci**. Comme expliqué dans la section [2.4.3 Procédure d'analyse](#), nous avons procédé par régressions linéaires multiples pour rendre compte des effets « nets » de chaque variable. Les résultats de ces régressions sont présentés dans la table 9.

Table 9 – Modèles de régression linéaire : scores de qualité de vie selon les caractéristiques des répondants (ScoPeO-Kids Baseline)

| | Variables dépendantes | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------|--|-----------------------|----------------------|
| | Bien-être physique | Bien-être émotionnel | Sécurité perçue | Autonomie et accomplissement personnel | Bien-être social | Score global |
| Référence : 9-10 ans | | | | | | |
| 5-6 ans | -4.817 (3.086) | 0.373 (2.560) | 5.537 (4.366) | -8.197*** (2.970) | -3.838 (3.012) | -1.995 (1.984) |
| 7-8 ans | -2.965 (2.587) | 1.540 (2.146) | 0.322 (3.634) | -1.857 (2.461) | -1.104 (2.507) | -0.767 (1.663) |
| 11-12 ans | -3.198 (2.452) | 2.074 (2.035) | 8.788** (3.444) | -1.824 (2.333) | -1.411 (2.376) | 0.939 (1.576) |
| 13-14 ans | -2.285 (2.639) | -1.003 (2.189) | 3.579 (3.708) | -0.106 (2.512) | -1.852 (2.558) | -0.264 (1.696) |
| 15-16 ans | -5.547* (2.966) | -6.838*** (2.460) | 1.758 (4.167) | -5.620** (2.822) | -4.180 (2.875) | -4.012** (1.906) |
| Plus de 16 ans | -5.635* (3.093) | -3.245 (2.566) | 1.612 (4.345) | -0.491 (2.943) | -4.188 (2.998) | -2.316 (1.988) |
| Référence : fille | | | | | | |
| Garçon | -0.256 (1.562) | -0.806 (1.294) | -2.034 (2.193) | -2.800* (1.487) | 0.847 (1.514) | -1.002 (1.004) |
| Référence : pas de handicap | | | | | | |
| Handicap 1 activité affectée | -1.767 (1.856) | -4.979*** (1.539) | -8.743*** (2.612) | -1.902 (1.769) | -2.083 (1.802) | -3.879*** (1.193) |
| Handicap 2 activités affectées | -6.905*** (2.345) | -3.866** (1.942) | -4.673 (3.291) | -4.990** (2.231) | -5.538** (2.273) | -5.178*** (1.507) |
| Handicap 3 activités affectées | -15.212*** (2.558) | -13.393*** (2.119) | -7.733** (3.590) | -14.993*** (2.443) | -14.883*** (2.480) | 13.202*** (1.645) |
| Observations | 823 | 822 | 821 | 821 | 822 | 823 |
| R ² | 0.283 | 0.229 | 0.075 | 0.212 | 0.183 | 0.275 |
| Seuil de significativité : *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01 | | | | | | |

Note de lecture : Chaque colonne correspond à un modèle et vise à expliquer le score à une dimension de la qualité de vie (ainsi que le score global). Pour chaque variable, une modalité de référence est fixée (par exemple être une fille pour le genre). Cela signifie que nous allons comparer les différences de scores induites par une caractéristique par rapport à la modalité de référence. A l'intersection des colonnes et des lignes se trouvent les coefficients estimés qui représentent la différence de score induite par une caractéristique par rapport à la modalité de référence et cela toutes choses égales par ailleurs. Le niveau de significativité est représenté par les astérisques au niveau des coefficients. L'absence d'astérisque conduit à rejeter la significativité du résultat. **Remarque :** Les variables sur les pays, la scolarisation et avec qui vivent les enfants sont incluses dans les modèles afin de contrôler leurs effets. Cependant, elles ne sont pas présentées dans les résultats.

Regardons tout d'abord l'influence du genre²³. On peut voir que le score global de qualité de vie des enfants n'est pas significativement différencié selon le genre. Ainsi, **le fait d'être une fille ou un garçon ne semble pas induire de différence sur le niveau de qualité de vie.**

Intéressons-nous maintenant à l'influence de l'âge²⁴. Il faut alors regarder de plus près les résultats mis en évidence en bleu dans la table 9. Il convient de signaler que la modalité de référence choisie pour l'âge dans les modèles de régression est la catégorie des 9-10 ans (car ces derniers disposent des meilleurs scores de qualité de vie). **Les résultats sont sensiblement identiques pour toutes les tranches d'âge avec peu de différences significatives.** Au niveau du score global, seule la catégorie des 15-16 ans a un score significativement inférieur aux 9-10 ans. Au niveau des dimensions, les différences se font essentiellement pour les 15-16 ans également. Ainsi, ces derniers ont un score significativement inférieur aux 9-10 ans pour le bien-être émotionnel (-6,8 points) et pour l'autonomie et l'accomplissement personnel (-5,6 points). Parmi les autres différences significatives : les 5-6 ans ont un score d'autonomie et accomplissement significativement inférieur aux 9-10 ans (-8,2 points) ; les 11-12 ans ont un score de sécurité perçue significativement supérieur aux 9-10 ans (+8,8 points). **Globalement, l'âge des enfants ne semble pas induire de différence majeure sur leur perception de la qualité de vie.**

Pour finir, considérons l'influence du handicap²⁵. Nous nous intéressons aux résultats mis en évidence en violet dans le tableau précédent. **Comme pour les adultes, c'est en lien avec le handicap que les différences de scores sont les plus significatives.** Ainsi, comparativement aux répondants sans handicap, **les répondants en situation de handicap ont un score global significativement inférieur de 3,9 points lorsque le handicap affecte une activité, 5,2 points pour deux activités et jusqu'à 13,2 points pour trois activités.** Des différences importantes et significatives existent quel que soit la dimension considérée lorsque l'enfant rencontre des difficultés pour 2 activités ou plus, à l'exception de la sécurité perçue. **Les enfants rencontrant des difficultés pour une activité voient quant à eux leur bien-être émotionnel et leur sécurité perçue négativement affecté, soit 2 dimensions sur les 5.** Ainsi le fait d'être handicapé affecte-t-il les dimensions de la qualité de vie de l'enfant en fonction de l'intensité du handicap.

²³ Ici, le modèle de régression permet d'éliminer les influences de l'âge, du handicap, du pays, du fait d'être scolarisé ou non, et des personnes avec qui vivent les enfants pour ne donner à voir que l'influence du genre.

²⁴ Ici, le modèle de régression permet d'éliminer les influences du genre, du handicap, du pays, du fait d'être scolarisé ou non, et des personnes avec qui vivent les enfants pour ne donner à voir que l'influence de l'âge.

²⁵ Ici, le modèle de régression permet d'éliminer les influences du genre, de l'âge, du pays, du fait d'être scolarisé ou non, et des personnes avec qui vivent les enfants pour ne donner à voir que l'influence du handicap.

3. Evolution des scores de qualité de vie entre baseline et endline : des résultats globalement encourageants

Nous allons maintenant nous intéresser aux évolutions de ces scores entre la Baseline et la Endline. Ces évolutions vont nous renseigner sur l'effet des programmes de HI sur la qualité de vie des bénéficiaires, c'est-à-dire sur les changements observés durant la période d'intervention et la contribution vraisemblable du projet à ces changements (même s'il ne s'agit pas de rendre compte d'un lien de causalité strict entre les deux). Dans un premier temps, l'analyse de l'évolution des scores de l'ensemble des répondants, entre baseline et endline, permettra de discuter de l'atteinte ou non des objectifs que s'étaient fixés HI. Dans un deuxième temps, il s'agit de mettre en perspective les évolutions entre baseline et endline en fonction du profil des répondants (selon le genre, l'âge, le handicap), afin de vérifier la contribution à l'augmentation ou à la résorption des inégalités entre les groupes, autrement dit, de discuter de la sensibilité des projets aux trois aspects que sont le genre, l'âge et le handicap.

3.1 Améliorer la qualité de vie des bénéficiaires AC5, un objectif atteint !

Dans le cadre de l'AC5, il était prévu « d'identifier le degré d'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires des programmes ». Dans ce qui suit, nous allons nous attacher à montrer ce qu'il en est.

3.1.1 Analyse globale de l'évolution des scores pour les adultes : une amélioration entre baseline et endline

Afin de démontrer l'amélioration ou non de la qualité de vie des personnes pour lesquelles HI a travaillé dans le cadre de l'AC5, nous allons comparer les scores Baseline et les scores Endline relatifs à la qualité de vie.

Une fois de plus, pour pouvoir interpréter les écarts qui devraient apparaître entre Baseline et Endline, nous réalisons des **modèles de régression linéaire**. Même si la structure des répondants est très peu différenciée entre la Baseline et la Endline, comme nous l'avons vu précédemment dans ce rapport, **il convient de s'assurer que les évolutions de scores ne sont pas liées à un effet de structure, c'est-à-dire imputable à une évolution des profils des répondants entre la Baseline et la Endline**. Les modèles de régression linéaire permettent également de statuer sur la significativité des écart (se référer à la section [2.4.3 Procédure d'analyse](#)). Les résultats de ces régressions sont présentés dans la table 10.

Table 10 – Modèles de régression linéaire : différences de scores entre la Baseline et la Endline au sein de chaque sous-population adulte

| | | Variables dépendantes : | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------|------------------------------------|--------------|
| | | Santé | Relations sociales | Bien-être subjectif | Besoins de base | Sécurité perçue | Bien-être matériel | Participation sociale et familiale | Score global |
| Référence : | | | | | | | | | |
| Baseline | | | | | | | | | |
| Ensemble des répondants | 9.051*** (0.645) | 5.148*** (0.624) | 10.246*** (0.773) | 6.116*** (0.574) | 8.308*** (0.707) | 12.643*** (1.046) | 6.821*** (0.592) | 8.314*** (0.441) | |
| Homme | 9.059*** (0.907) | 4.859*** (0.858) | 12.381*** (1.071) | 6.254*** (0.810) | 7.017*** (1.038) | 12.460*** (1.517) | 7.737*** (0.833) | 8.538*** (0.627) | |
| Femme | 8.819*** (0.913) | 5.298*** (0.897) | 8.381*** (1.103) | 5.871*** (0.813) | 9.217*** (0.970) | 12.824*** (1.450) | 5.930*** (0.838) | 8.016*** (0.621) | |
| Moins de 35 ans | 7.505*** (0.997) | 4.077*** (0.992) | 5.170*** (1.241) | 4.499*** (0.916) | 6.916*** (1.108) | 8.629*** (1.616) | 5.381*** (0.930) | 5.997*** (0.699) | |
| 35-64 ans | 10.171*** (0.918) | 6.715*** (0.886) | 13.383*** (1.072) | 7.014*** (0.794) | 8.717*** (0.988) | 15.507*** (1.486) | 8.350*** (0.833) | 9.953*** (0.620) | |
| 65 ans et plus | 9.126*** (2.077) | 1.526 (1.858) | 15.593*** (2.339) | 7.904*** (1.890) | 12.022*** (2.362) | 14.936*** (3.474) | 5.818*** (1.991) | 9.560*** (1.330) | |
| Pas de handicap | 12.078*** (0.832) | 6.164*** (0.898) | 7.133*** (1.093) | 6.068*** (0.777) | 8.226*** (0.945) | 9.440*** (1.457) | 8.823*** (0.752) | 8.235*** (0.608) | |
| En situation de handicap | 5.477*** (0.965) | 3.595*** (0.869) | 12.216*** (1.075) | 5.222*** (0.836) | 7.327*** (1.026) | 14.851*** (1.496) | 4.802*** (0.897) | 7.640*** (0.622) | |

Seuil de significativité : *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Note de lecture : Chaque ligne représente une sous-population. Au croisement des lignes et des colonnes se trouvent les coefficients estimés et entre parenthèses se trouve l'erreur-standard des coefficients. Ces coefficients représentent la différence de score, toutes choses égales par ailleurs, entre la Endline et la Baseline.

Il ressort ainsi de la table 10 (se référer aux encadrés verts) que **le score global de qualité de vie a augmenté de manière significative entre la Baseline et la Endline, de l'ordre de 8,3 points**. On observe également la même tendance pour toutes les dimensions. Les augmentations les plus importantes sont, par ordre d'importance, celle du score de bien-être matériel (+12,6 points), du bien-être subjectif (+10,3 points) et de la santé (+9,1 points). **Il y a bien eu une amélioration significative de la perception de qualité de vie par les personnes bénéficiant des interventions de HI**, et ce malgré des conditions globales allant plutôt vers une dégradation des conditions de vie.

3.1.2 Analyse globale de l'évolution des scores pour les enfants : une amélioration entre baseline et endline

Afin de démontrer l'amélioration ou non de la qualité de vie des personnes pour lesquelles HI a travaillé dans le cadre de l'AC5, nous comparons cette fois les scores Baseline et les scores Endline relatifs à la qualité de vie pour les enfants. Pour ce faire, nous procédons comme précédemment, en utilisant des modèles de régression pour éliminer l'effet de l'évolution de l'âge, du genre, du pays, du handicap, et avec qui vivent les enfants. Nous présentons les résultats dans la table 11.

Table 11 – Modèles de régression linéaire : différences de scores entre la Baseline et la Endline au sein de chaque sous-population enfant

| | Variables dépendantes : | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|--|----------------------|---------------------|
| | Bien-être physique | Bien-être émotionnel | Sécurité perçue | Autonomie et accomplissement personnel | Bien-être social | Score global |
| Référence : Baseline | | | | | | |
| Ensemble des répondants | 2.643** (1.165) | 1.705* (0.982) | 4.863*** (1.490) | 1.789 (1.142) | 3.576*** (1.145) | 2.904*** (0.778) |
| Garçon | 3.084* (1.583) | 2.676** (1.314) | 5.202** (2.053) | 3.374** (1.535) | 3.666** (1.531) | 3.557*** (1.032) |
| Fille | 2.004 (1.737) | 0.274 (1.471) | 4.221* (2.173) | -0.536 (1.703) | 3.179* (1.725) | 1.848 (1.171) |
| 5-6 ans | 8.077* (4.521) | 10.196*** (3.627) | 3.671 (5.092) | 13.386*** (4.312) | 13.470*** (4.230) | 9.065*** (2.845) |
| 7-8 ans | -0.867 (3.375) | -2.273 (2.739) | 0.364 (4.474) | 2.201 (3.333) | 2.807 (3.324) | 0.423 (2.251) |
| 9-10 ans | -1.354 (2.926) | -0.174 (2.766) | 7.236* (4.335) | -1.624 (3.182) | -0.409 (3.245) | 0.832 (2.101) |
| 11-12 ans | 2.371 (2.604) | 1.526 (2.081) | 2.016 (3.315) | 3.631 (2.513) | 5.024** (2.367) | 2.937* (1.706) |
| 13-14 ans | 5.013** (2.470) | 2.960 (2.126) | 8.840** (3.484) | -1.831 (2.407) | 1.486 (2.471) | 3.280** (1.660) |
| 15-16 ans | 6.390* (3.602) | 6.090* (3.241) | 9.286** (4.295) | 8.456** (3.584) | 8.618** (3.476) | 7.768*** (2.453) |
| Plus de 16 ans | 2.850 (3.999) | -3.249 (3.204) | 10.084** (4.415) | -5.388 (3.538) | 1.457 (3.873) | 1.002 (2.439) |
| Pas de handicap | 7.784*** (1.562) | 3.909*** (1.406) | 6.917*** (2.080) | 4.951*** (1.522) | 6.893*** (1.514) | 6.089*** (1.065) |
| Situation de handicap | -1.682 (1.658) | -0.088 (1.367) | 3.751* (2.145) | -0.624 (1.670) | 1.139 (1.680) | 0.468 (1.092) |

Seuil de significativité : *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Note : chaque ligne représente une sous-population. Au croisement des lignes et des colonnes se trouvent les coefficients estimés et entre parenthèses se trouve l'erreur-standard des coefficients. Ces coefficients représentent la différence de score, toutes choses égales par ailleurs, entre la Endline et la Baseline.

Au final, il ressort de la table 11 que, toutes choses égales par ailleurs, **le score global de qualité de vie des enfants a bien augmenté de manière significative entre la Baseline et la Endline (+2,9 points)**. Au niveau des dimensions, à l'exception de l'autonomie et l'accomplissement personnel, toutes ont connu des augmentations significatives de leur score (allant de +1,7 point pour le bien-être émotionnel à +4,9 pour la sécurité perçue).

Un traitement partiel des données issues des suivis longitudinaux

Comme évoqué plus haut dans ce document, les équipes des différents pays ont été accompagnés avant le lancement de la Baseline dans la conception de leur protocole d'enquête. Celui-ci était adapté au contexte d'intervention mais aussi aux spécificités programmatiques du projet (en l'état des connaissances des équipes et de la situation à ce moment-là). Certains protocoles prévoyaient ainsi une collecte de données longitudinale (les personnes enquêtées en Baseline sont enquêtées à nouveau lors de la Endline), d'autre une collecte de données transversale (les enquêtes sont réalisées sur deux échantillons indépendants).

La difficulté à réaliser effectivement un suivi longitudinal – qui nécessite une gestion des données spécifique et une capacité à maintenir le contact avec les bénéficiaires dans le temps long – a conduit à réaliser les analyses comme si l'ensemble des informations avaient été produites via une collecte transversale. Or, en procédant de la sorte, il se pourrait que nous sous-estimions l'évolution réelle des scores. Par exemple, lorsque nous intégrons la variable « handicap » dans les modèles de régression, cela revient en fait à éliminer les effets liés à l'évolution du nombre de personnes handicapées. Autrement dit, à considérer que l'évolution du score est en partie imputable à l'évolution de la proportion de personnes handicapées (qui, on le sait maintenant, présentent des scores de qualité de vie plus bas). Dans ce cas précis, nous ne prenons pas en compte (et ne pouvons pas prendre en compte au vu des données) le passage potentiel d'une catégorie à une autre pour un même répondant.

Il aurait pu en être autrement si les moyens pour pouvoir se conformer au protocole de l'enquête tel que défini avec les équipes au moment de la Baseline avaient été réunis, permettant des analyses plus approfondies.

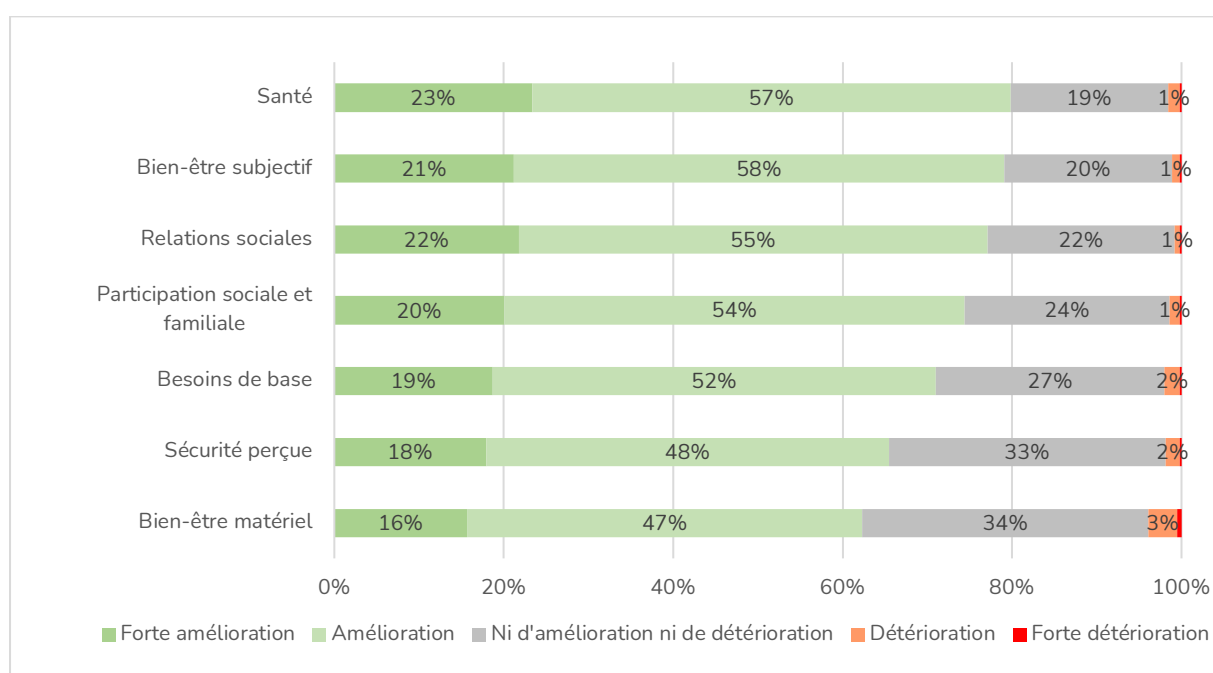
3.1.3 Quelques éléments pour confirmer la contribution du projet à l'amélioration de la qualité de vie

A de rares exceptions près, pour les adultes, les scores de qualité de vie se sont améliorés pour l'ensemble des répondants quel que soit la caractéristique et la dimension considérée, pendant la période du projet. Pour autant, même s'il est vraisemblable que les projets aient eu un effet sur la qualité de vie des bénéficiaires, d'autres éléments ont pu aussi concourir à ce résultat.

Cependant, le questionnaire ScoPeO-Adults spécifique pour la Endline contient 7 questions supplémentaires (une par dimension) qui ont pour objectif d'approcher d'un peu plus près la question de la contribution du projet au changement observé en matière de qualité de vie. Ces questions sont sous la forme « Est-ce que vous pensez que, grâce au projet, votre [dimension considérée] s'est : » avec pour modalités de réponse « Beaucoup amélioré(e) » / « Amélioré(e) » / « Ni détérioré(e) ni amélioré(e) » / « Détérioré(e) » / « Beaucoup détérioré(e) ».

Il ressort de ces questions (graphiques 11), que selon la dimension considérée, entre 60% et 80% des répondants estiment que les projets ont permis une amélioration de leur qualité de vie.

Graphique 11 – Avis sur l'effet des projet par les répondants à ScoPeO-Adults (Endline)



Dans le détail, 80% des répondants estiment que grâce aux projets leur santé s'est améliorée ou fortement améliorée, 79% pour le bien-être subjectif, 77% pour les relations sociales, 75% pour la participation sociale et familiale, 71% pour les besoins de base, 66% pour la sécurité perçue et 62% pour le bien-être matériel²⁶. Ce sont donc trois dimensions particulièrement sensibles au contexte (économique, politique...) pour lesquelles les projets ont le moins permis une amélioration.

Pour autant, ces questions présentent un inconvénient. Même si elles permettent d'approcher les effets du projet, elles n'éliminent pas totalement l'effet du contexte.

²⁶ Il convient de signaler que 4% des répondants estiment que leur bien-être matériel s'est dégradé. Parmi ces 4% la majorité viennent de Madagascar qui a bénéficié d'un projet visant uniquement la santé (50 répondants sur 89).

Ainsi, par exemple, lorsqu'un répondant estime que grâce au projet son bien-être matériel ne s'est ni amélioré ni détérioré, cela ne permet pas d'en conclure à l'inefficacité du projet, ce dernier ayant pu empêcher la dégradation du bien-être matériel qu'aurait induit d'autres facteurs. Cet aspect est d'autant plus à prendre en considération que la période du projet couvre le démarrage de la pandémie COVID-19, pendant laquelle les bénéficiaires des projets ont dû faire face à ses multiples conséquences.

D'autres limites concernant ces questions relèvent selon nous premièrement de la difficulté pour les personnes de cerner ce qui est appelé « projet » dans certains cas (est-ce que tous les bénéficiaires font le lien entre les différentes activités et HI ?) et deuxièmement d'un éventuel biais de désirabilité sociale (un bénéficiaire est-il toujours enclin à exprimer une certaine insatisfaction par rapport au soutien d'une organisation telle que HI ?).

Toutefois, au vu des événements conjoncturels qui ont une influence sur la mise en œuvre des projets, le fait de pouvoir confirmer une amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires entre le début et la fin de la période d'intervention était presque inespérée. **Le fait d'observer cette amélioration de la qualité de vie est très encourageant.** Par définition, la qualité de vie (qui est un concept multidimensionnel) peut être influencée par de nombreux éléments. Les projets mis en œuvre déploient à la fois des activités de prises en charge et à la fois des activités plus systémiques (amélioration de la qualité et de l'inclusivité des politiques et des services notamment) qui touchent l'environnement de vie des personnes de façon large et peut avoir une influence indirecte sur la qualité de vie des bénéficiaires. Enfin, si d'autres acteurs contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des personnes, adultes comme enfant, nous ne pouvons que nous en réjouir, et continuer le travail engagé pour contribuer toujours plus à l'amélioration de la qualité de vie des personnes auprès de qui HI travaille.

3.2 Des projets adressés aux adultes globalement sensibles au genre, à l'âge et au handicap

Si une amélioration de la qualité de vie perçue a pu être mise en évidence ci-avant au niveau de l'ensemble des répondants adultes, il s'agit maintenant d'affiner l'analyse en regardant les éventuelles disparités qui pourraient exister entre les différents groupes de population.

Ainsi, dans ce qui suit nous nous posons les questions suivantes :

- Comment a évolué la qualité de vie des femmes par rapport aux hommes bénéficiaires du projet ?
- Comment a évolué la qualité de vie des personnes âgées par rapport à celle des jeunes adultes bénéficiaires du projet ?
- Comment a évolué la qualité de vie des personnes handicapées par rapport à celle des personnes vivant sans handicap bénéficiaires du projet ?

Ce faisant, nous tentons de vérifier le niveau de sensibilité des projets menés à l'âge, au genre et au handicap, autrement dit, de vérifier si les projets permettent de réduire les inégalités ou tout du moins de ne pas les accroître entre les personnes qui ne bénéficient

pas des mêmes chances, du même accès aux services, et du même niveau de qualité de vie initial. Pour réaliser ces comparaisons, nous mobilisons une fois de plus des modèles de régression, dont les résultats sont répertoriés dans la table 10, plus haut dans ce document.

Commençons par l'évolution de la qualité de vie selon le genre. Les résultats qui nous intéressent sont identifiés par des encadrés orange dans la table 10. Nous pouvons tout d'abord constater que **le score global de qualité de vie a augmenté dans des proportions proches entre les hommes et les femmes**, autour de + 8 points. Il en est de même dans **presque toutes les dimensions de la qualité de vie**. Les scores des femmes et des hommes ont augmenté dans le même ordre de grandeur pour le bien-être matériel, la santé, les relations sociales et les besoins de base. Le score de bien-être subjectif a augmenté davantage pour les hommes que pour les femmes (+12,3 points contre +8,3 pour les femmes), tout comme celui de la participation sociale et familiale (+7,7 points pour les hommes contre +5,9 points pour les femmes). Inversement le score de sécurité perçue a davantage augmenté pour les femmes (+9,2 points contre +7 pour les hommes).

Passons à l'évolution de la qualité de vie selon l'âge. Ce sont les encadrés bleus qui mettent en évidence les résultats significatifs que nous mentionnons ici. Pour plus de facilité de lecture, les catégories d'âge ont été regroupées en 3 classes cohérentes par rapport aux résultats précédents : les moins de 35 ans, les 35-64 ans et les 65 ans ou plus. Nous pouvons voir que, toutes choses égales par ailleurs, **le score global a significativement été amélioré pour chaque catégorie d'âge, et ce dans des proportions similaires pour les 35-64 ans et pour les plus de 65 ans** (entre +9 et +10 points). En revanche, les personnes entre 18 et 35 ans ont connu une amélioration de la qualité de vie un peu plus faible sur la période du projet (environ +6 points). Cette évolution plus faibles des scores de qualité de vie pour les moins de 35 ans se retrouve dans toutes les dimensions, sauf pour la participation sociale et familiale (avec une amélioration de plus de 5 points, proche des 65 ans et plus) et pour les relations sociales (avec une amélioration de 4,1 points, tandis que les plus de 65 ans ne perçoivent pas d'évolution significative sur cette dimension). Par ailleurs, on observe une amélioration plus importante du score de sécurité perçue pour les plus de 65 ans : +12 points, contre +8,7 points pour les 35-64 ans et +6,9 points pour les moins de 35 ans.

Considérons maintenant l'évolution de la qualité de vie selon le handicap, en regardant les encadrés violets de la table 10 cette fois. Globalement, entre la Baseline et la Endline on aperçoit une **amélioration significative de la qualité de vie (score global) pour les personnes avec ou sans handicap, et dans les mêmes proportions**. En revanche, les évolutions par dimensions révèlent des différences entre ces deux groupes. Si on constate une amélioration significative pour toutes les dimensions, celle amélioration est moins marquée pour les personnes handicapées au niveau de la santé²⁷ (+5,5 points contre +12,1

²⁷ A nouveau, il se pourrait que l'évolution des scores de qualité de vie soit sous-estimée pour les répondants en situation de handicap, puisque les données longitudinales qui auraient pu donner des indications sur le

points pour les personnes vivant sans handicap), des relations sociales (+3,6 contre +6,2), de la participation sociale et familiale (+4,8 points contre +8,8 points), ainsi que la sécurité perçue (+7,3 contre +8,2). Inversement, les répondants avec handicap ont bénéficié d'une plus forte amélioration de leurs scores pour la dimension bien-être subjectif (+12,2 contre +7,1), et bien-être matériel (+14,8 contre 9,4).

Au final, pour les adultes, on observe une amélioration de la qualité de vie globale entre les hommes et les femmes d'une part, et les personnes avec et sans handicap d'autre part, dans des proportions similaires. **Il semble donc que dans le cadre des activités mises en œuvre pour l'AC5, la programmation de HI ait été relativement sensible au genre et au handicap.** Toutefois, des nuances sont à apporter lorsque l'on regarde les évolutions dans chacune des dimensions. En effet, les personnes handicapées connaissent des améliorations moins marquées dans plusieurs des dimensions qui composent la qualité de vie, ce que nous devons garder à l'esprit pour la mise en œuvre des projets à venir. **Les données analysées semblent également indiquer une programmation sensible à l'âge** : si les moins de 35 ans voient leur qualité de vie s'améliorer dans une moindre mesure par rapport aux autres tranches d'âge, il convient de rappeler que ceux-ci présentaient également des scores de qualité de vie supérieurs au moment de la baseline.

3.3 Une attention renforcée à apporter pour les enfants en fonction du genre et du handicap ?

Pour analyser le niveau de sensibilité de la programmation au genre, à l'âge et au handicap auprès des enfants, nous procédons exactement de la même manière que ci-dessus. Les résultats présentés ici s'appuient sur la table 11, auquel il est possible de se référer pour plus de détail.

Regardons l'évolution de la qualité de vie entre les filles et les garçons bénéficiaires du projet. A nouveau, les résultats qui nous intéressent sont identifiés par des encadrés orange. **Si le score global des garçons a augmenté significativement entre la Baseline et la Endline ainsi que le score de chacune des dimensions, pour les filles, l'évolution du score global n'est pas significative.** Seules les dimensions liées à la sécurité perçue et au bien-être social ont connu une amélioration, amélioration qui reste cependant légèrement inférieure à celle des garçons (respectivement +4,2 et +3,2 points pour les filles, contre +5,2 et +3,7 pour les garçons).

Passons à l'évolution de la qualité de vie selon l'âge (encadrés bleus)²⁸. **A l'exception de la catégorie des 7-10 ans et des plus de 16 ans, pour laquelle le score global de qualité de vie est resté stable sur la période du projet, toutes les catégories d'âge ont vu ce score**

changement de catégorie des personnes (une personne dont la situation s'est fortement améliorée sur la période du projet et qui de ce fait ne se déclare plus en situation de handicap à la fin du projet) n'ont pas pû être traités comme telles.

²⁸ Pour les enfants, le choix a été fait de ne pas regrouper les classes d'âge par manque de cohérence dans les situations vécues (âge de passage entre les différents niveaux scolaires différents d'un contexte à l'autre notamment), et dans les scores (hétérogénéité forte).

augmenter entre la Baseline et la Endline. L'amélioration de la qualité de vie est plus importante pour les 15-16 ans, mais aussi pour les 5-6 ans. Pour les enfants de ces groupes d'âge, cela reste vrai pour toutes les dimensions, avec une évolution très marquée (entre +8 et +13,5 points selon les dimensions pour les 5-6 ans ; entre +6 et +9,2 points pour les 15-16 ans). Pour les autres classes, d'âge, les évolutions sont plus contrastées. Seul le score de sécurité perçue semble s'être améliorée significativement pour presque tout le monde : +7,2 points pour les 9-10 ans, +8,8 points pour les 13-14 ans, +10,1 points pour les plus de 16 ans.

Considérons maintenant l'évolution de la qualité de vie selon le handicap, en regardant les encadrés violets de la table 11 cette fois. Les modèles de régression linéaire viennent nous confirmer que, toutes choses égales par ailleurs, **le score global de qualité de vie des répondants sans handicap s'est significativement amélioré (+6,1 points).** Les scores de toutes les dimensions se sont également significativement améliorés. **Pour les répondants en situation de handicap, les évolutions n'apparaissent pas significatives entre la Baseline et la Endline** à l'exception de la sécurité perçue qui s'est significativement améliorée (+3,7 points) mais dans une moindre mesure que les enfants vivant sans handicap (+6,9 points).

Finalement, en ce qui concerne les enfants, les évolutions sont différenciées selon la sous-population considérée. Alors que les garçons et les enfants sans handicap voient leur qualité de vie globale et par dimension s'améliorer pendant la période du projet, ce n'est pas le cas pour les filles et les enfants handicapés. **Ces résultats doivent nous interpeller, en cela qu'ils semblent montrer un manque de sensibilité de la programmation au genre et au handicap au niveau des activités à destination des enfants.** Au niveau de l'âge, les écarts en terme de qualité de vie se sont creusés entre les 5-6 ans et les 15-16 ans d'une part, et les enfants des autres classes d'âge d'autre part, puisque seuls les premiers ont vu leurs scores augmenter. A ce stade, il est difficile d'interpréter ces résultats, au vu de la diversité des interventions, qui s'adressent à des groupes différents. Nous devons tout de même garder ces résultats en tête car nous ne pouvons pas exclure un éventuel manque de sensibilité à l'âge également.

Partie 4 – Éléments d'apprentissage

Ce déploiement à grande échelle des outils ScoPeO a été l'opportunité de réaliser de nombreux apprentissages, tant sur les outils en eux-mêmes et leurs conditions d'utilisation (perspectives MEAL), que sur la qualité de vie et ce qu'il l'influence (perspectives générales) ainsi que sur ce que les résultats révèlent de la mise en œuvre des projet (perspectives opérationnelles). Alors que se prépare de façon concomitante le lancement de l'AC6, il est crucial de pouvoir formaliser ces enseignements et surtout de les mobiliser pour les projets à venir. C'est dans cet esprit que nous tentons de recenser, dans ce qui suit, les différents éléments d'apprentissage que nous avons pu rassembler au cours du projet et via un exercice de partage d'expérience spécifique mené en Décembre 2022. Il en ressort la nécessité de mobiliser les ressources nécessaires pour garantir la qualité des données, le besoin d'améliorer la gestion des données entre le projet et les enquêtes pour permettre des analyses pertinentes, le besoin de bien connaître la population cible pour identifier les moyens adaptés concernant la réalisation de l'enquête, et enfin la prise en considération des résultats issues des analyses présentées dans ce rapport pour améliorer nos projets et apprendre toujours plus sur la qualité de vie des bénéficiaires.

1. La nécessité de déployer les ressources adéquates pour garantir la qualité de la collecte de données

La question des ressources, garantes de la qualité des données, se pose à plusieurs niveaux. Tout d'abord, il s'agit d'assurer la disponibilité des compétences nécessaires à la réalisation des enquêtes ScoPeO, ce qui est passé, en ce qui concerne cette opportunité AC5, par un accompagnement spécifique via les équipes du siège. Ensuite, il y a évidemment besoin d'un budget qui corresponde à la réalité du contexte et aux modalités de l'intervention.

1.1 Un accompagnement trop fractionné proposé par le siège au cours du projet

Au cours de l'AC5, un accompagnement a été organisé par le siège, avec pour objectif principal de permettre l'appropriation de l'outil par les équipes et de conseiller les personnes en charge de l'enquête pour assurer la qualité des données. Nous récapitulons ci-dessous les modalités d'accompagnement proposées, ainsi que les leçons que nous pouvons en tirer.

Nous l'avons déjà souligné, l'utilisation des outils ScoPeO implique les mêmes processus que toute autre enquête : il convient de suivre les mêmes étapes clés liées au cycle d'une étude. Ce sont ces étapes que nous suivons ci-dessous afin de récapituler l'accompagnement qui été destiné aux équipes des programmes.

1- Identifier et décider. La décision a été prise au moment de la conception de l'AC5 que l'objectif général porterait sur l'amélioration de la qualité de vie, et que l'outil pour mesurer ce changement serait ScoPeO. Cette décision s'est ensuite appliquée à tous les pays impliqués.

2- Planifier. Une chargée d'étude a rejoint l'équipe MEAL du siège pour accompagner le travail préparatoire et la réalisation de la Baseline pendant près de 10 mois. Un grand séminaire a été organisé sur 5 jours au Sénégal, pour renforcer les capacités des responsables de l'enquête (aussi appelés points focaux) de chaque pays. L'objectif était d'améliorer l'appropriation des outils ScoPeO en interne. Tout le matériel nécessaire à la formation des enquêteurs a été diffusé à ce moment-là. A la suite de ce séminaire, l'accompagnement a été orienté sur la conception des protocoles spécifiques à chaque pays, à travers 3 questions : 1) Dans mon projet, qu'est-ce qui est supposé avoir un effet sur la qualité de vie ? ; 2) Qui est supposé être bénéficiaire de l'intervention ? ; 3) Quelles informations a-t-on à disposition pour concevoir un échantillonnage représentatif pertinent ? Au cours du projet, des discussions ont été lancées pour tenter d'identifier les effets potentiels de la COVID-19 sur les dimensions de la qualité de vie. Au moment de la Endline, l'équipe IM et MEAL du siège ont organisé des webinaires et un accompagnement bilatéral pour les pays le sollicitant (Burkina Faso, Niger, Népal, Mali). Pour ce dernier, une révision totale de l'approche a été effectuée, et le recrutement et le suivi de la mission d'une chargée d'étude ont été réalisés pour explorer une autre façon de capturer la qualité de vie, cette fois à l'échelle familiale.

3- Collecter les données. Du fait de la complexité du protocole et/ou du manque de ressources humaines sur place, trois pays (Soudan du Sud, Ethiopie, Népal) ont bénéficié d'un accompagnement supplémentaire rapproché en Baseline, avec la venue d'un membre du siège pour appuyer la collecte de données. Alors que cela n'a pas été réalisé lors de la Baseline, un appui à la collecte de données mobile et au paramétrage des outils ScoPeO sur SurveyCTO a pu être mis en place en cours de projet, ce qui a facilité la collecte de données mobiles lors de la Endline.

4- Traiter les données. Après que les équipes aient collecté leurs données Baseline, un partage d'expérience a été organisé par la chargée d'étude autour des difficultés rencontrées par les enquêteurs lors de l'enquête, afin de trouver des solutions.

5- Analyser les interpréter. Lors de la Baseline, les données ont été centralisées, et la chargée d'étude qui accompagnait les équipes à ce moment-là a commencé à réaliser les premières analyses. Un rapport récapitulatif de l'ensemble de la démarche a été rédigé à ce moment-là. De même, une fois les données Endline collectées dans chaque pays, celles-ci ont été centralisées au siège, et il a été nécessaire de recourir à un analyste dédié pendant 2,5 mois. Celui-ci a mené des analyses transversales, dont les résultats sont présentés dans ce rapport. Les équipes de chaque pays étaient responsables de l'analyse et de la rédaction des rapports spécifique à leur pays, rapport permettant d'aller au bout de la démarche d'appropriation d'une telle enquête. Un webinaire a été organisé pour aiguiller les

responsables d'enquête et/ou les unités MEAL des pays dans l'utilisation des matrices et l'analyse des données. Un modèle de rapport a été également mis à disposition.

6- Partager, utiliser et mutualiser. Une compilation des éléments d'apprentissage issus des rapports pays disponibles et des exercices de leçons apprises réalisés par les équipes a été faite. Par ailleurs, une session de partage d'expérience (sous la forme d'un atelier à distance) a été réalisée avec l'ensemble des équipes disponibles à la fin de l'AC5. Cette session a également été l'occasion de diffuser les résultats des analyses transversales, et de revenir sur le chemin parcouru tous ensemble. L'ensemble des documents-clés (protocoles, guidances, supports de formation, rapports d'enquête, etc...) ont été mis à disposition de tous sur Hinside ou sous Teams. Une grande partie d'entre eux serviront de base pour la réalisation de la mesure des effets des AC6.

Cet accompagnement s'est avéré fructueux pour certains points, et plus limité pour d'autres. Le séminaire réalisé au Sénégal a été déclaré particulièrement utile par l'ensemble des participants, notamment parce qu'il a été l'occasion d'échanger et de pratiquer avec l'outil avant de devoir lancer l'enquête. Cela a permis de garantir leur capacité à pouvoir former les enquêteurs par la suite dans leur pays respectif, puisque ce séminaire avait été pensé comme une formation de formateurs, avec la mise à disposition de toutes les guidances nécessaires pour cela. Deux autres formes qu'a pris l'accompagnement et qui ont été hautement appréciés sont : premièrement l'appui individualisé pour la rédaction des protocoles qui a permis d'obtenir des réponses aux questions que se posaient les équipes ; et deuxièmement l'appui technique SurveyCTO au fur et à mesure du projet qui a permis à la grande majorité des pays de réaliser l'enquête Endline via tablettes. En revanche, concernant les aspects qui ont moins bien fonctionnés, il a été déploré un démarrage de l'enquête presque 1 an après le démarrage officiel du projet. Par ailleurs, les équipes ont mentionné à la fois le turn-over sur les programmes – avec pour conséquence la perte des informations et des connaissances acquises lors du séminaire, mais aussi la difficulté pour le siège de savoir qui contacter pour assurer le suivi – et à la fois le changement d'interlocuteur au siège – entraînant un flou dans la personne à solliciter en cas de besoin par les équipes projet, et le sentiment d'être moins accompagnés. Ce sentiment a été renforcé par le manque de temps collectifs une fois le séminaire passé, ainsi qu'un ARCI peu clair sur les rôles et les responsabilités de chacun dans cette enquête.

Un accompagnement centralisé précieux pour traiter de questions transversales

Le fait de proposer un accompagnement centralisé (en l'occurrence depuis le siège) est intéressant à plus d'un titre : il permet des temps de travail collectif entre différents programmes, favorables à d'enrichissantes discussions et partages d'expérience ; il permet de mutualiser les efforts et les ressources nécessaires pour la production de guidances ; il permet également d'apprendre sur les outils déployés, et de produire des connaissances plus transversales. En revanche, cette centralisation n'est possible qu'avec la mobilisation d'un budget et de ressources

spécifiques, ce qui a été facilité par l'AC5. Par ailleurs, cet accompagnement centralisé ne doit pas se faire aux dépens des apprentissages plus localisés, essentiels à l'échelle de chaque projet pour améliorer les activités de HI.

1.2 Des besoins en budget et en temps à ne pas négliger

Au cours de cette grande enquête ScoPeO, certaines équipes semblent avoir rencontré des limites budgétaires. Dans certains cas, cela a entraîné une réduction du nombre de personnes enquêtées, et donc la représentativité de l'échantillonnage. Dans d'autres, il a été fait le choix de se reporter sur les personnes les plus faciles à enquêter (pour limiter les coûts de déplacement des enquêteurs notamment). Dans d'autres encore, c'est le temps alloué à la formation des enquêteurs, notamment lors de la endline, qui a été réduit, ainsi que le temps passé auprès de chaque enquêté, entraînant une baisse de la qualité de la relation et donc potentiellement de la qualité des données recueillies.

Plusieurs équipes ont signalé que les personnes enquêtées démontraient des attentes fortes suite à la passation du questionnaire par rapport à l'aide que pouvait leur fournir HI et ses partenaires. Ces mêmes équipes ont donc eu besoin de temps supplémentaire par rapport à ce qui avait été anticipé et planifié pour expliquer dans le détail les objectifs de l'enquête et l'absence de conséquence en lien avec le fait de répondre ou non aux questions. Généralement, le temps prévu pour la collecte de données est très court : beaucoup d'enquêtes à faire par chaque enquêteur chaque jour, ce qui ne leur permet pas de s'adapter aux besoins de leur interlocuteur, et indirectement peut induire une baisse de la fiabilité des données produites. Comme mentionné précédemment (cf [paragraphe 2.3](#)), le temps de passation de ScoPeO-Kids apparaît plus faible que pour ScoPeO-Adults. Toutefois, il a été remarqué que les enquêteurs devant interroger à la fois des adultes et des enfants se trouvaient souvent en difficulté avec ses derniers, tandis que les enquêteurs qui n'enquêtaient que des enfants ne relevaient pas de problème.

➤< Quelques pistes d'amélioration

Si l'intérêt d'un accompagnement centralisé n'a été remis en question à aucun moment, il paraît nécessaire toutefois de prévoir un dispositif plus continu, apportant des repères clairs concernant l'ARCI de l'enquête dès le début du processus, et comportant un système permettant une intégration facilitée des nouveaux collaborateurs en cas de turn-over. Un accompagnement plus rapproché devrait être proposé concernant l'analyse et la rédaction des rapports, suite à la collecte de données endline.

La qualité de l'enquête repose également sur une anticipation et une budgétisation adéquate. Il est ainsi important de pouvoir réaliser une formation complète et de donner les moyens aux enquêteurs de passer le temps nécessaire avec chaque

enquête. On peut également souligner le besoin de recruter des enquêteurs spécifiques, uniquement dédiés à la collecte des données auprès des enfants, pour les pays déployant ScoPeO-Kids.

2. Le besoin d'améliorer l'articulation entre les activités du projet et les données de l'enquête

Le déploiement de ScoPeO à grande échelle est une opportunité d'apprentissage indéniable, toutefois, au cours de l'AC5, certaines analyses et donc certains axes potentiels d'apprentissage ont été limités. Pour tirer un meilleur parti des efforts fournis pour mesurer les effets sur la qualité de vie (et même de façon plus générale), cette question de l'apprentissage doit être anticipée, ce qui passe notamment par le choix de modalités de déploiement de l'enquête et d'analyse des données adaptées au projet et au contexte et en lien avec les besoins de connaissance de l'équipe.

2.1 Envisager la mesure des effets du projet sur la qualité de vie comme une opportunité d'apprentissage

Envisager la mesure des effets des projets – et donc les enquêtes ScoPeO – comme des opportunités d'apprentissage devrait permettre de redonner du sens aux efforts et aux ressources mobilisées pour réaliser cette activité.

Les questions sociodémographiques constituent un bon exemple. Les données sur l'âge, le genre et le handicap peuvent être considérées comme obligatoires chez HI dans le cadre d'une telle enquête, puisque celles-ci sont indispensables pour réaliser une désagrégation selon ces critères. Les analyses contenues dans ce rapport qui concernent l'influence de l'âge, et du genre et du handicap sur la qualité de vie, ainsi que la question de la sensibilité de la programmation de HI à l'âge, au genre et au handicap n'auraient pas pu être traitées en l'absence de ces informations. Elles sont pareillement cruciales à l'échelle d'un projet donné. C'est d'autant plus important que les résultats pour l'AC5 montre un potentiel manque de sensibilité au genre et au handicap pour les enfants ciblés par les activités de HI, contrevenant aux objectifs de l'organisation. Ainsi cette comparaison sera-t-elle importante à mener partout où cela sera pertinent, pour mieux comprendre les phénomènes à l'origine de ces résultats. A l'inverse, des questions sur le statut, ou sur le nombre de personnes vivant dans le foyer, (qui n'ont pas été clarifiées en amont généralement puisque dans un même pays, plusieurs enquêteurs n'avaient pas la même compréhension de la question) ne doivent être collectées que si elles répondent à un besoin²⁹. Ce besoin est déterminé par : 1)

²⁹ On peut se référer ici à la recommandation 6 - planifier et garantir l'utilisation et le partage des informations - de la note d'orientation [Etudes et recherches chez HI : Pour une la gestion éthique des données](#), mais aussi à la notion de minimisation, qui est l'un des principe de la protection des données (Guide méthodologique [Comment intégrer la protection des données dans nos opérations](#)).

les questions d'apprentissage à l'échelle d'un projet, dans un pays donné et 2) les questions d'apprentissage transversales lorsqu'elles existent (généralement seulement dans le cas de projets multi-pays, dont l'AC5 fait partie).

Une ambition qui avait été posée en tant qu'analyse transversale à partir de l'ensemble des données ScoPeO issues de l'AC5 était celle d'une amélioration plus importante ou non de la qualité de vie dans le cadre d'une prise en charge multisectorielle (comparée à une prise en charge sectorielle). Or, cela n'a pas été possible, car dans la grande majorité des cas, nous n'avons pas été mesure de savoir de manière effective le type d'intervention dont a bénéficié chaque personne. Une des leçons apprises de cet exercice est ainsi la nécessité de renforcer les techniques de suivi des bénéficiaires afin de conduire des analyses permettant de comparer l'évolution de la qualité de vie par type de services reçus.

Enfin, le fait de poser une ou plusieurs questions d'apprentissage clairement définie pourraient également permettre de réduire les difficultés de certaines équipes qui manifestent des incertitudes sur ce qui pourrait être analysé à partir des données de l'enquête. Par exemple, lorsqu'un projet se déploie dans deux zones géographiques différentes auprès de populations différentes et par l'intermédiaire de différents partenaires, il pourrait être pertinent de comparer l'évolution de la qualité de vie sur ces deux zones (au lieu d'analyser l'ensemble des données comme un seul bloc).

2.2 Définir des modalités de déploiement et d'analyse adaptées au projet et au contexte

Une partie conséquente de l'accompagnement proposé par le siège pour cette enquête a été consacrée à la conception conjointe des protocoles, pour assurer un déploiement pertinent de ScoPeO, en fonction des contextes et des activités spécifiques dans chaque pays. Cet effort a été reconnu particulièrement utile par les équipes, Malgré cela, ce sont deux écueils majeurs qui ont été rencontrés.

Premièrement, la survenue de la pandémie COVID-19, qui a eu une incidence importante sur la qualité de vie. Cela a rendu difficile de distinguer la part liée au contexte et la part liée à la contribution du projet dans l'évolution de la qualité de vie des personnes auprès de qui HI travaille. Une des initiatives concernant cette problématique a été d'analyser les résultats de ScoPeO en distinguant les dimensions fortement influencées par le projet et les dimensions fortement influencées par le contexte, dont les conséquences de la pandémie. Cela permet de tenter de mieux comprendre la contribution du projet aux changements observés au niveau de la qualité de vie des bénéficiaires. Des questions supplémentaires à ajouter au questionnaire ScoPeO lors de la Endline avait été proposées aux équipes, toutefois, l'influence de la pandémie, de ses conséquences et des actions prises pour l'endiguer (confinement, fermeture des services, etc.) ayant été différentes selon les pays, les zones au sein d'un même pays, et les profils des personnes, cet exercice d'analyse différencié n'a pas pu être mené sur l'ensemble des données.

Deuxièmement, malgré les précautions prises au moment de la conception des protocoles, la plupart des équipes ayant opté pour une enquête longitudinale n'ont pas pu aller jusqu'au bout de la démarche. Les approches longitudinales sont en effet à réserver à certains types de projets, et à certains types de population, lorsqu'on est sûr de pouvoir enquêter en Endline les personnes précédemment interrogées en Baseline. Les freins qui ont été rencontrés concernent d'un côté la difficulté de garder contact avec les personnes dont la prise en charge s'est terminée bien avant de faire l'enquête Endline (numéro de téléphone erroné ou plus valide au moment de l'enquête) et de l'autre côté avec la gestion des identifiants. Cela a pu être le cas lorsque de nouveaux identifiants ont été attribués aux personnes lors de la Endline, au lieu d'utiliser les identifiants de la Baseline, empêchant de faire correspondre les réponses données en début et en fin de projet pour une même personne. Ce dernier point est pourtant indispensable lors de l'analyse des données suite à une enquête longitudinale. Un dernier aspect doit retenir notre attention : lorsque des jeunes de moins de 18 ans sont enquêtés en Baseline, et qu'au moment de la Endline ils ont plus de 18 ans, il est important d'avoir décidé en amont quel outil utiliser (ScoPeO-Kids ou ScoPeO-Adults, selon la composition du reste de l'échantillon) et de ne pas en changer entre la Baseline et la Endline.

Quelques pistes d'amélioration

Pour faire des enquêtes de mesure des effets de réelles opportunités d'apprentissage, il est important de s'assurer 1) d'identifier une question d'apprentissage à l'échelle du projet et de déployer les outils en fonction (par exemple, « est ce que les effets sont les mêmes dans les zones d'intervention A et B »), et 2) de déterminer une question d'apprentissage transversales (pour les cas de déploiement multi-pays) et de faire en sorte que les informations nécessaires au traitement et à l'analyse soient bien intégrées dans les enquêtes. Cela pourrait par exemple concerner le fait de savoir de quelles activités a pu bénéficier chaque personne pour réaliser des analyses plus approfondies par secteur.

Pour limiter l'incidence de la survenue d'événements majeurs (catastrophes naturelles, conflits, etc...) sur les données de l'enquête, dont le risque augmente en fonction de la durée du projet, il pourrait être envisagé de collecter des données à mi-parcours, selon une modalité plus légère, pour faire le point sur les effets déjà produits ou non grâce au projet, dans une logique d'apprentissage continu.

Par ailleurs, lorsque les approches longitudinales s'avèrent les plus pertinentes, il est important d'assurer une bonne gestion des données, ce qui passe par une procédure adaptées d'attribution d'identifiant : par exemple, il est possible de modifier la procédure proposée avec les outils ScoPeO, lorsque le projet a déjà attribué un numéro unique à chaque bénéficiaire ou lorsque cela a déjà été fait en Baseline.

3. Bien connaître la population ciblée pour bien planifier l'enquête

Un élément clé pour réaliser une collecte de données de qualité est de bien connaître la population ciblée par l'enquête. Cette connaissance permettra en effet de sélectionner l'outil et l'approche les plus adaptés en fonction du profil des répondants, et de garantir un recrutement et une formation pertinente des enquêteurs.

3.1 Un set d'outils de mesure de la qualité de vie qui couvrent la diversité des populations pour lesquelles HI s'engage

De façon concomitante à cette grande enquête, des initiatives complémentaires ont permis d'explorer des moyens alternatifs concernant la mesure de la qualité de vie, lorsque les outils ScoPeO se sont retrouvés confrontés à certaines limites, limites notamment liées aux profils spécifiques des répondants. En effet, il arrive que HI travaille auprès de personnes qui ne sont pas toujours en mesure de comprendre et/ou de s'exprimer par rapport aux questions des outils ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids dans leur forme actuelle.

Ainsi, une recherche a été menée entre 2019 et 2021 au Rwanda afin d'analyser les écarts dans les réponses des enfants et des parents avec ScoPeO-Kids. L'objectif était ici de déterminer dans quelle mesure il était possible d'interroger les parents à la place des enfants, sur la qualité de vie de ces derniers. Cette question a été soulevée pour répondre à des situations précises où les enfants ne pouvaient pas s'exprimer par eux-mêmes sans aménagement relativement conséquent au regard de l'enquête. Ainsi s'agissait-il de vérifier le niveau de concordance entre les réponses enfants-parents pour statuer sur la possibilité ou non d'interroger le parent lorsqu'il n'était pas possible à l'enfant de répondre par lui-même au questionnaire. Le niveau d'accord entre les enfants et leurs parents a été évalué à l'aide de coefficients intra-classes (ICC). Au total, 81 dyades (parents-enfants) ont rempli le questionnaire de manière indépendante. Les résultats indiquent un niveau d'accord modéré (ICC allant de 0.493 à 0.766). **On estime ainsi qu'il est possible d'interroger un parent sur la qualité de vie de son enfant, dans les cas spécifiques où il n'est pas possible de trouver d'ajustements raisonnables pour interroger directement l'enfant. L'usage de ScoPeO-Kids version Proxy doit se faire avec précaution - notamment parce que les résultats indiquent également que les parents ont tendance à globalement sous-estimer la qualité de vie de leur enfant - et n'a pas vocation à se substituer à l'utilisation de ScoPeO-Kids auprès des enfants, seule façon de procéder qui respecte une approche centrée sur la personne.**

Dans un autre programme, **au Mali**, où l'intervention financée par l'AC5 concernait des **enfants épileptiques, atteints de trisomie 21 et polyhandicapés** ainsi que leur famille, l'enquête ScoPeO-Kids Baseline s'est heurtée à des difficultés importantes : les enquêteurs formés à cet effet se sont retrouvés confrontés à un taux de réponse particulièrement bas. Ce constat a été mis en lien avec les difficultés de ces enfants à comprendre les questions sur la qualité de vie. Lorsque les personnes présentant des handicaps ne leur permettant pas de répondre aux questionnaires ScoPeO-Kids ou ScoPeO-Adults représentent la

totalité ou du moins la majorité des personnes ciblées au travers des activités, il n'est alors plus question d'utiliser une version Proxy. Souvent, dans ce cas de figure, le projet s'intéresse à la personne handicapée mais aussi à son milieu de vie, et tente d'adresser les problématiques qui concernent l'ensemble de la famille. Au Mali, les activités mises en œuvre dans le cadre de l'AC5 correspondaient à ce double objectif. HI a de ce fait décidé d'explorer les outils de mesure de la qualité de vie familiale³⁰ pour rendre compte de l'interconnexion entre les membres de la famille et la façon dont les besoins et le bien-être individuels affectent le bien-être de toute la famille. Une étude³¹ a ainsi été réalisée pour identifier les dimensions constituantes de la qualité de vie des familles à partir de deux outils préexistants (le questionnaire Family Quality of Life du Beach Center et le Family Quality of Life Survey 2006) et donné naissance à une première version de ce que pourrait être ScoPeO-Family. L'étude a notamment fait ressortir deux aspects intéressants. Premièrement, que la personne la plus à même de parler au nom de la famille est la personne qui s'occupe principalement de la personne handicapée, et plus précisément la mère ou la grand-mère. Deuxièmement, qu'il y a un fort intérêt à distinguer ce qui relève de l'auto-évaluation de la situation dans les différentes dimensions (ce qui constitue la perception de la qualité de vie familiale) des aspects liés aux opportunités accessibles (ce qui caractérise l'environnement) et aux initiatives développées par la famille (ce qui est valorisé par celle-ci, là où elle porte ses efforts).

C'est donc maintenant un set d'outils ScoPeO étoffé qui est disponible pour les équipes (ScoPeO-Adults, ScoPeO-Kids, ScoPeO-Kids version Proxy, ScoPeO-Family), permettant de répondre aux diverses réalités du travail mené par HI sur le terrain.

Par ailleurs, dans certains cas précis, certaines questions peuvent ne pas être complètement adaptées à la situation des personnes interrogées. Dans ce cas, il y a toujours la possibilité de ne pas poser la question, et de choisir « Non Applicable » (NA) comme modalité de réponse – lorsque ces questions ne représentent qu'une très faible part des questions de l'outil³². Par exemple, aux mineurs non accompagnés, il ne sera pas pertinent de poser la question sur la perception de l'enfant quant à la capacité de ses parents à l'écouter et leur disposition à prendre en compte ses suggestions et opinions.

³⁰ Le déploiement de ScoPeO-Kids au Mali a rencontré un taux de non-réponse complète très important (autour de 75%) obligeant à adopter une autre approche que ce qui avait été initialement prévu au travers de la grande enquête ScoPeO.

³¹ Pour plus d'information, se référer au [rapport complet de l'étude ScoPeO-Family](#).

³² Si beaucoup de questions paraissent inadaptées, c'est alors la question du choix de l'outil qu'il faut se poser. En effet, choisir NA comme modalité de plusieurs questions peut entraîner une impossibilité de calculer les scores ScoPeO et donc de rendre les données collectées inutilisables.

3.2 Des enquêteurs bien formés garants de la bonne relation avec les enquêtés et de la qualité des données

Les témoignages des équipes nous renseignent sur l'importance du recrutement et de la formation des enquêteurs pour permettre une collecte de données qui se passent sans encombre et garantir la qualité des enquêtes. Au Burkina Faso et au Niger, les enquêteurs ont été sélectionnés au sein de la communauté au sein de laquelle avaient été identifiés les bénéficiaires. Si ce n'est pas toujours une pratique recommandée (du fait de la potentielle trop grande proximité entre enquêtés et enquêteurs pouvant nuire à la qualité des données), dans ce cas précis cela a permis de faciliter la prise de contact et l'entrée en communication, tout en limitant les difficultés liées à la maîtrise des dialectes locaux. D'autres équipes ont fait le choix de recruter plutôt des enquêtrices et/ou des personnes handicapées pour mener les enquêtes, toujours dans le but de faciliter la communication et de permettre une mise en confiance plus rapide entre enquêtés et enquêteurs. Une autre bonne pratique à souligner est l'utilisation de vidéo tripartite via Whatsapp durant la période critique de confinement au Sénégal pour assurer l'inclusivité de l'enquête auprès des personnes malentendantes, comme relaté plus haut dans le paragraphe [2.5 sur La prise en compte des aspects éthiques, les pratiques inspirantes des équipes](#). Enfin, l'étape du pré-test, qui consiste à mettre en pratique les aspects plus théoriques de la formation des enquêteurs auprès d'un échantillon limité de personnes, se révèle une étape cruciale : dans beaucoup de cas, le pré-test a permis de vérifier la compréhension des questions et donc la qualité de la traduction, mais aussi le temps nécessaire à chaque enquête et donc une meilleure planification de la collecte de données par la suite. Elle permet en outre aux enquêteurs et enquêtrices d'être plus à l'aise avec les formulaires et donc d'échanger de façon plus fluide, en adoptant la posture adaptée auprès des bénéficiaires de HI.

➤•< Quelques pistes d'amélioration

L'analyse des non-réponses partielles³³ a montré que la très grande majorité des personnes enquêtées ont compris l'ensemble des questions. Toutefois, des études complémentaires ont été menées en parallèle de la grande enquête ScoPeO et ont permis de mettre de nouveaux outils à disposition pour des cas spécifiques non couverts par ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids jusque-là. Cependant, et notamment lorsque les équipes ne connaissent pas précisément à l'avance le profil des répondants, le balisage des non-réponses complètes (incapacité à répondre ou refus de répondre) reste une source d'apprentissage à ne pas négliger. Il est possible par exemple d'ajouter des questions après « Le répondant accepte de participer », afin de préciser le motif du refus et/ou des informations relatives à l'incapacité de la personne à répondre. Cela est d'autant plus important qu'il semblerait que les personnes atteintes de maladies impliquant un stigmate acceptent moins facilement de participer à l'enquête.

³³ Plus de détail en [2.3](#).

Comme pour toute enquête, si l'outil est important, ce sont bien les enquêteurs et les enquêtrices qui sont les piliers de la qualité des données collectées. La composition des équipes (femmes, personnes handicapées, personnes ayant l'habitude de travailler avec des enfants) ainsi que la formation proposée, qui doit inclure une étape de pré-test, sont en ce sens essentielles.

4. Prendre en considération les résultats issus de la présente analyse des données pour améliorer la qualité des enquêtes à venir

L'analyse des données sur l'ensemble des répondants à l'enquête des pays AC5 impliqués qui est présentée dans ce document vise, nous l'avons dit, l'apprentissage au sein de HI. Mais il ne peut y avoir apprentissage que si les nouvelles connaissances acquises sont intégrées dans les pratiques. Il s'agira notamment de prendre en compte l'influence de l'âge du genre et du handicap et d'apparier les données lorsque nécessaire. Par ailleurs, se référer aux valeurs de référence que nous mettons en évidence ici permettra d'apporter des réponses supplémentaires à la question de « quoi analyser » une fois les données ScoPeO rassemblées. Enfin, pour dépasser l'hétérogénéité de certaines dimensions, il ne faudra pas hésiter à analyser les questions qui la composent séparément.

4.1 Apparier les données selon le genre, l'âge et le handicap

Les analyses menées ci-avant ont montré que pour les adultes, la qualité de vie est influencée par le genre, l'âge et le handicap. Ainsi, les femmes, les personnes âgées et les personnes handicapées ont-elles une qualité de vie plus basse que les autres. Si cela est un résultat intéressant en soi, cela acquiert également une importance lorsque l'on compare les scores de qualité de vie entre Baseline et Endline dans une approche transversale. Par exemple, puisque la qualité de vie des femmes apparaît comme plus faible, le fait d'enquêter une proportion de femmes différente en Baseline et en Endline peut entraîner une évolution du score moyen, par la seule influence d'un taux de femmes qui diffère entre les deux échantillons. De même, une proportion différente de personnes âgées et/ou de personnes handicapées entraînerait une évolution. Or, ce que nous voulons mettre en évidence c'est l'évolution de la qualité de vie liée à la contribution du projet. De ce fait, nous devons nous assurer de proportions similaires de femmes, de personnes âgées et de personnes handicapées dans les échantillons Baseline et Endline. Pour ce faire, il sera nécessaire de calculer ses proportions en Baseline, et, lors de la constitution de l'échantillon Endline, de respecter autant que possible ces proportions. Pour les enfants, la qualité de vie semble influencée par le handicap seulement. De la même manière, dans le cadre d'un suivi transversal, il sera nécessaire d'enquêter un taux similaire d'enfants handicapés en Baseline et en Endline.

4.2 Des valeurs de référence permettant de prendre un recul critique face à ses propres données

Ce que nous pouvons retenir également des données de cette grande enquête ScoPeO sont les valeurs moyennes pour chaque dimension composant la qualité de vie. Ces valeurs moyennes issues de plusieurs pays permettent d'établir des ordres de grandeur quant à la qualité de vie des personnes avec lesquels HI travaille, mais aussi de la différence de qualité de vie entre différents groupes. Les scores moyens en Baseline par dimension et par question sont répertoriés dans la table 7 pour ScoPeO-Adults, et dans la table 9 pour ScoPeO-Kids. Les écarts moyens de score selon le profil des répondants en terme de genre, d'âge et de handicap sont synthétisés dans la table 12 ci-dessous pour les adultes.

Table 12 – Ecart moyen des scores selon le genre, l'âge et le handicap pour les adultes

| | Ecart moyen de score pour les femmes | Ecart moyen de score pour les personnes de plus de 65 ans | Ecart moyen de score pour les personnes handicapées |
|---|--------------------------------------|---|---|
| Santé | - 2,4 points | - 13,2 points | - 10,2 points |
| Relations sociales | NS | NS | NS |
| Bien-être subjectif | - 3,2 points | NS | - 6,5 points |
| Besoin de base | NS | -4,0 points | - 7,3 points |
| Sécurité perçue | NS | NS | NS |
| Bien-être matériel | NS | NS | - 10,2 points |
| Participation sociale et familiale | - 3,5 points | + 6,3 points | - 6,8 points |
| Score total | - 2,0 points | - 3,4 points | - 6,7 points |

*NS = Ecart non significatif

Les écarts moyens de score selon le profil des répondants en terme de handicap au moment de la Baseline sont synthétisés dans table 13 ci-dessous pour les enfants. Les écarts selon le genre et l'âge ne sont pas apparus significatifs au cours des analyses présentées dans ce rapport.

Table 13 - Ecart moyen des scores selon le handicap pour les enfants

| | Ecart moyen de score pour les enfants handicapés |
|--|--|
| Bien-être physique | - 7,4 points |
| Bien-être émotionnel | - 7,4 points |
| Sécurité perçue | - 5,5 points |
| Autonomie et accomplissement personnel | - 6,7 points |
| Bien-être social | - 6,8 points |
| Score total | - 7,3 points |

Ces valeurs de référence peuvent être utilisées pour mettre en perspective les résultats issus des prochaines enquêtes ScoPeO. Si les données se rapprochent de ces valeurs de référence, cela viendra confirmer progressivement la robustesse de ces valeurs. Si au contraire, les résultats sont éloignés de ces valeurs, il sera alors intéressant de creuser la question et d'identifier les causes potentielles de ces différences.

Une analyse intersectionnelle à approfondir

Dans le cadre de l'analyse globale des données issues de cette grande enquête ScoPeO, l'influence du genre, de l'âge et du handicap sur la qualité de vie des personnes ont tout d'abord fait l'objet d'analyses séparées. Or, les nombreux travaux sur l'intersectionnalité semblent bien indiquer une vulnérabilité plus importante des personnes qui cumulent plusieurs de ces caractéristiques. Des analyses exploratoires ont été réalisées pour tenter de le vérifier. Un modèle de régression a été établi afin d'identifier la différence de score induite par le fait de cumuler au moins deux des facteurs de vulnérabilité pris en compte ici. Par exemple, puisqu'il a été établi d'une part que le fait d'être une femme induisait une qualité de vie plus faible, et d'autre part que le fait d'être handicapé entraînait un score de qualité de vie inférieur, alors le modèle de régression s'attachait à mettre en évidence la baisse supplémentaire en terme de score de qualité de vie qui aurait pu résulter du fait d'être une femme handicapée. Ces premières analyses exploratoires ne mettent pas en évidence de dégradation supplémentaire de la qualité de vie, quels que soient les critères de vulnérabilité considérés. Les données ne nous permettent pas de conclure à une qualité de vie plus faible pour les femmes handicapées, pour les personnes âgées handicapées, ou pour les femmes âgées. Toutefois, il ne s'agit que

de toutes premières tentatives pour analyser les données sous le prisme de l'intersectionnalité, il conviendra donc de poursuivre cette démarche et de mener des analyses plus robustes à la prochaine opportunité.

4.3 Hétérogénéité des dimensions : la possibilité d'analyser les questions individuellement

Les analyses ont montré que certaines dimensions s'avéraient plus hétérogènes que d'autres. Dans ScoPeO-Adults, il s'agit de la dimension Santé, et de la dimension Besoin de base. Dans ScoPeO-Kids, il s'agit de la dimension Sécurité perçue et de la dimension l'Autonomie et accomplissement personnel. Par conséquent, les scores pour ces dimensions cachent potentiellement des réalités différenciées, qu'il convient donc de nuancer. Par exemple, une personne peut percevoir une très bonne santé mentale (score élevé) mais une santé physique médiocre (score faible), entraînant un score de la dimension Santé autour de 50. Ce score au niveau de la dimension n'attire pas l'attention en lui-même, alors que se cache dessous des aspects beaucoup plus polarisés, et probablement plus signifiants pour l'analyse.

Quelques pistes d'amélioration

Au vu des analyses réalisées, qui montrent une influence de l'âge, du genre et du handicap sur la perception de la qualité de vie, il apparaît important de s'assurer que les structures des échantillons sont suffisamment similaires entre la Baseline et le Endline pour ne refléter que l'évolution effective de qualité de vie pendant la période du projet, et partant la contribution du projet à ces changements. Dans le même ordre d'idée, afin de statuer sur l'évolution des scores de qualité de vie entre Baseline et Endline, il est conseillé d'utiliser les matrices dédiées à l'analyse de ScoPeO-Kids et ScoPeO-Adults. Il pourrait être intéressant d'indiquer les intervalles de confiance pour se demander si les différences sont significatives entre la Baseline et la Endline.

Les valeurs de référence répertoriées ici permettent de faciliter l'analyse des données, dès la Baseline, il est donc conseillé de les mobiliser en les comparant aux résultats des enquêtes à venir. Ces valeurs pourraient être consolidées et affinées par l'établissement d'une base de données de l'ensemble des enquêtes ScoPeO par programme.

Par ailleurs, les matrices dédiées à ScoPeO-Adults et ScoPeO-Kids fournissent une aide intéressante pour la réalisation des analyses. Toutefois, en fonction des questions d'apprentissage auxquelles on veut tenter d'apporter des réponses, et en fonction du projet (i.e des dimensions de la qualité de vie que HI cherche directement à améliorer), il est possible de s'affranchir de la matrice afin de réaliser les analyses adaptées, plus pertinentes, si nécessaire.

Conclusion

Dans le cadre du financement octroyé par le Ministère des Affaires Etrangères du Luxembourg entre 2018 et 2022, **ce sont 13 pays qui se sont engagés dans la réalisation d'une enquête pour estimer la contribution des projets à l'amélioration de la qualité de vie des populations.** Après des années de recherche consacrées à la qualité de vie et à sa mesure, un set d'outil a vu le jour chez HI – ScoPeO – avec une version pour les enfants de 5 à 17 ans (ScoPeO-Kids) et une version pour les adultes à partir de 18 ans (ScoPeO-Adults). La grande enquête qui a été menée ici est la première initiative de déploiement à grande échelle de ces outils. Des ressources spécifiques ont été mobilisées à la fois pour l'accompagnement des équipes à la réalisation des collectes de données mais aussi à l'analyse transversales des données afin d'en tirer des apprentissages globaux, sur la mise en œuvre des projets mais aussi sur les outils ScoPeO eux-mêmes.

En voulant favoriser une appropriation des outils ScoPeO par les équipes, cette opportunité a donné lieu à la production de guidances diverses, maintenant à disposition de tous et toutes (supports de formation, matrices d'analyse, modèle de rapport, etc...). Toutefois, la collecte de données s'est retrouvée confrontée à la survenue de la pandémie de COVID-19 à partir de 2020, qui a touché tous les pays d'intervention. Par ailleurs, l'analyse s'est retrouvée limitée par un manque d'articulation entre les données de l'enquête et les données du projet.

Malgré cela, plusieurs résultats ont pu être mis en avant. Tout d'abord, ce sont les scores de qualité de vie obtenus en baseline qui ont été étudiés. Au niveau des adultes, le score global de qualité de vie est de 49 sur 100. De plus, **la qualité de vie des adultes apparaît comme significativement influencée par le genre, l'âge et le handicap.** Le fait d'être une femme induit une différence significative du score global de qualité de vie. Le fait d'être âgé induit également une qualité de vie inférieure. Quant au handicap, il s'agit bien de la caractéristique la plus discriminante en terme de qualité de vie. Le fait d'être en situation de handicap induit une différence significative. Le score global de qualité de vie décroît significativement selon l'intensité du handicap.

En ce qui concerne les enfants, le score global des enfants est particulièrement élevé par rapport à celui des adultes (66 contre 49 sur 100). **Contrairement aux adultes, il semble que le genre et l'âge n'influencent pas la qualité de vie des enfants de façon significative.** En revanche, comme pour les adultes, c'est en lien avec le handicap que les différences de scores sont les plus significatives. Ainsi, comparativement aux répondants sans handicap, les répondants en situation de handicap ont un score global significativement inférieur, qui décroît en fonction de l'intensité du handicap.

L'évolution des scores entre baseline et endline nous renseigne sur les effets des programmes de HI sur la qualité de vie des bénéficiaires. **Pour les adultes comme pour les enfants, on met en évidence une amélioration significative de la qualité de vie au cours de la période du projet.** Par ailleurs, il ressort que selon la dimension considérée, entre

60% et 80% des adultes répondants estiment que les projets ont permis une amélioration de leur qualité de vie. Cette question n'a pas été posée aux enfants.

En analysant l'évolution des scores en fonction du profil des répondants, on cherche à vérifier la contribution à l'augmentation ou à la résorption des inégalités entre les groupes, autrement dit, de **discuter de la sensibilité des projets aux trois aspects que sont le genre, l'âge et le handicap**. Pour les adultes, on observe une amélioration de la qualité de vie globale pour les hommes et les femmes d'une part, et les personnes avec et sans handicap d'autre part, dans des proportions similaires. Il semble donc que dans le cadre des activités mises en œuvre pour l'AC5, **la programmation de HI pour les adultes ait été relativement sensible à l'âge, au genre et au handicap**. En ce qui concerne les enfants, tandis que les garçons et les enfants sans handicap voient leur qualité de vie globale et par dimension s'améliorer pendant la période du projet, ce n'est pas le cas pour les filles et les enfants handicapés. **Ces résultats doivent nous interpeller, en cela qu'ils semblent montrer un manque de sensibilité de la programmation au genre et au handicap au niveau des activités à destination des enfants**. Et s'il est difficile d'interpréter les résultats relatifs à l'âge au vu de la diversité des interventions, nous ne pouvons pas exclure un éventuel manque de sensibilité à l'âge également.

Les apprentissages tirés de cette expérience à grande échelle devront être utilisés pour améliorer la mesure de la qualité de vie dans les futurs projets de HI.

Bibliographie

- BRUS Aude. [Comment réaliser une étude qualitative/ quantitative ? De la planification à la valorisation des résultats](#). Lyon: Handicap International, 2017, 256 p.
- BRUS Aude. [Etudes et recherches à Handicap International : Pour une gestion éthique des données](#). Lyon: Handicap International, 2015, 38 p.
- BRUS Aude, DUBOZ Priscilla, LEFEBVRE Céline, LEGOFF Stéphanie. [ScoPeO-Adults : Mesurer la qualité de vie, la sécurité et la participation sociale et familiale des bénéficiaires des projets](#). Lyon: Handicap International, 2019 (troisième édition), 87 p.
- BRUS Aude, HIGINS Johanne, POISSANT Lise. [ScoPeO-Kids : un outil pour mesurer la qualité de vie des enfants âgés de 5 à 17 ans](#). Lyon: Handicap International, 2019, 82 p.
- BOUCHER-CASTEL Lysette. [Utilisation de ScoPeO dans le cadre de l'évaluation des programmes AC5 d'Humanité & Inclusion : Démarche méthodologique et résultats de la collecte de données baseline 2019](#). Lyon : Humanité & Inclusion, 2019.
- VALLUCCI Elsa. [Comment intégrer la protection des données dans nos opérations](#). Lyon : HI, 2021

Annexes

Annexe 1 - Scores aux différentes dimensions de la qualité de vie et aux questions qui les composent (ScoPeO-Adults Endline)

| | | Score question | Score dimension |
|---|--|----------------|-----------------|
| Santé | Santé générale | 47 | 59 |
| | Douleurs physiques | 62 | |
| | Santé mentale (anxiété, désespoir...) | 66 | |
| Relations sociales | Relations avec les membres de la famille | 66 | 63 |
| | Relations avec les amis | 63 | |
| | Relations avec les voisins | 63 | |
| | Relations avec les collègues, clients, partenaires... | 60 | |
| Bien-être subjectif | Correspondance entre la vie et les idéaux | 52 | 52 |
| | Conditions de vie | 52 | |
| | Satisfaction vie | 57 | |
| | Obtenir les choses importantes dans sa vie | 49 | |
| | Aimerait changer des choses dans sa vie | 50 | |
| Besoins de base | Alimentaire | 46 | 54 |
| | Eau | 64 | |
| | Soins (consultations, médicaments...) | 49 | |
| | Scolarisation des enfants | 51 | |
| | Satisfaction logement | 58 | |
| Sécurité perçue | Sécurité au travail / durant les activités économiques | 59 | 61 |
| | Sécurité au sein du logement | 66 | |
| | Sécurité activités quotidiennes / déplacements | 58 | |
| Bien-être matériel | Ressources individuelles | 49 | 47 |
| | Ressources du ménage | 47 | |
| Participation sociale et familiale | Fêtes familiales | 74 | 71 |
| | Avis pris en compte décision au sein de la famille | 74 | |
| | Participation sociale (association, discussions de voisinage...) | 70 | |
| | Avis pris en compte décisions qui le concerne | 75 | |
| | Avis pris en compte décision du quartier | 65 | |
| Score global | | 58 | |

Annexe 2 - Scores aux différentes dimensions de la qualité de vie et aux questions qui les composent (ScoPeO-Kids Endline)

| | | Score question | Score dimension |
|---|--|-----------------------|------------------------|
| Bien-être physique | Santé | 66 | 70 |
| | Possibilité de réaliser activités des enfants de son âge | 67 | |
| | Alimentation | 75 | |
| Bien-être émotionnel | Heureux | 73 | 71 |
| | Sentiment d'être aimé | 80 | |
| | Atteindre ses rêves / objectifs plus tard | 71 | |
| | Inquiétude | 65 | |
| | Tristesse | 68 | |
| Sécurité perçue | Peur de sortir | 69 | 72 |
| | Dispute au sein du logement | 75 | |
| Autonomie et accomplissement personnel | Apprendre de nouvelles choses / compétences | 63 | 69 |
| | Temps pour les loisirs | 68 | |
| | Parents fiers | 80 | |
| | Parents à l'écoute | 67 | |
| | Content de participer aux tâches familiales | 69 | |
| Bien-être social | Se faire facilement des amis | 69 | 71 |
| | Prendre ses repas en famille | 80 | |
| | Possibilité de se confier (émotions, craintes...) | 69 | |
| | Activités dans la communauté | 63 | |
| | Autres enfants gentils | 73 | |
| Score global | | 71 | |



Utilisation de ScoPeO pour mesurer la qualité de vie :

Démarche méthodologique et analyse des résultats dans 13 projets de HI

Au travers d'un Accord-Cadre qui couvre 16 pays, Humanité & Inclusion (HI) et son partenaire financier, le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes du Luxembourg, se sont engagés à observer un résultat : celui d'une possible amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires visés par les projets d'intervention. Pour cela, une enquête baseline et une enquête endline avec les outils ScoPeO ont été réalisées.

Ce document présente l'ensemble de la démarche qui a permis la réalisation de ces enquêtes, les principaux résultats issus des analyses des données ainsi que les éléments qui ressortent des partages d'expérience qui ont été menés à différents moments du déploiement de cette grande enquête ScoPeO.

Handicap International - Humanity & Inclusion
138 avenue des Frères Lumière
CS 78378
69371 Lyon CEDEX 08
France
publications@hi.org

