

Rapport prospectif Relyens

Risques et opportunités des établissements de santé en Europe

Mot d'introduction – Annexes méthodologiques

Les annexes méthodologiques ont pour vocation de documenter de manière détaillée et transparente les choix scientifiques, statistiques et analytiques qui sous-tendent les résultats présentés dans le Rapport des risques.

Elles apportent un éclairage approfondi sur la construction du questionnaire, la constitution et la pondération de l'échantillon, les procédures de fiabilisation des données, ainsi que sur les outils analytiques et graphiques mobilisés pour l'interprétation des résultats.

Ces éléments visent à garantir la robustesse, la comparabilité internationale et la lisibilité des analyses, tout en permettant au lecteur d'appréhender les limites inhérentes à toute démarche fondée sur des données déclaratives. Les annexes constituent ainsi un socle méthodologique essentiel, complémentaire au rapport principal, destiné aux lecteurs souhaitant approfondir la compréhension du cadre d'analyse et des résultats de l'étude.

Liste des annexes méthodologiques

- **Annexe 1** – Précisions méthodologiques sur le questionnaire
- **Annexe 2** – Retraitements, pondération et fiabilisation des données
- **Annexe 3** – Précisions sur la grille des risques
- **Annexe 4** – Précisions méthodologiques relatives à certaines infographies

Annexe 1 - Précision méthodologique sur notre questionnaire

Le questionnaire a été structuré en plusieurs sections complémentaires visant à appréhender la perception et la gestion des risques dans le secteur de la santé. L'approche repose sur une combinaison de questions fermées, d'échelles de mesure et d'une question ouverte, permettant d'obtenir à la fois des données quantitatives comparables et des éléments qualitatifs d'illustration.

1. Introduction et cadrage

Une introduction a été présentée à l'ensemble des répondants afin d'expliquer l'objet de l'étude, les modalités de réponse et les garanties de confidentialité.

2. Profilage initial des répondants

Les premières questions (Partie 0) avaient pour fonction d'orienter le parcours et de vérifier l'éligibilité des participants en fonction de leur rôle, de leur environnement de travail et de la taille de leur établissement.

3. Cartographie des risques (Partie 1)

Un corpus de **25 risques prédefinis** a été soumis aux répondants, regroupés en six catégories thématiques : risques sociétaux, économiques, géopolitiques, environnementaux, technologiques et spécifiques aux soins.

- **Q1** proposait une question fermée sur l'évolution globale du secteur de la santé à 5 ans, à travers une typologie de scénarios allant de « calme » à « orageux ».

- **Q2** demandait d'évaluer la **probabilité d'occurrence** de chacun des 25 risques sur une échelle de Likert à 5 points (de 1 = faible probabilité à 5 = très forte probabilité).
- **Q3** invitait, pour les risques jugés probables (scores 4 ou 5 à Q2), à estimer leur **impact potentiel** pour l'établissement sur la même échelle à 5 points (1 = faible impact, 5 = très fort impact).
- **Q4** interrogeait, pour ces mêmes risques, le **niveau de préparation perçu** de l'établissement, selon une échelle de 1 (« pas du tout préparé ») à 5 (« très bien préparé »).
- **Q5**, sous conditions logiques (risques évalués simultanément comme probables, à fort impact et faiblement préparés), était une **question ouverte** visant à recueillir des propositions détaillées d'actions ou de soutiens jugés les plus utiles pour améliorer la préparation de l'établissement.

4. Analyse des interdépendances et des effets (Partie 2)

Afin d'explorer la dynamique des risques au-delà de leur occurrence isolée, un **sous-échantillon aléatoire de 5 risques** a été attribué à chaque répondant, garantissant une répartition équilibrée des 25 risques sur l'ensemble du corpus. Ces mêmes risques étaient repris dans trois séries de questions successives :

- **Q6** : identification des effets déclencheurs entre les risques, en demandant pour chaque risque quels étaient les deux autres qu'il était le plus susceptible d'activer.
- **Q7** : évaluation de l'**impact potentiel sur la sécurité des patients**, sur une échelle de 1 (« faible impact ») à 5 (« très fort impact »).
- **Q8** : sélection d'une **approche de gestion des risques** considérée comme prioritaire pour améliorer le niveau de préparation (parmi cinq modalités proposées : soutien public, soutien financier et organisationnel, cadre de gestion des risques, gouvernance et responsabilités, formation et sensibilisation).

5. Projection à long terme (Partie 5)

Enfin, **Q9** proposait une question fermée analogue à Q1, mais cette fois-ci centrée sur une perspective à **10 ans**, permettant de recueillir une vision prospective de l'évolution globale du secteur de la santé selon le même continuum (« calme » → « orageux »).

6. Principes de mesure et de cohérence

- Les échelles utilisées sont principalement des **échelles de Likert à 5 points**, adaptées à l'évaluation de la probabilité, de l'impact et du niveau de préparation.
- Des **logiques conditionnelles** ont été intégrées afin d'adapter la profondeur de questionnement en fonction des réponses (par ex. affichage de Q3-Q4 uniquement pour les risques jugés probables, et de Q5 uniquement en cas de triple combinaison : probabilité élevée, impact fort, préparation faible).
- Des **procédures de randomisation contrôlée** (aléa équilibré) ont été utilisées pour répartir les risques dans certaines sections (Q6 à Q8), garantissant à la fois l'équité statistique entre items et la robustesse de l'analyse.

Pondération et fiabilité

Les résultats ont été pondérés pour éviter la surreprésentation d'un pays ou d'une catégorie professionnelle.

L'analyse met en regard les perceptions cadres et celles des soignants, ainsi que les différences nationales.

Les données quantitatives sont complétées par des entretiens qualitatifs offrant une vision prospective à 5 ans.

Annexe 2 – Retraitements et fiabilisation des données

1. Origine des données et périmètre de l'étude

Les analyses présentées dans ce rapport reposent sur l'exploitation des résultats de l'étude conduite par Ipsos en 2025 pour le compte de Relyens. Cette étude couvre quatre pays européens et s'appuie sur un échantillon total de 924 répondants, répartis comme suit :

- 524 cadres et dirigeants du secteur de la santé, dont 273 exerçant des responsabilités managériales et 251 occupant des fonctions médicales ;
- 400 professionnels de santé, comprenant 100 médecins, 100 infirmiers, 100 aides-soignants et 100 professionnels du soin et de l'accompagnement.

Les informations relatives à la structure de l'échantillon et à la répartition par pays figurent dans le rapport principal.

L'ensemble des données repose sur un questionnaire en ligne standardisé administré dans chacun des pays étudiés, dans la langue natale de ces derniers.

2. Construction de l'échantillon

L'échantillon a été conçu de manière à permettre des comparaisons robustes entre les pays, entre les types d'établissements pour lesquels ils travaillent et entre les différents profils professionnels interrogés. Ainsi :

- Les sous-échantillons des professionnels de santé ont été constitués de manière strictement symétrique (100 répondants par pays et par catégorie) ;
- Les sous-échantillons des cadres et dirigeants ont été proportionnés afin de refléter les caractéristiques structurelles du secteur dans chaque pays.
- Les sous-échantillons des professionnels travaillant pour le public, le privé à but non-lucratif et le privé lucratif ont été constitué de manière à ce que chaque type d'établissement soit dignement représenté.

Cette organisation garantit une représentation équilibrée des publics interrogés au sein des analyses globales.

3. Processus de pondération des données

3.1. Finalité de la pondération

Conformément aux bonnes pratiques en matière d'enquêtes quantitatives internationales, Ipsos a appliqué une pondération visant à :

- prévenir la surreprésentation de certains pays, notamment la France, dont l'échantillon brut est plus important ;
- corriger d'éventuels déséquilibres de composition interne entre sous-populations (cadres, médecins, infirmiers, etc.) au sein d'un même pays ;
- assurer une contribution homogène des sous-groupes aux résultats consolidés.

3.2. Méthodologie de pondération

La pondération repose sur :

- l'attribution d'un coefficient de poids à chaque cellule (pays × catégorie professionnelle) ;
- une normalisation visant à garantir un poids constant des sous-populations dans chaque pays et dans l'échantillon consolidé.

Le retraitement obtenu permet d'assurer la comparabilité des analyses et de sécuriser la robustesse des résultats présentés.

4. Dispositif de fiabilisation des données

4.1. Nettoyage et validation des données

Avant exploitation, les données ont fait l'objet d'un ensemble de contrôles visant à en garantir la qualité :

- détection et élimination des questionnaires remplis trop rapidement (speeders) ;
- vérification de la cohérence des réponses fournies ;
- contrôle de l'application des filtres et conditions du questionnaire ;
- harmonisation des modalités de réponse, notamment celles reposant sur des échelles de 1 à 5.

4.2. Vérifications de cohérence interne

Des vérifications complémentaires ont été effectuées pour s'assurer de la stabilité des réponses :

- cohérence entre questions relatives à des dimensions similaires (probabilité, sévérité, niveau de préparation) ;
- cohérence logique entre les évaluations de risques interconnectés

- identification et examen d'éventuelles valeurs atypiques.

5. Élaboration des indicateurs et modalités d'analyse

5.1. Exploitation des échelles de mesure

Les risques ont été évalués selon trois dimensions – probabilité, sévérité et niveau de préparation – à partir d'échelles allant de 1 (niveau faible) à 5 (niveau élevé).

Les analyses quantitatives s'appuient principalement sur les sous-totaux des réponses 4 et 5, permettant de mesurer les niveaux élevés de préoccupation ou d'impact.

5.2. Segmentation analytique

Les résultats ont été systématiquement déclinés selon :

- les catégories de répondants (cadres / professionnels de santé) ;
- les pays étudiés

Cette segmentation renforce la précision analytique et permet de mettre en lumière les spécificités nationales et professionnelles

5.3. Identification des principaux risques

Les « Top 10 » présentés sont établis à partir des valeurs pondérées les plus élevées pour chacune des dimensions étudiées.

Lorsque des risques apparaissent dans un pays ou une population mais non au niveau global, cela est signalé afin d'assurer une transparence maximale.

6. Limites méthodologiques

6.1. Nature déclarative des données

Les résultats reposent sur des perceptions individuelles susceptibles d'être influencées par :

- l'environnement de travail immédiat ;
- la situation propre à chaque établissement ;
- le niveau d'information ou de sensibilisation aux risques ;
- les contextes médiatiques et institutionnels locaux.

6.2. Comparabilité internationale

Bien que les données soient pondérées, des écarts structurels entre systèmes de santé nationaux peuvent influer sur :

- la perception des risques ;
- l'appréciation de l'impact potentiel ;
- l'évaluation des niveaux de préparation.

6.3. Taille de certains sous-échantillons

Les analyses portant sur des segments de taille réduite doivent être interprétées avec prudence, en particulier lorsqu'elles concernent des sous-catégories professionnelles spécifiques dans un pays donné.

7. Synthèse

Le dispositif mis en œuvre avec Ipsos associe :

- une construction rigoureuse de l'échantillon,
- une pondération statistique appropriée,
- un processus de vérification et de nettoyage des données conforme aux standards internationaux,
- une méthodologie analytique stable et homogène.

Ces différents éléments garantissent la fiabilité des informations issues de l'étude et assurent la solidité des enseignements mobilisés dans le présent rapport.

Pour accéder à l'intégralité des annexes : contactez-nous à communication@relyens.eu