



JurisMedX

Apprendre à penser le système de santé, pas à réciter ses mécanismes.

Édition pédagogique 2026 - Les données du cas RETOUR sont entièrement fictives.





Mode d'emploi

Ce cahier n'est pas un résumé de cours. Il rassemble des formats de raisonnement : atlas, matrices, décodeurs, logigrammes, mini-labos, scorecards, jeux de rôle, autopsies et cas séquentiels. Chaque outil peut être utilisé seul ou combiné avec les autres.

Principe JurisMedX

Quand une notion est déjà couverte, on ne réécrit pas une fiche : on change le geste pédagogique. Lire, comparer, calculer, décider, négocier, auditer, interpréter ou corriger une conclusion sont des apprentissages différents.

Sommaire fonctionnel

- 1. Carte générale du système et de ses acteurs
- 2. Décodeurs des notions qui se ressemblent
- 3. Outils d'évaluation économique
- 4. Mini-laboratoire de régression logistique
- 5. Recherche sur les services de santé et lecture critique
- 6. Scorecard d'innovation digitale
- 7. Matrices d'acteurs et de conflits
- 8. Formats actifs : Dilemme, Autopsie, Décidez !, Information manquante
- 9. Cas fil rouge RETOUR
- 10. Tribunal de l'évidence et Conseil cantonal
- 11. Dashboard et indicateurs
- 12. Matrices maîtresses réutilisables



1. Atlas des acteurs et des flux

L'objectif n'est pas de mémoriser une liste d'institutions, mais de raisonner avec quatre questions : qui décide, qui paie, qui agit et qui porte le risque ?

Acteur	Décide	Finance	Contrôle	Négocie avec	Tensions
Confédération	Cadre national et compétences fédérales	Domaines relevant du financement fédéral	Application du cadre fédéral	Cantons, assureurs, partenaires	Uniformité vs fédéralisme
Cantons	Planification et organisation territoriale	Structures et prestations relevant de leurs compétences	Organisation cantonale et surveillance	Hôpitaux, assureurs, Confédération	Maîtrise des coûts vs offre suffisante
Assureurs	Gestion de la couverture et remboursement dans le cadre applicable	Prestations prises en charge	Factures et conditions de remboursement	Prestataires, autorités	Coûts vs accès et qualité
Hôpitaux	Organisation de l'offre clinique	Ressources institutionnelles	Activité, qualité et processus	Cantons, assureurs, professionnels	Volume vs qualité vs contraintes financières
Professionnels	Décision clinique et organisation des soins	-	Qualité de la pratique	Patients, institutions, assureurs	Autonomie clinique vs contraintes organisationnelles
Patients	Choix, participation, consentement	Participation aux coûts	-	Prestataires, assureurs	Autonomie vs financement collectif
Industrie / fournisseurs	Développement de produits et technologies	R&D et déploiement	-	Autorités, prestataires, assureurs	Innovation vs prix et dépendance
Politique	Priorités et arbitrages	Budgets publics	Régulation	Tous	Acceptabilité vs efficience



Jeu de reconstruction des flux

Scénario : une patiente reçoit une intervention hospitalière, poursuit un traitement ambulatoire puis bénéficie d'un suivi numérique. Reconstruire les flux entre patient, assureur, prestataire, canton et autres financeurs selon le contexte retenu.

- 1) Qui supporte directement le coût ?
- 2) Qui supporte indirectement le coût ?
- 3) Le changement de lieu de prise en charge déplace-t-il les coûts ?
- 4) Une économie pour un acteur est-elle une économie pour le système ?
- 5) Quel acteur a intérêt à modifier le parcours ?

Réflexe

Une baisse de dépenses dans une enveloppe n'est pas nécessairement une baisse du coût global.

2. Décodeurs essentiels

Efficacité / effectivité / efficience

Efficacité : l'intervention peut-elle fonctionner dans des conditions contrôlées ? Effectivité : fonctionne-t-elle dans la vraie vie ? Efficience : les résultats justifient-ils les ressources mobilisées ?

Coût-efficace / abordable

Une intervention peut présenter un rapport coût-effet favorable sans être aisément finançable à grande échelle. Le budget impact répond à une autre question que l'ICER.

Risque / odds / odds ratio

Le risque est une probabilité. Les odds valent $p/(1-p)$. Un OR compare des odds : $OR = 2$ ne signifie pas automatiquement deux fois plus de risque.

Adoption / implémentation / pérennisation

Adopter = commencer à utiliser. Implémenter = intégrer dans le fonctionnement réel. Pérenniser = maintenir après la phase de lancement.

Corrélation / causalité

Une association statistique, même ajustée, ne prouve pas à elle seule qu'une intervention cause l'effet observé.

Égalité / équité

Traiter tout le monde de la même façon n'aboutit pas nécessairement à une situation équitable lorsque les besoins et les obstacles diffèrent.

Formule à retenir

Bonne valeur ne signifie pas petit budget. Bon classement statistique ne signifie pas bonne calibration. Déploiement ne signifie pas adoption.



3. Évaluation économique : outils et raisonnement

Avant le calcul, définir : comparateur, perspective, horizon, coûts inclus, effets inclus et incertitude.

Méthode	Question principale	Résultat typique
CEA	Quel surcoût pour une unité clinique supplémentaire ?	CHF par événement évité / année de vie gagnée
CUA	Comment comparer des bénéfices entre domaines de santé ?	CHF par QALY
CBA	Les bénéfices peuvent-ils être traduits en valeur monétaire ?	Bénéfice net / ratio coût-bénéfice
Budget impact	Le financeur peut-il absorber la dépense à court terme ?	Dépense annuelle / scénario budgétaire

Arbre de choix

- 1) Au moins deux options sont-elles comparées ? Si non, préciser d'abord le comparateur.
- 2) Les conséquences sont-elles exprimées dans une unité clinique naturelle ? Envisager une CEA.
- 3) Faut-il comparer les bénéfices entre pathologies ou domaines ? Envisager une CUA.
- 4) Les bénéfices doivent-ils être monétisés ? Envisager une CBA.
- 5) La question centrale est-elle la soutenabilité budgétaire à court terme ? Réaliser un budget impact.
- 6) Dans tous les cas : documenter l'incertitude et tester les hypothèses clés.

Mini-calcul RETOUR

Élément	Soins habituels	RETOUR
Coût du suivi par patient	CHF 300	CHF 1'250
Taux de réhospitalisation	20 %	14 %
Coût moyen réhospitalisation	CHF 9'500	CHF 9'500
QALY moyen à 1 an	0,720	0,755
Population annuelle	2'000	2'000

Surcoût direct : CHF 950 par patient. Pour 2'000 patients : CHF 1'900'000. Réhospitalisations évitées : 120. Économie associée : CHF 1'140'000. Coût net supplémentaire : CHF 760'000, soit CHF 380 par patient. Gain de QALY : 0,035. ICER pédagogique : environ CHF 10'857 par QALY gagné.

Attention

Ce résultat ne suffit pas à ordonner un financement. Il dépend de données fictives, d'hypothèses, du budget impact, de l'équité et de la faisabilité.



4. Mini-laboratoire de régression logistique

Étude fictive de 1'250 patients : outcome = réhospitalisation dans les 30 jours.

Variable	OR ajusté	IC 95 %	p
Âge, +10 ans	1,18	1,05–1,32	0,004
Sexe féminin	0,94	0,73–1,21	0,630
≥3 comorbidités	1,72	1,30–2,28	<0,001
Hospitalisation dans les 6 mois	2,15	1,61–2,86	<0,001
Vie seul au domicile	1,43	1,08–1,89	0,012
Suivi <7 jours	0,68	0,50–0,92	0,013
Programme RETOUR	0,78	0,57–1,07	0,120

AUC fictive : 0,83. Le modèle discrimine correctement les patients à plus ou moins haut risque. Une AUC élevée ne garantit toutefois pas que les probabilités absolues soient bien calibrées.

Questions guidées

1. Quelle variable présente l'association positive la plus forte ?
2. Comment interpréter OR = 0,68 pour le suivi précoce ?
3. Peut-on conclure que RETOUR est inefficace ?
4. Peut-on conclure que le suivi précoce empêche causalement les réhospitalisations ?
5. Pourquoi l'ajustement au case-mix est-il nécessaire ?

Piège calibration

Risque moyen observé : 15 %. Risque moyen prédit : 24 %. Avec une AUC de 0,83, le modèle peut avoir une bonne discrimination mais une mauvaise calibration.

Piège causalité

Si les patients fragiles sont aussi ceux qui se rendent moins souvent au contrôle, le suivi précoce peut être un marqueur de meilleur état général, de soutien social ou d'adhésion. Une confusion résiduelle reste possible.



5. Lire une étude de services de santé

Domaine	Questions
Question	Quelle question est réellement posée ? Descriptive, prédictive ou causale ?
Population	Qui est inclus/exclu ? La population ressemble-t-elle au contexte cible ?
Comparaison	Quel comparateur ? Est-il pertinent ?
Mesures	Outcome principal ? Processus ou véritable résultat ?
Méthodologie	Biais, confusion, temporalité, choix statistique ?
Transférabilité	Le résultat est-il transposable au contexte suisse considéré ?

Réflexe

Un résultat étranger peut être scientifiquement solide et néanmoins peu transférable si l'organisation, le financement, les compétences ou les incitations diffèrent.

6. Scorecard d'une innovation digitale

Dimension	Score	Commentaire / condition
Besoin clinique clairement défini	0-3	
Population cible identifiée	0-3	
Valeur ajoutée vs solution existante	0-3	
Efficacité clinique	0-3	
Sécurité	0-3	
Données en conditions réelles	0-3	
Acceptabilité patients	0-3	
Acceptabilité professionnels	0-3	
Accessibilité	0-3	
Littératie numérique requise	0-3	
Intégration au workflow	0-3	
Formation	0-3	
Support	0-3	
Gouvernance	0-3	
Interopérabilité	0-3	
Fiabilité	0-3	
Cybersécurité	0-3	
Continuité en cas de panne	0-3	
Coût d'acquisition	0-3	
Coût de maintenance	0-3	
Coûts cachés identifiés	0-3	
Bénéfices économiques plausibles	0-3	
Risque de discrimination	0-3	
Fracture numérique	0-3	



Dimension	Score	Commentaire / condition
Autonomie du patient	0-3	
Transparence	0-3	

Le total n'est pas un seuil scientifique. La scorecard sert à faire apparaître les zones faibles avant la décision et à rendre les arbitrages explicites.

7. Matrice acteurs, intérêts et risques

Acteur	Gain potentiel	Risque / coût	Position probable
Canton	Moins de réhospitalisations	Nouveau financement	Favorable sous conditions
Assureur	Moins de prestations coûteuses	Coût du suivi	Demande de preuve économique
Hôpital	Qualité et continuité	Possible baisse d'activité	Ambivalence
Médecin traitant	Meilleure information	Charge supplémentaire	Dépend du workflow
Infirmiers	Continuité	Charge numérique	Dépend de l'organisation
Patient	Sécurité	Intrusion / fracture numérique	Variable
Proches	Soutien	Responsabilisation	Variable
Fournisseur digital	Marché	Dépendance contractuelle	Très favorable

Qui porte le risque ?

- Risque clinique
- Risque financier
- Risque juridique
- Risque organisationnel
- Risque réputationnel
- Risque numérique
- Risque d'équité

Pour chaque catégorie, identifier l'acteur exposé, l'acteur capable d'agir et l'acteur qui décide. Ces trois rôles ne coïncident pas toujours.



8. Formats actifs

Carte Dilemme

Une intervention réduit les dépenses de l'assureur mais augmente celles du canton. Question : économie pour qui ? Réflexe : toujours préciser la perspective.

Autopsie

Affirmation : « Les patients télésuivis sont moins réhospitalisés, donc la télémédecine réduit les coûts. »
Séparer : établi / supposé / manquant / non concluant / données nécessaires.

Décidez !

Donner quatre décisions possibles. Imposer un choix puis révéler une nouvelle information et demander si la décision change.

Information manquante

Donner un résultat séduisant, puis demander quelles données manquent avant toute décision.

Faux bon réflexe

Identifier une réponse intuitive mais insuffisante et construire le meilleur réflexe.

3 minutes pour sauver le dossier

Parmi 8 informations, repérer les 3 essentielles au regard d'une question donnée.

Un chiffre, cinq erreurs

Présenter un OR, un ICER ou une variation de coût puis lister cinq conclusions abusives à trier.



9. Cas fil rouge : RETOUR

Un canton souhaite réduire les réhospitalisations des personnes âgées après sortie hospitalière. RETOUR combine télé-suivi, consultation infirmière, transmission de paramètres et coordination avec le médecin traitant.

Épisode	Angle	Question
1	Organisation	Qui fait quoi ?
2	Financement	Qui paie ?
3	Économie	Les acteurs ont-ils les mêmes incitations ?
4	Assurance	Quels effets pour les financeurs ?
5	Évaluation économique	Quel rapport coût-effet ?
6	Digital	Quid de la fracture numérique ?
7	Implémentation	Le workflow est-il soutenable ?
8	Politique	Comment négocier le financement ?
9	Statistiques	Que peut-on conclure du modèle ?
10	Décision	Adopter, refuser, piloter ou déployer progressivement ?

Quatre décisions autorisées

A. Généralisation immédiate - B. Refus - C. Projet pilote limité - D. Déploiement progressif avec conditions.

10. Tribunal de l'évidence

Deux groupes soutiennent des décisions opposées sur RETOUR. Un troisième groupe joue le Conseil et rend une décision motivée.

Groupe	Mission
Accusation	Défendre : RETOUR ne doit pas être généralisé.
Défense	Défendre : RETOUR doit être financé.
Conseil	Arbitrer et rendre une décision motivée.

Chaque groupe doit utiliser au moins 2 arguments économiques, 2 arguments statistiques, 1 argument organisationnel, 1 argument patient et reconnaître 1 faiblesse de son propre dossier.



11. Autopsie d'une mauvaise conclusion

Phrase à autopsier

« L'étude montre que RETOUR réduit les réhospitalisations de 22 %. Il est donc efficace, coût-efficace et devrait être immédiatement généralisé dans toute la Suisse. »

- OR $\neq$ réduction du risque.
- L'intervalle de confiance inclut 1.
- Association $\neq$ causalité.
- La population étudiée peut être limitée.
- La généralisation géographique demande une analyse de transférabilité.
- Le cost-effectiveness n'est pas démontré par cette seule estimation.
- Le budget impact manque.
- L'implémentation et l'équité sont ignorées.
- Le financement n'est pas défini.

12. Dashboard et choix des indicateurs

Indicateur	Cible	M1	M3	M6
Patients inclus	80 %	62 %	76 %	84 %
Suivi <7 jours	90 %	71 %	86 %	91 %
Réhospitalisation 30 j	<15 %	18 %	16 %	14 %
Satisfaction	>80 %	79 %	82 %	85 %
Abandon digital	<10 %	21 %	14 %	9 %
Charge infirmière	<15 min/patient	28	19	14

Exercice : choisir seulement cinq indicateurs parmi processus, résultats, expérience, économie, équité et implémentation. Justifier chaque choix et préciser quel signal déclencherait une correction du programme.



13. Matrice maîtresse réutilisable

Étape	Question
1. Problème	Quel est le problème réel ?
2. Population	Qui est concerné ?
3. Risque	Que se passe-t-il si on ne fait rien ?
4. Intervention	Que propose-t-on ?
5. Preuve	Sur quoi repose la solution ?
6. Acteurs	Qui décide, paie, agit ?
7. Effets	Quels bénéfices attendus ?
8. Risques	Quels effets pervers ?
9. Mise en œuvre	Comment concrètement ?
10. Évaluation	Comment savoir si ça marche ?
11. Décision	Que recommande-t-on ?
12. Révision	Quand faut-il réévaluer ?

Usage transversal

La matrice peut être réemployée en droit médical, assurances sociales, protection des patients, management hospitalier, ASSC ou santé digitale en remplaçant simplement la nature de la preuve et des acteurs.

14. Banque de cartes Dilemme

Situation	Question	Réflexe attendu
Une intervention est coût-efficace mais concernerait 80'000 patients.	Que manque-t-il ?	Budget impact / soutenabilité.
OR = 1,8 et $p < 0,001$.	Que peut-on conclure ?	Pas la causalité, ni l'importance clinique sans contexte.
Application adoptée par 90 % des patients, mais presque jamais par les plus précaires.	Succès ?	Adoption élevée, équité problématique.
L'hôpital évite 300 admissions mais perd une partie de son activité.	Qui gagne ?	Le système peut gagner alors que l'acteur perd.
La satisfaction augmente mais les réhospitalisations ne baissent pas.	Continuer ?	Décision multidimensionnelle : objectifs, coûts et effets à réexaminer.
AUC = 0,84, risque prévu moyen = 25 %, risque observé = 14 %.	Bon modèle ?	Bonne discrimination possible, calibration insuffisante.



Conclusion

Le Health Systems Lab transforme les thèmes du cours en gestes professionnels et académiques : comprendre un système, suivre un flux financier, lire une preuve, interpréter une statistique, auditer une innovation, négocier entre acteurs, sélectionner des indicateurs et rendre une décision argumentée.

Principe final

Le but n'est pas de produire une réponse unique, mais de rendre visibles les hypothèses, les incertitudes, les intérêts et les critères qui fondent la décision.