



Améliorer l'efficacité du système de santé au Canada

Description des méthodes



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

www.icis.ca

droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77109-463-4 (PDF)

© 2016 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer l'efficacité du système de santé au Canada : description des méthodes*. Ottawa, ON : ICIS; 2016.

This publication is also available in English under the title *Improving Health System Efficiency in Canada: Description of Methods*.

ISBN 978-1-77109-462-7 (PDF)

Table des matières

Introduction	4
Gouvernance	4
Approche par études de cas	5
Collecte des données.....	8
Méthodes d'entrevue	8
Codification des entrevues	9
Groupes de discussion aux fins de validation	9
Analyse des données.....	10
Recherche documentaire et revue de la littérature	11
Annexe A : Guide pour l'entrevue des intervenants clés	12
Annexe B : Documentation empirique consultée lors de la revue de la littérature.....	15
Références	20

Introduction

Le présent document décrit les méthodes utilisées dans le cadre de l'étude [*Améliorer l'efficacité du système de santé au Canada : point de vue des décideurs*](#).

Il s'agit d'une initiative à phases multiples pilotée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle lève le voile sur les écarts d'efficacité dans le système de santé canadien et attire l'attention sur les principales lacunes en matière de données et d'information.

Phase 1 : [*Vers un modèle de mesure de l'efficacité du système de santé au Canada*](#) (2012) — L'ICIS a fait un survol des politiques, consulté les intervenants clés et établi un dialogue sur les politiques dans le but de créer un modèle conceptuel permettant de mesurer l'efficacité du système de santé. Il en est ressorti des sources de données et des variables utiles pour mesurer l'efficacité du système de santé au Canada¹.

Phase 2 : [*Mesurer l'efficacité du système de santé canadien et ses déterminants*](#) (2014) — L'ICIS a appliqué le modèle conceptuel de la phase 1 aux données sur les dépenses et les résultats pour la santé provenant surtout de ses propres bases et de Statistique Canada. L'efficacité a été définie comme la capacité des systèmes de santé à utiliser leurs ressources pour réduire le nombre de décès prématurés en raison de causes traitables. Les résultats semblent indiquer que la capacité à diminuer la mortalité en raison de causes traitables varie selon la région sanitaire; le modèle de régression des cotes d'efficacité à l'échelle régionale explique près de la moitié de cette variation².

Phase 3 : [*Améliorer l'efficacité du système de santé au Canada : point de vue des décideurs*](#) (2016) — Au moyen d'une approche descriptive s'appuyant sur de multiples études de cas³, cette phase a utilisé les travaux antérieurs de l'ICIS pour décrire les facteurs contextuels et les mécanismes influant sur l'efficacité du système de santé au Canada. Concrètement, elle a permis de déterminer les facteurs susceptibles de freiner ou de favoriser l'amélioration de l'efficacité à l'échelle régionale et provinciale.

Gouvernance

L'ICIS a mis sur pied un comité consultatif d'experts, composé de représentants des ministères de la Santé de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique, d'un spécialiste des méthodes à études de cas multiples et d'experts de l'efficacité du système de santé, afin d'optimiser la pertinence, la rigueur et l'application des conclusions de ce rapport. Durant tout le projet, l'équipe principale de l'ICIS et le comité consultatif d'experts ont entretenu une communication soutenue tantôt par téléconférence, tantôt par courriel. Le comité a joué un rôle clé dans la sélection des cas. Il a entre autres facilité le recrutement pour le projet en suggérant des intervenants clés et passé en revue les résultats des études afin d'en assurer l'exactitude et la pertinence pour le public cible.

Approche par études de cas

Cette approche permet un examen en profondeur des expériences vécues dans un contexte particulier susceptibles de s'appliquer à d'autres milieux. Durant la phase 2, [*Mesurer l'efficacité du système de santé canadien et ses déterminants*](#), l'ICIS a observé une variation considérable de l'efficacité du système de santé à l'échelle du pays. En moyenne, la Colombie-Britannique a présenté des cotes plus élevées et les provinces de l'Atlantique, des cotes moins élevées. Pour mieux expliquer cette variation, l'étude s'est penchée sur 2 cas en Colombie-Britannique et 2 cas en Nouvelle-Écosse, soit un cas associé à une performance relativement élevée et l'autre, à une performance relativement faible selon l'étude de l'ICIS. Pour la Colombie-Britannique, nous avons sélectionné les autorités sanitaires Santé Interior (efficacité supérieure à la moyenne canadienne) et Santé Northern (efficacité moyenne). Pour la Nouvelle-Écosse, nous avons combiné les autorités sanitaires South Shore et South West Nova (efficacité supérieure à la moyenne) et celles de Pictou County et de Guysborough Antigonish Strait (efficacité inférieure à la moyenne).

Le choix des régions dans chaque province visait à ce que les caractéristiques de la population soient à peu près les mêmes pour plusieurs dimensions (caractéristiques démographiques, socio-économiques et de santé de la population). Voir le tableau 1.

Tableau 1a Facteurs contextuels pour les provinces et les régions

Facteurs contextuels	N.-É.	Efficacité supérieure à la moyenne : South Shore-South West Nova, N.-É.	Efficacité inférieure à la moyenne : Pictou County-Guysborough Antigonish Strait, N.-É.	C.-B.	Efficacité supérieure à la moyenne : Santé Interior, C.-B.	Efficacité moyenne : Santé Northern, C.-B.
Personnes âgées (65 ans et plus), (2014)	17,7 %	22,7 %	20,8 %	17,0 %	21,7 %	12,9 %
Chômage, (2014)	9,0 %	11,2 %	12,7 %	6,1 %	6,6 %	6,0 %
Personnes vivant en région rurale, (2011)	44,7 %	78,8 %	64,3 %	13,8 %	32,1 %	38,3 %
Population autochtone, (2011)	2,7 %	5,2 %	2,5 %	5,4 %	7,6 %	18,6 %
Personnes à faible revenu, (2011)	12,9 %	12,2 %	10,0 %	16,9 %	12,0 %	11,7 %

Sources

Institut canadien d'information sur la santé. [Votre système de santé](#). Consulté le 12 avril 2016.

Statistique Canada. [Tableau 109-5334 : Taux de chômage, Canada, provinces, régions sociosanitaires \(limites de 2014\) et groupes de régions homologues, annuel \(pour cent\)](#). CANSIM (base de données). Consulté le 12 avril 2016.

Statistique Canada. [Profil de la santé, décembre 2013](#). Consulté le 12 avril 2016.

BC Stats. [Custom population estimates](#). Consulté le 12 avril 2016.

Tableau 1b Facteurs liés au système de santé pour les provinces et les régions

Facteurs liés au système de santé	N.-É.	Efficacité supérieure à la moyenne : South Shore-South West Nova, N.-É.	Efficacité inférieure à la moyenne : Pictou County-Guysborough Antigonish Strait, N.-É.	C.-B.	Efficacité supérieure à la moyenne : Santé Interior, C.-B.	Efficacité moyenne : Santé Northern, C.-B.
Tabagisme, (2014)	22,1 %	22,4 %	20,0 %	14,3 %	19,9 %	22,6 %
Obésité, % (2014)	27,8 %	34,5 %	30,5 %	16,0 %	17,8 %	25,6 %
Activité physique durant les loisirs, (2014)	52,4 %	47,7 %	54,1 %	61,7 %	67,1 %	60,7 %
Réadmission dans les 30 jours, soins médicaux, (2013-2014)	12,8 %	12,5 %	13,6 %	14,3 %	14,3 %	13,5 %
Réadmission dans les 30 jours, soins chirurgicaux, (2013-2014)	6,5 %	6,1 %	6,7 %	7,5 %	7,9 %	7,4 %
Jours-patients dans un niveau de soins alternatif, (2013-2014)	17,9 %	24,5 %	22,9 %	11,9 %	14,7 %	21,3 %
Décès évitables de causes traitables, par 100 000 habitants (2009 à 2011)	68,8	63,8	62,9	51,8	53,5	68,6

Sources

Institut canadien d'information sur la santé. [Votre système de santé](#). Consulté le 12 avril 2016.

Statistique Canada. [Tableau 105-05-01 Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires \(limites de 2013\) et groupes de régions homologues, occasionnel](#). CANSIM (base de données). Consulté le 12 avril 2016.

Statistique Canada. [Tableau 102-4311 : Mortalité prématurée et potentiellement évitable, moyenne de trois ans, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues](#). CANSIM (base de données). Consulté le 12 avril 2016.

Base de données sur les congés des patients, 2013-2014, Institut canadien d'information sur la santé.

Collecte des données

Méthodes d'entrevue

Entre octobre 2014 et mai 2015, des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de 42 cadres responsables des décisions aux ministères de la Santé et dans les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse. Les participants potentiels occupaient, ou avaient occupé récemment, un poste de décideur, de directeur, de cadre supérieur ou de chef en milieu clinique.

Le 1^{er} avril 2015, durant notre processus de recrutement et d'entrevue, les 9 autorités sanitaires de la Nouvelle-Écosse ont été regroupées en une seule, soit l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse, qui n'inclut pas toutefois le Centre de santé IWK⁴. Cette réorganisation nous a posé un défi, car les 2 autorités sanitaires dont nous souhaitions examiner le cas ont cessé d'exister et leur gouvernance a été annexée à l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse. En outre, durant cette période, plusieurs intervenants clés potentiels ont été mutés ou ont quitté l'Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse. Par conséquent, notre processus de recrutement et d'entrevue dans cette province a donné lieu à une représentation plus provinciale que régionale. Durant nos entrevues, nous avons pris soin de vérifier si les intervenants clés tenaient compte de leur emploi précédent et des organismes du système de santé antérieurs ou plutôt de la structure actuelle du système de santé.

Un guide d'entrevue (voir l'annexe A) a été préparé selon un examen et une mise à jour de la littérature recueillie durant les 2 phases précédentes de l'étude sur l'efficacité du système de santé et en collaboration avec le comité consultatif d'experts. Ce guide a été mis à l'essai auprès de 4 hauts fonctionnaires du gouvernement de l'Ontario, qui se sont portés volontaires. Dans la version définitive, nous avons demandé aux intervenants clés d'examiner l'efficacité du système de santé dans leur région ou leur province et de nous donner leur point de vue sur les facteurs qui freinent ou favorisent l'amélioration de cette efficacité. Pour le recrutement, nous avons utilisé une variante de la méthode de Dillman⁵. Des 46 intervenants clés potentiels en Colombie-Britannique avec qui nous avons communiqué au moins une fois, 23 ont passé une entrevue, ce qui représente un taux de recrutement de 50 %. En Nouvelle-Écosse, 19 des 33 intervenants clés potentiels avec qui nous avons communiqué ont été interviewés, pour un taux de recrutement de 58 %. Nous avons mis fin aux entrevues dès que nous avons atteint le niveau de contenu souhaité. Les entrevues ont duré 45 minutes environ. Avant chaque entrevue, nous avons obtenu le consentement verbal de l'intervenant clé pour sa participation et pour l'enregistrement audio de la conversation.

Après chaque entrevue, les intervieweurs (n = 3) ont noté en détail leurs réflexions (idées et thèmes abordés, impressions générales).

Codification des entrevues

Les entrevues ont été enregistrées en format numérique et transcrites mot à mot, vérifiées à des fins d'exactitude, puis importées dans Nvivo 10.0 aux fins d'analyse thématique. Elles ont été codifiées par induction et déduction au moyen d'une méthode de comparaison constante⁶. Le cadre de codification a été élaboré par l'équipe de recherche selon un processus itératif, puis révisé afin qu'il tienne compte des thèmes émergents.

L'équipe de recherche a examiné un groupe initial de transcriptions et rassemblé les thèmes émergents pour élaborer le cadre de codification. Au fil de la codification des autres entrevues, le cadre a été peaufiné. Chaque membre de l'équipe de codification a ensuite codifié un échantillon des transcriptions afin d'établir le coefficient d'objectivité et pour valider l'application des codes⁷. La cote kappa de 0,7 a été établie comme niveau acceptable de consensus relativement à un thème. Pour chaque cote kappa inférieure à 0,7, l'équipe a revu les définitions du thème concerné et vérifié l'application du code afin d'assurer l'uniformité de la codification. Une fois le cadre terminé et les thèmes associés à une cote kappa supérieure à 0,7, les entrevues restantes ont été codifiées séparément par les membres de l'équipe de recherche.

Groupes de discussion aux fins de validation

Après l'analyse préliminaire des données de chaque entrevue, nous avons convié les intervenants clés à un groupe de discussion en ligne pour chaque province. L'objectif de ces groupes de discussion était de valider les thèmes émergents des entrevues, de confirmer les points de vue des participants et d'éliminer toute interprétation erronée. De tous les intervenants clés conviés — 23 de la Colombie-Britannique et 19 de la Nouvelle-Écosse —, 5 intervenants de chaque province ont accepté l'invitation. En général, 4 était le nombre minimal acceptable de participants aux groupes de discussion^{8,9}.

Analyse des données

L'analyse a d'abord comporté une phase descriptive, durant laquelle les principaux thèmes liés à l'efficacité du système de santé présentés aux intervenants clés ont été répertoriés. Ces thèmes représentent de vastes catégories selon lesquelles les actions et les défis déterminés par les intervenants clés ont été classés et comparés :

- Gouvernance, leadership et responsabilisation
- Information et données
- Partenariats et collaboration
- Coordination et intégration des soins
- Financement et dépenses en immobilisations
- Accès aux soins et pertinence
- Culture organisationnelle
- Lois, considérations politiques et élaboration des politiques
- Ressources humaines
- Santé de la population
- Capacité de changement et innovation
- Milieu rural

Ensuite, les données d'entrevue ont fait l'objet d'une analyse plus poussée et ont été classées comme suit : actions ou mécanismes susceptibles d'améliorer l'efficacité (« points forts »), défis à relever pour accroître l'efficacité du système de santé selon les intervenants clés (« points à améliorer »), et commentaires de nature générale (« général »).

La deuxième phase de l'analyse consistait à interpréter les actions et défis clés en matière d'efficacité du système de santé selon les thèmes émergents. Pour chacun des thèmes émergents, des extraits d'entrevue associés à chaque province ont donc été de nouveau examinés par au moins 2 membres de l'équipe de recherche, le but étant de déterminer les actions et défis clés liés à chaque thème. Ces actions et défis ont ensuite été concentrés davantage, en fonction du degré de consensus parmi les membres de l'équipe et selon les critères suivants : importance (mentionné par plusieurs intervenants clés) et faisabilité (actions considérées par les intervenants clés comme étant efficaces ou susceptibles de l'être). Les membres de l'équipe ont aussi noté les actions et défis touchant plus d'un thème préliminaire.

Les actions et défis ont été classés en 5 dimensions selon le point de vue des intervenants clés : suivi de la performance aux fins de responsabilisation et de prise de décisions, intégration de la gouvernance et de la prestation des soins à l'échelle du système, partenariats hors du secteur de la santé pour améliorer la santé de la population, participation et rémunération des médecins et souplesse du financement.

Recherche documentaire et revue de la littérature

Un processus de recherche documentaire et de revue de la littérature a fait suite à l'analyse des données pour valider les conclusions de l'étude et d'aider à comprendre la contribution de celle-ci à l'ensemble de la littérature.

Un protocole de recherche a été appliqué à 2 bases de données sur des ouvrages évalués par des pairs (EconLit et Medline) et a été limité aux ouvrages publiés entre 2000 et 2015. La recherche a notamment été effectuée à l'aide des mots-clés suivants et de leurs variantes : système de santé et efficacité, optimisation des ressources, gaspillage et productivité. Le protocole de recherche a aussi été appliqué aux sources de littérature grise sur le Web et à certains éléments pour lesquels une recherche manuelle était nécessaire. Des techniques « boules de neige » ont aussi servi à relever des références dans les sources déjà obtenues. La recherche visait surtout à trouver des exemples précis d'amélioration de l'efficacité au Canada ou dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), y compris les systèmes infranationaux. De plus, elle s'est intéressée à d'importants rapports dans lesquels les approches conceptuelles et les cadres d'amélioration de l'efficacité étaient abordés.

La recherche a permis de trouver 60 études empiriques (dont 38 provenaient des États-Unis ou portaient sur des systèmes de ce pays) et 40 autres sources (rapports, examens ou observations) sur l'efficacité du système de santé. Vous trouverez à l'annexe B la liste des études empiriques incluses dans la revue de la littérature.

Annexe A : Guide pour l'entrevue des intervenants clés

Merci d'avoir accepté de participer à la phase 3 de notre étude sur l'efficacité du système de santé. Comme nous vous l'avons mentionné, cette étude porte sur les facteurs contextuels et les mécanismes qui influent sur les variations régionales de l'efficacité. Pour notre analyse approfondie, nous avons sélectionné 2 provinces, soit la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique, et 2 régions dans chacune d'elles. Nous espérons pouvoir déterminer les catalyseurs d'une prestation efficace des soins de santé ainsi que les défis à surmonter pour accroître la viabilité des systèmes de santé du Canada.

L'entrevue téléphonique durera 45 minutes environ. Elle sera enregistrée sur bande audio afin que nous puissions analyser l'information ultérieurement. Veuillez prendre note que toutes vos réponses demeureront confidentielles. Certains extraits pourront être consignés ou servir à des présentations. Toutefois, ils seront anonymisés et ne contiendront aucun renseignement permettant de vous identifier. Nous vous rappelons qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Nous souhaitons avoir votre point de vue. C'est pourquoi nous vous demandons de donner des réponses les plus précises possible et d'y inclure des exemples, si vous le pouvez. Si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à demander des explications.

Avez-vous des questions? Acceptez-vous que nous commencions l'entrevue?

Introduction (5 minutes)

1. Veuillez décrire votre poste actuel et votre rôle dans le système de santé.

Soins dispensés dans l'ensemble du continuum (10 à 15 minutes)

Dans le contexte de votre travail actuel, l'efficacité du système de santé, en quelques mots, désigne l'efficacité avec laquelle les intrants (ressources) sont convertis en extrants (objectifs atteints). Par exemple, les intrants peuvent comprendre les principaux postes de dépenses en santé, soit les hôpitaux, les services des médecins, les médicaments, les établissements de soins en hébergement et les soins communautaires, mesurés en dollars. Dans ses travaux antérieurs, l'ICIS mesurait l'efficacité selon la capacité des Canadiens à accéder à des soins de santé appropriés en temps opportun lorsqu'ils sont malades ou qu'ils ont besoin de soins. Nous mesurons cet objectif général à l'aide de l'indicateur du nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) en raison de causes de mortalité traitables, comme les maladies hypertensives.

2. Comment interprétez-vous la mesure faite par l'ICIS de l'efficacité du système de santé en ce qui a trait à votre [région ou province]?
3. Comment votre [région ou province] s'y est-elle prise pour améliorer l'efficacité?

La prochaine série de questions vise à recueillir votre opinion sur l'efficacité dans certains secteurs.

4. S'il y a lieu, quels sont les modes de prestation, politiques ou pratiques mis en place par votre [région ou ministère] qui peuvent influencer, directement ou indirectement, sur l'efficacité du système de santé?
5. Quels éléments de l'organisation globale du système de santé peuvent influencer, directement ou indirectement, sur l'efficacité du système?
6. Si vous pensez aux différents intrants ou aux ressources qui influent sur l'efficacité du système de santé, comme les hôpitaux, les soins en hébergement, les soins primaires, les soins à domicile et la santé publique, comment votre [région ou province] réussit-elle à améliorer l'efficacité du système de santé? Quels sont les ratés?

Santé de la population (10 minutes)

Les questions précédentes mettaient l'accent sur les intrants et les ressources qui influent sur l'efficacité du système de santé. Les travaux de l'ICIS ont aussi démontré que les caractéristiques de santé de la population, comme le tabagisme, l'obésité, l'inactivité physique et les maladies chroniques, jouent un rôle dans l'efficacité du système de santé.

7. Dans le contexte de l'efficacité du système de santé, quels sont les moyens employés par votre [région ou ministère] pour influencer sur les caractéristiques de santé de la population?
8. Pouvez-vous nous donner des exemples précis de politiques, de modes de prestation ou de pratiques grâce auxquels votre [région ou ministère] compte offrir aux populations marginalisées un accès à des soins de santé efficaces en temps opportun?

Récapitulation (10 minutes)

9. Dans l'ensemble, à votre point de vue, quels sont les facteurs les plus susceptibles d'améliorer l'efficacité du système de santé dans votre [région ou ministère]?
10. Dans l'ensemble, à votre point de vue, quels sont les facteurs les plus susceptibles de nuire à l'efficacité du système de santé dans votre [région ou ministère]?
11. Avez-vous des documents à nous communiquer concernant les efforts déployés dans votre [région ou province] pour améliorer ou surveiller l'efficacité du système de santé?
12. Avant de conclure, aimeriez-vous nous faire des commentaires sur des sujets que nous n'avons pas abordés?

La partie principale de l'entrevue est maintenant terminée. Il ne nous reste que quelques questions de logistique à poser.

13. Accepteriez-vous de participer à une rencontre de suivi ou à un groupe de discussion pour examiner les résultats préliminaires?

14. Avez-vous des personnes à nous suggérer pour une entrevue (planificateurs du système de santé à l'échelle provinciale ou régionale, gestionnaires, cliniciens, etc.)?
15. Aimerez-vous recevoir le produit lorsqu'il sera publié? Y a-t-il d'autres personnes au sein de votre organisme qui souhaiteraient recevoir le produit?
16. Quels types de produits complémentaires sur le même sujet (rapports, webinaires, réflexions sur les politiques, etc.) vous intéresseraient?
17. Y a-t-il autre chose que nous devrions prendre en considération durant l'étude?

Merci d'avoir participé à l'entrevue. Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir pris le temps de nous donner votre opinion sur l'efficacité du système de santé. Si vous avez d'autres pistes de réflexion ou des documents à nous suggérer concernant l'entrevue, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Annexe B : Documentation empirique consultée lors de la revue de la littérature

Alderwick H, Robertson R, Appleby J, Dunn P, Maguire D. [Better Value in the NHS: The Role of Changes in Clinical Practice](#). 2015.

Baker GR, Denis JL. [Étude comparative de trois systèmes de santé porteurs de changement : leçons pour le Canada](#). 2011.

Baker GR, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmakovich K, Born K. [Chapter 2: Birmingham East and North Primary Care Trust and Heart of England Foundation Trust](#). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*. 2008.

Baker GR, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmakovich K, Born K. [Chapter 3: Veterans Affairs New England Healthcare System \(Veterans Integrated Service Network 1\)](#). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*. 2008.

Baker GR, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmakovich K, Born K. [Chapter 4: Jönköping County Council](#). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*. 2008.

Baker GR, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmakovich K, Born K. [Chapter 5: Intermountain Healthcare](#). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*. 2008.

Baker GR, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmakovich K, Born K. [Chapter 6: Henry Ford Health System](#). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*. 2008.

Baker GR, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmakovich K, Born K. [Chapter 7: Calgary Health Region](#). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*. 2008.

Baker GR, MacIntosh-Murray A, Porcellato C, Dionne L, Stelmakovich K, Born K. [Chapter 8: Trillium Health Centre](#). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*. 2008.

Bentley TGK, Effros RM, Palar K, Keeler EB. [Waste in the U.S. health care system: a conceptual framework](#). *The Milbank Quarterly*. 2008.

Bielaszka-Du Vernay C. [Vermont's blueprint for medical homes, community health teams, and better health at lower cost](#). *Health Affairs*. 2011.

The British Society of Gastroenterology, Bolton NHS Foundation Trust. [Alcohol Care Teams: Reducing Acute Hospital Admissions and Improving Quality of Care](#). 2011.

Charlesworth A. [Health care budgeting in the United Kingdom](#). In : Organisation de coopération et de développement économiques. *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. 2015.

Cheng SM, Thompson LJ. [Cancer Care Ontario and integrated cancer programs: portrait of a performance management system and lessons learned](#). *Journal of Health Organization and Management*. 2006.

Duarte NT, Goodson JR, Arnold EW. [Performance management excellence among the Malcolm Baldrige National Quality Award Winners in Health Care](#). *The Health Care Manager*. 2013.

Duvalko KM, Sherar M, Sawka C. [Creating a system for performance improvement in cancer care: Cancer Care Ontario's clinical governance framework](#). *Cancer Control*. 2009.

East Midlands Ambulance Service NHS Trust. [Crisis Response Falls Team: Reducing Admissions and Repeat Falls](#). 2014.

Edwards JN, Silow-Carroll S, Lashbrook A. [Achieving Efficiency: Lessons From Four Top-Performing Hospitals](#). Juillet 2011.

Fawcett KJ Jr, Brummel S, Byrnes JJ. [Restructuring primary care for performance improvement](#). *The Journal of Medical Practice Management*. 2009.

Ferris TG, Weil E, Meyer GS, Neagle M, Heffernan JL, Torchiana DF. [Cost savings from managing high-risk patients](#). In : Yong PL, Saunders RS, Olsen L, dir. *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. 2010.

Santé Fraser, Providence Health Care, Autorité provinciale des services de santé, Santé Vancouver Costal. [Improving Efficiency Through Lower Mainland Consolidation](#). 2014.

Hollander MJ, Kadlec H, Hamdi R, Tessaro A. [Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care services](#). *Healthcare Quarterly*. 2009.

Kirch DG, Grigsby RK, Zolko WW, Moskowitz J, Hefner DS, Souba WW, Carubia JM, Baron SD. [Reinventing the academic health center](#). *Academic Medicine*. 2005.

Kirkman-Liff B. [The structure, processes, and outcomes of Banner Health's corporate-wide strategy to improve health care quality](#). *Quality Management Health Care*. 2004.

Klein S, McCarthy D. [Gundersen Lutheran Health System: Performance Improvement Through Partnership](#). 2009.

Klein S, McCarthy D, Cohen A. [Health Share of Oregon: A Community-Oriented Approach to Accountable Care for Medicaid Beneficiaries](#). 2014.

Kumar A, de Lagasnerie G, Rouilleault D, Vammalle C. [Health care budgeting in France](#). In : Organisation de coopération et de développement économiques. *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. 2015.

Larsson S, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundström M. [Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value](#). *Health Affairs*. 2012.

McCarthy D, Cohen A. [The Colorado Beacon Consortium: Strengthening the Capacity for Health Care Delivery Transformation in Rural Communities](#). 2013.

McCarthy D, Klein S. [The Triple Aim Journey: Improving Population Health and Patients' Experience of Care, While Reducing Costs](#). 2010.

McCarthy D, Klein S, Cohen A. [Buffalo and Western New York: Collaborating to Improve Health System Performance by Leveraging Social Capital](#). 2014.

McCarthy D, Klein S, Cohen A. [Opportunity for Regional Improvement: Three Case Studies of Local Health System Performance](#). 2014.

McCarthy D, Nuzum R, Mika S, Wrenn J, Wakefield M. [The North Dakota Experience: Achieving High-Performance Health Care Through Rural Innovation and Cooperation](#). 2008.

McKinsey & Company. [Building capabilities so that improvements to clinical operations will last: frontline capability building improves care quality while lowering hospital costs](#). Consulté le 1^{er} mars 2016.

McKinsey & Company. [By creating a performance-driven culture, a health system lowered costs and raised quality of care: clinical operations transformation — from front line to back office — yields lasting results](#). Consulté le 1^{er} mars 2016.

McKinsey & Company. [Improving health and reducing hospitalization for target patient groups: integrated care approach brings double-digit decreases in emergency and nursing home admissions and reduces costs by more than 20 percent](#). Consulté le 1^{er} mars 2016.

McKinsey & Company. [Integrating services helps lower length of hospital stay: regional health system integrates services to reduce length of stay and improve care](#). Consulté le 1^{er} mars 2016.

McKinsey & Company. [Making change happen at an academic medical center: targeted changes in core hospital processes increase efficiency and reduce cost base](#). Consulté le 1^{er} mars 2016.

McKinsey & Company. [Nursing excellence program improves staff retention and quality, and reduces costs: addressing the root causes of nurse attrition and absenteeism increases staff satisfaction, improves patient outcomes and saves money](#). Consulté le 1^{er} mars 2016.

McKinsey & Company. [Strengthening primary care improves outcomes, lowers costs: giving primary care practices a stronger role can help stem rising healthcare costs](#). Consulté le 1^{er} mars 2016.

McWilliams JM, Chernen ME, Landon BE, Schwartz AL. [Performance differences in year 1 of Pioneer accountable care organizations](#). *The New England Journal of Medicine*. Mai 2015.

NHS Greenwich. [Reducing Hospital Admission Rates for People With Diabetes: A Systematic Approach to Improving Primary Care Outcomes](#). 2013.

Nottingham University Hospitals NHS Trust. [Wireless Working in Hospitals: Improving Efficiency and Safety of Out-of-Hours Care](#). 2013.

Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. [Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews](#). *International Journal for Quality in Health Care*. 2005.

Perlin JB, Kolodner RM, Roswell RH. [The Veterans Health Administration: quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care](#). *The American Journal of Managed Care*. 2004.

Pittenger KR. [Using production system methods in medical practice: improving medical costs and outcomes](#). In : Yong PL, Saunders RS, Olsen L, dir. *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. 2010.

PWC. [HealthCast: Global Best Practices in Bending the Cost Curve](#). Novembre 2012.

QIPP Safe Care Programme, Salford Royal NHS Foundation Trust, University of Central Lancashire. [Safety Express: A National Pilot to Deliver Harm Free Care](#). 2013.

Rangachari P, Hutchison MD. [A systems approach to improving core measure outcomes in a small rural facility](#). *Journal for Health Quality*. 2011.

Schilling L, Deas D, Jedlinsky M, Aronoff D, Fershtman J, Wali MA. [Kaiser Permanente's performance improvement system, part 2: developing a value framework](#). *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010.

Silow-Carroll S, Edwards JN, Rodin D. [How Colorado, Minnesota, and Vermont Are Reforming Care Delivery and Payment to Improve Health and Lower Costs](#). 2013.

Silver MP, Geis MS, Bateman KA. [Improving health care systems performance: a human factors approach](#). *American Journal of Medical Quality*. 2014.

Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, dir. [Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America](#). 2013

South Norfolk Healthcare Community Interest Company. [Peer-Reviewed Referral Management: Saving Money and Increasing Quality by Improving Referral Practice](#). 2013.

Steele G. [Strategies that work](#). In : Yong PL, Saunders RS, Olsen L, dir. *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. 2010

Thewiseen S, Jeurissen P, van der Vlugt G. [Health care budgeting in the Netherlands](#). In : Organisation de coopération et de développement économiques. *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. 2015.

Van Citters AD, Larson BK, Carluzzo KL, Gbemudu JN, Kreindler SA, Wu FM, Shortell SM, Nelson EC, Fisher ES. [Four Health Care Organizations' Efforts to Improve Patient Care and Reduce Costs](#). 2012.

Wodchis WP, Williams P, Mery G. [Creating Strategic Change in Canadian Healthcare: Conference White Paper Working Drafts](#). 2014.

Wynn JD, Draffin E, Jones A, Reida L. [The Vidant Health quality transformation](#). *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2014.

Yaggy SD, Michener JL, Yaggy D, Champagne MT, Silberberg M, Lyn M, Johnson F, Yarnall KS. [Just for us: an academic medical center–community partnership to maintain the health of a frail low-income senior population](#). *The Gerontologist*. 2006.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. [Vers un modèle de mesure de l'efficacité du système de santé au Canada](#). 2012.
2. Institut canadien d'information sur la santé. [Mesurer l'efficacité du système de santé canadien et ses déterminants](#). 2014.
3. Yin R. [Case Study Research: Design and Methods](#). 2009.
4. Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. [Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse](#). Révisé le 1^{er} avril 2015. Consulté le 2 février 2016.
5. Dillman DA, Smyth JD, Christian LM. [Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method, 4th Edition](#). 2014.
6. Boeije H. [A purposeful approach to the constant comparative method in the analysis of qualitative interviews](#). *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*. 2002.
7. Barbour RS. [Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog?](#). *BMJ*. 2001.
8. Krueger R, Casey M. [Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research, 3rd Edition](#). 2000.
9. McLafferty I. [Focus group interviews as a data collecting strategy](#). *Journal of Advanced Nursing*. 2004.



Parlez-nous

ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

ICIS St. John's

140, rue Water
Bureau 701
St. John's (T.-N.-L.)
A1C 6H6
709-576-7006