

Le Leadership à fort impact:

Améliorer les soins, améliorer la santé des
populations, réduire les coûts



AN IHI RESOURCE

20 University Road, Cambridge, MA 02138 • ihi.org

Suggestion de citation: Swensen S, Pugh M, McMullan C, Kabcenell A. *Le Leadership à fort impact : Améliorer les soins, améliorer la santé des populations, réduire les coûts*. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts : Institute for Healthcare Improvement ; 2015. (Disponible sur ihi.org)



AUTEURS:

Stephen Swensen, MD, MMM: *Senior Fellow, IHI; Professeur, Mayo Clinic College of Medicine; Directeur médical, Leadership and Organization Development, Mayo Clinic*

Michael Pugh, MPH: *Membre de la faculté, IHI ; Professeur adjoint, Denver School of Business CU, administration de la santé ; Président, M&P Associates*

Christine McMullan, MPA, CPHQ: *vice-présidente du département Prévention des pertes et sécurité des patients, MCIC, Inc.*

Andrea Kabcenell, RN, MPH: *vice-présidente, IHI*

Remerciements:

Les auteurs sont redevables envers ceux qui ont offert un examen critique du White Paper: Martin Charns, DBA, professeur de politique et de gestion de la santé, co-directeur du programme sur études organisationnelles la santé à l'école de santé publique de l'Université de Boston ; Gary R. Yates, MD, président, HPI et Sentara Quality Care Network, Sentara Healthcare ; Derek Feeley, DBA, vice-président exécutif, IHI ; Katharine Luther, RN, MPM, vice-présidente, IHI ; et Don Goldmann, MD, directeur médical et scientifique, IHI. Nous tenons également à remercier Jane Roessner et Val Weber à l'IHI pour leur soutien dans le développement et l'édition de ce White Paper.

Le White Paper est basé sur les conclusions d'un projet d'innovation de 90 jours de l'IHI sur le leadership, et nous sommes reconnaissants envers ceux qui ont contribué de par leur expertise à ce projet (voir l'annexe A). Nous remercions également les nombreux experts et collègues qui ont façonné notre réflexion sur le leadership au cours des nombreuses dernières années : Paul Plsek, Penny Carver, James Anderson, Michael Dowling, Vinod Sahney, William Rupp, James Reinertsen, James Orlikoff, Diana Chapman Walsh, Maureen Bisognano, Jeff Selberg, Carol Haraden, Pat Rutherford, Frank Federico, Jim Conway, Pete Knox, Don Berwick, David Munch, Barbara Balik, Neil Baker, Robert Colones, et Donna Isgett.

La traduction par Marie Brusselmans de cet *IHI White Paper* en 2015 est un projet financé par l'Université Catholique de Louvain, Belgique (UCL) et coordonné par Mathieu Louiset avec l'aide de la PAQS asbl, Belgique (www.paqs.be).

L'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) est un innovateur de premier plan dans l'amélioration de la santé et des soins de santé dans le monde entier. Depuis plus de 25 ans, nous avons établi un partenariat avec une communauté de plus en plus importante de visionnaires, leaders et praticiens de première ligne dans le monde entier, pour susciter des moyens audacieux et inventifs d'améliorer la santé des individus et des populations. Ensemble, nous construisons la volonté de changement, cherchons des modèles novateurs de soins, et diffusons les meilleures pratiques à l'efficacité prouvée. Pour faire avancer notre mission, IHI est dédié à l'optimisation des services de santé, à mener à bien le Triple Objectif pour les populations, à élaborer des soins centrés sur la personne et les familles, et à construire la capacité à l'amélioration. Nous avons développé les *IHI White Papers* pour poursuivre notre mission. Les idées et les constatations de ces White Paper représentent le travail novateur de l'IHI et d'organisations avec lesquelles nous collaborons. Les *IHI White Papers* sont conçus pour partager les problèmes auxquels l'IHI s'emploie à répondre, les idées, changements et méthodes que nous développons et testons pour aider les organisations à apporter des améliorations révolutionnaires, et les premiers résultats dans le cas échéant.

Table des matières

Résumé	4
Introduction	7
Nouveaux modèles mentaux pour le leadership des soins de santé : <i>Comment pensent les leaders</i>	8
Comportements de leadership à fort impact: <i>Comment agissent les dirigeants</i>	10
Le cadre de leadership à fort impact de l'IHI : Les points sur lesquels les dirigeants concentrent leurs efforts	20
Conclusion	33
Annexe A : Le projet d'innovation de 90 jours de l'IHI	34
Bibliographie	35

Résumé

Des preuves concrètes révèlent que l'implication et l'insistance du leadership entraînent des améliorations dans la qualité des soins de santé et réduit les préjudices subis par les patients.¹⁻¹⁰ Les dirigeants, à tous les niveaux des organisations de soins, se trouvent aux prises avec la meilleure manière de concentrer leurs efforts de leadership et obtenir les résultats du Triple Objectif pour les populations qu'ils desservent. Les résultats du Triple Objectif représentent l'abandon du volume en faveur de la valeur, et exigent que le leadership de soins de santé à tous les niveaux des organismes de soins se concentre sur l'amélioration de l'expérience et des résultats des soins administrés, ainsi que sur la réduction du coût des soins pour les populations desservies.

Un leadership à fort impact est indispensable pour obtenir des résultats dans le Triple Objectif. À cette fin, ce White Paper présente trois dimensions interdépendantes de leadership : les nouveaux modèles mentaux, les comportements de leadership à fort impact et le cadre de leadership à fort impact de l'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI).

Nouveaux modèles mentaux pour le leadership des soins de santé

Les modèles mentaux – autrement dit, la façon dont les dirigeants pensent et voient le monde – sont d'une importance cruciale, car le mode de pensée et les convictions des dirigeants façonnent leurs comportements de leadership et donnent une orientation à leurs efforts de leadership dans la transformation des systèmes de prestation de soins fondés sur la valeur au lieu de sur le volume. Dans un leadership à fort impact, les dirigeants doivent adopter quatre nouveaux modèles mentaux : 1) les individus et les familles sont des partenaires dans leurs soins ; 2) être compétitif sur la valeur, avec une réduction continue des coûts d'exploitation ; 3) réorganiser les services pour qu'ils s'alignent sur les nouveaux systèmes de paiement ; 4) chacun est un acteur de l'amélioration.

Dans le contexte de ces nouveaux modèles mentaux, les dirigeants changent la façon dont ils définissent la réussite, en considérant de nouvelles approches et en mobilisant leur personnel à s'adapter à l'environnement d'entreprise en constante évolution. Les nouveaux modèles mentaux promeuvent l'innovation.

Les comportements de leadership à fort impact

Notre hypothèse est que certains comportements et pratiques de leadership à fort impact sont étroitement liés avec les modèles mentaux et le cadre de leadership. Notre liste de cinq comportements essentiels est destinée à être ouverte – un point de départ poussant les dirigeants de soins de santé à examiner soigneusement leurs propres pratiques de leadership, et à déterminer comment ils pourraient aligner ces comportements avec leurs efforts et stratégies de leadership pour obtenir des résultats selon le Triple Objectif.

1. Concentration sur la personne : être constamment centré sur la personne, en paroles et en actes
2. Engagement en première ligne : être une présence authentique et régulière en première ligne, et un avocat visible de l'amélioration
3. Concentration sans relâche : rester concentré sur la vision et la stratégie

4. **Transparence** : exiger la transparence sur les résultats, les progrès, les objectifs et les défaillances
5. **Absence de limites** : encourager et mettre en pratique une pensée systémique et la collaboration au-delà des limites de secteurs

Chacun de ces cinq comportements accomplit plusieurs objectifs de leadership à la fois. Par exemple, un leader qui fait preuve d'une concentration sur la personne en impliquant les patients et les membres de la communauté dans des réunions importantes de planification ou d'amélioration, ou en démarrant chaque réunion avec l'histoire d'un patient, renforcera une vision et créera la volonté, façonnera la culture, en faisant grandir une organisation centrée sur la personne et la communauté.

Le cadre de leadership à fort impact de l'IHI

Les dirigeants à tous les niveaux des établissements de soins de santé doivent organiser et concentrer leurs efforts de leadership afin d'obtenir des résultats de Triple Objectif pour les populations qu'ils desservent. Les actions et les initiatives menées au sein de chaque domaine du cadre sont façonnées par les nouveaux modèles mentaux et soutenues par la mise en pratique des comportements de leadership à fort impact. Le cadre de leadership à fort impact de l'IHI présenté dans ce White Paper est le reflet d'un vaste éventail d'expériences, de pratiques, de théories et d'approches du leadership qui représentent l'évolution naturelle de quatre grands travaux de l'IHI : *les Guide du leadership vers la sécurité des patients, Sept leviers de leadership pour l'amélioration à niveau organisationnel dans les soins de santé, Exécution des initiatives stratégiques d'amélioration pour obtenir des résultats au niveau du système, et À la recherche du Triple Objectif : sept innovateurs montrent la voie vers de meilleurs soins, une meilleure santé, et des coûts réduits* (titres originaux : *Leadership Guide to Patient Safety, Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care, Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results, and Pursuing the Triple Aim: Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs*).¹¹⁻¹⁴ Le cadre s'appuie sur la philosophie et le travail sur le leadership de Tom Nolan, Don Berwick, Maureen Bisognano, James Reinertsen, et bien d'autres à l'IHI qui ont, au fil des années, aidé les responsables des soins de santé motivés à mettre en œuvre des améliorations et à lancer des changements à l'échelle de systèmes entiers.

Le cadre de leadership à fort impact de l'IHI traite explicitement de trois nouveaux domaines d'efforts et d'actions de leadership requises : la concentration sur les personnes et la communauté ; les moyens de façonner la culture organisationnelle souhaitée ; et l'implication de tous à travers les frontières traditionnelles des systèmes de soins de santé.

Le cadre est une méthode pratique pour concentrer et organiser les efforts de leadership sur la mise en œuvre de l'amélioration et de l'innovation. Il est construit sur d'excellentes recherches de sciences sociales en leadership et sur l'apprentissage collectif de l'IHI et d'autres au cours des dix dernières années.^{1,15,16} Les six domaines du cadre actualisé de leadership à fort impact de l'IHI représentent collectivement les zones critiques sur lesquelles les dirigeants à tous les niveaux des systèmes de prestation de soins de santé doivent concentrer leurs efforts pour favoriser l'amélioration et l'innovation et obtenir des résultats selon le Triple Objectif :

- Se concentrer sur les personnes et la communauté
- Créer une vision et faire grandir la volonté
- Développer les capacités
- Obtenir des résultats
- Façonner la culture
- Impliquer tous les acteurs, au-delà des limites de secteurs

Conclusion

Un leadership à fort impact n'est pas réservé aux hauts dirigeants, mais est nécessaire à tous les niveaux de leadership dans les établissements de soins, afin de produire des résultats selon le Triple Objectif. Des soins de santé de haute fiabilité, axés sur la valeur, soutenus par l'amélioration et l'innovation, exigent que les dirigeants à tous les niveaux abordent les systèmes selon de nouveaux modèles mentaux sur leurs défis et leur rôle, qu'ils mettent en pratique des comportements de leadership à fort impact de manière transversale, et qu'ils focalisent leurs actes de leadership à travers l'objectif du cadre de leadership à fort impact de l'IHI pour obtenir des résultats selon le Triple Objectif pour les populations qu'ils desservent.

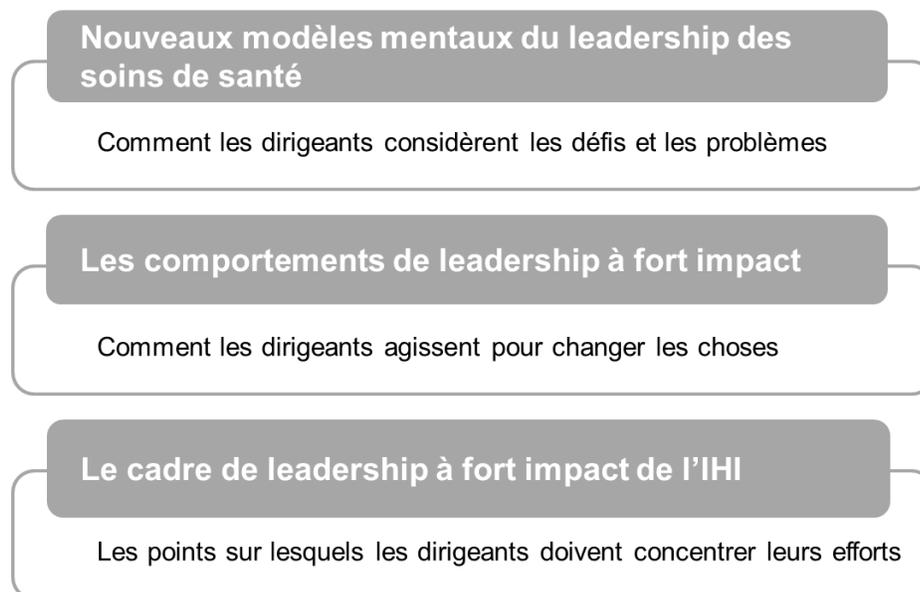
Introduction

Les dirigeants qualifiés sont essentiels à la réussite, et il existe des preuves solides de l'influence de l'engagement et de l'insistance du leadership sur l'amélioration de la qualité des soins de santé, sur la réduction des préjudices aux patients, et sur les économies budgétaires.¹⁻¹⁰ De précédents White Papers de l'IHI ont postulé que l'amélioration de l'organisation exige une volonté, des idées et une exécution, et qu'un leadership efficace est basé sur les sept leviers du leadership.¹²⁻¹³ Alors que les systèmes de prestation de soins de santé passent de systèmes de récompense économique fondés sur le volume à des systèmes fondés sur la valeur, les dirigeants sont confrontés à des défis nouveaux et différents qui nécessitent de nouvelles idées, de nouveaux comportements et de nouveaux gestes.

Dans le cadre de l'effort de mise à jour de sa théorie et de son cadre de leadership, l'IHI a dirigé un projet d'innovation de 90 jours sur le leadership (voir l'annexe A), effectué cinq entrevues avec des experts, et a convoqué, pour une réunion d'experts, 12 dirigeants d'établissements reconnus. Le but du projet d'innovation était de développer une meilleure compréhension de la façon de combler avec succès le fossé entre « les soins que nous avons et les soins dont nous avons besoin ». Ce White Paper est basé sur les résultats de ce projet. Les exemples offerts dans ce document sont issus de la recherche et des entrevues du projet d'innovation, de communications personnelles et d'entrevues menés par les auteurs.

Les dirigeants à tous les niveaux des organismes de soins, et non pas seulement les hauts dirigeants, sont aux prises avec la façon de concentrer leurs efforts de leadership et obtenir des résultats selon le Triple Objectif – une meilleure santé, de meilleurs soins, à moindre coût – pour les populations qu'ils desservent. Un leadership à fort impact est indispensable. À cette fin, ce White Paper présente trois dimensions interdépendantes de leadership qui définissent ensemble un leadership à fort impact dans les soins de santé (figure 1).

Figure 1. Trois dimensions interdépendantes de leadership à fort impact dans les soins de santé



Premièrement, nous proposons un ensemble d'idées qui constituent de nouveaux modèles mentaux pour les dirigeants lorsqu'ils repensent les systèmes de prestation de soins pour que ceux-ci soient compétitifs en matière de valeur, plutôt que de volume, et livrent des résultats selon le Triple Objectif pour les populations qu'ils desservent. Deuxièmement, en ligne sur les modèles mentaux, nous recommandons cinq comportements de leadership à fort impact destinés à accélérer le changement de culture et à soutenir les efforts pour obtenir des résultats de Triple Objectif. Ces comportements de leadership, lorsqu'ils sont appliqués de manière systématique, sont transversaux et soutiennent de nombreux efforts et initiatives clés de leadership à la fois. Troisièmement, sur la base des modèles et de la théorie de leadership formant le patrimoine de l'IHI, le cadre de leadership à fort impact de l'IHI offre un cadre de leadership simple mis à jour qui sert de guide pour les domaines dans lesquels les dirigeants doivent concentrer leurs efforts et ressources afin de favoriser l'amélioration et l'innovation. Ce cadre mis à jour ajoute trois domaines essentiels aux efforts de leadership : la concentration sur les personnes et la communauté, le changement de la culture et l'implication de tous les acteurs, au-delà des limites traditionnelles des systèmes de soins de santé. Ce White Paper contient également des exemples d'une série de leaders en soins de santé, de manière à illustrer des comportements de leadership à fort impact dans la pratique quotidienne.

Nouveaux modèles mentaux pour le leadership des soins de santé : *Comment pensent les leaders*

Le leadership est la pierre angulaire de l'obtention de résultats de soins de santé à la fois pour les personnes et les populations. Le Triple Objectif de l'IHI représente un changement fondamental dans la définition de la réussite pour les établissements de soins de santé – en effet, il préconise que les meilleurs intérêts du patient et de la communauté sont servis en optimisant simultanément trois objectifs de haut niveau : l'amélioration de l'expérience des soins, l'amélioration de la santé des populations et la réduction des coûts des soins de santé par habitant.¹⁷

La transition du volume vers la valeur

Pour les organismes de soins de santé aux Etats-Unis, la réussite a traditionnellement été définie par l'utilisation croissante des services de soins de santé ambulatoires et de courte durée, avec des récompenses financières liées à l'augmentation du volume et de l'intensité. Cependant, le système de soins de santé aux États-Unis se déplace vers des systèmes de paiement et de financement qui récompensent l'utilisation réduite des services de soins aigus, l'amélioration de la qualité et la baisse des dépenses totales. Cette transition du volume vers la valeur nécessite un changement substantiel dans la pensée, les comportements et les actes du leadership à tous les niveaux des établissements de soins. Le changement exige également que les dirigeants des soins de santé, à tous les niveaux, se concentrent sur l'amélioration de l'expérience et des résultats des soins délivrés et sur la réduction du coût des soins pour les populations qu'ils desservent. De bons résultats au niveau du Triple Objectif dans ce nouveau système fondé sur la valeur exigent un leadership à tous les niveaux des organismes de soins, qu'il s'agisse d'un système de clinique communautaire fédérale qualifiée comme le *CommUnityCare* à Austin, au Texas, qui dessert des populations ayant des besoins spéciaux, comme les sans-abri, d'un centre médical universitaire comme le *Mayo Clinic* à Rochester, dans le Minnesota, qui traite des populations de patients atteints de la même

maladie complexe, ou d'un système national intégré de soins comme le *Kaiser Permanente*, qui offre à la fois des assurances de santé et des soins pour les populations de salariés.

L'importance du mode de pensée des dirigeants

Les modèles mentaux – la façon dont les dirigeants des soins de santé pensent et voient le monde – sont d'une importance capitale car ils livrent le contexte et l'orientation des comportements et les efforts de leadership et promeuvent l'innovation. Le Triple Objectif de l'IHI est un exemple d'une nouvelle façon de penser les fondements organisationnels et les résultats requis des soins de santé.

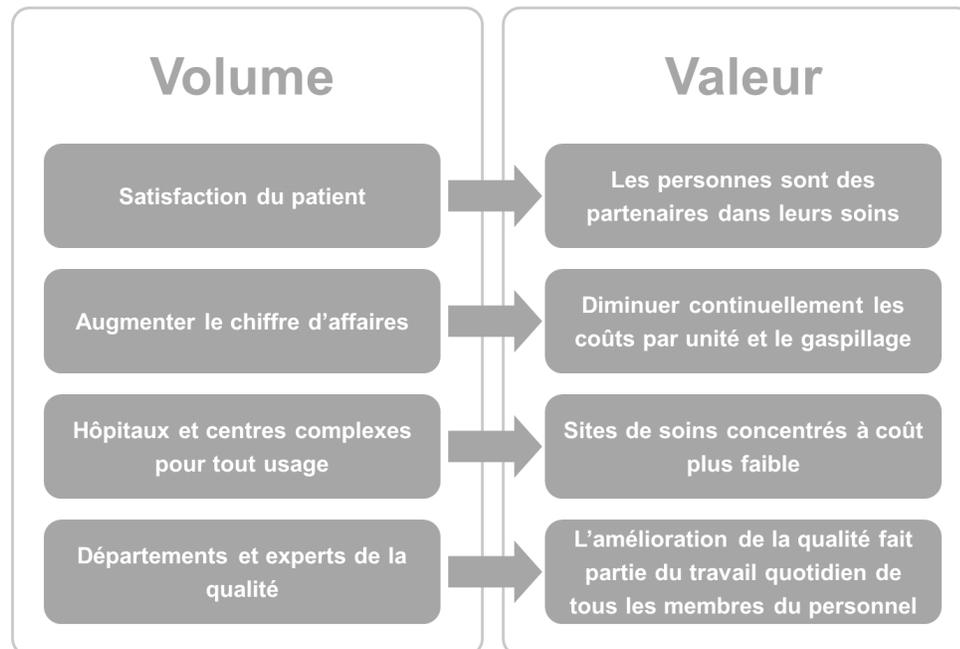
Le leadership à fort impact exige l'adoption de nouveaux modèles mentaux :

1. Les individus et les familles sont des partenaires dans leurs soins.
2. Être compétitif sur la valeur, avec une réduction continue des coûts d'exploitation.
3. Réorganiser les services pour qu'ils s'alignent sur les nouveaux systèmes de paiement.
4. Chacun est un acteur de l'amélioration.

Dans le contexte de ces nouveaux modèles mentaux, les dirigeants changent la façon dont ils définissent la réussite, en considérant de nouvelles approches et en mobilisant leur personnel pour s'adapter à l'environnement d'entreprise en constante évolution. Les nouveaux modèles mentaux promeuvent l'innovation. Par exemple, le postulat « Les individus et les familles sont des partenaires dans leurs soins » exige de la part des dirigeants de penser au-delà de la satisfaction et de l'implication des patients. Cela implique un changement philosophique s'éloignant de l'interaction clinique traditionnelle où l'on demande au patient : « Quel est le problème ? », pour aboutir à une interaction personnelle entière, caractérisée par la question posée à la personne (pas seulement le patient), « Qu'est-ce qui est important pour vous ? ». La compétitivité sur la valeur suppose une amélioration simultanée dans les résultats, la sécurité des patients et le service, avec une attention sans relâche sur l'élimination du gaspillage et la réduction des coûts d'exploitation. Remarque : Nous définissons le coût d'exploitation comme le coût de production d'une « unité » des soins de santé, ce qui pourrait être défini comme un épisode entier des soins, une consultation ambulatoire, une visite au service d'urgences, une hospitalisation, une hospitalisation de jour, une consultation à la clinique, une intervention chirurgicale, une séance de rééducation, un test de diagnostic, ou un autre regroupement de tests et de procédures produisant une « unité » définissable de soins de santé. Le terme est destiné à désigner le coût réel de la production par l'établissement de soins, et non les frais à charge des patients ou les prix.

La transition vers un système fondé sur la valeur exige également des dirigeants d'établissements de soins de repenser la conception et l'organisation de la prestation des soins. Le manque d'alignement entre les systèmes de paiement et les établissements de soins causent des coûts plus élevés. En effet, dans *The Innovator's Prescription* (littéralement, « La prescription de l'innovateur »), Clayton Christensen démontre de manière convaincante que la poursuite simultanée de plusieurs modèles d'entreprise par les établissements de soins de santé renforce la complexité et entraîne des coûts plus élevés. Enfin, le postulat « Chacun est un acteur de l'amélioration » redéfinit la façon dont les travaux d'amélioration sont organisés et dont les ressources sont déployées. Accélérer le rythme de l'amélioration et soutenir l'innovation nécessite que tous dans l'organisation se considèrent comme ayant deux emplois : celui d'accomplir leur travail et celui d'améliorer leur travail. Le figure 2 révèle les éléments du changement nécessaire dans le mode de pensée des dirigeants (les modèles mentaux) lorsque les institutions de soins de santé opèrent la transition depuis un système basé sur le volume vers un système fondé sur la valeur.

Figure 2. Nouveaux modèles mentaux : La transition de systèmes basés sur le volume vers des systèmes basés sur la valeur



Comportements de leadership à fort impact: *Comment agissent les dirigeants*

Il existe de nombreuses théories et approches du leadership, toutes utiles de manières différentes, et nous n'avons pas l'intention de concurrencer ou de remplacer ces modèles. Au lieu de cela, notre théorie dicte que cinq comportements de leadership à fort impact (figure 3) sont inhérents à la plupart de ces théories. Ces comportements sont le prolongement naturel des modèles mentaux évoqués ci-dessus et s'alignent sur le cadre actualisé de leadership à fort impact de l'IHI décrit en détail plus loin dans ce document. Cette liste de cinq comportements est destinée à rester ouverte – un point de départ pour les dirigeants de la santé, les poussant à examiner soigneusement leurs propres comportements et pratiques de leadership. Même si le reste fait défaut, les dirigeants peuvent au moins adopter ces comportements et savoir qu'ils seront déjà, ainsi que leur établissement, dans une direction qui facilite la transition du volume vers la valeur, qui conduira à une meilleure performance.

Figure 3. Comportements de leadership à fort impact



Les comportements de leadership à fort impact se concentrent de manière collective sur les personnes et la communauté. Les leaders efficaces suscitent la volonté de changement, accroissent les capacités de l'établissement de manière quotidienne, et dirigent l'exécution rapide et complète des changements et améliorations qui conduisent à des résultats de Triple Objectif. Tandis que les personnes dans l'organisation et dans la communauté changent, la culture est façonnée d'une manière nouvelle vers, c'est à espérer, la conscience de la santé de la population desservie, ou des déchets dans les soins de santé, et certainement vers ce qui compte pour les personnes et la communauté qu'ils desservent. Par exemple, un leader qui implique les patients et les membres de la communauté dans les réunions importantes de l'équipe d'amélioration, ou qui commence chaque réunion du conseil avec l'histoire d'un patient, renforce la vision que les soins se concentrent sur ce qui importe pour la population desservie et crée la volonté au sein de l'organisation de créer un système qui soutienne ce comportement. Le leader, grâce à ses propres comportements et actes, façonne la culture et favorise une organisation centrée sur les personnes et la communauté. Un leader qui fait part, avec transparence, des données sur les défaillances ainsi que les accomplissements aux patients et à la communauté renforce la volonté et la confiance, montre son intérêt sérieux pour les résultats, façonne une culture d'ouverture et de curiosité, et encourage les connexions à travers les secteurs.

1. Concentration sur la personne : être constamment centré sur la personne en paroles et en actes

La concentration sur la personne est la condition *sine qua non* du professionnalisme. Les dirigeants des soins de santé les plus efficaces sont concentrés sur la personne en paroles et en actes, à la recherche d'opportunités d'interaction fréquente avec les patients et les familles. Un leader démontre une concentration sur la personne par les actions suivantes :

- Participer régulièrement aux tournées dans l'établissement – que ce soit dans une clinique, un hôpital, ou un organisme de service à la communauté – pour parler avec les patients et les familles ;

- Solliciter et soutenir constamment la participation des patients et des familles aux réunions du conseil d'administration, du leadership et de l'équipe d'amélioration ;
- Discuter des résultats en termes de personnes et des communautés, et pas seulement en termes de maladies et de coût;
- Déclarer la prévention des risques comme une priorité personnelle et organisationnelle.

Exemple de concentration sur la personne :

Jed Weissberg, MD, FACP, vice-président principal, *Hospitals, Quality and Care Delivery Excellence, Kaiser Foundation Health Plan and Hospitals, Kaiser Permanente*

Stimulée par les rapports de l'*Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm* (« Franchir le fossé de la qualité »), par *To Err Is Human* (« L'erreur est humaine »), et par la norme 2001 de la Commission américaine, les dirigeants de *Kaiser Permanente* (KP) ont convoqué un groupe de travail pour tester des politiques et des approches et identifier les préoccupations à propos de ce qui était alors un nouveau niveau de transparence et d'engagement envers les personnes auxquelles KP dispensaient des soins. Avec des représentants de soins cliniques, la direction du personnel médical, la gestion des risques et l'équipe médico-légale, KP a adopté une politique de « Communication des résultats imprévus » pour communiquer avec les patients et les familles suite à une erreur médicale. Le centre médical a aussi développé un programme de formation pour s'assurer que le personnel pourrait mettre en œuvre la politique comme prévu, avec empathie et compétence, et avec le soutien approprié de collègues et de l'organisation.

Les clips vidéo et les jeux de rôle que KP a créés pour les sessions de formation du personnel offraient des cours sur les moyens de surmonter leurs propres peurs (d'avoir à admettre que quelque chose s'était mal passé, d'être puni), ainsi que l'appréciation des attributs d'humanité et d'humilité. Après six mois entiers de discussions, les équipes de KP ont réalisé que ce qu'ils voulaient mettre en place était déjà ce à quoi elles aspiraient quand elles fonctionnaient au meilleur de leurs capacités. L'objectif était de s'assurer qu'ils le mettraient en pratique pour chaque patient, à chaque fois.

Exemple de concentration sur la personne :

J. Michael Henderson, MD, chef de la direction Qualité, *Cleveland Clinic*

Il y a dix ans, le leadership de la qualité et de la sécurité des patients était un territoire inexploré pour le Chef de la direction Qualité, Michael Henderson, à la Clinique de Cleveland (*Cleveland Clinic*) dans l'Ohio. Il a vu une occasion de développer le leadership clinique alors que les esprits dans l'établissement étaient de plus en plus sensibilisés à la nécessité de délivrer des soins plus sûrs et d'améliorer les résultats cliniques. De solides compétences cliniques, un engagement envers les soins aux patients et la capacité de créer des équipes multidisciplinaires fortes sont des choses essentielles qu'il recherche chez les futurs dirigeants de la Clinique de Cleveland. Henderson estime que les dirigeants doivent penser différemment et s'adapter aux nouveaux modèles de soins pour exploiter le pouvoir des nouveaux savoirs et l'étendue de l'expérience de tous les soignants. Parmi les leçons spécifiques que lui ont enseignées son parcours, Henderson estime que les suivantes sont primordiales pour les futurs leaders qui veulent réussir :

- Veiller à ce que les décisions et les programmes soient centrés sur le patient. Les équipes cliniques et d'amélioration devraient se poser la question : « Si j'étais le patient, qu'est-ce que je voudrais ? »
- Écouter. Les meilleures idées proviennent généralement de ceux qui effectuent le travail, il faut donc passer du temps avec les soignants de première ligne et chercher activement à recueillir leur opinion.
- On ne peut souligner assez l'importance d'une culture des « patients d'abord ». Il convient de se concentrer sur l'engagement des employés, la sécurité et une culture juste et équitable. Ces points-là commencent avec les dirigeants et doivent imprégner toutes les couches de l'organisation.

2. L'engagement en première ligne : être une présence authentique et régulière en première ligne, et un avocat visible de l'amélioration

Les dirigeants les plus efficaces renforcent le sentiment de confiance et acquièrent et établissent une compréhension du travail des premières lignes des soins en se réunissant régulièrement avec des collègues qui administrent des soins au chevet des patients, dans une clinique ou dans la communauté, et en montrant un intérêt sincère pour le travail effectué. Des comportements tels que ceux de poser des questions, partager des préoccupations, s'engager dans la résolution de problèmes et l'amélioration des projets, et la discussion transparente des résultats (réussites et échecs) aident à créer l'authenticité du leadership. L'engagement et la présence authentique d'un leader en première ligne des soins aide à motiver des équipes pluridisciplinaires, en particulier dans le contexte d'une refonte de la réflexion et des méthodes de l'amélioration.^{18,19}

L'une des manières dont le Dr Gary Kaplan, chef de la direction du système de santé *Virginia Mason* à Seattle, dans l'état de Washington, et son équipe de hauts dirigeants s'impliquent aux côtés du personnel de première ligne, est de participer au moins deux fois par an à des événements d'une semaine consacrés à la refonte des processus *Lean* avec les employés. Kaplan assiste également régulièrement à des séances hebdomadaires d'amélioration en première ligne. En tant que PDG du centre *Denver Health* dans le Colorado, le Dr Patty Gabow dirige la formation à l'amélioration de la qualité pour plus de 400 employés et a été activement impliquée dans le mentorat et l'examen du travail des équipes d'amélioration.

À l'hôpital pour enfants de Cincinnati (*Cincinnati Children's Hospital*) dans l'Ohio, tous les directeurs de département, les superviseurs de première ligne et les employés sont tenus de participer, en tant que membre ou chef, dans une équipe d'amélioration de la performance afin de recevoir un « score maximum » lors de l'évaluation de leur performance. Les employés de première ligne sont actifs dans la réduction des défauts et dans la direction ou la participation à des projets d'amélioration de 120 jours. Dans n'importe quelle unité donnée, des graphiques et des cartes de contrôle sont affichés pour faire connaître leurs progrès. Les employés comprennent comment les projets des équipes d'amélioration de la performance de leurs unités se rattachent aux « cinq grands points » de l'établissement, selon Melody Siska, vice-présidente adjointe à l'hôpital pour enfants de Cincinnati. Voici encore d'autres comportements de leadership à l'hôpital pour enfants de Cincinnati qui favorisent l'engagement en première ligne :

- Rendre régulièrement visite aux équipes et unités de travail dans l'établissement, poser des questions ouvertes et inviter des suggestions d'amélioration, tout en discutant également des façons dont le travail de chaque membre du personnel est aligné sur les stratégies clés ;

- Diriger un projet d'amélioration et communiquer de façon transparente sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas ;
- Communiquer de manière transparente les résultats des initiatives importantes, à la fois en interne et en externe.

L'engagement du leadership envers le personnel de première ligne offre la possibilité aux dirigeants d'articuler le travail au point des soins et voir comment il s'aligne sur la stratégie, renforçant ainsi la volonté et la promotion d'une culture de travail d'équipe et centré sur le patient. L'implication du leadership favorise un sentiment d'accomplissement, de fierté et de joie pour les travailleurs qui s'occupent directement des patients et ceux qui assistent leurs soins.

Exemple d'engagement en première ligne :

Derek Feeley, DBA, vice-président exécutif, *Institute for Healthcare Improvement* ; Ancien chef de la direction du Service de santé national d'Écosse (NHS ou *National Health Service*)

En tant que chef de la direction du NHS Écosse (*NHS Scotland*), Derek Feeley a connu un revers dévastateur en 2011. Les médias ont révélé que l'un des systèmes de prestation de soins de santé écossais avait manipulé ses rapports sur l'accès des patients aux hôpitaux, cachant le fait que le temps d'attente des patients pour des services était plus long que celui autorisé par les normes nationales de soins. Ces événements ont provoqué d'importantes inquiétudes politiques et publiques et présentaient un défi de taille. Feeley était profondément préoccupé par les questions culturelles au sein du NHS qui avaient permis à la malhonnêteté, au manque de transparence et à la peur de s'y infiltrer et d'empêcher un fonctionnement visant les meilleurs intérêts des patients.

Feeley a vu cet échec comme une opportunité de changement et d'amélioration des valeurs culturelles à l'échelle du système, et comme un bon moment pour réfléchir aux valeurs collectives de l'ensemble de l'organisation. Il a déclaré ses valeurs personnelles à chaque occasion au sein du NHS, soulignant combien il était important que les dirigeants du système écossais soient accessibles, authentiques, et ouverts. Ainsi a commencé un processus majeur d'engagement culturel, au cours duquel Feeley a demandé l'avis de plus de 10 000 membres du personnel. Le processus d'engagement actif et l'écoute étaient aussi importants que la possibilité de façonner la culture du NHS. Les employés qui se sentent engagés et impliqués sont plus susceptibles d'utiliser la même approche lors des soins des patients. En conséquence, le NHS Écosse a adopté quatre valeurs partagées : soins et compassion, dignité et respect, ouverture et honnêteté, et qualité et travail d'équipe.

3. La concentration sans relâche : rester concentré sur la vision et la stratégie

Il est de la responsabilité du leadership de mettre l'accent et créer un sentiment d'urgence sur les efforts de haute priorité, en commençant par l'établissement d'une vision stratégique pour l'organisation, puis la traduction de cette vision en un plan opérationnel axé sur les efforts ayant la plus grande portée. Une concentration sans relâche commence par l'élaboration de la vision à atteindre et la création d'un sentiment d'urgence.

Lors d'entretiens avec les dirigeants, nous avons découvert que les dirigeants les plus performants développent et encadrent leur « nouvelle vision » avec volonté, puis font grandir un sentiment d'urgence dans l'établissement au sujet de la nécessité de changer pour réaliser cette vision. Ces dirigeants parlent aussi de la façon dont ils mènent à un consensus, communiquent avec les autres

dans tout l'établissement (souvent des communications personnelles, dans de nombreux contextes différents), et surveillent l'organisation pour s'assurer que les autres « ont compris l'idée ». Ces dirigeants consacrent consciemment du temps à réfléchir à la façon de renforcer et de montrer en exemple la vision à travers leurs propres actions et comportements.

Les comportements de leadership qui illustrent une attention constante sont les suivants :

- Parler de la vision tous les jours, en articulant clairement les objectifs formels et mesurables d'amélioration. Par exemple, pour renforcer les efforts actuels de haute priorité de l'organisation, les dirigeants peuvent commencer chaque réunion par « Rappelez-vous, en ce moment nous nous concentrons sur trois initiatives clés en matière de sécurité et de réduction des efforts inutiles. »
- Aligner les horaires hebdomadaires des dirigeants avec les initiatives hautement prioritaires de l'organisation.
- Allouer des ressources aux efforts hautement prioritaires, et ne pas détourner de ressources dans des projets qui ne sont pas alignés avec le plan stratégique de l'établissement.
- Examiner les résultats des initiatives les plus importantes chaque semaine, en éliminant les obstacles au progrès.
- Déployer les dirigeants les plus efficaces à des initiatives hautement prioritaires et identifier les leaders à haut potentiel en formation.

George Kerwin, PDG du centre *Bellin Health* à Green Bay, dans le Wisconsin, se réunit tous les trois mois avec tous les dirigeants de l'établissement pour examiner les trois à quatre initiatives hautement prioritaires dans l'organisation, et planifier le prochain trimestre. Son équipe de direction et lui examinent le dossier d'initiatives à l'échelle de l'organisation pour s'assurer qu'aucune unité ou équipe n'est submergée par les efforts prioritaires. De cette façon, ils peuvent être sûrs que ce qui est le plus important reçoit la plus grande attention.

Exemple de concentration sans relâche :

David J. Ballard, MD, PhD, MSPH, FACP, directeur en chef de la qualité, *Baylor Health Care System*; Président, *STEEEP Global Institute*

Les dirigeants du *Baylor Health Care System* (BHCS) à Dallas, au Texas, renforcent en permanence la vision et la stratégie de l'organisation liée au STEEEP, un acronyme anglais dérivé du rapport de l'*Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm* (« Franchir le fossé de la qualité »), qui préconise des soins sûrs, rapides, efficaces, effectifs, équitables, et centrés sur le patient.²⁰

L'acronyme STEEEP a été adopté par le BHCS pour exprimer le défi de réaliser son objectif d'offrir des soins idéaux et de s'élever par rapport aux niveaux actuels de soins pour atteindre le Triple Objectif (de meilleurs soins pour les particuliers, une meilleure santé pour les populations et la réduction des coûts de soins de santé par habitant). Le message de STEEEP était extrêmement puissant dans l'élaboration d'une culture au BHCS axée sur la qualité des soins de santé, depuis les membres du conseil d'administration du système (qui sont principalement des leaders de la communauté de la région de Dallas-Fort Worth) jusqu'aux 20 000 employés du système entier.²⁰

Le développement, le déploiement et l'adoption rapide par le BHCS d'un ensemble de commandes normalisé pour l'insuffisance cardiaque illustre l'approche systématique de l'organisation des soins STEEEP, y compris l'allocation de ressources pour la formation du personnel clinique et

administratif dans la méthodologie d'amélioration de la qualité, un engagement indéfectible envers la transparence des performances de qualité, et l'utilisation d'évaluations approfondies, basées sur les données, d'initiatives afin de déterminer à la fois l'efficacité clinique et les implications financières.²¹ L'expérience de Baylor souligne l'impératif de se concentrer sur la vision et la stratégie. Elle illustre aussi l'impact que l'évaluation locale des initiatives d'amélioration peut avoir sur l'adhésion et l'adoption d'un projet. Ballard dit que la concentration jette également les bases pour la diffusion et le maintien dans le temps des pratiques efficaces, ce qui conduit à de meilleurs résultats cliniques et financiers.

4. La transparence : exiger la transparence sur les résultats, les progrès, les objectifs et les défaillances

En 1905, le Dr Ernest Codman a lancé l'idée du « résultat final », en soutenant que les professionnels de soins de santé devraient suivre tous les patients pour évaluer les résultats de leur traitement et que les résultats devraient être communiqués de manière transparente au public.²² L'idée de Codman semblait hérétique il y a un siècle, mais aujourd'hui, elle est reconnue comme marquant le début de la qualité et de la concentration sur la personne. Il a compris que l'étude des résultats et la transparence dans le partage des résultats encourageaient des changements significatifs et des résultats supérieurs.

La transparence est un catalyseur puissant pour le changement et l'apprentissage organisationnels. Elle implique le partage de données qui révèlent à la fois des résultats positifs et des défauts, et permet de repérer les possibilités d'amélioration. Les dirigeants doivent être ouverts et fermes sur l'engagement et les attentes de l'organisation en matière de transparence, ainsi que déterminer un trajet à suivre pour éliminer les défauts.

Jim Anderson, ancien PDG du centre médical de l'Hôpital des enfants de Cincinnati dans l'Ohio, a pris une mesure audacieuse et sans précédent quand il a soutenu l'affichage des résultats de la sécurité des patients et des résumés d'événements indésirables sur le site internet de l'hôpital. La transparence implique de reconnaître les problèmes majeurs et motive les actions visant à trouver des solutions. La transparence implique la franchise avec les autres parties prenantes dans le système de soins de santé. Par exemple, dans les unités de soins intensifs, l'Hôpital des enfants de Cincinnati affiche les taux d'infection actuels sur les écrans d'ordinateur aux côtés de chaque lit, à l'intention du personnel et des parents. Le Dr Uma Kotagal, vice-présidente principale de la qualité et de la transformation, dit que le partage de données avec des établissements concurrents sur les résultats des processus de décharge et les transferts a contribué à réduire les réadmissions et facilité le transfert de patients sur les lieux avec le meilleur rendement pour une procédure spécifique.

Les organisations à haute fiabilité (celles qui délivrent les meilleurs soins à chaque patient, à chaque fois), ont pour caractéristique de se concentrer sans relâche sur les éléments qui pourraient défaillir. Les institutions à haute fiabilité enquêtent méticuleusement les accidents évités de justesse et les échecs, et agissent ensuite délibérément pour reconcevoir les processus et les systèmes de services de soins et de soutien. La transparence fait naître les idées et génère l'énergie et la volonté d'action et d'auto-analyse.²³

Il est impossible, pour les dirigeants, d'être transparents sans données clés sur l'utilisation des services, les coûts des soins, et les résultats de santé. Ils doivent s'assurer que les systèmes d'information de leurs organisations fournissent les données nécessaires pour identifier les lacunes, de sorte que ces lacunes puissent alors être abordées. La transparence sur la santé de la

population desservie nécessite des systèmes qui permettent de suivre les patients à travers la structure communautaire de soins de santé, d'un site à l'autre et d'un prestataire à l'autre, et de révéler les personnes qui n'atteignent pas les objectifs de santé tels que les taux de glycémie ou de cholestérol et un poids sain. Lorsque les dirigeants pratiquent la transparence, ils soutiennent, par nécessité, des systèmes d'information performants. Par exemple, lorsque les patients atteints de mucoviscidose au centre médical de l'Hôpital pour enfants de Cincinnati se trouvaient dans un meilleur état nutritionnel suite à un effort d'amélioration, le personnel était heureux et optimiste. Lorsque le Dr Maria Britto, leader dans les soins de maladies chroniques, et l'équipe de soins de la mucoviscidose examinèrent les résultats de l'assureur, elles ont découvert que les enfants assurés par Medicaid n'obtenaient pas les mêmes progrès en état nutritionnel que ceux bénéficiant d'une assurance commerciale, ce qui indiquait que la pauvreté pourrait être un facteur dans les résultats. Grâce à la publication transparente des données par l'hôpital, l'équipe de soins de la mucoviscidose a commencé à implémenter des interventions spécifiques pour remédier aux défaillances nutritionnelles des patients qui ne répondaient pas à l'approche standard. En deux ans, les données ont révélé que la disparité avait entièrement disparu.

L'utilisation délibérée de la transparence pour accomplir une transformation permet à la responsabilisation et à la confiance de se développer, et favorise la connaissance de soi et l'apprentissage. La transparence active engendre l'humilité et l'humilité engendre la confiance, la monnaie courante du leadership.²⁴ Les organisations et les dirigeants des soins de santé les plus performants recueillent les données les plus significatives sur les caractéristiques les plus importantes des soins aux patients et travaillent sans relâche pour les améliorer.¹⁹ La transparence d'un leader a beaucoup d'effets bénéfiques ; la transparence contribue à :

- Construire la volonté d'améliorer les soins
- Façonner une culture d'ouverture, avec une attention tournée vers l'élimination des défauts
- Augmenter la capacité d'amélioration grâce à l'accès aux données en temps réel
- Suivre la progression des résultats de manière à permettre des corrections à mi-parcours
- Mobiliser les partenaires et autonomiser des équipes à travers les secteurs
- Offrir aux patients et aux membres de la communauté la possibilité de participer à l'amélioration et de donner des motivations pour le changement.

Exemple de transparence :

William C. Rupp, MD, chef de la direction de la clinique Mayo de Floride

Le PDG Bill Rupp a posé comme attente que ses équipes cliniques à la clinique Mayo de Jacksonville, en Floride, affichent des données pertinentes de performance centrées sur le patient dans les couloirs, pour qu'elles soient visibles par tous les patients, les familles et le personnel. Il dirige des tournées matinales pour examiner les résultats avec le personnel et discuter de leurs efforts pour les améliorer.

Lors des deux premières réunions de l'ensemble du personnel après avoir qu'il ait endossé son nouveau rôle de PDG, Rupp a été interrogé en public sur les taux d'infection spécifiques de l'hôpital. Il connaissait les chiffres exacts par cœur ; ceci a signifié un message fort à tous les collègues, que le chef se souciait vraiment des préjudices possibles aux patients et que ce problème était au sommet de ses préoccupations (et qu'un PDG en connaissait d'avantage que les seuls rapports financiers). Il a utilisé la transparence soutenue par une attention sans relâche sur l'amélioration de processus comme clés de la réussite. Comme l'explique Rupp, « Si vous affichez

des résultats importants pour que tous puissent les voir, vous catalysez les actions significatives. Les résultats des patients tiennent à cœur aux professionnels de la santé, pas les résultats financiers. »

5. L'absence de limites : encourager et mettre en pratique une pensée systémique et la collaboration au-delà des limites de secteurs

Le concept d'absence de limites concerne deux comportements de leadership étroitement liés. Le premier est un comportement de réceptivité véritable et génératrice d'action et d'ouverture aux idées, ou « absence de limites mentales ». Il peut être appliqué à une recherche active au-delà des limites immédiates pour définir les meilleures pratiques face à des problèmes. Il s'agit d'un modèle d'engagement performant à travers les secteurs, favorisé par un capital social plus grand, et un attribut d'établissement d'apprentissage.²⁵ Les leaders qui jouent un rôle clé dans la modélisation et la direction de l'engagement au-delà des limites doivent établir l'attente à la fois d'une adoption et d'une diffusion active des pratiques et de l'apprentissage. L'absence de limites mentales est étroitement liée à l'innovation et démontrée par des comportements qui mettent l'accent sur la curiosité – poser des questions ouvertes, encourager les autres à chercher et essayer de nouvelles idées, encourager et promouvoir la diversité et les approches non traditionnelles de résolution de problèmes.

Le deuxième type d'absence de limites se reflète dans la volonté du chef de franchir les barrières traditionnelles, à la fois internes et externes, en cherchant à obtenir des résultats selon le Triple Objectif. Avec une proportion croissante des soins destinés aux personnes souffrant de maladies chroniques, les établissements de soins de toutes sortes devront travailler ensemble et avec les organisations de services sociaux pour coordonner les soins dans l'ensemble de la trajectoire des soins et administrer des soins centrés sur la personne. Leur objectif commun est de délivrer des soins sans faille, coordonnés, et qui répondent à la question : « Qu'est-ce qui compte pour moi ? » pour les personnes recevant des soins. Le leadership dépassant les frontières organisationnelles nécessite des actions et relations nouvelles.

La collaboration est un dividende naturel d'une absence de limites exécutée correctement, reliant les collègues des équipes multidisciplinaires et de différentes parties de l'organisation, et incluant les partenaires à l'extérieur de l'organisation, si nécessaire. Les dirigeants doivent être capables de construire et de maintenir des équipes. L'absence de ces compétences est une des raisons fréquentes pour lesquelles les dirigeants échouent.²⁶

Comment les dirigeants démontrent-ils l'absence de limites ?

- Ils posent des questions ouvertes.
- Ils rendent visite aux équipes d'amélioration, aux unités de travail et à d'autres organisations.
- Ils recueillent des idées à l'intérieur de l'organisation et auprès d'autres dirigeants et organisations.
- Ils recherchent des objectifs communs et préconisent des scénarios « gagnant-gagnant » pour les cabinets de médecins et les autres prestataires de services communautaires.
- Ils sont généreux avec leur attention et leurs contacts.
- Ils partagent les ressources.

- Ils utilisent une pensée systémique pour encadrer les problèmes et les défis pour ceux qu'ils dirigent.

Lorsque les limites sont supprimées, la volonté se développe autour d'objectifs partagés et une vision commune émerge, une culture d'ouverture devient possible, et de nouvelles capacités, idées et ressources deviennent disponibles. Le Centre de Leadership créatif (*Center for Creative Leadership*) désigne ce phénomène comme un « leadership s'étendant sur les limites », autrement dit, « la capacité de créer une direction, un alignement et un engagement à travers les limites, pour servir un but plus élevé.²⁷ »

Exemple d'absence de limites :

Peter J. Knox, vice-président exécutif, centre de soins *Bellin Health*

Au centre *Bellin Health* dans le Wisconsin, les dirigeants savent que la réussite repose sur l'ensemble de la communauté. Le vice-président exécutif, Pete Knox, a créé une série d'accords 'gagnant-gagnant' pour le système de santé qui dépassent les frontières organisationnelles. Par exemple, le *Bellin* a développé des « cliniques minute » pour supprimer les obstacles à l'accès aux soins primaires. Le centre a déployé des thérapeutes physiques dans des rôles de formateurs pour les équipes sportives scolaires locales, qui aident également les écoles à élever le niveau d'activité du personnel et des étudiants qui ne sont pas des athlètes. Enfin, le centre a créé des partenariats avec les employeurs locaux pour administrer des soins ambulatoires et de santé au travail efficaces.

Exemple d'absence de limites :

Dan Wolterman, MBA, MHA, Président et Chef de la direction du système de santé *Memorial Hermann*

Il y a environ cinq ans, Dan Wolterman, Président et Chef de la direction du système de santé *Memorial Hermann* au Texas, a reconnu la nécessité d'accélérer le développement du réseau d'intégration clinique et son alignement avec les objectifs stratégiques de réforme de la santé. Bien avant la mise en œuvre de la Loi sur les soins abordables, le financement a été mis à disposition pour créer un réseau de résidences de soins primaires médicaux dans le but de renforcer la relation médecin-patient et l'organisation autour des pratiques centrées sur le patient. Ces comités s'attachant à plusieurs pratiques ont supervisé les changements de processus dans les soins en cabinet qui ont transformé la pratique locale de la médecine pour les patients et les médecins. Ce modèle apporte de la valeur dans l'ensemble de la communauté en aidant les patients à rester en bonne santé grâce à l'utilisation d'activités sophistiquées de surveillance et de gestion des soins, qui ont conduit à l'amélioration de la satisfaction des patients, à une meilleure qualité de soins de santé, à une participation accrue des patients et à la réduction des coûts dans la durée.

Exemple d'absence de limites :

Gary Kaplan, MD, Président et Chef de la direction du système de santé *Virginia Mason*

L'innovation est un pilier du plan stratégique du *Virginia Mason*. En conséquence, ses dirigeants comprennent la nécessité de l'innovation et évoquent continuellement son importance. Le *Virginia Mason* utilise la méthodologie Lean comme plate-forme pour l'innovation, pour s'appuyer sur les processus en cours et mesurer le taux de réussite. L'organisation investit dans la formation des médecins aux techniques génératrices d'idées pour le recueil d'informations solides et d'idées, et sponsorise des subventions à l'innovation en cours pour encourager l'amélioration.

L'engagement des médecins est également obtenu grâce à la participation à des ateliers d'amélioration rapide. Lors de ces ateliers, les médecins de première ligne et le personnel clinique apprennent et contribuent au réaménagement des processus de soins dans ce que le *Virginia Mason* décrit comme des « expériences de découverte de soi par le visible et le tangible ». En outre, le centre élabore des dossiers résumés qui clarifient les attentes entre le médecin et l'organisation, définissent « ce que chaque médecin est en droit d'attendre de la part de l'organisation » et « ce que l'organisation est en droit d'attendre de la part du médecin ». Le dossier formalise les attentes et constitue une base de mesure pour les performances.

Le *Virginia Mason* estime qu'une compréhension approfondie de l'état actuel est essentielle pour identifier les possibilités d'amélioration qui conduisent à un meilleur état futur. Le Dr Kaplan est convaincu que les cartographies de flux de valeur de tous les flux principaux de processus exigent du personnel de travailler à travers les limites. Le *Virginia Mason* a progressé dans cette approche pour comprendre comment un processus spécifique s'inscrit dans le flux de valeur. Par exemple, le processus de remplacement articulaire commence réellement dans le cabinet du médecin de soins primaires. Pour comprendre réellement l'état actuel, il faut rechercher en amont et en aval à la fois. En conséquence, les mesures du *Virginia Mason* sont conçues pour mesurer la carte de flux de valeur totale plutôt que ses composants individuels, ce qui encourage la pensée systémique et la collaboration à travers les limites des secteurs.

Chacun de ces cinq comportements accomplit plusieurs objectifs de leadership à la fois. Par exemple, un leader qui fait montre d'une concentration sur la personne en impliquant les patients et les membres de la communauté dans des réunions importantes de planification ou d'amélioration, ou en démarrant chaque réunion avec l'histoire d'un patient, renforcera une vision et créera la volonté, façonnera la culture, et fera bien sûr grandir une organisation centrée sur la personne et la communauté. Pris ensemble, ils servent de guide simple mais puissant pour le comportement quotidien d'un leader efficace de soins de santé efficaces.

Le cadre de leadership à fort impact de l'IHI : Les points sur lesquels les dirigeants concentrent leurs efforts

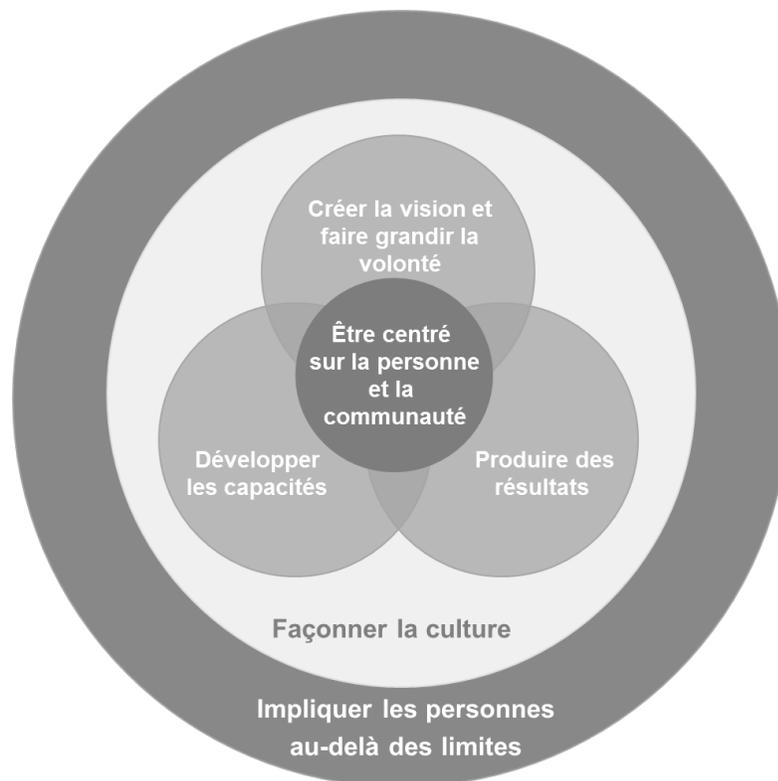
Les comportements de leadership à fort impact décrivent comment les dirigeants efficaces agissent. Dans cette section, nous présentons un cadre qui suggère les points sur lesquels les dirigeants efficaces concentrent leurs efforts. Le cadre de leadership à fort impact de l'IHI (figure 4) offre une cartographie visuelle des domaines critiques dans lesquels les dirigeants des établissements, départements ou microsystèmes de soins, doivent concentrer leurs efforts et leurs ressources pour favoriser l'amélioration et l'innovation pour atteindre des résultats selon le Triple Objectif pour les populations qu'ils desservent. Les actions et les initiatives menées au sein de chaque domaine du cadre sont façonnées par les nouveaux modèles mentaux et soutenues par la pratique des comportements de leadership à fort impact décrits précédemment.

Le cadre est une méthode pratique pour concentrer et organiser les efforts de leadership dans la direction de l'amélioration et de l'innovation. Il est construit sur les recherches de sciences sociales en leadership et sur l'apprentissage collectif de l'IHI et d'autres au cours des dix dernières années.^{1,15,16} Plus précisément, le cadre s'appuie sur la philosophie et le travail sur le leadership de

Tom Nolan, Don Berwick, Maureen Bisognano, James Reinertsen, et bien d'autres à l'IHI qui ont, au fil des années, aidé les responsables des soins de santé motivés à mettre en œuvre des améliorations et à lancer des changements à l'échelle de systèmes entiers. Le cadre de leadership à fort impact de l'IHI présenté dans ce White Paper est le reflet d'un vaste éventail d'expériences, de pratiques, de théories et d'approches du leadership qui représentent l'évolution naturelle de quatre grands travaux de l'IHI : *les Guide du leadership vers la sécurité des patients*, *Sept leviers de leadership pour l'amélioration à niveau organisationnel dans les soins de santé*, *Exécution des initiatives stratégiques d'amélioration pour obtenir des résultats au niveau du système*, et *À la recherche du Triple Objectif : sept innovateurs montrent la voie vers de meilleurs soins, une meilleure santé, et des coûts réduits* (titres originaux : *Leadership Guide to Patient Safety*, *Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care*, *Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results*, and *Pursuing the Triple Aim: Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs*).¹¹⁻¹⁴

Le cadre de leadership à fort impact de l'IHI traite explicitement de trois nouveaux domaines d'efforts et d'actions de leadership requises : la concentration sur les personnes et la communauté ; les moyens de façonner la culture organisationnelle souhaitée ; et l'implication de tous à travers les frontières traditionnelles des systèmes de soins de santé.

Figure 4. Cadre de leadership à fort impact de l'IHI



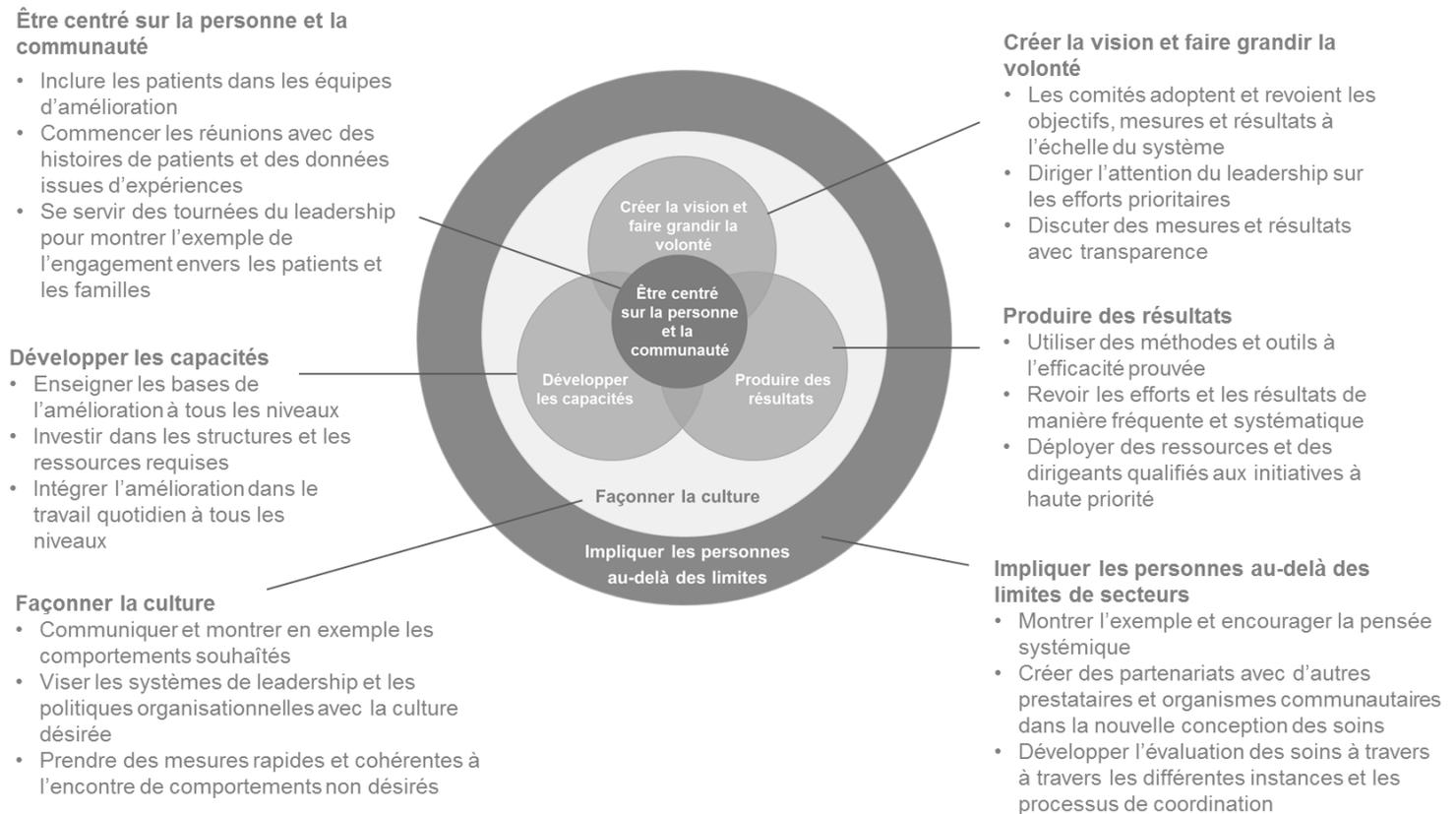
Les domaines du cadre de leadership à fort impact de l'IHI

L'utilisation de cercles imbriqués dans le cadre est intentionnelle. Le diagramme de Venn au centre traduit l'interdépendance des trois domaines clés du leadership à savoir : la vision et la volonté, la capacité, et les résultats (une évolution du cadre *Volonté, Idée et Exécution* de l'IHI).¹² Au centre, on retrouve les personnes et la communauté comme conducteurs. La culture est marquée par l'influence combinée des comportements et des actions du leadership. La culture à son tour soutient le renforcement de la volonté, le développement des capacités, et l'obtention de résultats dans l'organisation, et contribue à la durabilité et à la dynamique de la diffusion. Le cercle extérieur souligne la nécessité, pour les dirigeants, de s'engager au-delà des limites traditionnelles, qu'elles soient des limites organisationnelles, internes ou externes.

De nombreux efforts et initiatives de leadership seront capables de soutenir les progrès réalisés dans plusieurs domaines du cadre. La force des comportements de leadership à fort impact réside en ce qu'ils s'étendent et soutiennent les efforts dans les six domaines du cadre de leadership. Par exemple, Robert Colones, Président et Chef de direction du centre *McLeod Health* à Florence en Caroline du Sud, emmène son équipe de haute direction dans ses tournées quotidiennes auprès des patients. Ce comportement de leadership centré sur la personne consiste à interroger les patients et le personnel pour savoir ce qui se déroule bien et ce qui se déroule moins bien. Il se réunit avec l'équipe de direction après les tournées pour revoir ce qui a été appris et prendre les mesures appropriées, si nécessaire. Le comportement de « concentration sur la personne » de leadership à fort impact pratiqué par Colones et son équipe de haute direction appuie clairement le domaine « Être centré sur la personne et la communauté » dans le cadre de leadership, et il est également essentiel dans le soutien des efforts de l'équipe dans tous les autres domaines : faire grandir la volonté, développer la capacité de l'équipe de la haute direction, produire des résultats, façonner la culture organisationnelle et impliquer les personnes à travers les limites de secteurs.

Les six domaines du cadre de leadership à fort impact de l'IHI actualisé représentent collectivement les zones critiques sur lesquelles les dirigeants à tous les niveaux des systèmes de prestation de soins de santé doivent concentrer leurs efforts pour favoriser l'amélioration et l'innovation. Le figure 5 offre quelques exemples d'actions, de comportements et d'efforts de leadership de haut niveau pour chaque domaine. Dans les sections suivantes du document, nous expliquons pourquoi chaque domaine est important et donnons des exemples liés à chaque domaine.

Figure 5. Cadre de leadership à fort impact de l'IHI avec exemples



Être centré sur la personne et la communauté

Nous avons délibérément placé ce domaine au centre du cadre pour souligner le devoir des dirigeants d'adhérer pleinement et véritablement aux soins centrés sur les personnes et la communauté. En substance, rien ne doit être conçu, développé ou amélioré pour les patients et les membres de la communauté sans inclure ceux-ci dans le processus. Les dirigeants doivent décrire clairement et de façon concise et démontrer au personnel ce qu'ils entendent par la participation du patient et de la famille, pourquoi ce point est important, et comment il s'intègre dans la stratégie de l'établissement. Si les dirigeants à tous les niveaux véhiculent efficacement la façon dont chaque individu dans l'organisation contribue chaque jour à l'expérience du patient, le potentiel d'obtenir d'excellents résultats d'expérience des patients augmente de manière exponentielle.²⁸ En commençant les réunions avec l'histoire de l'expérience des soins de santé d'un patient, les dirigeants renforcent la notion que le personnel de l'établissement a un impact sur des vies, pas sur des chiffres. Le Dr Gary Kaplan, Chef de la direction du système de santé *Virginia Mason*, débute ses réunions de conseil d'administration avec des histoires de patients, certaines positives et d'autres illustrant des possibilités d'amélioration. Le fait d'inviter les patients et les familles aux réunions de leadership souligne la nécessité de considérer l'impact humain des systèmes de soins de santé.

Placer les personnes et la communauté au centre du cadre implique de les engager et les écouter d'une façon jamais imaginée il y a dix ans. À l'Hôpital pour enfants et centre médical de Cincinnati,

les patients et/ou leurs parents participent en tant que membres égaux à chaque équipe d'amélioration. L'équipe les sélectionne avec soin et soutient leur participation. Les patients et parents membres de l'équipe voient les données des efforts d'amélioration, font des suggestions de changements, et étudient les résultats avec l'équipe. Les parents disent : « Le temps est compté pour mon enfant. Qu'est-ce qui prend tant de temps dans l'amélioration de ce point ? ». Les patients disent : « Vous pensez peut-être qu'il est meilleur pour moi de pouvoir manger les aliments que j'aime, mais pourquoi ne pas me laisser aussi composer mon propre horaire de thérapie ? ». Les dirigeants à tous les niveaux incluent les patients, les familles et la communauté dans l'amélioration des soins et la nouvelle conception des soins, et font part des résultats de manière transparente.

La méthodologie de soins axés sur le patient et la famille développée par Anthony M. DiGioia, MD, chirurgien orthopédiste au centre médical *UPMC* en Pennsylvanie, intègre les opinions des patients et des familles dans le système de soins de santé tout en se concentrant sur la réduction du gaspillage et l'amélioration des soins. Le fait d'impliquer les patients dans la conception des processus de soins de santé assure l'efficacité sans avoir besoin de ressources supplémentaires. Le point de vue des patients et des familles identifie clairement et rapidement les aspects de l'expérience de soins qui sont loin d'être idéaux de leurs points de vue, et les aspects de l'expérience de soins qui peuvent également compromettre les résultats et accroître le gaspillage et les coûts. La participation des patients et des familles en tant que partenaires à part entière dans la refonte de la prestation des soins répond non seulement aux besoins des patients, des familles, des prestataires de soins et de l'établissement, mais est aussi directement lié au Triple Objectif d'améliorer l'expérience individuelle des soins, d'améliorer la santé des populations, et de diminuer le coût de la prestation des soins.²⁹

Les soins axés sur la collectivité s'illustrent le plus clairement lors de visites dans les cliniques communautaires fédérales comme le centre *CommUnityCare* au Texas ou le *Pueblo Community Health Center* dans le Colorado. Les conseils d'administration de ces cliniques sont composés de membres de la communauté, avec une majorité requise des populations de patients qu'ils desservent. Leurs employés sont des membres de la communauté, et ils ont de nombreuses connexions qui facilitent l'engagement communautaire. Pour comprendre ce que signifient des soins centrés sur la communauté, il est utile de revoir comment les dirigeants agissent dans ces organisations. D'abord, ils connaissent et évoquent les mesures de santé communautaires ainsi que les mesures de la performance de leur propre établissement. Ils sponsorisent et dirigent (à l'opposé de se contenter d'une apparition à) des événements de santé communautaires. Ils consacrent les ressources de leur établissement à des campagnes de dépistage, des programmes d'éducation à la santé, et à la prestation de soins sur place (par exemple, la mammographie ou la dentisterie mobiles, etc.). Ils lèvent des fonds en faveur de programmes communautaires qui ne bénéficient pas nécessairement à leur organisation. Ils pratiquent l'absence de limites.

Dans le Colorado, le Chef de la direction du *Pueblo Community Health Center* Donald Moore a formé une nouvelle coalition de la communauté avec des représentants des hôpitaux locaux, de la santé publique, et des organismes de services sociaux dans le but d'obtenir des résultats selon le Triple Objectif sur l'ensemble de la communauté. À Austin, au Texas, le centre *CommUnityCare* est un acteur clé dans une nouvelle collaboration communautaire de soins qui revisite l'accès et les soins en vertu d'une dérogation de l'assurance médicale *Medicaid* des *Centers for Medicare & Medicaid Services*. À *Denver Health*, un hôpital « filet de sécurité » de santé publique dans le Colorado, le Dr Patty Gabow et d'autres dirigeants croient que la communauté locale et la population qu'ils desservent ont besoin d'un système de prestation de soins de santé véritablement intégré. Ils ont développés des relations avec les prestataires de soins de santé comportementaux, de services de santé à domicile et des établissements de soins de longue durée, parce que ces

services n'étaient pas disponibles au sein du système de santé de Denver. Ils ont compris l'importance de relier la santé mentale avec la santé physique de la communauté. Afin d'accroître l'accès de la communauté aux services de soins de santé, ils ont collaboré avec les écoles et les services sociaux pour faciliter l'inscription aux services couverts par *Medicaid*. Ils sont passés d'un modèle de maison médicale à celui d'un quartier médical.

Créer la vision et faire grandir la volonté

Pour obtenir des résultats au niveau du système ou de l'organisation, il est nécessaire de faire grandir la volonté à tous les niveaux. L'engagement des dirigeants est indispensable pour rendre une nouvelle façon de travailler attrayante et le statu quo inconfortable. Les hauts dirigeants doivent créer l'urgence autour de la nécessité et l'acceptation du changement. Le recours à des normes et pratiques du passé doit être considéré comme inacceptable.¹³

L'énonciation répétée d'une vision claire et convaincante pour l'avenir de l'établissement est la clé du ralliement de la volonté. Si elle est bien effectuée, tout le personnel devrait être en mesure de lier cette vision de l'avenir avec les objectifs stratégiques de l'établissement. Le manque de clarté engendre la peur, le désalignement des efforts, et les obstacles au changement. Par exemple, un dirigeant pourrait dire : « Nous voulons être le meilleur système de soins de santé dans notre marché. » Bien que simple et facile à retenir, cet objectif est ouvert à de nombreuses interprétations. Voilà qui contraste avec un leader qui pourrait dire : « Nous voulons être une organisation dans laquelle chaque patient et sa famille estime que leurs souhaits sont respectés. Les patients respectés guérissent plus vite, ils deviennent des partenaires dans leurs soins, ils nous recommandent à d'autres, et cela nous aide à réduire les dommages potentiels et à nous épanouir dans la communauté ». Les aides-infirmiers dans les cliniques de soins primaires commencent alors à comprendre comment le fait d'inclure le dépistage de la dépression dans le cadre des consultations des patients permettra d'assurer que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin pour rester en bonne santé. Leurs dirigeants les aident à faire ces connexions.

L'engagement du conseil d'administration et l'adoption d'objectifs par l'ensemble du système pour réduire les dommages aux patients et délivrer des soins cliniques adéquats contribuent à faire grandir une volonté et un alignement organisationnels. Le développement de la volonté au niveau du conseil d'administration contribue également à assurer que les changements difficiles nécessaires ont l'appui et le soutien aux plus hauts niveaux de gouvernance et sont durables. Déclarer qu'une initiative clé est le « projet d'amélioration du dirigeant » démontre le niveau de priorité et aligne les efforts autour de changements essentiels. Une méthode plus formelle pour atteindre le même objectif est d'intégrer les stratégies et objectifs principaux de l'organisation dans les systèmes d'évaluation de la performance des employés. Cette approche, avec l'inclusion d'objectifs mesurables, crée une prise de conscience de la façon dont la réussite individuelle est liée à la réussite organisationnelle.

La transparence interne et externe au sujet de la performance organisationnelle fait aussi grandir la volonté. Elle prouve que les dirigeants sont impliqués et qu'ils n'ont pas peur de chercher des possibilités d'amélioration. Elle démontre la responsabilité du leadership et son ouverture à de nouvelles idées. Le fait d'afficher publiquement les données des départements ou des unités telles que les taux d'infection, les temps d'attente, les chutes des patients ou les accidents du travail, encourage la sensibilisation des employés, génère des idées d'amélioration, et crée une responsabilisation des unités par rapport aux résultats. Au centre *Orlando Health* en Floride, le Dr Jamal Hakim, Chef de la direction de la qualité, et Anne Peach, RN, Vice-Présidente des soins aux patients et Chef des soins infirmiers, font régulièrement part au conseil et à la direction d'une liste

des prénoms des patients qui ont subi un préjudice lors du trimestre précédent. En outre, Peach affiche des tableaux de bord, des graphiques de séquences et d'autres rapports visuels de données dans les unités de soins infirmiers pour suivre les progrès effectués en réduction des dommages aux patients.

En donnant accès aux données de performance aux patients, aux familles et à la communauté, on démontre son engagement et sa perception de l'urgence à parvenir à l'excellence organisationnelle. Les centres *Bellin Health* et *Virginia Mason* partagent régulièrement des données de performance avec les employeurs locaux et les incluent dans les efforts visant à réduire les coûts de soins de santé pour leurs employés.

Pour faire grandir la volonté, il est également nécessaire de créer un lien émotionnel avec le personnel. Mary Brainerd, PDG de *HealthPartners* à Minneapolis dans le Minnesota, a commandé une pièce à la compagnie théâtrale *Mixed Blood* pour aider à faire grandir la volonté dans son établissement. L'initiative du *Feu dans les os* a été conçue pour sensibiliser les employés au sujet de la transformation radicale que l'établissement entreprenait pour délivrer des soins qui plus sûrs, plus ponctuels, efficaces, efficaces, équitables, et centrés sur le patient-centered.³⁰

Brainerd décrit le *Feu dans les os* comme une pièce qui représente les réactions des amis à la mort d'un patient et soulève des questions quant à savoir si de meilleurs soins auraient pu donner un résultat différent. La pièce met en scène certaines des lacunes dans le système de soins de santé et montre comment de meilleurs soins pourraient entraîner une amélioration des résultats. Le personnel de *HealthPartners* avait fait un travail préparatoire avant que la pièce ne soit jouée, et les dirigeants menaient une discussion ouverte après chaque représentation. C'était un moyen de créer un dialogue et une expérience commune pour plus de 9 000 employés.

Développer les capacités

Les établissements qui ont volontairement développé la capacité d'amélioration tout au long de leurs microsystèmes ont un avantage stratégique quand il s'agit d'accélérer et de soutenir l'amélioration au niveau du système entier ; ils ont un moyen efficace d'impliquer tout le monde dans l'accomplissement de leur plan stratégique.¹² Cela favorise également les idées et les solutions nouvelles. Les hauts dirigeants doivent développer et maintenir l'infrastructure – y compris la structure organisationnelle, les personnes, la politique, le budget et les ressources – qui prend en charge la capacité et l'aptitude organisationnelles à adhérer au changement et à l'innovation.

Afin d'exécuter efficacement les projets d'amélioration dans l'ensemble d'un établissement, les dirigeants doivent consacrer des ressources au déploiement de dirigeants capables d'amélioration dans tous les microsystèmes.¹³ Les employés à tous les niveaux de l'organisation doivent posséder une connaissance de base des méthodes et outils d'amélioration. On ne peut souligner assez l'importance de la compréhension des méthodes et outils d'amélioration par le personnel de première ligne, et de la facilité qu'il éprouve à les utiliser. Le personnel de première ligne a le plus d'opportunités d'identifier le gaspillage, les risques potentiels d'erreurs, et les possibilités d'amélioration. En outre, les tests, la modification, et la propagation réussis des idées de changement s'appuient fortement sur l'engagement de ce personnel. Le fait d'encourager la première ligne à trouver des solutions et à mener des petits tests de changement favorise le sentiment d'appartenance et le dévouement à la réussite de la mise en œuvre.

Brent James, MD, MStat, Chef de la direction de la qualité du centre *Intermountain Healthcare* dans l'Utah, croit qu'il est important pour les dirigeants de faire avancer la théorie et la pratique de

la qualité en apprenant, participant et contribuant constamment au débat professionnel continu sur la meilleure façon de produire « le meilleur résultat médical au coût nécessaire le plus bas ».

Au centre *Virginia Mason*, tous les employés sont formés et utilisent, le « Système de production *Virginia Mason* », une adaptation du système de production Toyota qui est basé sur les principes du Lean management. Tous les employés ont l'expertise pour apporter des améliorations à leur travail, et les dirigeants à tous les niveaux doivent s'assurer que l'amélioration fait partie du travail quotidien. Les dirigeants examinent tous les jours les principaux résultats avec le personnel de première ligne et travaillent avec le personnel pour identifier les améliorations, susciter des idées, et suivre les progrès. Le chef de la direction dirige les travaux de l'ensemble de l'établissement tous les mardis à 07h00. Cette obligation n'est pas déléguée à des professionnels de l'amélioration de la qualité. Au centre *Virginia Mason*, chacun est un acteur de l'amélioration.

La devise du département de qualité à l'Hôpital des enfants de Cincinnati est d'« être le meilleur à devenir meilleur ». Ils mesurent leur efficacité en opérant le suivi du temps et des efforts du personnel dans un système informatisé de « niveau d'effort ». Tout le personnel de l'amélioration de la qualité est tenu d'enregistrer son temps et le nombre de tests appliqués au projet qui leur a été attribué. Leur objectif est de faire sortir le personnel du département de la qualité des salles de réunion et de l'impliquer plutôt en première ligne des soins, à mener effectivement des tests de changement. Le personnel est tenu d'effectuer un nombre minimum de tests par semaine et par projet. Cette approche devrait accélérer le rythme d'amélioration et est utilisée pour mesurer le temps et les efforts investis par l'établissement pour améliorer un problème spécifique.

Le développement des capacités exige également une infrastructure de formation pour soutenir et faire progresser les employés. Par exemple, l'Académie de la Qualité de la clinique Mayo (*Mayo Clinic Quality Academy*) propose 27 cours qui abordent une multitude d'approches et d'outils spécifiques, y compris le *Lean*, *Six Sigma*, la gestion du changement, l'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité, la gestion de projet, et la formation des défenseurs de l'amélioration, entre autres. Au sein de cette Académie, le programme de Diplôme de l'Académie de la Qualité soutient le développement du leadership et récompense le travail d'équipe et les connaissances dans le domaine de l'amélioration. La clinique Mayo a certifié plus de 33 000 employés en tant que lauréats Bronze, Argent ou Or.

Les hauts dirigeants doivent développer et maintenir une infrastructure qui soutient la capacité et l'aptitude organisationnelles à accueillir le changement et l'innovation. L'implication des employés dans la création de possibilités d'amélioration se verra contrariée si l'établissement n'a pas une infrastructure qui soutienne la mise en œuvre des améliorations identifiées. Pour que les projets d'amélioration réussis puissent se répandre, se diffuser et modifier la performance de l'ensemble du système, les dirigeants doivent bâtir un système de leaders capables de reconnaître rapidement, de traduire, et de mettre en œuvre localement les concepts de changement et les plans redéfinis.¹³

Il est également nécessaire pour les dirigeants de se concentrer sur la conception et la structure organisationnelle afin de s'assurer que l'organisation est suffisamment alignée pour soutenir les changements.³¹ Le centre *Texas Health Resources* est un vaste système intégré de soins multi-sites qui dessert le Nord du Texas. Le PDG du centre, Doug Hawthorne, a réalisé très tôt au cours de ses efforts pour amener une transition du volume vers la valeur et pour atteindre des résultats de Triple Objectif pour les populations desservies, qu'il lui faudrait une structure organisationnelle différente. Sa solution consista à passer d'une structure organisationnelle basée sur les fonctions traditionnelles (c'est à dire, groupe hospitalier, association de médecins, etc.) à une structure organisationnelle basée sur la géographie co-dirigée par un binôme médecin/chef d'entreprise qui

assume conjointement la responsabilité opérationnelle pour tous les sites de soins et les fonctions au sein d'une région géographique.

Promouvoir la diversité est une autre stratégie de création d'aptitude. Le manque de diversité peut réduire l'échange d'idées et étouffer le débat. Les groupes à haute diversité surpassent ceux qui manquent de mélange. La variété donne lieu à un traitement plus réfléchi. Le phénomène des « préjugés inconscients » est fréquent, et la diversité est son antidote.³²⁻³³

Les dirigeants performants planifient et développent continuellement les talents de leurs successeurs. Nous savons que les établissements qui privilégient le développement du leadership ont un plus grand impact sur leur rendement.³⁴⁻³⁸ Des preuves solides étayent l'hypothèse selon laquelle il est possible de développer efficacement les talents de leaders émergents tout en faisant progresser la stratégie, ce qui augmente la rétention et le niveau d'implication des employés, et offre un retour mesurable sur investissement.³⁹⁻⁵⁰

James Dilling, administrateur du Bureau de création de valeur à la clinique Mayo de Rochester dans le Minnesota, utilise une approche d'ingénierie des systèmes pour aboutir à des pratiques à valeur élevée. L'expérience professionnelle de trente ans de Dilling dans la qualité des soins de santé lui a appris à comprendre que l'amélioration des soins aux patients est un voyage au long cours, et non un projet ou une priorité. Il s'agit d'un effort dirigé en permanence et intégré dans la stratégie d'entreprise de l'établissement.¹⁶ Au début, ses efforts portaient sur le renforcement des capacités et de la volonté d'amélioration, mais il est vite devenu évident que l'établissement avait créé des zones fermées d'excellence. Après beaucoup de recherche et de questionnements, la clinique Mayo a développé un modèle de diffusion pour combler le fossé dans les capacités organisationnelles. Le modèle inclut des changements de gouvernance, des changements culturels, l'intégration de normes dans la pratique, et une plus grande inclusion des patients.⁵¹

Déployer le bon talent à l'emploi adéquat est un autre facteur essentiel du développement des capacités. Dans le White Paper de l'IHI, *Sept leviers du leadership* (titre original : *Seven Leadership Leverage Points*), le fait d'avoir la bonne équipe en place et d'impliquer les médecins dans le travail sont deux des leviers. La désignation de la bonne équipe et des talents appropriés pour réaliser la vision relève de la responsabilité du conseil d'administration et de la haute direction. Lorsque les médecins et autres cliniciens sont non seulement engagés dans l'amélioration, mais à la tête des efforts pour obtenir des résultats cliniques selon le Triple Objectif, ils constituent un facteur crucial de la réussite.

Produire des résultats

Les organismes de soins de santé ne peuvent pas atteindre des performances optimales simplement en s'efforçant de faire de leur mieux. La réussite n'est pas une question d'avoir plus de projets d'amélioration. Le fait de produire des résultats est étroitement lié au domaine du développement des capacités. Ce domaine s'attache à la nécessité pour les dirigeants de s'assurer que les ressources et l'agilité organisationnelles sont en place pour atteindre les résultats escomptés dans l'expérience des patients, le coût et les résultats cliniques pour les populations desservies. Il souligne également la nécessité pour les dirigeants de se concentrer sur les résultats et de s'assurer que la structure, les outils et les méthodes adéquats sont en place pour assurer l'exécution et la livraison réussie de résultats quelconques, mais des résultats selon le Triple Objectif alignés sur leur vision.

La production de résultats commence avec les objectifs stratégiques mesurables de l'établissement qui découlent ensuite dans toute l'organisation afin que tous les employés comprennent comment leur travail et leurs efforts contribuent aux objectifs. À ce moment-là, à tous les niveaux d'un service de soins de santé et d'un établissement de prestation de services, les résultats liés à l'expérience, les résultats, et les coûts peuvent et doivent être systématiquement suivis et examinés en termes d'améliorations mesurables et de progrès par rapport au Triple Objectif.

Pour produire des résultats, on s'appuie sur la concentration des efforts ainsi que sur l'établissement et la gestion des priorités. Il revient aux dirigeants d'apporter du sens dans les priorités concurrentes, de gérer le rythme du changement, et de s'assurer que de véritables efforts prioritaires sont dotés de ressources suffisantes. Quatre étapes sont fondamentales pour l'obtention de résultats¹²:

- Établir des objectifs de performance exceptionnelle
- Développer un dossier de projets hautement prioritaires pour soutenir les objectifs
- Déployer de ressources aux projets qui sont appropriés pour l'objectif
- Mettre en place un système de contrôle et d'apprentissage pour augmenter les chances de produire les résultats escomptés.

La première étape de l'établissement d'objectifs de performance ambitieux implique la création d'une vision et le développement de la volonté, comme nous l'avons vu ci-dessus. Une fois que cela est accompli, les priorités seront claires, et en sélectionnant un petit groupe de projets qui soutiennent les objectifs – et en lançant ces projets immédiatement – on montre l'intention de produire des résultats et on concentre l'attention de tous sur ces objectifs.

Des dirigeants qualifiés et des ressources adéquates pour chaque projet prioritaire sont des facteurs cruciaux de réussite dans la production de résultats. Cela peut inclure l'allocation du temps du personnel et du leadership, le financement des tests de changements et la mise à disposition d'un support technique. De plus, au-delà de l'installation solide du projet, un système performant de surveillance et d'apprentissage est nécessaire pour informer les équipes du projet, les dirigeants et les autres membres du personnel de l'établissement à propos des progrès et défis du projet. L'apprentissage mobilise à la fois les dirigeants et le personnel pour apporter les corrections nécessaires.

Intermountain Healthcare est un système sans but lucratif de 22 hôpitaux desservant les patients et les membres du système dans l'Utah et le sud de l'Idaho. Brent James, MD, Chef de la direction de la qualité, compte les résultats d'*Intermountain* en termes de vies. Il rapporte que, suite à leurs efforts au cours des dix dernières années, les décès évitables sont épargnés à plus de 1 000 patients par an, et plusieurs milliers d'individus évitent la douleur et le traumatisme des erreurs de sécurité. James croit que son rôle principal est de construire l'infrastructure qui permet à ses collègues d'effectuer une bonne performance sur les initiatives de sécurité et de soins hautement prioritaires. Il est aussi convaincu que les interventions les plus efficaces sont celles qui changent l'environnement de manière à rendre plus facile pour les cliniciens de faire ce qu'ils veulent faire de toute façon.

Façonner la culture

Les dirigeants doivent établir une culture organisationnelle qui soutient la réussite de la vision et des objectifs. La culture organisationnelle est le reflet actif de la vision, des comportements, de la

structure et des systèmes des dirigeants. La culture reflète la façon dont les valeurs sont « vécues » à travers des actions, comme en témoignent les comportements de chacun, en particulier les dirigeants, dans l'établissement. En d'autres mots, c'est « comme ça que nous faisons les choses ici. »

En plus des hauts dirigeants, les cadres intermédiaires et les leaders informels ont également une forte influence sur la responsabilité de façonner la culture. Les actions du leadership qui contribuent à façonner la culture sont les suivantes :

- Définir une vision sur la façon dont l'organisation se comporte (par exemple, « Dans cet établissement, nous écoutons attentivement et répondons à ce qui est le plus important pour nos patients et leurs familles »).
- Identifier les actions les plus importantes qui illustrent la culture souhaitée (par exemple, « les personnes du personnel doivent avertir un superviseur et obtenir de l'aide s'ils ont le moindre doute sur leur capacité à administrer des soins à un patient en toute sécurité, par exemple, déplacer un patient, donner un médicament, gérer plusieurs patients à besoins élevés, ou offrir une surveillance adéquate dans la communauté »).
- Créer l'infrastructure qui permet au personnel de suivre ces actions, y compris la formation, le coaching, la supervision et le suivi des résultats.
- Adopter eux-mêmes les comportements les plus importants et suivre leurs propres progrès.

Les cultures organisationnelles s'adaptent et changent avec le temps. Deux exemples illustrent ce point. De nombreuses pratiques ambulatoires ont une culture qui professe : « Nous prenons soin de *nos* patients quand ils sont avec *nous*, et *vous* prenez soin des mêmes patients quand ils sont avec *vous*. » Si cette approche peut fonctionner correctement dans un système de paiement basé sur le volume, l'objectif de parvenir à une meilleure expérience des patients, une diminution de l'utilisation des services indésirables et inutiles, et une attitude proactive au sujet de la santé de la population nécessiteront une réelle coordination et une résolution collective des problèmes. Il n'y aura plus aucun profit dans l'approche « nous nous occupons de nos propres patients ». Les dirigeants qui ont élaboré des incitations à une culture et un comportement qui renforcent la coordination des soins et la gestion partagée des patients, vont voir ceux-ci testés, puis mis en œuvre, et, finalement, devenir la norme au sein de la culture. À ce stade, la culture sera exprimée par la phrase : « Ici, nous travaillons comme une équipe homogène. »

Dans les soins de santé, il est encore fréquent de trouver des organisations dont les cultures reflètent l'adage (et le comportement) « Le médecin a toujours raison ». Ce comportement crée la peur et rend difficile pour les dirigeants de favoriser une communication ouverte et un travail d'équipe entre les médecins, les infirmiers et d'autres membres de l'équipe de soins, d'adopter des pratiques de soins fondées sur des preuves, et de traiter avec le comportement perturbateur des médecins. Le passage à une culture qui valorise le travail standardisé et en équipe est nécessaire pour la prestation de soins fiables. Lorsque les dirigeants organisationnels et les médecins-chefs montrent l'exemple des comportements souhaités associés à une culture dans laquelle « ne pas nuire » remplace « le médecin a toujours raison », et que les dirigeants prennent des mesures visibles à l'encontre des comportements indésirables, les « anciennes règles » commencent à changer et sont remplacées. Quand la peur s'estompe, le personnel parle, et les médecins adoptent différentes approches de communication et du travail d'équipe. Finalement, le personnel dit : « Voici un endroit où je suis respecté(e) lorsque je prends la parole si je pense qu'un patient est sur le point d'être blessé ».

Un exemple bien connu du façonnage d'une culture de sécurité provient de l'expérience de Paul O'Neill chez Alcoa. En tant que nouveau Chef de la direction de cette grande entreprise multinationale, il a décidé que la sécurité des employés était la clé de l'amélioration des performances. Très tôt, il a demandé aux dirigeants de chaque division des données sur les accidents de travail des employés, d'une manière qui les a contraints à agir quotidiennement sur les questions de sécurité. Une fois qu'ils eurent adopté ces comportements, les cadres intermédiaires ont spécifié de nouveaux comportements pour les travailleurs de première ligne liés à l'équipement, au travail d'équipe, et au rapportage de quasi-accidents qui ont changé à jamais leur attitude face aux accidents du travail. Par exemple, aujourd'hui, personne dans l'entreprise ne permettrait à quiconque travaillant en première ligne de ne pas porter de casque. La sécurité fait partie intégrante de la culture.⁵²

D'autres gestes de leadership qui façonnent la culture incluent l'encouragement de nouvelles idées et méthodes, la discussion transparente des préoccupations, la démonstration de flexibilité et de capacité à la résolution des problèmes, la démonstration de l'amélioration dans le travail quotidien et un engagement authentique envers les patients, les familles et les communautés. Les dirigeants qui s'attaquent aux aspects culturels de l'amélioration et de l'innovation seront prêts pour la réussite et la durabilité à long terme.

Impliquer les personnes au-delà des limites

Afin d'obtenir des résultats selon le Triple Objectif pour les populations qu'ils desservent et de progresser vers des soins véritablement centrés sur la personne, les dirigeants des organismes de prestation de soins doivent impliquer les autres – les familles, les autres prestataires, les ressources communautaires – dans les travaux de refonte de soins plus efficaces et effectifs¹⁷, au-delà des murs de leur organisation.

La réduction des admissions à l'hôpital est un exemple classique de travail dépassant les frontières organisationnelles pour améliorer les soins aux patients. Réduire les réadmissions exige également de travailler avec les familles et les patients d'une manière qui ne correspond pas au modèle classique de la rémunération des services de prestation de soins. L'initiative STAAR (*STate Action on Avoidable Rehospitalizations* ou « Action d'État sur les ré-hospitalisations évitables ») de l'IHI était une approche liant plusieurs états et parties prenantes pour améliorer considérablement la prestation de soins efficaces à l'échelle régionale. La prestation de soins de santé de haute qualité nécessite des contributions décisives dans de nombreuses parties de la trajectoire des soins, et une coordination efficace et des transitions entre les prestataires et entre les établissements de soins. La meilleure transition hors d'un hôpital ne sera efficace que si la réception est activée dans le lieu de soins suivant. Les processus, outils de communication et normes de bases, les délimitations de responsabilité de transfert et de suivi, et les activités de coordination des soins, sont tous mûrs pour l'amélioration – comme les trois exemples suivants issus du STAAR le démontrent.

Le programme de transitions du centre communautaire de soins du comté de Kitsap dans l'état de Washington (*Kitsap County Community Care Transitions Program*), est co-dirigé par le centre médical Harrison, un hôpital communautaire de 297 lits desservant le comté de Kitsap, et *Stafford Healthcare*. Un comité de pilotage composé d'employés importants de l'hôpital et de représentants des installations de soins infirmiers spécialisés, de soins à domicile, de soins primaires, de soins palliatifs et services aux personnes âgées, se réunit tous les mois pour discuter les résultats des examens de diagnostic, étudier les données et établir des priorités pour les initiatives s'étendant sur l'ensemble de la trajectoire des soins. En outre, neuf des dix installations de soins infirmiers spécialisés du comté se réunissent tous les mois pour identifier les meilleures pratiques et

normaliser les processus de transition de soins dans l'ensemble des installations. Toutes les installations sont invitées à l'hôpital une fois par mois pour examiner les cas des résidents réadmis et déterminer les possibilités spécifiques d'amélioration sur la base des résultats de ces examens.

Le centre médical de Holyoke (*Holyoke Medical Center*) dans le Massachusetts a formé une équipe transversale qui comprenait les prestataires de la communauté et les organismes de services sociaux pour instiguer son travail d'amélioration de la transition des soins dans le cadre de l'initiative STAAR. L'équipe a effectué des visites sur le terrain entre les différents établissements de soins infirmiers qualifiés et le centre médical, ce qui a servi à démystifier les idées préconçues sur les défis et les opportunités au sein de chaque établissement de soins et ouvert la voie à une plus grande coopération dans l'amélioration conjointe des efforts de transition entre les établissements. L'équipe transversale de Holyoke a également adopté des efforts plus larges visant la communauté. Par exemple, une société de gestion supervisant les logements communautaires pour les personnes âgées a établi un partenariat avec l'équipe transversale pour offrir des cours de renoncement au tabac pour leurs personnes âgées, et l'équipe a également commencé à travailler en étroite collaboration avec une école secondaire locale dans des initiatives de santé et de bien-être.

L'implication des personnes au-delà des limites est tout aussi importante au sein d'une organisation qu'entre les organisations. La diffusion fiable des meilleures pratiques et connaissances d'une unité à l'autre au sein des organisations demeure un défi. Les dirigeants doivent se concentrer sur la standardisation de ce qui fonctionne à travers les limites internes, briser les barrières artificielles du travail isolé et de la structure organisationnelle. Les dirigeants montrent l'exemple et encouragent le travail d'équipe et une pensée systémique au sein de leur établissement, ce qui aide les autres à comprendre l'impact en aval des soins qu'ils délivrent à des patients et des populations individuels.

CareOregon, un système de santé sans but lucratif couvert par les assurances *Medicaid* basé à Portland, a appliqué le modèle collaboratif de la série Excellence de l'IHI (*Breakthrough Series*) dans ses cinq cliniques, dans le but d'améliorer les services aux inscrits à risque élevé de mauvaise santé. Dès le début, *CareOregon* voulait que les équipes cliniques effectuent des changements dans leur travail en suivant cinq lignes directrices – les soins en équipe, la gestion proactive en comité, les soins centrés sur le patient, l'accès avancé, et l'intégration de la santé comportementale – mais les dirigeants de l'organisation n'ont pas dicté la façon dont les équipes devaient atteindre ce but.⁵³ Les hauts dirigeants ont donné des conseils aux employés, et le personnel avait l'autonomie d'identifier les meilleures méthodes pour atteindre ces objectifs dans leur travail à travers les secteurs. Le travail de *CareOregon* s'attache à l'hospitalisation, la santé comportementale et aux soins ambulatoires – par exemple, la sécurisation des services de santé communautaires pour aider les patients afin qu'ils n'aient pas à revenir à l'hôpital, l'utilisation de navigateurs pour les patients, l'identification des services de santé comportementale qui s'intègrent dans les soins primaires – et améliore les résultats et réduit l'utilisation des soins de courte durée. Cette approche a porté ses fruits, puisque *CareOregon* a réussi à améliorer la qualité des soins pour ses patients tout en réduisant le coût global des soins par habitant pour l'assureur ou l'état.

Le capital social est fondamental pour travailler avec succès à travers les limites sectorielles, à la fois internes et externes, et pour l'apprentissage organisationnel. Le capital social représente la bonne volonté, la confiance, et l'interconnexion entre les collègues et les organisations qui proviennent de la capacité des dirigeants et des employés à travailler ensemble pour des objectifs communs. Le capital social est indispensable aux dirigeants pour accomplir une bonne diffusion des meilleures pratiques dans l'ensemble de la trajectoire des soins et pour atteindre une haute

fiabilité.⁵⁴⁻⁵⁵ Les réseaux de diffusion et de communication doivent être délibérément conçus et entretenus.

Conclusion

Un leadership à fort impact n'est pas l'apanage des hauts dirigeants, mais est nécessaire à tous les niveaux des organismes de prestation de soins pour produire des résultats selon le Triple Objectif. Les soins de santé à haute fiabilité et axés sur la valeur, soutenus par l'amélioration et l'innovation, requièrent des dirigeants à tous les niveaux de considérer leurs défis et leurs rôles selon de nouveaux modèles mentaux, de mettre en pratique des comportements transversaux de leadership à fort impact et de définir leurs actions de leadership à travers l'objectif du cadre de leadership à fort impact de l'IHI pour obtenir des résultats selon le Triple Objectif pour les populations qu'ils desservent.

Au cours des 25 dernières années d'expérience et d'observation, l'IHI a développé des concepts clés et une approche du leadership pour l'amélioration et l'innovation dans les soins de santé. Sur cette base, trois dimensions interdépendantes du leadership ont été intégrées dans une approche de mise au point et d'organisation des efforts de leadership pour diriger l'amélioration et l'innovation : les nouveaux modèles mentaux, les comportements de leadership à fort impact, et le cadre de leadership à fort impact de l'IHI. Le cadre aborde explicitement trois nouveaux domaines d'efforts et d'actions de leadership requis : être centré sur la personne et la communauté, façonner la culture organisationnelle souhaitée, et impliquer les personnes à travers les limites traditionnelles des systèmes de soins de santé.

Les comportements de leadership à fort impact, nécessaires aux dirigeants dans l'ensemble de l'organisation, ont jusqu'à présent été mis en œuvre et démontré leur efficacité pour un groupe de dirigeants, à la fois dans les soins de santé et à l'extérieur. Le temps et l'expérience diront si l'adoption de nouveaux modèles mentaux et ces comportements spécifiques continueront à magnifier l'efficacité des dirigeants tandis qu'ils font face aux défis de l'environnement en évolution des soins de santé. L'objectif à présent est d'offrir à un groupe encore plus étendu de dirigeants le chemin le plus direct menant à une organisation plus centrée sur la personne et la communauté, plus efficace et plus agile. En bref, il reste beaucoup à apprendre.

Nous invitons les organisations à tester, adapter et partager les modèles, les comportements, et le cadre proposé dans ce White Paper. Comme avec les cadres précédents, celui-ci bénéficiera d'apprentissage et de rétroaction, et l'IHI a l'intention de recueillir les idées et d'améliorer les concepts avec la communauté des dirigeants. Nous invitons les retours d'informations sur les éléments utiles, les points manquants, et les prochaines étapes dans la construction d'un leadership solide et d'une amélioration plus fiable de l'expérience des patients, du coût des soins et de la santé de la population.

Annexe A : Le projet d'innovation de 90 jours de l'IHI

Thème du projet : Les comportements essentiels pour les leaders dans le nouvel environnement des soins de santé (août 2013)

Objectif : Ce projet a été conçu pour répondre à la question : « Que font les leaders les plus efficaces pour réussir la transition de leur établissement à partir d'un système de paiement basé sur le volume vers un système de paiement basé sur la valeur ? ». Pour répondre à cette question, nous avons convoqué une réunion d'experts et mené des entretiens avec divers dirigeants des soins de santé.

Participants à la reunion de dirigeants experts

- Donald M. Berwick, MD, Président Emérite et Membre de l'IHI
- Pat Courneya, Directeur Médical, *HealthPartners*
- David Ford, Ancien PDG, *CareOregon*
- Rod Hochman, MD, Président et PDG, *Providence Health & Services*
- George Kerwin, Président et PDG, *Bellin Health*
- Brad Perkins, MD, Chef de la transformation et Vice-président exécutif de la stratégie et de l'innovation, *Vanguard Health Systems*
- David Pryor, MD, Responsable en chef médical, *Ascension Health*
- Michael Pugh, MPH, Président, *MdP Associates*
- Stephen Swensen, MD, Directeur, Leadership et développement organisationnel, *Mayo Clinic*
- Penny Wheeler, MD, Responsable en chef médical, *Allina Health*
- John Whittington, MD, Corps professoral de l'IHI
- Gary R. Yates, MD, Président, Réseau Qualité HPI et Sentara, *Sentara Healthcare*

Entrevues de dirigeants experts

- Carl Couch, MD, Président, *Baylor Quality Alliance*
- Patty Gabow, MD, Ancien PDG, *Denver Health*
- Doug Hawthorne, PDG, *Texas Health Resources*
- Gary Kaplan, MD, Directeur de comité et PDG, *Virginia Mason Health System*
- Lee Sacks, MD, Vice-président exécutif et Responsable en chef médical, *Advocate Health Care*
- Dan Wolterman, MBA, MHA, Président et PDG, *Memorial Hermann Health System*

Bibliographie

- ¹ Swensen SJ, Dilling JA, Harper CMJ, Noseworthy JH. The Mayo Clinic value creation system. *American Journal of Medical Quality*. 2012;27(1):58-65.
- ² Swensen SJ, Dilling JA, Mc Carty PM, Bolton JW, Harper CMJ. The business case for health care quality improvement. *Journal of Patient Safety*. 2013;9(1):44-52.
- ³ Goodall AH, Kahn LM, Oswald AJ. Why do leaders matter? A study of expert knowledge in a superstar setting. *Journal of Economic Behavior and Organization*. 2011;77(3):265-284.
- ⁴ Bennis W, Nanus B. *Leaders: The Strategies for Taking Charge*. New York: Harper and Row; 1985.
- ⁵ Bennedsen M, Perez-Gonzalez F, Wolfenzon D. *Do CEOs Matter?* Working paper. Copenhagen Business School; October 2006.
- ⁶ Bertrand M, Schoar A. Managing with style: The effect of managers on firm policies. *The Quarterly Journal of Economics*. 2003;118(4):1169-1208.
- ⁷ Dirks KT. Trust in leadership and team performance: Evidence from NCAA basketball. *Journal of Applied Psychology*. 2000;85:1004-1012.
- ⁸ Jones BF, Olken BA. Do leaders matter? National leadership and growth since World War II. *The Quarterly Journal of Economics*. 2005;120(3):835-864.
- ⁹ Kahn LM. Managerial quality, team success and individual player performance in Major League Baseball. *Industrial and Labor Relations Review*. 1993;46(3):531-547.
- ¹⁰ Kaplan SN, Klebanov MM, Sorenson M. *Which CEO Characteristics and Abilities Matter?* NBER Working Paper No. 14195. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2008.
- ¹¹ Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. *Leadership Guide to Patient Safety*. White Paper de la Série Innovation de l'IHI. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2006.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuidetoPatientSafetyWhitePaper.aspx>.
- ¹² Nolan TW. *Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results*. White Paper de la Série Innovation de l'IHI. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2007.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ExecutionofStrategicImprovementInitiativesWhitePaper.aspx>.
- ¹³ Reinertsen JL, Bisognano M, Pugh MD. *Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care (Second Edition)*. White Paper de la Série Innovation de l'IHI. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/SevenLeadershipLeveragePointsWhitePaper.aspx>.

- ¹⁴ Bisognano M, Kenney C. *Pursuing the Triple Aim: Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2012.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/PursuingtheTripleAimSevenInnovatorsShowtheWay.aspx>.
- ¹⁵ Nelson-Peterson DL, Leppa CJ. Creating an environment for caring using lean principles of the Virginia Mason Production System. *Journal of Nursing Administration*. 2007;37(6):287-294.
- ¹⁶ Swensen SJ, Dilling JA, Milliner DS, et al. Quality: The Mayo Clinic approach. *American Journal of Medical Quality*. 2009;24(5):428-440.
- ¹⁷ Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs (Millwood)*. 2008;27(3):759-769.
- ¹⁸ Schwendimann R, Milne J, Frush K, Ausserhofer D, Frankel A, Sexton JB. A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: A cross-sectional study. *American Journal of Medical Quality*. 2013 Sep-Oct;28(5):414-421.
- ¹⁹ Bohmer RMJ. The four habits of high-value health care organization. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(11):2045-2047.
- ²⁰ Ballard DJ. *Achieving STEEP Health Care*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2013.
- ²¹ Ballard DJ, Ogola NS, Fleming BD, et al. Impact of a standardized heart failure order set on mortality, readmission, and quality and costs of care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010;22(6):437-444.
- ²² Mallon WJ. *Ernest Amory Codman: The End Result of a Life in Medicine*. Philadelphia: Saunders; 2000.
- ²³ Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2001.
- ²⁴ Swensen SJ, Cortese DA. Transparency and the “end result idea.” *Chest*. 2008;133(1):233-235.
- ²⁵ Ashkenas R, Ulrich D, Jick T, Kerr S. *The Boundaryless Organization: Breaking the Chains of Organizational Structure*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2002.
- ²⁶ *Why Global Leaders Succeed and Fail: Research Highlights*. Philadelphia: Right Management, Inc.; 2011. <http://www.right.com/wps/wcm/connect/right-us-en/home/thoughtwire/categories/thought-leadership/why-global-leaders-succeed-and-fail>
- ²⁷ Lee L, Horth DM, Ernst C. *Boundary Spanning in Action: Tactics for Transforming Today's Borders into Tomorrow's Frontiers*. Organizational Leadership White Paper Series. Greensboro, NC: Center for Creative Leadership; February 2012.
<http://www.ccl.org/leadership/pdf/research/boundarySpanningAction.pdf>
- ²⁸ Balik B. Leaders' role in patient experience: Hospital leadership must drive efforts to better meet patient's needs. *Healthcare Executive*. 2011 Jul/Aug; 26(4):76-78.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/LeadersRoleinPatientExperience.aspx>.

- ²⁹ Bisognano M, Kenney C. *Pursuing the Triple Aim: Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2012:221.
- ³⁰ *Pursuing Perfection: The Journey to Organizational Transformation: An Interview with Mary Brainerd, CEO, HealthPartners Medical Group and Clinic*. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/TheJourneytoOrganizationalTransformationAnInterviewwithMaryBrainerdCEOHealthPartnersMedicalGroupandC.aspx>.
- ³¹ Golden B. Transforming healthcare organizations. *Healthcare Quarterly*. 2006;10:10-19.
- ³² Phillips KW, Liljenquist KA, Neale M. *Better Decisions Through Diversity*. Evanston, IL: Kellogg Insight; October 2010.
- ³³ Kandola B. *The Value of Difference: Eliminating Bias in Organisations*. Oxford: Pearn Kandola Publishing; 2009.
- ³⁴ Bassi L, McMurrer D. Maximizing your return through people. *Harvard Business Review*. 2007;85(3):115-123.
- ³⁵ Bersin J. *High-Impact Talent Management: Trends, Best Practices, and Industry Solutions*. Bersin & Associates; 2007.
- ³⁶ Day DV, Lord RG. Executive leadership and organizational performance: Suggestions for a new theory and methodology. *Journal of Management*. 1988;14(3):453-464.
- ³⁷ Griffith RW, Hom P, Gaertner S. A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover. *Journal of Management*. 2000;26(3):479.
- ³⁸ Menaker R, Bahn RS. How perceived physician leadership behavior affects physician satisfaction. *Mayo Clinical Proceedings*. 2008;83(9):983-988.
- ³⁹ Avolio BJ. Estimating return on leadership development investment. *The Leadership Quarterly*. 2010;21:633-644.
- ⁴⁰ Phillips JJ, Phillips PP. Measuring ROI in executive coaching. *International Journal of Coaching in Organizations*. 2005;3(1):53-62.
- ⁴¹ Cho Y, Wittrock M. *Psychological Principles in Training: A Handbook for Business, Industry, Government and the Military*. New York: Macmillan; 2000.
- ⁴² Dillworth RL, Willis VJ. *Action Learning: Images and Pathways*. Malabar, FL: Krieger Publishing Co.; 2003.
- ⁴³ Hill CC, Leonard HS, Sokol MB. *Action Learning Guide: Real Learning, Real Results*. Personnel Decisions International; 2006.
- ⁴⁴ Marquardt MJ, Leonard HS, Freedman AM, Hill CC. *Action Learning for Developing Leaders and Organizations: Principles, Strategies and Cases*. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.
- ⁴⁵ Buckingham M, Coffman C. *First Break All the Rules: What the World's Greatest Managers Do Differently*. New York: Simon & Schuster; 1999.

- ⁴⁶ Harter JK, Schmidt FL, Hayes TL. Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*. 2002;87(2):268-279.
- ⁴⁷ Kouzes J, Posner B. *The Leadership Challenge (4th edition)*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2000.
- ⁴⁸ Lockwood NR. Leveraging employee engagement for competitive advantage: HR's strategic role. *SHRM Research Quarterly*; 2007.
- ⁴⁹ Ryan A, Schmit M, Johnson R. Attitudes and effectiveness: Examining at an organizational level. *Personnel Psychology*. 1996;Winter:853-882.
- ⁵⁰ Ostroff C. The relationship between satisfaction, attitudes and performance: An organizational level analysis. *Journal of Applied Psychology*. 1992;77(6):963-974.
- ⁵¹ Dilling JA, Swensen SJ, Hoover MR, Dankbar GC, Donahoe-Anshus AL, Murad MH. Accelerating the use of best practices: The Mayo Clinic model of diffusion. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2013;39(4):167-178.
- ⁵² Spear SJ. *Chasing the Rabbit*. New York: McGraw Hill; 2009.
- ⁵³ Bisognano M, Kenney C. *Pursuing the Triple Aim: Seven Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2012:105.
- ⁵⁴ Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13:85-90.
- ⁵⁵ Barrington L, Silvert H. *CEO Challenge 2004*. New York: The Conference Board; August 2004.

