

PARTIE B : Objectifs et initiatives d'amélioration



Hôpital de Timmins et du district

Veillez ne pas éditer ou modifier le texte inclus dans les colonnes A, B et C.

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/Indicateur de résultat	Rendement actuel	en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
Sécurité	Améliorer l'hygiène des mains des fournisseurs de service	<b>Respect des mesures d'hygiène des mains par les travailleurs de la santé avant un contact avec un patient</b> : Nombre de fois que les mesures d'hygiène des mains ont été respectées avant le premier contact avec un patient, divisé par le nombre d'occurrences observées d'hygiène des mains avant un contact avec un patient, multiplié par 100 - 2009-2010, selon les données sur la sécurité des patients pouvant être divulguées publiquement.	305/505 = 60%	70%	1	1) Élaborer un plan de viabilité qui comprend la délégation des travaux du comité directeur sur l'hygiène des mains aux services eux-mêmes. Chaque service aura la responsabilité d'atteindre les cibles établies pour les vérifications et de s'assurer de réaliser les objectifs de rendement. 2) Améliorer la communication des données sur la conformité au personnel de première ligne en fournissant des données graphiques pour illustrer le rendement de chaque service. 3) Devenir membre de la faculté pancanadienne d'hygiène des mains de SSPSM en vue d'assurer une meilleure collaboration et d'élaborer une stratégie pancanadienne pour l'hygiène des mains 4) Participation du personnel de première ligne et mise en œuvre de ses suggestions pour améliorer la conformité aux pratiques d'hygiène des mains au niveau des services et diffusion des améliorations réussies	Vérification de la conformité aux pratiques d'hygiène des mains à l'aide de l'outil du programme Lavez-vous les mains du MSSLD qui est conforme l'obligation de produire des rapports du ministère.	70%	Le rendement actuel est inférieur à l'objectif à long terme fixé par l'hôpital; des initiatives d'élaboration ont été mises en place; elles sont conformes aux exigences en matière d'agrément et au programme du Ministère.	

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/Indicateur de résultat	Rendement actuel	en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
	Réduire le risque d'erreurs des interventions à risque élevé, à volume élevé et invasives	<b>Liste de contrôle de la sécurité pour les interventions à risque élevé</b> : Nombre de domaines/interventions ayant incorporé l'utilisation de la liste de contrôle, divisé par le nombre de domaines/interventions exigeant l'utilisation de la liste, multiplié par 100.	5 / 10 = 50%	100%	3	<p>1) 1<sup>re</sup> année - mise en œuvre de la liste de contrôle pour les interventions à risque élevé à l'extérieur de la salle d'opération. La liste est actuellement utilisée dans la salle d'opération, la suite d'endoscopie, au service des chirurgies mineures, au service d'urologie et à la clinique médicale. Elle pourrait également être utilisée dans la salle d'accouchement, au service d'imagerie diagnostique (biopsies), à l'USI pour l'insertion des cathéters centraux, la thoracentèse et la paracentèse. Nous nous servons d'une stratégie similaire dans la salle d'opération</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- volonté de l'équipe et des médecins</li> <li>- examen des données pour mieux comprendre la valeur de la liste</li> <li>- mentorat avec le personnel de la salle d'opération</li> <li>- jeu de rôles au sein de l'équipe</li> <li>- dépliant et communication continue avec les patients</li> </ul> <p>2) 2<sup>e</sup> année - évaluation du taux de conformité et de la disposition à étendre la mesure</p>	Chaque unité adaptera la liste à ses besoins et à l'intervention avec l'aide de personnel de première ligne et l'expertise du gestionnaire du programme de chirurgie. Chaque programme aura la responsabilité d'assurer le suivi de la conformité.	100%	Le taux de conformité dans la salle d'opération se situe actuellement à 100 %. Nous pensons que la liste serait utile à l'extérieur de la salle d'opération et pensons que cette pratique pourrait être appliquée de façon utile à d'autres secteurs où l'on pratique des interventions à risque élevé. Il s'agit d'une priorité pour l'organisme.	
	Prévenir la violence au travail	<b>Violence au travail</b> : Nombre d'employés à temps plein et à temps partiel ayant reçu une formation sur la violence au travail /le respect en milieu de travail, divisé par le nombre total d'employés à temps plein et à temps partiel admissibles, multiplié par 100	73%  (le nombre d'employés peut varier au cours de l'année)	100%	2	<p>1) Notre vision est que chaque membre du personnel à l'HTD reçoive une formation sur la prévention de la violence au travail / le respect en milieu de travail.</p> <p>2) Formation offerte deux fois par mois au personnel ne l'ayant pas encore suivie</p> <p>3) Nouveaux employés suivent également la formation</p> <p>4) Le taux de conformité sera évalué le 31 mars. Tout employé n'ayant pas suivi la formation devra la suivre au plus tard le 30 juin de la même année.</p> <p>5) Nous nous employons à augmenter la disponibilité de matériel éducatif comme des documents en ligne.</p>	Nous suivons la participation aux cours en temps réel vu que le nombre d'employés varie tout au long de l'année. L'observation sera évaluée le 31 mars et des commentaires formulés à la direction en vue de la prise de mesures appropriées	100%	Le rendement actuel pour ce qui est de la présentation d'ateliers sur le respect en milieu de travail se situe au-dessous de la cible. Des progrès sont encore possibles. Cette initiative est conforme au programme du gouvernement ainsi qu'aux objectifs d'Accréditation Canada.	

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/Indicateur de résultat	Rendement actuel	en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
	Réduire le temps d'attente des patients ayant besoin d'un traitement par activateur tissulaire du plasminogène	<b>Délai entre « l'arrivée et l'injection »</b> : Délai en minutes entre le triage d'un patient et le moment où il reçoit le traitement par ATP. (Moyenne du programme 2006-2010)	76,5 minutes	70 minutes	2	<p>1) Étudier le processus pour s'assurer que les médecins du Service d'urgence (SU) appellent les médecins du programme d'AVC dès qu'un patient manifestant des symptômes d'un AVC est identifié</p> <p>2) Raffiner le processus permettant au lab. d'identifier et de réagir à l'appel du SU au sujet d'un patient éventuellement thrombolytique, afin de voir à l'obtention d'un RIN en temps opportun. Éventuellement ajouter des indices visuels pour que le lab. accélère la diagnostic pour le candidat au traitement à l'ATP, p. ex. en ajoutant un autocollant au tube.</p> <p>3) S'assurer que la documentation d'orientation envoyée aux médecins suppléants dans le SU comprend le protocole d'AVC aigu de l'HTD. Habilitier le personnel infirmier à mettre au diapason les médecins suppléants qui ne sont pas familiers avec notre processus de traitement des victimes d'un AVC.</p> <p>4) Normaliser la pratique consistant à contacter le neurologue avant de recevoir tous les résultats diagnostiques afin d'entamer le processus d'évaluation neurologique en attendant les résultats.</p>	L'infirmière spécialisée en AVC voit tous les patients ayant reçu un diagnostic d'AVC. Elle suit le temps écoulé entre « l'arrivée et l'aiguille » et passe en revue tous les dossiers afin de trouver des possibilités d'amélioration	70 minutes	70 minutes est la durée moyenne provinciale du délai pour l'étape du SU (elle comprend l'évaluation diagnostique et l'examen des options de traitement pour un patient manifestant des symptômes d'AVC). Nous avons évalué notre processus téléAVC et les délais pour les AVC aigus et estimons qu'il s'agit d'un objectif raisonnable.	

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/Indicateur de résultat	Rendement actuel	en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
Efficacité	Réduire les décès évitables dans les hôpitaux	<b>Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)</b> : nombre de décès observés, divisé par le nombre de décès prévus, multiplié par 100 - exercice 2009-2010, ICIS	105	100	2	1) Première année : a) Amélioration du processus d'examen des dossiers des patients décédés à l'Unité de soins médicaux - en cas de décès, les Archives médicales passent en revue le dossier avec l'Outil de suivi des dossiers des patients décédés. Si l'outil suscite un oui, le dossier doit passer à la prochaine étape d'examen. - Pour les patients à l'Unité de soins médicaux, le médecin passe en revue le dossier avec l'Outil de suivi des dossiers des patients décédés. Quarante-huit dossiers sont passés en revue chaque année par les médecins de l'Unité de soins médicaux. - Si un examen supplémentaire est nécessaire, le dossier doit passer à l'étape de l'examen de la qualité des soins b) une vérification avec l'outil-déclencheur est effectuée pour la recherche d'événements indésirables c) Mise en œuvre d'améliorations identifiées 2) Deuxième année : élaborer d'autres stratégies en fonction des résultats de l'outil-déclencheur	1) 48 dossiers de patients décédés sont passés en revue chaque année par le programme médical 2) Tous les dossiers de patients décédés à l'Unité de soins chirurgicaux sont passés en revue au cours des réunions du Service de chirurgie 3) Tous les décès périnataux sont passés en revue aux réunions du comité périnatal 4) 20 dossiers sont vérifiés au hasard chaque mois à l'aide de l'outil-déclencheur de l'IHI afin de détecter les événements indésirables éventuels	100	Le rendement actuel se situe juste au-dessous de la cible. Nous aimerions voir une amélioration de 5 % cette année	
	Réduire les réadmissions inutiles dans les hôpitaux	<b>Taux de réadmissions au cours des 30 jours pour des groupes de maladies analogues (GMA) dans n'importe quel établissement</b> : Nombre de patients faisant partie d'un GMA donné réadmis dans n'importe quel établissement pour des soins non facultatifs en milieu hospitalier au cours des 30 jours après avoir obtenu leur congé, comparativement au nombre de réadmissions non prévues pour des soins non facultatifs - T1 2010-2011, Base de données sur les congés des patients (BDGP).	20,5%	18,5%	1	1) Stratégies générales (a) Améliorer la coordination des soins avec l'Équipe Santé familiale et d'autres fournisseurs externes -- normalisation des envois par télécopieur -- délai d'exécution pour le sommaire de la mise en congé -- appels téléphoniques 48 heures après la mise en congé (b) Rapprochement pharmaceutique à la mise en congé (c) Élaborer une liste de vérification que pourraient utiliser les médecins pour la mise en congé (d) Explorer la faisabilité d'élaborer un partenariat communautaire en vue de mettre sur pied une clinique de mise en congé pour aider les patients qui n'ont pas de médecin de famille	(1) Les données sont récupérées par le site Web du MSSLD et notre service d'archives médicales (2) nous passons en revue le dossier des patients atteints d'ICC réadmis	18,5 %	Le taux de réadmissions pour le GMA à n'importe quel établissement selon la base de données sur les congés des patients (BDGP) de la Direction des données sur la santé (cible fondée sur les résultats) est de 14 % pour l'HTD. Nous améliorerons notre cible de 10 % au cours de la première année.	

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/Indicateur de résultat	Rendement actuel	en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
						<p>2) Les personnes atteintes d'ICC sont le plus important contributeur à notre taux de réadmissions et nous tenterons d'améliorer la situation cette année.</p> <p>(a) Nous procéderons à la révision des dossiers de réadmissions de ce GMA.</p> <p>(b) Cerner les tendances relatives aux réadmissions.</p> <p>(c) Identifier les possibilités d'amélioration et mettre en œuvre ces améliorations</p> <p>(d) Concevoir des ressources pédagogiques pour les patients afin de mieux planifier leur congé et les y préparer</p>				
	Réduire le temps inutile passé en soins de courte durée	<p><b>Pourcentage de jours d'autres niveaux de soins</b> : Nombre total de jours de soins de courte durée désignés comme autres niveaux de soins, divisé par le nombre total de jours de soins de courte durée.</p> <p>T2 2010-2011, BDCP, ICIS.</p>	15,2%	15,3%	3	<p>1) Continuer à réagir aux données en temps réel</p> <p>2) Intégrer la planification du congé (Chez soi avant tout) en collaboration avec la communauté</p> <p>3) Améliorer la communication et la coordination pour les patients de SLD en collaborant avec le CASC - gestionnaire de cas et travailleur social rencontrent le patient pour accomplir les tâches exigées par les deux parties</p> <p>4) Aider les patients qui sont encore dans la communauté à y rester à l'aide de fonds spéciaux</p> <p>5) Poursuivre les initiatives qui nous ont permis de gérer les jours d'ANS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réunions éclairs pour la mise en congé</li> <li>- initiative Flo Collaborative</li> <li>- outil d'identification des aînés à risque au SU qui réoriente les patients vers la communauté et les met en rapport avec des ressources avant qu'ils n'aient besoin d'être réadmis</li> <li>- plan de mise en congé intégré efficient</li> <li>- groupement de lits d'ANS permet aux patients d'avoir accès aux activités qui préparent le patient afin qu'il soit prêt lorsqu'un lit se libère. L'accès à l'équipe (coordonnateur des loisirs, travailleurs sociaux et personnel infirmier) pour les aidés</li> </ul>	<p>1. Nous recueillons quotidiennement des données en temps réel au sujet des jours d'ANS</p> <p>2. Les taux de jours ANS sont également disponibles dans le recensement de lits remis aux gestionnaires cinq fois par jour. Ces données permettent aux gestionnaires d'avoir une idée de l'impact des lits d'ANS sur l'unité.</p> <p>3. Les données sur les ANS sont également fournies aux intervenants à l'interne, au RLISS, au CASC et chaque trimestre à notre conseil où elles sont intégrées au tableau de bord de la qualité</p> <p>4. Le CASC, le RLISS, les pdg des quatre principaux hôpitaux de la région se réunissent toutes les deux semaines pour passer en revue les</p>	15,3 %	La cible actuelle pour le RLISS et le gouvernement provincial est 17 %. Étant donné que nous atteignons souvent cette cible, nous avons convenu avec le RLISS de réduire notre pourcentage de jours d'ANS de 10 %	

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/Indicateur de résultat	Rendement actuel	en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
						2) Amélioration de la communication et de la coordination pour les patients SLD en établissant un partenariat avec le CASC - gestionnaire de cas et travailleur social rencontrent le patient pour que les tâches appropriées soient accomplies par les deux parties 3) Maintenir les clients existants dans la communauté avec des fonds spéciaux.	passer en revue les taux et discuter de stratégies 5. Nous soumettons également un rapport mensuel sur les jours d'ANS à la OHA 6. Les données sont également rapportées dans le cadre de la stratégie de réduction des temps d'attente			
	Améliorer la santé financière de l'établissement	<b>Marge totale (consolidée)</b> : Pourcentage selon lequel les revenus totaux (consolidés) d'un établissement sont supérieurs ou inférieurs à ses dépenses totales (consolidées), en excluant l'incidence de l'amortissement des immobilisations au cours d'un exercice donné - Normes de production de rapports sur les services de santé de l'Ontario (NPRSSO).	-2,5%	En cours de négociation avec le RLISS du NE	1	1) Réaliser des gains d'efficacité chaque fois que c'est possible - Exemples : intendance des antimicrobiens, réduction des réadmissions, initiatives de SSPSM, utilisation de protocoles standards 2) Continuer à adopter les principes de production « au plus juste » 3) Déterminer et réduire le nombre des réadmissions	La marge totale est déterminée par notre directeur général des finances et communiqué chaque mois au conseil	En cours de négociation avec le RLISS du NE	En date du 29 mars 2011, l'hôpital ne connaît pas le montant du financement qu'il va recevoir pour l'exercice 2011-2012. L'hôpital a préparé une analyse budgétaire (écarts) afin d'en discuter avec le RLISS du NE. Le montant définitif du financement ne sera pas annoncé avant juin 2011.	Prière de noter qu'il s'agit de données financières non vérifiées
	Réduire le nombre de visites au service d'urgence par les patients des Services de santé mentale en consultation externe	<b>Visites au service d'urgence par les patients des Services de santé mentale en consultation externe</b> : nombre de patients qui ont visité le service d'urgence (au moins une fois), divisé par le nombre de patients des Services de santé mentale en consultation externe et du programme de troubles concomitants	26%	23%	3	1) Améliorer la communication entre les thérapeutes de santé mentale en consultation externe et l'équipe d'intervention en cas de crise en : - passant à un système de dossiers informatisé - en modifiant le processus d'inscription et de suivi de cette cohorte de patients 2) Sensibiliser les patients qui se servent des services de santé mentale en consultation externe aux sources de soutien existantes dans la communauté 3) Passer en revue les cas des patients qui visitent souvent le SU pour : - identifier les lacunes au niveau des services exigés par ces patients - tenir des conférences de cas pour élaborer un plan d'action précis pour ces patients - initier un contact plus fréquent au besoin 4) La majorité des patients réadmis sont des patients du programme des troubles concomitants. Nous devons donc analyser ces réadmissions pour identifier les tendances et les possibilités d'amélioration pour cette cohorte de patients	Grâce au nouveau système d'inscription, il sera plus facile de suivre les réadmissions des patients de cette cohorte	23%	Il s'agit d'une priorité pour notre hôpital. Nous aimerions voir une amélioration de 10 % au cours de la première année.	

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/Indicateur de résultat	Rendement actuel	en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
	Améliorer les temps d'attente pour les tests diagnostiques	<b>Délais d'exécution</b> : nombre de fois (en pourcentage) que le délai d'exécution d'un rapport atteint la cible fixée pour les tests diagnostiques donnés (RIN < 60 min, troponine < 60 min, créatinine < 90 min)	85,4%	94%	3	1) Élaborer un processus automatisé de collecte de données sur les délais d'exécution afin d'identifier plus facilement les possibilités d'amélioration 2) Mise en place d'un programme d'entretien préventif pour s'assurer que les instruments du lab. sont en bon état, réduire le temps d'arrêt et améliorer le service de dépannage 3) Améliorer la communication relative à la collecte et à l'étiquetage appropriés des échantillons pour éviter les retards d'analyse 4) Travailler avec l'équipe médicale pour s'assurer de ne pas abuser du terme « stat », causant un retard pour les analyses devant être réellement effectuées immédiatement 5) S'assurer que le personnel du lab. vérifie la liste des activités en attente plus souvent afin de déterminer si un échantillon a été manqué	Un rapport est généré pour déterminer les délais d'exécution des rapports. Il serait possible d'améliorer les renseignements contenus dans ce rapport et nous demanderons de l'aide à cet égard au comité de soutien à la prise de décision.	94%	Nous nous efforcerons d'améliorer les délais d'exécution au laboratoire de 10 %.	Des travaux d'aménagement sont en cours dans le laboratoire ce qui a entraîné de nombreux déplacements d'appareils et continuera à se répercuter sur le fonctionnement du laboratoire.
		<b>Délais d'exécution</b> : Nombre de fois (en pourcentage) que le délai d'exécution d'un rapport écrit atteint la cible fixée (48 heures) pour les tests diagnostiques précis (Tomodensitométrie, IRM, échographie)	49,89%	75%	3	1) Mise à niveau du système actuel pour inclure un logiciel de reconnaissance vocale pour permettre au radiologue de lire une image, de dicter des notes et d'apposer sa signature immédiatement. 2) Améliorer la communication au sujet des attentes en matière de délais d'exécution afin qu'elles soient conformes aux objectifs du service et au plan d'amélioration de la qualité	Les délais d'exécution sont suivis dans le service. Les données suivantes sont prises en note : temps écoulé depuis la disponibilité du résultat du test jusqu'à la dictée des notes, depuis la dictée jusqu'à la dactylographie, depuis la dactylographie jusqu'à la signature. Ces données tiennent compte aussi de l'activité à laquelle travaille le radiologue ce qui permettra à l'équipe de trouver des occasions d'amélioration	75%	Les stratégies que nous aimerions mettre en œuvre changeront le processus de production de rapports et nous permettront de réaliser la cible de 48 h pour la production de rapports écrits. Au cours de la première année, nous espérons réaliser cet objectif 75 % du temps et au cours des prochaines années nous espérons atteindre la cible de 24 heures	Nous avons la chance d'avoir des radiologues suppléants au sein de notre équipe. Cela présente un défi toutefois lorsque le rapport est prêt à être signé mais que le radiologue n'est plus à l'hôpital et a d'autres obligations professionnelles. Les nouvelles stratégies devraient faciliter la continuité du processus.

OBJET		MESURE				CHANGEMENT				
La qualité	Objectif	Mesure/Indicateur de résultat	Rendement actuel	en 2011-2012	Priorité	Initiative d'amélioration	Méthodes et suivis des résultats	Cible à atteindre en 2011-2012	Justification de la cible	Commentaires
Accès	Réduire les temps d'attente au service d'urgence	<b>Temps d'attente dans la salle d'urgence</b> : 90 pour cent du temps d'attente dans la salle d'urgence des patients admis. T3 2010-2011, SNISA, ICIS	14,7 heures	8 heures	1	1) Ajout de mesures de soutien pour améliorer le flux de patients d'un service à l'autre - ajout d'un préposé aux services de soutien à la personne / phlébotomiste au SU - ajout d'un technicien de pharmacie au SU afin d'aider à la prise des antécédents médicamenteux et améliorer le rapprochement- élargissement des horaires de travail des commis d'unité au SU - ajout de ressources pour améliorer l'évaluation initiale du médecin au SU (p. ex. élargissement de l'horaire de travail des médecins et augmentation des heures de l'adjoint au médecin - normalisation du processus d'admission qui comprend un formulaire de transfert - ajout d'une infirmière spéciale à l'Unité de soins médicaux pour faciliter le flux des patients entre les services et favoriser le rapprochement pharmaceutique	1. Les rapports sur le taux quotidien d'occupation des lits sont envoyés par courriel 5 fois par jour à tous les gestionnaires à titre d'information 2. Des alertes sont envoyées par courriel lorsqu'un patient attend un lit depuis 4, 6 et 8 heures 3. Des rapports sur les temps d'attente au SU sont envoyés chaque semaine et passés en revue à une réunion stratégique afin d'améliorer les temps d'attente	8 heures	Notre objectif dans le cadre de la stratégie de réduction des temps d'attente est de 8 heures. Nous ne réalisons pas cet objectif continuellement et estimons que les stratégies en place nous aideront à le réaliser.	
						2) Augmenter les alertes envoyées à tous les gestionnaires pour qu'ils se sentent tous responsables des temps d'attente après les heures et la fin de semaine au SU 3) Initiative pour améliorer le taux de conformité à l'heure de départ des unités de patients 4) Initiative pour améliorer le temps au cours duquel un lit est inoccupé entre patients 5) Planification des congés intégrée (réunions éclair, gestionnaire de cas à des fins de consultation)				
Soins centrés sur	Améliorer la satisfaction des patients	<b>Sondage NRC Picker/Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)</b> : « Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et à votre famille? » Pourcentage des personnes qui ont répondu « définitivement oui » (octobre 2009-septembre 2010)	Global 73,58%	80%	2	1) Plans d'action dans les différents services pour donner suite à 3 possibilités d'amélioration chaque année 2) Outil électronique pour faciliter les initiatives d'amélioration 3) Ajouter cette question à tous les questionnaires (autres que de NRC-Picker) afin que nous puissions avoir une meilleure idée de l'expérience des patients et de leurs besoins		80%	80 % reflète une amélioration de 10 % qui est notre objectif pour la première année.	



