

# PRÉFACE

*Roland Ollivier*

## **INNOVER POUR MIEUX S'ADAPTER**

Le contexte actuel avec lequel les établissements et services de santé, pris au sens large, ont à composer n'est plus à présenter. Il est en revanche nécessaire de valoriser les expériences développées localement, afin d'une part de témoigner de la richesse des initiatives prises au sein des hôpitaux pour adapter leurs organisations, et d'autre part de contribuer à capitaliser les retours d'expérience.

Les différents chapitres de cet ouvrage collectif, divisé en quatre parties, présentent une variété d'expériences, de démarches entreprises par différents professionnels en vue de revoir des fonctionnements, qu'il s'agisse d'organisations d'activité ou de modes de gestion innovants.

L'apport des expériences relatées dans ce livre est matière à de nombreuses réflexions. Il n'en sera ici proposé que quelques axes.

## **LA GESTION : L'AFFAIRE DES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS, MAIS AUSSI CELLE DES USAGERS**

Les établissements de santé sont des organisations complexes et mobilisent de nombreuses compétences. Si le soin est la référence, nombre de professionnels consacrent sans le savoir une partie de leur temps à des tâches d'organisation.

Dans cet ouvrage – et c'est frappant –, différents responsables, cadres, médecins « managers », directeurs, exposent une action ou une série d'actions avec l'idée de changer des modes d'organisation ou de réguler l'évolution des coûts. Les initiatives se manifestent en un processus itératif entre le « sommet » et le terrain.

En gestion, la « logique » de l'utilisateur s'impose. Commençons déjà par l'utilisateur interne : le professionnel ou le collectif de travail, bénéficiaire d'une prestation support. Regardons surtout l'essor de la place du patient (qui ne l'est plus) et de son entourage. C'est tout un « design » hospitalier, gage d'un avantage comparatif certain pour ceux qui l'auront compris, qui se déploie, qu'il s'agisse d'un hôtel hospitalier ou de la redéfinition d'un secteur d'activité autour du circuit du malade et de son entourage. L'ère présente de la « digitalisation » de la santé et de l'exploitation massive des données nous offre un magnifique terrain d'implication de l'utilisateur dans nombre d'innovations managériales.

## **PAS DE PETITES OU DE GRANDES INNOVATIONS, MAIS DES INNOVATIONS PRODUISANT DES EFFETS**

L'innovation est toujours une rupture avec un mode de fonctionnement antérieur. Il n'y a pas que des innovations de rupture technologique !

En pratique, l'effet de l'amélioration d'un processus d'approvisionnement auprès d'une unité de soins et l'effet de la suppression d'une file d'attente pour une admission ne sont-ils pas aussi significatifs que d'autres actions de gestion, jugées prestigieuses mais non visibles par l'utilisateur final ?

## **LA DIFFUSION DES INNOVATIONS MANAGÉRIALES : BESOIN DE TEMPS ET D'ACCOMPAGNEMENT**

La diffusion des innovations managériales est souvent lente, plus lente que celle des innovations médicales. Pourtant, progressivement, l'idée que le visage de l'hôpital de demain changera autant, si ce n'est plus, du fait des adaptations organisationnelles que de l'innovation technologique fait son chemin.

Mais il semble exister comme une aversion envers ce changement organisationnel, en partie du fait que les résultats attendus doivent être démontrés – ce qui, dans des processus où on peut apprendre par l'erreur, ou du moins par aller-retour, n'est pas évident – et aussi du fait que les professionnels s'interrogent sur le bénéfice qu'ils pourront tirer d'un éventuel changement dans leurs pratiques et dans leur positionnement institutionnel ou « statutaire ». Enfin, il faut pouvoir disposer du temps et des compétences pour conduire les changements attendus.

Dans l'ouvrage sont relatées des expériences d'accompagnement, que ce soit au plan externe (dans le cadre d'un management de transition) ou interne (avec la création d'une cellule au service des différentes équipes). Ce type de démarche se généralise avec encore plus de succès quand l'appui est organisé sur un mode pluri-professionnel.

## **UN PARTAGE DES EXPÉRIENCES À RENFORCER**

Cet ouvrage est une forme de partages d'expériences, en vue de mettre en commun des initiatives dans le champ des organisations de santé.

L'Institut du management de l'EHESP, en étroite collaboration avec l'équipe de recherche sur le management des organisations de santé, accompagne ce type de travaux. Il n'en a pas l'exclusivité et sans doute est-il nécessaire de renforcer un réseau qui se constitue progressivement autour du management en santé.

Sans tomber dans l'illusion de solutions « toutes répliquables », il y a encore un travail à réaliser pour que se fédèrent des compétences profitables au monde hospitalier.

Que les auteurs des différents chapitres de ce livre soient remerciés pour leur apport à la construction de cet édifice des innovations managériales en santé.

# INTRODUCTION

L'innovation managériale est un concept central à l'heure actuelle pour toute organisation<sup>1</sup>. Elle est source de gains en matière de performance. Elle permet, à travers des changements d'organisation, de mieux répondre à un environnement évolutif. Elle offre enfin un avantage concurrentiel car elle est peu imitable, contrairement à une innovation technologique (il est plus facile de copier un nouveau smartphone que des pratiques de management).

On perçoit tout de suite l'intérêt de l'application de cette idée aux établissements de santé : des gains de performance dans un contexte qui ne manque pas d'en demander, une image positive de manager, une vision progressiste pour l'organisation. Autant d'éléments que la recherche s'est efforcée d'étudier ces dernières années (Nobre, 2013 ; Damart, 2013 ; Fermon, 2015).

Bref, tout est réuni pour que l'« innovation managériale » soit considérée comme une notion centrale, mais il existe aussi un danger qu'elle devienne un effet de mode. Il est « tendance », comme on dit, de s'exprimer sur l'innovation managériale. Proposer un ouvrage dans ces conditions n'est pas sans risque. N'a-t-on pas déjà tout dit ? N'arrive-t-on pas trop tard ? Il convient sur ce plan aussi de faire preuve d'innovations. Cet ouvrage à caractère didactique s'y emploie en cherchant à se singulariser de différentes manières.

Il vise d'abord à être un ouvrage de témoignages<sup>2</sup>. Ce sont des témoignages d'équipes hospitalières qui se sont engagées dans cette voie de la nouveauté. En rapportant ces témoignages, cet ouvrage inscrit résolument l'analyse au niveau des pratiques réelles : on ne peut comprendre l'innovation managériale qu'en partant du terrain. Ce constat est banal. Pourtant, il est souvent oublié lorsque l'on se lance dans le sujet. Les auteurs ont accepté de témoigner sur leurs expériences, sur les difficultés à surmonter, sur les moments de vérité aussi. Ce sont au bout du compte des histoires, voire des récits d'aventures qui sont proposés au lecteur, qui pourra y puiser des idées sur ce qui fait la force d'une innovation, et d'un innovateur.

La deuxième spécificité de cet ouvrage est de cibler des initiatives réussies. La notion mérite d'être maniée avec prudence : la réussite peut s'avérer éphémère ; les évidences sont souvent fragiles. Face à ce constat, une option aurait pu être de cibler des échecs. On apprend au moins autant des échecs que des réussites. Et la frontière entre les deux est souvent ténue. Bruno Latour, en son temps, avait par exemple suivi le projet de métro automatique parisien ARAMIS qui s'était soldé par une déroute industrielle pour la RATP et Matra (Latour, 1992). Mais il était difficile de passer une telle commande. En adoptant le parti des expériences réussies, cet ouvrage offre une lecture positive du sujet.

---

1. L'innovation managériale doit se comprendre comme les modifications substantielles des pratiques de management et des structures organisationnelles permettant de mieux atteindre les objectifs.

2. Les chapitres de l'ouvrage sont constitués de cas sélectionnés par le comité scientifique du colloque « 2<sup>e</sup> Journée des innovations managériales à l'hôpital » organisé en octobre 2014 suite à un appel à communication diffusé par la chaire Management des établissements de santé de l'EHESP-Institut du management.

Les évidences qui supportent cette vision de réussite accompagnent le développement de chaque cas. Face à cette demande, les auteurs de cet ouvrage se livrent. Ils restent prudents sur le jugement qu'ils portent sur leur expérience, tout en cherchant à donner des preuves tangibles, chiffres à l'appui, de l'impact positif de leur démarche. Le lecteur pourra ainsi puiser dans leurs récits les démonstrations qui sont apportées pour « rapporter » et « évaluer » l'impact de l'innovation.

La troisième spécificité tient aux auteurs mêmes. Ce sont des acteurs du terrain, travaillant dans les établissements de santé, aux profils divers. Il n'y a pas de profil type, ce qui ne surprendra pas. Il n'y a pas non plus forcément l'implication d'une direction générale derrière chaque expérience, ce qui peut être moins attendu. L'adage selon lequel « le directeur d'hôpital doit s'impliquer pour que cela marche » n'est pas toujours vérifié dans les innovations observées. Une lecture attentive montre néanmoins qu'à un moment ou un autre un soutien de l'institution est nécessaire. Ce point est important dans la mesure où l'établissement de santé reste un lieu de pouvoir avec ses hiérarchies. Or, l'innovation vient le plus souvent bousculer les ordres établis. Il n'y a donc innovation que dans la mesure où l'ordre social établi ne la vit pas comme une remise en cause, ou qu'il accepte le changement, d'une manière souhaitée ou imposée. Cela se traduit par des configurations assez diverses : dans certaines expériences, le soutien du directeur fait que la démarche est d'emblée portée politiquement ; dans d'autres, c'est le thème qui est jugé comme peu « dangereux », voire fastidieux, ce qui permet d'amorcer l'innovation. Il n'y a pas de règles communes en la matière, si ce n'est que les promoteurs de l'innovation jouent dans une arène politique et doivent composer avec. C'est en cela qu'il est aussi intéressant de lire les ressentis des auteurs. Nous avons en effet demandé à chacun d'entre eux de réaliser un travail réflexif sur leur propre rôle, et sur la manière dont ils ont opéré dans leur contexte. L'exercice n'est pas simple, mais les auteurs se sont livrés avec honnêteté, ce qui donne à voir les compétences politiques, diplomatiques et de médiation nécessaires à l'implantation de l'innovation.

La quatrième spécificité est relative à la temporalité des innovations. Les auteurs se sont efforcés de dater les étapes du processus d'innovation. Cela a pour objectif de révéler les délais à chaque phase de design, d'implantation et d'évaluation. Évidemment, l'une des questions associées est le temps nécessaire à l'accomplissement d'une innovation managériale. Beaucoup rechignent à se lancer dans ces démarches novatrices car elles sont consommatrices de temps. L'implantation d'une innovation relève souvent de la course de fond. En réponse, les auteurs montrent comment ils persistent souvent avec courage et obstination.

Fort de ces quatre spécificités, l'ouvrage est conçu en quatre parties, classant les innovations rapportées selon les domaines d'intervention.

La première partie est consacrée à l'élaboration et la mise en œuvre concrète de processus, en déclinaison d'objectifs stratégiques de l'établissement, au niveau des activités de soins comme des activités de gestion. Ainsi, Aurélie Dossier et Frédéric Kletz rapportent comment le centre hospitalier (CH) du Mans s'organise à partir d'une approche médico-économique, et comment l'établissement pilote son offre et se positionne sur son territoire, parfois seul, parfois en coopération, et gagne des parts d'activité. Caroline Baradat et Valérie Friot décrivent le projet transversal développé au sein des deux établissements du groupe hospitalier Tarbes-Lourdes, où l'organisation de la fiabilisation des comptes par la direction des affaires financières est déployée selon une démarche qualité participative. Gérard Garnier *et al.* témoignent de l'organisation de l'activité de soins au CH La Rochelle-Ré-Aunis à partir d'outils de cotation des besoins en soins du patient, tout en réaffectant les activités non directement liées aux soins à un service logistique interne. Enfin, Philippe Laforgue *et al.* détaillent les étapes et outils ayant permis de conduire un projet coordonné

entre deux départements visant le juste à temps dans la délivrance de traitements complexes aux patients au sein de l'Institut Gustave Roussy.

La deuxième partie expose divers dispositifs expérimentés pour conduire le changement organisationnel dans des établissements, dans le cadre de thèmes stratégiques (par exemple la réorganisation d'un service), ou à partir de la structuration en mode projet (par exemple avec la création de cellules d'accompagnement des projets médicaux et managériaux). Ainsi, Gilles Calmes et Renaud Texcier décrivent la réorganisation d'un service logistique au CH Sud-Francilien, sous la conduite d'un manager de transition, qui assure au projet le tempo et son acceptation par les protagonistes. Stéphane Helen *et al.* analysent l'expérimentation d'un dispositif de gestion intégrée (cellule d'accompagnement, outillage, gestion des compétences, évaluation circulaire) des projets d'envergure proposés au directoire du CHU de Montpellier. Florent Chambaz *et al.* explicitent la nature et les fonctions de la cellule d'appui du CHU de Strasbourg, directement liée au pôle stratégie, à vocation d'impulsion puis de pérennisation de démarches d'amélioration des organisations. Sophie Flandin-Crétonin *et al.* détaillent la démarche d'accompagnement de projet – dans et hors les murs – proposée par un collectif associatif interprofessionnel.

La troisième partie fait part d'approches innovantes à l'attention des professionnels soignants pour identifier, mobiliser et valoriser leurs compétences connexes et personnelles, afin de favoriser la fidélisation, et dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins. Andrée Faraut et Magali Poupard-Rosier décrivent l'expérience d'auto-formation développée auprès de cadres de santé au CHU de Nice. Dagmar Soleymani explicite le gisement de compétences que représente la diversité culturelle au sein des établissements de santé.

Dans la quatrième et dernière partie, des expériences immobilières très structurantes illustrent l'approche centrée sur le patient et son entourage, en termes de trajectoire et d'expérience vécue à l'hôpital. Ainsi, Caroline Merdinger-Rumpler et Jean-Pierre Béthoux décrivent l'expérimentation de l'hôtel hospitalier, notamment celle d'Ambulotel à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), et analysent les évolutions induites dans la relation au patient. Christelle Carrier *et al.* présentent La Fabrique de l'hospitalité, cellule d'innovation des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, qui accompagne entre autres des projets architecturaux, en intégrant les questions de pratique professionnelle, d'activité de soin, et d'expérience vécue par le patient.

Cet ouvrage s'adresse à quatre audiences principales :

- les patients, car ils sont partenaires dans la construction des innovations, comme le montrent différents exemples ;
- les managers d'établissement concernés par le design et l'implantation d'innovations ;
- les étudiants engagés dans des cursus en management ;
- les enseignants-chercheurs intéressés par les questions soulevées par ce mouvement.

Dans tous les cas, il convient de souligner que cet ouvrage se veut un manuel de pratiques de l'innovation. Les expériences relatées comme la conclusion proposent différents éléments opérationnels pour se lancer dans l'innovation managériale.

Nous tenons à remercier chaleureusement les auteurs pour leurs contributions à cet ouvrage. Ils ont fait preuve d'audace en relatant leur projet et en y projetant une analyse critique, n'hésitant pas à aborder des ressentis personnels. Ils sont le témoignage de l'extraordinaire vitalité qui anime les acteurs des établissements de santé lorsqu'il s'agit d'innover. C'est par ce constat des plus réjouissants que nous invitons le lecteur à se plonger dans cet ouvrage.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Damart, S., *Innovations managériales en établissements de santé*, Cormelles-le-Royal, EMS, coll. « Versus », 2013.

Fermon, B., Grandjean, P. (dir.), *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Paris, Dunod, 2015.

Latour, B., *ARAMIS ou l'amour des techniques*, Paris, La Découverte, 1992.

Nobre, T. (dir.), *L'innovation managériale à l'hôpital. 14 cas de mise en œuvre*, Paris, Dunod, 2013.

# Partie 1

## **L'innovation managériale dans l'approche stratégique et l'étude des processus organisationnels**





# **Le big bang des big data : stratégie territoriale, coopération, outils de gestion**

*Aurélie Dossier, Frédéric Kletz*

## **INTRODUCTION**

Dans un contexte marqué par plusieurs changements majeurs, liés notamment à des réformes importantes du système hospitalier (réforme de la tarification à l'activité, nouvelle gouvernance, loi hôpital, patients, santé et territoires [HPST], etc.), les établissements de santé sont appelés à mieux se positionner sur leur territoire de santé en développant leur activité et leur attractivité, tout en tenant compte de plusieurs contraintes particulièrement prégnantes (évolution des besoins des populations, démographie médicale, équilibre financier, concurrence du secteur privé, taux de fuite vers d'autres établissements, spécialisations médicales renforcées, etc.) (Pascal *et al.*, 2009). Les établissements sont aujourd'hui à la croisée des chemins : entre incitation à la coopération et prise en compte d'une concurrence parfois agressive dans certains secteurs. Il s'avère donc nécessaire de définir une stratégie territoriale cohérente et dynamique.

La problématique des coopérations hospitalières est ainsi devenue ces dernières années une des préoccupations centrales des établissements de santé et de leurs tutelles (Delas, 2011). Les établissements cherchent à tisser de nouvelles formes de relations avec d'autres hôpitaux de leur territoire, et de multiples formes de partenariat se nouent ainsi (consultations avancées, partage de matériels, transfert organisé de patients, etc.), parfois même avec des cliniques privées (Routelous *et al.*, 2012).

Mais comment choisir le type de coopérations à mettre en place ? Avec quels établissements ? Selon quelles modalités ? Et surtout, avec quels outils ? Quelles constructions de gestion peuvent-elles permettre de doter l'établissement d'une nouvelle représentation de son positionnement au sein du territoire (parts de marché, taux de fuite, études de rentabilité par segment d'activité, potentiel de développement) ? Les établissements se retrouvent donc en nécessité de composer avec un objet assez nouveau pour eux, qui se situe à l'interface entre stratégie, gestion et coopération. Or, si la littérature de gestion s'est intéressée depuis longtemps aux problématiques de coopérations, et notamment dans le secteur hospitalier, elle n'est que peu allée du côté des outils qui en constituent le support.

En effet, face à ces enjeux, les établissements cherchent à se doter d'outils de gestion de plus en plus précis et sophistiqués, capables de les aider au pilotage de ces coopérations et d'évaluer leurs performances. Des bases de données se constituent dans ce cadre, proposées par des acteurs nationaux (ministère, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et

médico-sociaux (ANAP), Fédération hospitalière de France (FHF), etc.) ou commerciaux, et brassent des informations et des données extrêmement nombreuses, initiant ainsi l'introduction progressive d'une orientation *big data* dans le milieu hospitalier. Avec ces systèmes, l'espoir que les établissements puissent disposer des bonnes informations au bon moment pour prendre de bonnes décisions prend ainsi un nouvel élan. Des travaux de recherche, réalisés notamment dans le cadre d'une étude confiée par la FHF à deux élèves de Mines ParisTech (Cazin et Micheaux, 2014b), portant spécifiquement sur l'usage des outils de gestion dans le cadre de coopérations, ont montré que, dans de nombreux cas, malgré les multiples bases de données mobilisables, le pilotage des stratégies de coopérations se faisait à l'aveugle, sans déployer d'outil ou de méthodologie adaptée de suivi des résultats de ces partenariats. D'où une interrogation légitime sur la plus-value apportée par ces instruments aux établissements de santé. Cependant, il a été observé que le faible usage de ces bases renvoie moins à leur pertinence qu'aux configurations organisationnelles dans lesquelles elles sont utilisées.

Tout l'enjeu réside donc dans la bonne utilisation de ces outils de gestion au service d'une stratégie définie.

Dans ce cadre, nous allons présenter le cas du centre hospitalier du Mans (CHM), qui, à l'instar de quelques autres établissements, s'est lancé dans un programme ambitieux de constitution d'outils de pilotage de sa stratégie, concomitamment à la mise en place d'une organisation adaptée à leur usage.

## **UN EXEMPLE DE DÉMARCHE STRATÉGIQUE ET D'ANALYSE DES PERFORMANCES DE COOPÉRATION : LE CAS DU CH DU MANS**

Avec 1 672 lits et places dans 11 pôles cliniques et médico-techniques, et 4 500 professionnels qui œuvrent à la prise en charge de 95 000 séjours, 300 000 consultations et 55 000 passages aux urgences (activité 2014), le CH du Mans est un établissement à la fois de proximité et de référence, dont le budget d'exploitation s'élève à 333 millions d'euros. Engagé depuis plusieurs années dans l'utilisation des outils de pilotage médico-économique au service de la stratégie interne de l'établissement, le CHM développe aujourd'hui une nouvelle génération d'outils tournés vers le positionnement stratégique territorial de l'établissement. Cette démarche s'inscrit dans un contexte financièrement contraint et dans un paysage territorial recomposé entre concurrence et coopération. Ces *big data* en construction devraient aider l'établissement à confirmer sa stratégie pour les années à venir.

Plusieurs éléments de contexte ont incité le CHM à compléter ses outils de gestion interne par des outils d'analyse au service du positionnement stratégique de l'établissement sur le territoire :

- la définition d'un projet stratégique CHM 2013-2018, projet structurant pour les années à venir prévoyant notamment une modernisation architecturale, de nouveaux partenariats et une ouverture plus marquée sur la ville (liens avec les adresseurs libéraux) ;
- le contexte financier contraint incitant d'une part à questionner en permanence les organisations au service de l'efficience médico-économique et d'autre part à développer l'activité en allant chercher une nouvelle patientèle ;
- la signature d'une convention de communauté hospitalière de territoire (CHT) en octobre 2013 avec 7 autres établissements publics du département entraînant une forte demande des acteurs de démontrer une logique gagnant-gagnant ;

- la concurrence du privé en chirurgie et en cardiologie avec la présence dans l’agglomération mancelle de deux cliniques avec un recrutement départemental.

## **Entre coopération et concurrence : l’analyse du positionnement territorial du CHM**

Dans ce contexte, est née une réflexion sur le développement des outils de *benchmark* hospitalier avec plusieurs objectifs :

- connaître et anticiper les besoins de la patientèle par discipline et pour les principales pathologies, afin d’adapter l’offre hospitalière du CHM à la demande de soins sur le territoire ;
- préciser et valoriser l’offre médicale et les filières du CHM (vision marketing hospitalier) ;
- étayer des stratégies de développement ou de réorientation de l’offre à moyen et long terme ;
- renforcer le positionnement stratégique du CHM sur son territoire en développant l’attractivité de l’établissement et en réduisant les taux de fuite ;
- évaluer l’impact de la CHT et des consultations avancées sur l’évolution des parts de marché et des parts d’activité par spécialité médicale.

## **La méthode et les outils utilisés au CHM**

Sous l’impulsion de la direction générale et du directoire, la réflexion a été organisée en confiant chacun des volets de ce plan stratégique à des groupes-projets (60 au total). L’un d’eux concerne spécifiquement la question des démarches et outils de pilotage et des enjeux territoriaux, et s’intitule : « Mieux connaître les besoins de la patientèle et adapter notre offre groupe patientèle ». Ce groupe-projet repose sur les compétences de la direction des finances et du département de l’information médicale de l’établissement.

Les outils utilisés sont les données de la Banque de données hospitalières de France (BDHF), les bases régionales PMSI (programme de médicalisation des systèmes d’information) et autres outils de l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation (ATIH), un *benchmark* réalisé avec 20 CH de taille comparable au niveau national et un outil de *benchmark* spécifique. Ils permettent notamment de calculer des parts de marché (où vont les patients issus d’un territoire ?), les parts d’activité (comment se répartissent les séjours d’un territoire entre les différents établissements de ce territoire ?) et le potentiel de recrutement.

Les études sont produites à la demande de la direction générale ou des pôles. Elles vont de pair avec une réflexion sur l’efficience des organisations et la qualité de la prise en charge.

Par exemple, les outils de pilotage ont été mobilisés pour répondre à la question : « Où vont les patients sarthois pour une pose (ou un remplacement) de défibrillateur ou de stimulateur cardiaque ? », ou encore : « Quel est l’impact d’une consultation avancée d’ophtalmologie dans un établissement de la CHT ? ». Ainsi, l’étude du flux de patientèle a permis de démontrer que, dans un contexte de croissance de l’activité, le CHM a su développer son attractivité sur son territoire, avec une progression des parts d’activité : sur un an, augmentation du volume de séjours issus du territoire, et diminution de 3 % du taux de fuite. Autre exemple, l’étude de l’activité de chirurgie ophtalmologique a permis de mettre en évidence une augmentation en volume de séjours et parts d’activité suite à la mise en place d’une consultation avancée (2 demi-journées par un praticien du CH dans un établissement de la CHT).