

ÉCHANGES
SUR...

**La coopération Internationale Hospitalière:
plus value et complémentarité des actions
des ONG, des CHU et des collectivités
territoriales en direction des structures
hospitalières au Sud**

↳ Synthèse des ateliers d'échanges de pratiques



Les ONG engagées dans une coopération internationale hospitalière

Echanger sur ses pratiques en matière de stratégies
d'intervention et de partenariats

*Synthèse d'un atelier d'échanges de pratiques entre ONG
11 octobre 2010*

Marthe-Valère Feuvrier (F3E)
www.f3e.asso.fr

De quoi s'agit-il ?

Cet atelier s'inscrit dans le cadre du programme Production et Echanges de connaissances du F3E. Ce programme a, entre autre, pour objectif, à travers la production de guide et l'organisation de temps d'échanges, de promouvoir l'enrichissement mutuel ainsi que la formulation d'enseignements utiles à tous.

Pourquoi ?

Un groupe de travail, issu de la commission « Relations internationales » de la conférence des DG d'Hôpitaux, s'est mis en place en partenariat avec le F3E afin de produire un guide sur la coopération internationale menée par les hôpitaux (CH-CHU) : Quelles pratiques ? Quelles méthodologies d'intervention spécifiques ?

Dans ce cadre là, la question du mode d'intervention des ONG sur le champ de la santé publique ainsi que celle des possibles interactions et complémentarités entre les CH/CHU, les collectivités territoriales et les ONG s'est posée. L'objectif est d'avoir une vision d'ensemble des pratiques des différents acteurs sur le champ particulier de l'appui aux structures hospitalières et sanitaires, mais aussi de voir comment travailler ensemble de façon plus efficace et plus cohérente. A cet effet, deux ateliers sont prévus : un premier entre ONG et un second entre ONG, collectivités territoriales et CHU. Les résultats de ces ateliers permettront, entre autres, d'alimenter le guide mais aussi de créer une dynamique pluri acteurs permettant à chacun de tirer des enseignements de l'autre et de construire ensemble des complémentarités.

Qui a participé ?

Solthis Pénélope AUTRET et Hannah YOUS

Croix Rouge Internationale Bernard SIMON

Humaniterra Priscilla RIGOT-MULLER

Humatem Cathy BLANC-GONET et Barbara COMTE

Santé Sud Brigitte SIMON

SMARA Claude et Bruno MOULINIER

Aide Médicale Internationale Anne DUTREY-KAISER

Georges DALLEMAGNE, consultant pour le F3E

Pour l'équipe technique du F3E : Bruno de Reviers et Marthe-Valère Feuvrier

Préalable

Qu'entendons-nous par « structure hospitalière » ? Elle se définit comme une structure publique ou privé qui rend un service public.

Vous trouverez ci-dessous à partir des 3 questions proposées dans l'ordre du jour une synthèse des échanges de pratiques et des débats qui se sont tenus entre les acteurs présents à l'atelier.

1. Votre partenariat avec les structures hospitalières au

Sud : Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre partenariat qui soient spécifiques aux relations avec les hôpitaux ? Quels outils/techniques/stratégies avez-vous développés pour animer/dynamiser votre partenariat ?

La phase d'identification de projet est un passage obligé et déterminant dans la co-construction d'un partenariat avec une structure hospitalière au Sud. Créer une relation de confiance mutuelle avec son partenaire est essentiel. Cette confiance mais aussi la légitimité des acteurs Nord s'acquiert en installant la collaboration dans la durée. Un partenariat ne se monte pas à tout prix ou à n'importe quel prix. Les deux structures doivent être suffisamment mures pour le montage d'une collaboration de qualité. La gouvernance des structures engagées au Nord comme au Sud doit être suffisamment solide.

Les modalités de partenariat sont très diverses.

Voici quelques exemples issus de la pratique des différents acteurs présents à l'atelier

- **Une convention générale** avec la direction de l'hôpital concernant une collaboration particulière avec une branche de l'hôpital.

AMI en Afghanistan a deux conventions générales avec deux CHU à Kaboul, conventions formalisant un partenariat spécifique avec les laboratoires de ces CHU. Dans ce cadre là, l'équipe d'AMI participe à une réunion mensuelle de l'hôpital, y apporte des conseils, des avis mais n'intervient pas à proprement parler dans la gestion de l'hôpital. Si la structure hospitalière souhaite, par exemple, accepter des dons de matériel qui n'apparaissent pas pertinents à AMI, cette dernière peut uniquement émettre un avis défavorable et ne pas s'engager dans cette démarche.

- **Le jumelage** reposant sur des liens informels entre médecins au Nord et au Sud via une ONG opératrice.

Plutôt qu'une relation de structure à structure, c'est le lien entre deux praticiens qui est au coeur de la relation partenariale. Il n'existe pas de convention globale avec la structure hospitalière, en revanche il existe des conventions très précises pour des activités spécifiques, des formations par exemple. La base du partenariat repose sur des liens personnels, des interrelations étroites entre praticiens via l'ONG opératrice. Les conventions sont signées avec les chefs de service des structures hospitalières au Sud mais pas avec la direction générale de l'hôpital.

En revanche, à l'inverse, la formalisation est beaucoup plus prégnante quand un médecin du Sud intègre temporairement un hôpital au Nord, voire parfois une formalisation à l'excès.

Un étudiant malien reçu en formation dans un service des HCL (via la **SMARA**) ne peut assurer des gestes diagnostiques et thérapeutiques, sauf dans le cas où il est rémunéré par les HCL (problème d'assurance). Les étudiants français qui font des stages dans les services hospitaliers à Bamako peuvent intervenir directement dans la vie des services. Ils trouvent, en général, un très grand intérêt dans ces stages.

Débat: n'y a-t-il pas un risque dans cette absence de formalisation du partenariat institutionnel?

En terme d'institutionnalisation de la coopération, au delà de signature de convention spécifiques pour des formations, il est très intéressant de signer une convention globale avec la structure hospitalière. Par ailleurs, dans le cadre de don de matériel, il est nécessaire de travailler en direct avec la direction de l'hôpital d'où la nécessité d'une convention de partenariat global.

- **Le projet d'établissement** est une autre manière de construire un partenariat avec une structure hospitalière.

Il est le point de départ de la relation partenariale et est co-construit avec les autorités locales sanitaires et les structures hospitalières concernées. L'objectif du projet d'établissement est de pousser les structures à raisonner en terme d'objectifs et non en terme de besoin.

En revanche, il s'agit d'avoir une attention particulière à ne pas restreindre la vision des partenaires du Sud à celle des ONG du Nord dont le périmètre est souvent plus étroit. En effet, au sud, il est souvent question de projet global de santé plutôt que projet d'établissement lié à la structure uniquement.

Santé Sud, en Mongolie, a construit un partenariat avec le ministère de la santé auprès de qui l'idée du projet d'établissement a été proposée. Un minimum de matériel a été fourni mais c'est surtout l'établissement qui, grâce à son projet, a fait valoir ses besoins de matériels auprès de partenaires étrangers, mais sur la base de leurs propres priorités.

Cette méthodologie, sur la demande du ministère, a été exportée à une autre région de Mongolie. Le ministère souhaite généraliser le concept de « projet d'établissement ». A cet effet, un guide méthodologique a été élaboré pour accompagner les acteurs dans cette démarche.

La **SMARA** a appuyé l'hôpital de Tombouctou pour son projet d'établissement et c'est au travers de la construction du projet d'établissement qu'un jumelage inter-hospitalier avec une structure en France a été initié.

En 2003, tous les hôpitaux maliens devaient avoir créé leur projet d'établissement avec un homologue français. Qu'en est-il aujourd'hui de ces partenariats et de ces projets?

- **Le partenariat en direct avec les autorités sanitaires** (Ministère de la Santé) pour décider conjointement des lieux d'intervention.

Les équipes mixtes expatriés/nationaux de **Solthis** interviennent, sur demande des autorités sanitaires des pays, auprès de structures hospitalières, laboratoires, centres de santé etc. sur plusieurs niveaux: formations sur la prise en charge du VIH, suivi/accompagnement des équipes formées et parfois don de matériel. Solthis est présent dans les réunions portant sur le secteur VIH et dans la rédaction des protocoles de recherche.

Débat: deux problèmes récurrents ont été identifiés dans le cadre de ce type d'intervention.

Au delà du renforcement de compétences des praticiens, les ONG sont régulièrement confrontées à un défaut de fonctionnement dans le fonctionnement, voire la gouvernance de l'hôpital qui peut poser des difficultés.

Le « turn over » des praticiens dans les structures hospitalières est également problématique. Le suivi est ainsi très difficile à assurer et le renforcement de la structure hospitalière est limité dans la mesure où les acteurs formés s'en vont.

La complexité du pilotage de partenariat pluri acteurs

- **La multiplicité des partenariats des structures hospitalières du Sud**

De manière récurrente, les structures hospitalières Sud travaillent avec différents partenaires étrangers (ONG, CHU, collectivités, bailleurs etc.). Le pilotage des différentes actions et des partenariats pluri-acteurs n'est pas une chose aisée. La cohérence entre chaque activité menée ne va pas de soi.

Au Cambodge, **Humaniterra** travaille avec une structure hospitalière qui est, elle-même, engagée dans différents partenariats avec d'autres organisations étrangères.

Un bureau des relations internationales a été mis en place et a pour fonction de coordonner les différents acteurs et leurs projets. Cette mise en cohérence est assurée par la structure hospitalière elle-même et peut ainsi élaborer un projet d'établissement en assurant une complémentarité entre les acteurs et les actions.

Débat: sur le principe, la mise en place d'une coordination est effectivement tout à fait pertinente mais dans la pratique, les autorités de l'hôpital ne jouent pas toujours le jeu. Une coordination n'a de sens que si elle est portée politiquement par la structure hospitalière du Sud et que si elle est mise en place et gérée par elle. N'importe quelles actions, instances de pilotage imposées ne peut pas fonctionner dans la durée.

- ***La dimension interculturelle est un élément majeur à prendre en compte dans la co-construction et le pilotage d'un partenariat***

Les difficultés rencontrées de manière récurrente

1. Les per-diem et les primes sur salaire

- ***Comment éviter l'abstentéisme du personnel lié au bas salaire et à une faible motivation ?***

AMI et les techniciens de laboratoire (fonctionnaires de l'Etat) mettent en place conjointement une planification des tâches par objectifs et si ces derniers sont atteints, une prime est ajoutée au salaire de base. Cette modalité de fonctionnement a sa limite: quid de la durabilité du système mis en place en cas de retrait de l'ONG du Nord?

- ***Comment rendre caduque la « machine à per-diem » dans le cadre des formations ?***

Dans le cadre des formations organisées par la **SMARA**, les formateurs, et les participants touchent des per-diem. Une surenchère entre organisations internationales s'établit, les montants des per-diem peuvent devenir très importants et conduire ainsi à une concurrence entre organisations.

2. Le don de matériel et la maintenance

- ***L'absence de refus des dons de matériels par les structures hospitalières du Sud***

Les structures hospitalières au Sud ne refusent que très rarement les dons de matériels même si ceux-ci ne s'inscrivent pas dans un programme / un projet cohérent. Ainsi du matériel trop sophistiqué n'est pas toujours adapté aux structures de santé du Sud. Le matériel en question, au mieux n'est pas utile aux acteurs, au pire ne fonctionne pas et personne n'a les capacités d'assurer la maintenance et les réparations.

Le partenariat d'**AMI** avec deux CHU afghan porte sur un accompagnement des laboratoires. Les dons de matériels sont réguliers hors du cadre de partenariat avec AMI. Personne ne sait quoi faire de ces équipements et si parfois ils sont utiles, à la moindre panne, personne n'est en capacité de les réparer. AMI essaye de conseiller l'hôpital mais les dons ne venant pas d'AMI, cette dernière a peu de prise, ces dons ne relevant pas de ses prérogatives. Les ¾ des machines ne sont pas utilisées ou pas utilisables et prennent beaucoup de place.

- ***La maintenance et le transfert de technologie : une question très problématique pour les acteurs***

Humaniterra a équipé les blocs opératoires d'Herat en Afghanistan. Des formations et un processus de suivi-accompagnement sont mis en place mais la question de la maintenance du matériel reste une problématique cruciale.

- ***Des solutions peuvent être trouvées pour résoudre ces problèmes de maintenance.***

C'est ce que propose **Humatem** dont la spécialité est de conseiller les structures au Nord (Hôpitaux, ONG, Collectivités) sur le don de matériel médical. Régler les problèmes de maintenance passe par une attention particulière sur la qualité du matériel envoyé et par le renforcement des capacités des acteurs locaux en terme d'utilisation et de maintenance.

Un important travail est à faire pour promouvoir les métiers liés à la maintenance (métiers biomédicaux) et pour mettre en oeuvre des formations spécifiques pour renforcer leurs capacités car peu de formations existent sur ce sujet, en Afrique notamment. C'est que s'attache à faire Humatem en collaboration avec d'autres partenaires (Bioforce, APIBH). L'autre problématique réside dans le fait qu'il faut former les acteurs en continue car les technologies évoluent rapidement. Pour chaque nouvelle machine, il faut une formation particulière et donc prévoir des temps de formations pour les ressources humaines de l'hôpital.

Humatem observe, de manière récurrente, la difficulté qu'ont les acteurs de la solidarité internationales (ONG, CT etc.) à formaliser leur relation de partenariat au Sud sur les projets d'appui à l'équipement médical. Le don suppose, en effet, un partenariat fort en terme institutionnel car c'est bien la direction de l'hôpital qui gère le volet budgétaire et des ressources humaines.

En Haïti, **Humaniterra** n'a pu identifier que deux biomédicaux compétents. Les structures hospitalières ne disposent pas de moyens suffisant pour les rémunérer. Les structures ont du mal à anticiper en terme de gestion de la maintenance et des compétences qui lui seront nécessaires. Des solutions alternatives peuvent être trouvées, en Afghanistan Humaniterra a bénéficié via Véolia d'une blanchisserie et d'une stérilisation. Un ingénieur a été formé sur place et Veolia a proposé qu'une sorte d' « hotline » avec vidéoconférence soit mise en place afin de régler les problèmes à distance.

Humatem vient de publier un document pour sensibiliser les directeurs de structures de santé africaines à l'importance des métiers biomédicaux.

L'institut **Bioforce** mène une étude de faisabilité au Bénin pour créer une école de techniciens biomédicaux, école qui pourrait avoir une zone d'influence sur l'ensemble de la sous-région.

- ***Un focus sur les modalités de fonctionnement d'Humatem***

Humatem accompagne les acteurs de la solidarité internationale en les aidant à préciser leurs besoins au regard des compétences disponibles sur place au sein de leur structure partenaire et de leurs moyens.

Chaque association qui souhaite s'impliquer dans le don de matériel a un dossier à remplir permettant de diagnostiquer la situation locale. Cet outil « diagnostic » permet aux porteurs de projet de se poser les bonnes questions même s'il reste sans cesse à parfaire. Une réflexion est prévue sur ce sujet avec l'**URD** pour améliorer ces outils de diagnostic et d'évaluation et les rendre accessibles à tous.

2. Votre collaboration avec des hôpitaux français : Sur quoi porte-t-elle ? (forces, faiblesses / plus value respective des actions ONG et CHU) Quelles sont vos complémentarités ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

La collaboration avec des hôpitaux français : comment bien se coordonner et répondre au mieux aux attentes des différentes parties prenantes?

- ***La coordination entre une ONG et un CHU au Nord ne va pas de soit.***

Les attentes de chacun des acteurs ne sont pas forcément conciliables dans une même temporalité. Le rythme de planification des ONG n'est pas forcément le même que celui des CHU notamment dans le cadre d'envoi de stagiaire, technicien ou médecin. Les partenariats sont jugés certes complexes mais très intéressants.

Exemples: **AMI**, dans le cadre de son appui aux laboratoires de deux CHU de Kaboul, a monté également un partenariat avec les universitaires des Hospices Civils de Lyon pour l'envoi d'étudiants et de médecins dans les laboratoires. Au départ, le partenariat était mal coordonné et de ce fait, chaotique. L'envoi de personnels de la part des HCL n'était pas toujours lié à un besoin sur place et n'étaient pas toujours en phase avec la planification d'AMI. Il fallait ainsi dans l'urgence trouver une mission utile. Le rythme entre les deux partenaires français et le partenaire afghan n'était pas le même. Ceci étant, progressivement, le partenariat a évolué et la venue de médecins, techniciens ou d'étudiants correspond aujourd'hui à des besoins identifiés en amont avec des TDR de missions complets et adaptés.

Le partenariat avec les HCL permet à AMI d'avoir une expertise ponctuelle mais régulière de différentes spécialités notamment sur la dimension transfert de technologie.

Solthis contractualise avec des laboratoires en France. La contractualisation porte surtout sur des programmes de formation en France ou sur le terrain, sur des programmes de recherches et des publications. Dans ce cadre là, Solthis travaille avec des médecins qui interviennent de manière bénévole. La limite de ce partenariat est que les bénévoles peuvent interrompre leur engagement à tout moment sans que Solthis n'ait de prise pour les « garder ». Il y a un fort enjeu de fidélisation des bénévoles.

- ***Construire un partenariat avec un CH-CHU au Nord est une démarche complexe notamment en raison d'une bureaucratie lourde.*** Il est difficile de faire converger les attentes des Hôpitaux du Nord, du Sud et celles de l'ONG opératrice. Cela demande une énergie importante de dépasser les attentes classiques du Sud (matériels, voyages en France etc.) et du Nord (voyage, bonne volonté ne rimant pas toujours avec cohérence et pertinence d'une action etc.). A l'époque des coopérants, le lien se faisait peut-être plus facilement car les coopérants servaient de relais et permettaient de réguler les relations partenariales inter hospitalières.

La recherche de compétences et la question de la disponibilité des ressources humaines : un enjeu majeur dans la collaboration entre ONG et CHU en France

- ***Certaines ONG vont chercher les compétences dans leur réseau de bénévoles professionnels.***

Les bénévoles s'engagent personnellement, à titre privé, sans jumelage spécifique avec un hôpital en France.

- ***Pour d'autres, mobiliser les ressources humaines françaises provenant des CHU est une vraie difficulté, les hôpitaux étant eux-mêmes en sous effectif.***

Les collaborations restent très ponctuelles et concernent un service technique particulier (pédiatrie par exemple) mais le partenariat est rarement global. La collaboration ponctuelle a ses limites car si les agendas du médecin ne concordent pas avec celui du projet, la mission peut échouer.

- ***L'ancrage régional de l'ONG peut être un atout pour mobiliser des ressources humaines médicales.*** Un bon réseau peut ainsi se développer autour de la valorisation d'un projet de développement global.

La **SMARA** connaît deux modalités de fonctionnement avec son réseau de bénévoles:

- une collaboration basée sur une relation interpersonnelle entre deux médecins (N/S) qui organisent des échanges de médecins, d'étudiants, etc. La collaboration s'établit au niveau des individus et d'un service spécifique. Les directeurs généraux des deux structures sont informés de la démarche mais cette dernière n'est pas institutionnalisée. La dynamique créée est entre deux services. Dans ce cadre là, l'hôpital français n'alloue pas de moyens spécifiques, le médecin part de manière bénévole soit sur des congés humanitaires, soit sur ses propres congés.
- l'ONG peut être appuyée par le service des Relations Internationales des CH-CHU et favoriser le lien entre ONG et la direction générale des CHU en apportant des conseils notamment dans le cadre de l'organisation de formation.

Débat:

- Ce dernier point est intéressant mais force est de constater qu'il n'existe par toujours des services de Relations Internationales dans les hôpitaux. Les partenariats développés par **Humatem** avec des hôpitaux démarrent souvent sur le constat que les CH-CHU ont des difficultés à répondre aux sollicitations des associations car il leur manque des compétences et de la disponibilité en interne pour étudier les demandes. Ainsi, les CH-CHU peuvent déléguer la réaffectation de leurs équipements à Humatem qui travaille ensuite de manière rapprochée avec les porteurs de projets associatifs. Comme d'autres établissements, les Hospices Civils de Lyon ont, par exemple, décidé depuis janvier 2010 de déléguer à Humatem la réaffectation de leurs équipements médicaux aux acteurs de solidarité internationale. C'est un bel exemple de complémentarité entre ONG et le secteur hospitalier.
- Dans la construction d'un partenariat entre des ONG et des CH-CHU, existe-t-il un travail commun sur une grille de pré requis permettant d'identifier la plus-value d'un praticien pour une éventuelle mission au sein d'une structure hospitalière au Sud ? La mise en disposition des compétences d'un praticien au Sud est-elle toujours justifiée?

En effet, sur le terrain, il y a de nombreuses compétences de qualité. Il y a de bonnes écoles de soins infirmiers par exemple. L'envoi de personnel médical français ne se justifie par toujours d'où l'intérêt de travailler à modéliser les pré requis essentiels.

Pour compléter sur ce sujet, il y a un travail nécessaire à faire pour sensibiliser et former aux bases de la méthodologie du cycle de projet adapté aux projets de santé. Bien que certaines structures possèdent des TDR très bien faits pour les missions de terrain notamment, les ONG et les CH-CHU n'ont pas forcément des connaissances méthodologiques suffisamment abouties. Par ailleurs, malgré leur souhait d'être plus professionnels dans leur pratique de coopération internationale hospitalière, les CH-CHU ont de plus en plus de difficultés à « libérer » leurs médecins pour ce genre de mission car eux-mêmes ont des problèmes de financement et d'effectifs à gérer. En effet, pour les CH-CHU, envoyer en mission un médecin ou un technicien

leur coûte à la fois le salaire et le manque à gagner généré par leur absence. A ce sujet, un rapport de l'inspection générale des affaires sanitaires est intéressant à consulter : « **Rapport sur l'organisation et le financement des activités de Coopération Internationale des hôpitaux dans le cadre de la tarification à l'activité** », nov 2008, par Patrick Mordelet.

- Qu'est ce qui peut donc être fait pour rendre les actions des ONG plus motivantes et mobilisatrices pour les CH-CHU ?

Il faut valoriser le fait que s'engager dans ce type de projet permet de souder une équipe médicale. Cela permet également aux CH-CHU de rayonner et d'avoir potentiellement une renommée localement en France et sur le terrain.

Avoir une personne motrice dans le personnel qui impulse la dynamique est également la garantie d'une bonne mobilisation des équipes. Mais il n'en reste pas moins qu'au delà des liens personnels l'institutionnalisation de la collaboration est essentielle pour que les actions perdurent. Enfin au delà de l'image et du rayonnement, il faut également des financements pour motiver les CH-CHU à s'engager dans une coopération. Des moyens doivent être alloués aux personnes qui s'engagent dans la gestion de ce genre de projet.

La reconnaissance des acteurs associatifs par les CH-CHU : une condition indispensable pour mieux travailler ensemble

- ***Trop souvent, les CH-CHU ne prennent pas la mesure de l'évolution du secteur de la Solidarité Internationale.***

Les bonnes pratiques dans le domaine du don de matériel médical invitent les associations à ne plus accepter n'importe quel don de matériel même au lendemain d'une catastrophe. Le discours encore trop souvent tenu par les établissements hospitaliers « prenez tout ou rien » ne devrait plus se rencontrer.

Le regard sur les associations doit évoluer vers plus de reconnaissance et de respect.

A l'inverse, les associations doivent mieux se positionner face aux CH-CHU en valorisant leur professionnalisme et les complémentarités avec les prérogatives des CH-CHU.

Esther aurait une plus value à apporter sur cette collaboration car c'est son coeur de métier.

Les CH-CHU pourraient davantage valoriser leurs actions de coopération dans leurs outils de communication (site internet, brochure).

- ***La tendance s'orienterait vers une demande des établissements hospitaliers d'une prise en charge de leur personnel par les budgets des projets/programmes.***

L'évolution va donc aller dans le sens de montage de projets européens par exemple et ce en consortium/partenariats entre les structures hospitalières Nord et Sud et les ONG, voire les collectivités territoriales avec en perspective des enjeux de développement communs.

3. En vue de l'atelier d'échange avec le groupe de travail

CHU : quels sujets souhaiteriez-vous aborder avec eux ? Quelles seraient vos attentes ?

- **Identifier comment mieux travailler ensemble en amont des projets en valorisant les expertises de chacun et les complémentarités** : comment mieux construire nos partenariats en apprenant des expériences passées et en ayant une meilleure reconnaissance mutuelle?
- **Identifier ensemble les obstacles à l'aboutissement de certains partenariats** malgré les bonnes volontés.
- **Echanger ensemble sur la valeur que les CH-CHU accordent aux associations** : quelles connaissances ont-ils du secteur associatif et de son évolution notamment en terme de capacités méthodologiques pouvant être mis à la disposition des CH-CHU ?
- **Réfléchir ensemble autour des différents modes d'intervention**, par exemple : (i) mode interventionniste (don d'équipement, formation) et (ii) accompagnement à la gestion globale de l'hôpital (projets d'établissements, appui au conseil d'administration etc.).
Les CH-CHU doivent saisir toute l'étendue du panel des collaborations possibles. En effet, au-delà des aspects hospitaliers purs, les CH-CHU pourraient s'impliquer sur la création de mutuelles de santé. Dans le projet de formation biomédical, des CH-CHU pourraient accepter de tester du matériel biomédical avant qu'il ne soit envoyé par une association.
- **Réfléchir ensemble sur la manière d'impliquer le personnel hospitalier différemment tout en réduisant la fracture numérique**: formation pédagogique à distance, « hotline », forum de discussion sur l'utilisation des équipements, téléconsultations etc.