



ASSOCIATION EUROPÉENNE DES MÉDECINS DES HÔPITAUX  
 EUROPEAN ASSOCIATION OF SENIOR HOSPITAL PHYSICIANS  
 EUROPÄISCHE VEREINIGUNG DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE  
 EUROPESE VERENIGING VAN STAFARTSEN  
 DEN EUROPÆISKE OVERLÆGEFORENING  
 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ  
 ASSOCIAZIONE EUROPEA DEI MEDICI OSPEDALIERI  
 DEN EUROPEISKE OVERLEGEFORENING  
 ASSOCIAÇÃO EUROPEIA DOS MÉDICOS HOSPITALARES  
 ASOCIACIÓN EUROPEA DE MÉDICOS DE HOSPITALES  
 EUROPEISKA ÖVERLÄKARFÖRENINGEN  
 EVROPSKO ZDRŽENJE BOLNIŠNIČNIH ZDRAVINIKOV  
 EUROPSKA ASOCIACIA NEMOCNICNÝCH LEKAROV  
 EUROPSKA UDRUGA BOLNIČKIHI LIJEČNIKA  
 ЕВРОПЕЙСКА АСОЦИАЦИЯ НА СТАРШИТЕ БОЛНИЧНИ ЛЕКАРИ  
 ASOCIATIA EUROPEANA A MEDICILOR DIN SPITALE

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Info-Document :</b> | <b>AEMH 11-011</b>   |
| <b>Title:</b>          | <b>Task Shifting : towards new liabilities?</b>  |
| <b>Author :</b>        | <b>Nicolas GOMBAULT, Directeur General, le Sou Médical, groupe MACSF</b>   |
| <b>Purpose :</b>       | <b>Info-documents disseminated by the AEMH European Liaison Office do not necessarily reflect the opinion of the AEMH and its Board. Info-documents are meant to inform, to raise awareness, to alert, to launch a debate, to incite taking action,.....</b> |
| <b>Distribution :</b>  | <b>AEMH Member Delegations</b>   |
| <b>Date :</b>          | <b>19 January 2011</b>   |

# Risque Prevention

*des professionnels de santé*

## Task Shifting : towards new liabilities? Numero 6. decembre 2010

Software translation from French, corr. BJencik



The French law No. 2009-879 of 31 July 2009, called law HPST, filed an Article L. 4011-I in the Public Health Code (CSP) that allows health professionals to engage, at their initiative, in a "cooperative approach with the aim to transfer activities or acts of care, or reorganize their methods of intervention with the patient. "Objective: To promote new organizations and professional practices, to redefine the centers of competence of each health professional. In a context of demographic challenges of physicians, who moreover devote a significant part of their time with tasks unrelated to their profession, in order to meet the growing needs of health related to the development of chronic and polypathologic diseases. On voluntary bases, these transfers are strictly controlled to preserve the quality of care. Two steps are planned:

- Health professionals should submit protocols of cooperation (Which must meet the health needs at a regional level) at the ARS (Regional Health Agencies), and at the High Authority for Health (HAS). Protocols should specify (the purpose and nature of cooperation, in particular disciplines or diseases, the location and scope of intervention of concerned professionals. The Director of ARS allows the implementation of protocols after the assent of the HAS. Also, if a patient has suffered damage as a result of a dangerous protocol, the ARS could, in our view, retrospectively be held responsible for having allowed a practice does not guarantee the safety of care.
- then the application must be registered with the ARS, which verifies the will of all stakeholders, the existence of a guaranteed insurance concerning the scope defined by the protocol, and the proof of experience and training in the field considered by the involved professionals.

Despite this framework, many medical-legal questions remain unanswered.

What about the responsibility of the ARS in the event of an accident caused by a health professional due to insufficient competence ? Does it not put "the cart before the horse"

to require a "certificate of professional liability insurance covering the activities described in the protocol and performed by the health professional in private practice"? This implies that insurance companies verify, upstream, the competence and experience of the applicants. Yet, logically, the warranty insurance should only be granted to a professional wishing to participate in a health protocol after authorisation given by the ARS, in accordance with the principle that an insurer cannot guarantee an illicit activity.

Could an insurance company, anxious not to give a guarantee for an act not yet permitted, refuse to cover this activity? And if the health professional calls on the Central Bureau of pricing (BCT) could it compel an insurance company to guarantee, while the ARS has not yet authorized to perform the acts of the protocol? Does this not mean to endorse an illegal past practice by requiring from the applicant to provide evidence of experience in this area where precisely only the authorisation makes the shifting of tasks lawful? Finally, the authorization, which is given only if the applicant can justify of initial and continuous training, will there be one day the responsibility of one of these organizations questioned because the professional does not seem competent?

**The imprecision of the new procedure can make us fear a failure of quality of care.** Anxious to cut short some critics, an order of 21 July 2010 establishes a monitoring of the implementation of protocols by the concerned professionals who must report annually to the HAS and the ARS the result of a number of indicators , defined in each protocol, and alert in case of occurrence of an adverse event. But will this be enough?

Was there no other way to verify the qualifications and competence of health professionals desiring to increase their areas and contribute to better cooperation between them? Reflection on revolution trades and health conditions of the initial and continuing training for professionals should necessarily take into account the interest of patients, and thus aspects of liability and risk management.

*Nicolas GOMBAULT  
Directeur General, le Sou Medical  
Groupe MACSF*

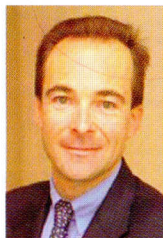


# Risque & Prévention

des professionnels de santé

Numéro 6 - décembre 2010

## T ransfert de tâches : vers de nouvelles responsabilités ?



La loi n° 2009-879 du 31 juillet 2009, dite loi HPST, a introduit un article L. 4011-1 dans le Code de la santé publique (CSP) qui autorise les professionnels de santé à s'engager, à leur initiative, dans une « démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins, ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ». Objectif : favoriser l'émergence de nouvelles organisations des pratiques professionnelles

et redéfinir les centres de compétence de chaque professionnel de santé. Dans un contexte de difficultés démographiques des médecins, qui de surcroît consacrent une part significative de leur activité à des tâches sans rapport avec leur cœur de métier, il s'agit de mieux répondre aux besoins croissants de santé liés au développement des maladies chroniques et des polyopathologies.

Basés sur le volontariat, ces transferts de tâches sont strictement encadrés afin de préserver la qualité des soins.

Deux étapes sont prévues :

- Les professionnels de santé doivent soumettre les protocoles de coopération (qui doivent répondre à un besoin de santé constaté à un niveau régional) à l'ARS (Agence régionale de santé), puis à la Haute Autorité de santé (HAS). Les protocoles doivent préciser l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels concernés. Le directeur de l'ARS autorise la mise en œuvre des protocoles, par arrêté pris après avis conforme de la HAS. Aussi, s'il était démontré a posteriori qu'un patient a subi un dommage du fait de l'application d'un protocole dangereux, l'ARS pourrait, à notre sens, voir sa responsabilité retenue pour avoir autorisé une pratique ne garantissant pas la sécurité des soins.
- Puis la demande d'adhésion doit être enregistrée auprès de l'ARS, qui vérifie la volonté de l'ensemble des parties prenantes, l'existence d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole, et la preuve de l'expérience et de la formation dans le domaine considéré des professionnels concernés.

Malgré cet encadrement, bien des questions médico-légales restent aujourd'hui sans réponses.

Qu'en sera-t-il de la responsabilité de l'ARS en cas d'accident causé par un professionnel de santé du fait d'une compétence insuffisante ? Ne met-on pas « la charrue avant les bœufs » en exigeant du demandeur, comme le fait l'arrêté du 31 décembre 2009, « une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole considéré qui ont vocation à être effectuées

par le professionnel de santé exerçant à titre libéral » ? Cela suppose que les sociétés d'assurance vérifient, en amont, la compétence et l'expérience des demandeurs. Pourtant, en toute logique, la garantie assurantielle ne devrait pouvoir être souscrite qu'après l'autorisation donnée par l'ARS au professionnel de santé souhaitant participer au protocole, conformément au principe selon lequel un assureur ne peut garantir une activité illicite.

La société d'assurance sollicitée, soucieuse de ne pas accorder une garantie pour un acte non encore autorisé, pourrait-elle refuser de couvrir cette activité ? Et si le professionnel de santé saisit le Bureau central de tarification (BCT), celui-ci pourrait-il contraindre une société d'assurance à le garantir, alors que l'ARS ne l'a pas encore autorisé à pratiquer les actes, objets du protocole ?

N'est-ce pas avaliser une pratique antérieure illégale que d'exiger du demandeur qu'il justifie d'une expérience dans le domaine considéré puisque précisément, seule l'autorisation est de nature à rendre licite le transfert de tâches ?

Enfin, l'autorisation n'étant donnée que si le demandeur peut justifier d'une formation, initiale et continue, verra-t-on un jour la responsabilité de l'un de ces organismes mise en cause parce que le professionnel

ne semble pas compétent ?

L'imprécision du nouveau dispositif peut faire redouter une remise en cause de la qualité des soins. Soucieux de couper court à certaines critiques, un arrêté du 21 juillet 2010 a instauré un suivi de la mise en œuvre des protocoles par les professionnels concernés, qui doivent communiquer annuellement à la HAS et aux ARS le résultat d'un certain nombre d'indicateurs, définis dans chaque protocole, et alerter en cas de survenance d'un événement indésirable. Mais cela sera-t-il suffisant ?

N'y avait-il pas d'autres moyens de s'assurer de la qualification et de la compétence des professionnels de santé désirant accroître leurs domaines d'intervention et participer à une meilleure coopération entre eux ? La réflexion sur l'évolution des métiers de la santé et les conditions de la formation initiale et continue des professionnels doit nécessairement prendre en compte l'intérêt des patients, et ainsi les aspects de responsabilité et de gestion des risques.

“ L'imprécision du nouveau dispositif peut faire redouter une remise en cause de la qualité des soins. ”

”

Nicolas GOMBAULT

Directeur Général, le Sou Médical  
Groupe MACSF

\* Autorité administrative indépendante que peut saisir toute personne ayant l'obligation de souscrire une assurance et s'étant vu opposer un refus par un assureur.