



Télémédecine & Dispositifs Médicaux Communicants

*De la télémédecine pour améliorer l'efficacité
du système de santé française*

Dossier de presse

7 octobre 2009

Contact Presse :

BV CONSEIL Santé

7, rue Greffulhe - 75008 PARIS

Laurent Mignon – Alexandra Dufrien

Tél. : 01 42 68 83 40 - Fax : 01 42 68 10 55

e-mail : bvconseil@bvconseil.com – www.bvconseil.com

Sommaire

De la télémédecine pour améliorer l'efficacité du système de santé français

DEFINITION DE LA TELEMEDECINE

LES USAGES ...

- **Télécardiologie**
Philippe Chevalier - Hospices Civils de Lyon
Arnaud Lazarus - Clinique Bizet (Paris)
- **Téledialyse**
Jacques Chanliau – Directeur Association ALTIR
- **Télérespiration**
Anne Reiser – Présidente du GS "Respiration à Domicile" du SNITEM
- **Téléradiologie**
Professeur Alain RAHMOUNI - Secrétaire général adjoint de la SFR

Le SNITEM

PRESENTATION

TELEMEDECINE, DEFINITION

La loi HPST définit la télémédecine dans l'article L. 6316-1 du Code de la Santé Publique.

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. »

LES USAGES... La Télécardiologie

Philippe Chevalier - Hospices Civils de Lyon et Arnaud Lazarus - Clinique Bizet (Paris)

La télécardiologie est un moyen de contrôler à distance une prothèse rythmique, stimulateur ou défibrillateur, implantée à un patient et d'avoir une communication avec cette prothèse. Celle-ci est rendue possible par un transmetteur qui est laissé au patient et est, soit organisée à une date prévue, c'est ce qu'on appelle la téléconsultation, soit assurée par un suivi automatique en continu, le télésuivi. Le dispositif médical est alors capable d'envoyer de nombreuses données ajoutées quotidiennement au dossier sécurisé du patient et d'alerter si un événement anormal se produit. Une réelle avancée.

Comme en consultation

Deux types de données peuvent être suivis. Les éléments techniques tels le niveau de batterie de l'appareil, l'état des sondes qui le relie au cœur, les besoins en énergie pour que la stimulation se fasse de façon efficace... et les éléments médicaux avec les informations concernant le rythme cardiaque et pour certaines prothèses, la qualité du fonctionnement du cœur du malade, évocatrice parfois d'insuffisance cardiaque. Ces informations sont récupérables très rapidement à distance en cas de dérive d'un paramètre, qu'il soit médical ou technique. Les médecins reçoivent alors une alerte (selon les entreprises, un fax, un mail, un sms). L'entreprise assure également le fonctionnement du serveur, qui à un échelon mondial ou européen, récupère les données et offre l'accès aux centres qui ont des patients suivis par cette technique de télécardiologie.

Déjà plus de 5 000 patients en France

Encore très récemment, un seul constructeur proposait le système et l'industriel déclarait récemment que 5 000 patients en bénéficiaient en France. D'autres industriels arrivent sur ce marché, avec des systèmes de télésuivi et vont commencer à les déployer, preuve des opportunités futures en la matière. Aux Etats Unis, ces systèmes sont beaucoup plus couramment utilisés sous la forme de téléconsultations et dans le monde, plusieurs centaines de milliers de patients sont porteurs de prothèses communicantes. Les grands constructeurs déclarent prendre chacun en charge plus de 100 000 patients.

Une expertise cardiologique plus rapide pour le bénéfice des patients

Les bénéfices les plus importants du télésuivi sont la sécurité et la santé du patient et la détection précoce des problèmes avant même qu'ils n'impactent gravement. Auparavant, les informations étaient enregistrées et lues tous les six mois, avec le spécialiste. Avec le télésuivi, on peut gagner des semaines, voire des mois, dans la détection d'une anomalie. Pour des patients vus tous les six mois, les événements se produisent en moyenne à 1 mois du précédent suivi. Un gain de près de cinq mois pour la détection d'un événement est alors réalisable.

Pour l'avenir

La France doit encore trouver une méthode de prise en charge. Pour l'instant, tout est gratuit pour le patient, l'équipement étant fourni par le constructeur. Mais ceci ne peut être réalisé à grande échelle, d'autant qu'il s'agit là d'un travail supplémentaire pour le médecin qui se doit de se préoccuper des alertes qu'il reçoit, de vérifier dans le dossier numérique du patient ce qui s'est passé et, au besoin, de convoquer ce dernier. Des discussions sont également en cours pour une prise en charge matérielle pour l'industriel qui fournit les prothèses communicantes. Dans les pays étrangers, différents modes de financement coexistent. Aux Etats-Unis, c'est un forfait pour les constructeurs. Pour les médecins, il s'agit d'un remboursement équivalent à une consultation faite en face à face, voire un forfait annuel quel que soit le nombre de « téléconsultation » ou « télésuivi » réalisés et la façon dont ils sont fait, comme par exemple aux Pays Bas.

Autre application en téléexpertise cardiologique

Professeur Philippe Chevalier - Hospices Civils de Lyon

« La surveillance des pacemakers et des défibrillateurs est très développée actuellement. Par contre le télé-ECG (électrocardiogramme), domaine dans lequel nous avons été précurseurs aux Hospices Civils de Lyon, est beaucoup plus confidentiel puisque aucun support institutionnel public n'existe. Nous avons développé un modèle d'électrocardiographe portable, le PEM (portable electrocardiographic monitor). Le patient est chez lui et lorsque survient une crise douloureuse thoracique, un essoufflement ou des palpitations, il réalise lui-même son électrocardiogramme et le transmet par internet à un centre régulateur. Selon la gravité des signes ECG, le patient est orienté soit vers une consultation, soit vers les urgences, ou invité à ne pas s'inquiéter. On délocalise l'expertise et l'on gagne ainsi beaucoup de temps. Globalement, dans plus de 90 % des cas, le patient est satisfait, il se sent bien suivi et a confiance dans le système. L'acceptabilité de ces nouveaux systèmes de télédiagnostic et de télésurveillance est donc très bonne. Ce type de fonctionnement est pourtant lourd à mettre en place. Un centre de télésurveillance avec une permanence et un bon niveau d'expertise est extrêmement coûteux en personnel...».

LES USAGES... La Télédialyse

Jacques Chanliau – Directeur Association ALTIR

Les structures associatives représentent en France 40 % de l'offre de dialyse. Une offre incontournable. L'Association ALTIR, (Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale) établissement de santé privé à but non lucratif, développe des traitements de l'insuffisance rénale par dialyse, dans des structures de proximités et à domicile, hors centres lourds, et développe l'utilisation de systèmes de télétransmission de données....Jacques Chanliau, Directeur de l'ALTIR, s'explique...

Qu'est-ce que la Télédialyse ?

« Dans le cadre de notre offre de traitements de proximité aux patients, nous essayons de fournir les mêmes services que ceux proposés dans les grands centres. Pour réaliser leur suivi, il faut que nous ayons accès aux éléments concernant le dossier du patient. Ces informations, qui ne sont pas nécessairement saisies automatiquement, concernent le poids, la tension, quelques éléments cliniques simples, (l'état général, les œdèmes, la douleur...) et regroupent des données utilisables quasiment en temps réel, fournies pendant les séances de dialyse par les générateurs. La télédialyse est vouée à permettre cette sécurité, cette surveillance ».

Quelles sont les principales expériences déjà conduites en France?

« Pour la télédialyse, deux types de modalités ont été expérimentées en France. L'une concerne les unités de dialyse (Bretagne), et l'autre les patients à domicile (Lorraine, région lyonnaise, Alsace, ...). Nous avons démontré par nos deux activités que ce type de surveillance était possible et qu'elle était dotée d'aussi bons résultats que la surveillance de proximité. Ceci a permis de développer des axes de recherche, principalement au niveau de la Haute Autorité de Santé, pour permettre le déploiement dans d'autres structures et d'autres régions de ces expériences appelées à devenir une norme de suivi. Il a donc fallu définir un certain nombre de normes techniques concernant les modalités de transmission, de sécurité et de type de données que l'on veut transmettre. Dans les unités de dialyse médicalisée, la demande est importante et on peut imaginer qu'assez rapidement, à l'échéance d'un an ou deux, on puisse avoir une quinzaine ou une vingtaine de ces unités télé surveillées. »

Et à domicile ?

« L'expérience de l'ALTIR est principalement orientée vers ce type de suivi, donc avec des patients encore plus autonomes. Une soixantaine de patients sont actuellement suivis et envoient leurs données depuis leur domicile. Entre trois et quatre cents ont déjà participé à l'expérience ou été suivis. La mise en œuvre est actuellement, pour des raisons techniques, difficile mais dès que les transmissions, en particulier par l'ADSL, seront généralisées dans la population, il y aura une possibilité de mise en place rapide de ce système ».

Outre l'optimisation de la prise en charge du patient, quels sont les autres avantages de la télémédecine dans votre domaine ?

« Pour la Lorraine, nous avons démontré, sur le plan économique, qu'il y avait une diminution des hospitalisations, une diminution des déplacements et dans certains cas, une diminution des traitements. On a pu par exemple améliorer l'état des hypertendus uniquement avec cette surveillance, ce qui a permis de diminuer la prise de médicaments antihypertenseurs »

Encore plus d'autonomie donnée au patient, est-ce sécurisant ?

« Les retours des patients sont extrêmement positifs. Les enquêtes de satisfaction réalisées ont toutes été très favorables à la télémédecine. Et ce qui ressortait essentiellement était une sensation de sécurité accrue, qui joue énormément sur la qualité de vie. Ce suivi est actuellement proposé à tous nos patients en dialyse péritonéale et nous avons un taux de refus extrêmement faible : de l'ordre de 1 %. Pour faciliter encore cela, nous travaillons sur les interfaces mises à disposition à domicile pour pouvoir notamment faciliter l'accès à internet et l'échange de données notamment chez les personnes âgées. »

Quel préalable à un déploiement plus large ?

« Il faut encore convaincre les médecins puisqu'actuellement, il n'y a pas de rémunération pour cette activité de 'traitement de l'information'. Il convient également de réfléchir sur la responsabilité engagée. La structure législative fait pour l'instant défaut, ainsi que les autorisations. Dès que ces questions seront réglées, le déploiement pourra s'effectuer... En outre, les demandes que nous avons auprès des industriels sont claires. Il s'agit de pouvoir mettre à disposition les informations sous une forme exploitable et uniformisée et d'équiper les centres en matériels communicants dans cet esprit. »

LES USAGES...La Télérespiration

Anne Reiser – Présidente du GS "Respiration à Domicile" du SNITEM

L'augmentation du taux de patients diagnostiqués et traités, en relation avec une meilleure connaissance de la pathologie fait qu'aujourd'hui, environ 250 000 patients en France sont pris en charges pour leurs troubles respiratoires et plus particulièrement l'apnée du sommeil. Une «épidémie» à gérer ? Il semble en effet que ce chiffre ne représente que la partie immergée de l'iceberg. Vieillesse de la population et augmentation de la prévalence de l'obésité laissant présager d'une augmentation régulière du nombre d'affections respiratoires.

Un traitement à vie

Le traitement par pression positive nécessite le port d'un masque raccordé par un circuit respiratoire à un appareil qui délivre de l'air. Cet air pressurisé agit comme une « attelle pneumatique » permettant de maintenir les voies aériennes supérieures ouvertes et de prévenir l'apnée. Ce traitement est capital pour la prévention des co-morbidités comme des accidents, en particulier dans les transports. D'après une enquête sur la somnolence diurne réalisée auprès de 13 500 habitants adultes du Nord-Pas-de-Calais, la population la plus touchée serait les chauffeurs professionnels (27,9%). Le profil d'observance au traitement s'établit précocement au cours de la première semaine et prédit l'utilisation à long terme. 8 à 15 % des patients ont des difficultés à accepter le traitement après la première nuit. L'échec d'utilisation de la Pression Positive Continue précède alors à la réapparition de la somnolence diurne et dans certains cas favorisent le développement de pathologies cardio-vasculaires.

Une prise en charge complexe

L'acceptation du traitement est souvent difficile et l'importance accordée à l'adaptation du traitement dans les premiers jours est primordiale. La détection de ce manque d'adaptation ou d'une mauvaise observance initiale, celle de fuites et/ou d'un traitement insuffisant doit être faite rapidement. Le suivi à long terme évaluera quant à lui l'efficacité clinique en relation avec une évolution de la pathologie et l'observance. Si dans la plupart des cas, l'acceptation de la Pression Positive Continue est bonne, en particulier chez les patients porteurs de Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil sévères, avec une bonne observance pour plus de 80 % d'entre eux à 10 ans, les 20% restant demandent un suivi particulièrement rapproché.

Des solutions

Aujourd'hui dans le cadre du suivi hospitalier ou du suivi en ville, il est possible de monitorer et régler à domicile un certain nombre de paramètres tels que la pression, le débit, les fuites, le volume courant et la fréquence respiratoire...

Les outils récents de suivi thérapeutique des troubles respiratoires du sommeil ouvrent de nouvelles perspectives pour le patient, le laboratoire du sommeil ainsi que pour le médecin prescripteur et le prestataire de santé. Un module intégré ou qui se fixe à l'appareil de traitement à domicile enregistre et stocke des données sur l'observance du patient et sur l'efficacité de son traitement. L'accès et le transfert de cette information permettent au prestataire ou au médecin de rester en lien avec les patients et les réseaux de soins, afin d'assurer le succès du suivi du traitement.

Une expérimentation grandeur nature

Aux Etats-Unis, cette expérience concerne des milliers de patients depuis novembre 2008 et semble jouer un rôle décisif dans l'aide à l'observance comme témoin de l'observance du patient. Le télémonitoring permet en outre la détection immédiate de problèmes pouvant être ainsi traités avec une grande réactivité avant qu'ils ne conduisent à la non-compliance. De plus, l'intervention à distance est possible sur le traitement, grâce à l'ajustement des paramètres de l'appareil.

Et demain...

Le modèle reste encore à définir en fonction des axes locaux mais le télésuivi dans la respiration à domicile semble d'ores et déjà un vecteur de gain d'efficacité et de qualité de soin non seulement dans les troubles respiratoires du sommeil mais aussi dans le suivi de l'insuffisance respiratoire chronique, et notamment la BPCO ... L'opportunité pour le télésuivi dans le domaine respiratoire est forte, de par le nombre de patients pris en charge et le relais naturel déjà établi entre le patient et le prestataire. Au final, la prise en charge du système en fonction de ses coûts devrait être mise en perspective avec son rôle décisif d'aide à l'observance, à la décision et à l'allocation de ressources, qu'apportent ces nouvelles technologies.

LES USAGES... La Téléradiologie

Professeur Alain RAHMOUNI - Secrétaire général adjoint de la SFR

La téléradiologie, organisation médicale de la prise en charge radiologique des patients recouvre deux formes:

- Le télédiagnostic, permettant à un praticien de proximité non radiologue d'obtenir un examen d'imagerie d'un téléradiologue.
- La téléexpertise, offrant à un radiologue de proximité, au contact du patient, la possibilité d'obtenir l'avis d'un téléradiologue « expert » distant.

Pour autant, la téléradiologie recouvre bien d'autres domaines qui, dans un futur proche, devront être correctement articulés pour permettre un déploiement efficace pour les patients. Le Professeur Alain RAHMOUNI, secrétaire général adjoint de la Société Française de Radiologie apporte son éclairage sur le sujet...

Comment définir la téléradiologie ?

« Sémantiquement, la téléradiologie doit être distinguée de la télétransmission d'images qui est l'outil permettant son développement et de la téléinterprétation d'images à distance, une des étapes de l'organisation médicale qui définit la téléradiologie. Le rôle d'un médecin radiologue ne se résume pas à la lecture d'images. L'aspect médical est prégnant, de l'aval où est décidée la validation et la justification de l'examen à l'amont c'est à dire le dialogue avec le patient et nos collègues cliniciens pour proposer le traitement le plus adapté. La radiologie évolue vite. Jusque dans les années 2000, il était par exemple justifié de faire des scanners cérébraux dans beaucoup de pathologies neurologiques mais désormais l'IRM joue un rôle majeur. Le Guide du Bon Usage des examens d'Imagerie a été conçu par la Société Française de Radiologie (SFR) comme une contribution pédagogique forte pour tous nos collègues cliniciens afin de mieux orienter leurs demandes d'examens. La téléradiologie, c'est aussi l'organisation des équipes médicales et paramédicales avec nos plus proches collaborateurs, les manipulateurs, le choix des matériels et des techniques d'acquisition d'images, chaque machine ayant ses potentialités propres en fonction du type de pathologie que l'on prend en charge, la rigueur quotidienne concernant l'exposition au rayonnement X et le contrôle qualité des processus mais aussi tous les aspects de qualité de prise en charge des patients, comme les réunions de concertation pluri-disciplinaires. Enfin, formation et recherche, surtout pour notre discipline en évolution, doivent être au cœur de nos préoccupations puisque « l'imagerie au cœur de la prise en charge des patients », est phrase clef en cette année des 100 ans de la SFR ».

Quelles expériences font modèle en la matière ?

« Le réseau qui se met actuellement en place en Bretagne sous la direction du Professeur Jean-Yves Gauvrit de Rennes inclut l'ensemble des établissements de la région et intégrera aussi des structures libérales de radiologie. Son but est de pouvoir utiliser la téléradiologie en tant qu'expertise ou « back-up » dans la prise en charge des pathologies cérébrales et notamment les accidents vasculaires cérébraux. L'objectif est d'utiliser la télétransmission d'images pour aider à substituer une prise en charge majoritairement réalisée par scanner, par une prise en charge plus adaptée utilisant notamment l'IRM. Sur les deux CHU que sont Brest et Rennes, les radiologues pourront donc optimiser avec leurs collègues radiologues plus isolés la prise en charge des malades, en coopération avec les médecins cliniciens. Beaucoup d'autres expériences sont mises en œuvre et sont remarquables d'intelligence ; malheureusement d'autres, plus dangereuses pour la qualité de prise en charge des patients existent aussi. Il est indispensable que la téléradiologie soit organisée par les

médecins radiologues en coopération avec les autres professionnels concernés et qu'elle s'inscrive dans le projet médical d'organisation locale de la radiologie du site demandeur. »

Quel déploiement en France ?

« La Société Française de Radiologie envisage le télédiagnostic comme une organisation territoriale ou régionale, avec une mise en réseau des radiologues. Nos modes d'organisation actuels cloisonnés sont battus en brèche par la possibilité de ces réseaux qui permettent de mieux utiliser les compétences au service du malade. Il faut donc qu'ils évoluent pour s'adapter. Ceci ne signifie pas que tous les radiologues deviendront téléradiologues car l'évolution de notre discipline tend inexorablement à nous rapprocher du malade : quand l'imagerie est en première ligne, le radiologue doit dialoguer directement avec le malade : c'est le cas dans la campagne de dépistage du cancer du sein et c'est de plus en plus le cas dans tous les domaines de l'imagerie et en premier lieu la radiologie interventionnelle. Permettre la télétransmission des images, c'est là un enjeu technologique. Le Conseil Professionnel de Radiologie recommande que les plateaux techniques d'imagerie soient regroupés et correctement dimensionnés par rapport aux besoins des établissements de santé et par rapport aux besoins territoriaux et de la population ; ils se doivent d'intégrer des équipes radiologiques spécialisées par organe. Quand une permanence de soins est nécessaire, elle doit reposer sur une masse critique suffisante de radiologues. La téléradiologie peut permettre à des petites équipes de bénéficier d'un soutien qu'il s'agisse de téléexpertise ou de télédiagnostic. Cependant, la téléradiologie ne peut pas être un palliatif permettant de justifier d'une autorisation de scanner ou d'IRM ; elle ne peut pas être prétexte à freiner les réorganisations territoriales ou régionales indispensables à la qualité des soins au vu des progrès de la recherche médicale. Enfin, il semble logique de penser qu'avant d'envisager la télétransmission à distance, les établissements s'équipent de systèmes d'information, d'archivage et de partage des images.»

Quels préalables au déploiement ?

« Le texte relatif à la télémédecine voté dans la loi HPST aurait du rappeler l'obligation légale du respect de la déontologie. S'agissant d'un acte médical, il doit être sous la responsabilité d'un médecin et pour la téléradiologie sous la responsabilité d'un médecin radiologue. D'autre part, la mention actuelle et vide de sens de « patients à risque » n'aurait pas du être introduite car la télésanté et la téléradiologie doit pouvoir concerner tous les patients. Cette notion de « patients à risque » exclut notamment les actes de dépistage où la téléexpertise aurait pourtant sa place. Enfin, il serait bon que les textes d'application de la loi rappellent la nécessité d'outils de communication adaptés à la nature de l'acte réalisé ».

PRESENTATION DU SYNDICAT NATIONAL DES TECHNOLOGIES MEDICALES

Le Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM) est la première organisation professionnelle représentant la majeure partie ***de l'industrie des technologies et dispositifs médicaux et l'interlocuteur privilégié et référent des Pouvoirs Publics dans ce domaine. Il fédère plus de 230 entreprises, constituant un tissu industriel très diversifié dans le domaine des dispositifs et des technologies de santé : PME-PMI, grands groupes français, européens et internationaux. Il est également ouvert depuis 2007 à l'ensemble des acteurs issus des NTIC impliqués dans la Sant..*** www.snitem.fr.

Le secteur de l'Industrie des Technologies Médicales

De la seringue à l'IRM, en passant par les prothèses de hanche ou le traitement du cancer de la prostate par ultra-son, les technologies médicales irriguent le monde de la santé. Représentant un marché français estimé à 6.2 milliards d'€ en 2008 (source Espicom, Business Intelligence, 2008), les dispositifs médicaux connaissent un réel foisonnement technologique se traduisant par une progression de 11% entre 2006 et 2008. Par ailleurs, selon les données du SNITEM, le marché suivi par le SNITEM se répartit principalement autour de 8 grands pôles : l'imagerie (16%), les aides techniques (17%), la cardiologie (13%), l'orthopédie (9%), les consommables (29%), la dialyse et la perfusion (9%), l'anesthésie-réanimation, les plateaux techniques, l'hygiène et la désinfection (4%) et divers produits (3%). C'est une industrie employant en France des salariés aux profils variés et hautement qualifiés (médecins, pharmaciens, ingénieurs, mécaniciens, ouvriers qualifiés...).

Les Technologies Médicales sont étroitement liées à l'acte médical lui même. Les idées nouvelles viennent souvent des praticiens, confrontés en permanence à de nouveaux défis thérapeutiques ou à des découvertes fortuites. Les technologies nouvelles prolongent et donnent plus de précision au geste du chirurgien. Dans certaines disciplines (médecine physique), les praticiens se sont organisés pour guider les développements technologiques. Les nouvelles technologies peuvent aussi transformer profondément certaines spécialités médicales ou encore être à l'origine d'une nouvelle organisation des soins et du dépistage.

Les Technologies Médicales sont d'abord au service du patient et des professionnels de santé. Dans de nombreux domaines, elles sauvent des vies, par exemple dans le cas des malades cardiaques ou des bébés prématurés. Dans d'autres, elles contribuent un retour à une vie normale pour des dizaines de milliers de Français menacés ou atteints d'un handicap majeur. Elles permettent de diagnostiquer et de traiter précocement des maladies graves. Enfin, elles contribuent au maintien et au suivi des patients à domicile, avec un double bénéfice : individuel pour la qualité de vie du patient, collectif par les économies réalisées en écourtant ou évitant l'hospitalisation.

Historique du SNITEM

Créé en 1987, le SNITEM est l'interlocuteur privilégié et référent des pouvoirs publics.

A ce titre, il siège dans de nombreuses instances et commissions décisionnaires et/ou consultatives :

- Conseil d'administration de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ;
- La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé - CNEDI/MTS (anciennement Commission d'Evaluation des Produits et Prestations - CEPP) de la Haute Autorité de Santé ;

- Commission Nationale des Dispositifs Médicaux de l'Afssaps ;
- Commission de contrôle de la publicité des objets, appareils et méthodes considérés comme bénéfiques
- pour la santé, de l'Afssaps ;
- Conseil d'administration du Centre Technique des Industries Mécaniques (CETIM) ;
- Conseil d'administration de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ;
- Bureau Central de Tarification Médical (BCTM) ;
- Différents Comités de certification (G.Med, COFRAC, AFAQ,...).

Affiliations

Au **niveau patronal**, le SNITEM est affilié à trois fédérations membres du MEDEF (Mouvement des Entreprises de France) :

- **La FIM** : Fédération des Industries Mécaniques
- **La FIEEC** : Fédération des Industries Electriques, Electroniques et de Communication
- **La FEFIS** : Fédération Française des Industries de Santé. Cette fédération regroupe les principales organisations professionnelles d'industrie de santé. Elle est membre permanent du Comité Exécutif du MEDEF et constitue ainsi une force de propositions pour nos domaines d'activités.

Sur le **plan européen**, le SNITEM est membre d'**EUCOMED 1**, du **COCIR 2** et d'**EUROM VI 3**.

Missions

Interface avec les pouvoirs publics, le SNITEM est, en tant qu'acteur à part entière du système de santé, force de propositions sur tous les sujets relevant de son expertise.

En plus de ses missions de représentation de l'industrie française des technologies médicales au sein des instances nationales et européennes, le SNITEM propose à ses adhérents de s'impliquer dans les nombreux groupes de travail ayant un lien direct avec leurs secteurs d'activité : pôles et groupes sectoriels, groupes de décision, commissions transversales...

Des sessions d'information sont également proposées aux adhérents, notamment sur l'environnement économique et réglementaire et l'évolution du système de santé.

Quelques groupes de travail du SNITEM :

- | | |
|------------------------------------|----------------------------|
| ■ Tarification à l'activité | ■ Cardiac Rythm Management |
| ■ Affaires technico-réglementaires | ■ Orthopédie |
| ■ TICS | ■ Santé à domicile |
| ■ Audiologie | ■ etc. |
| ■ Maintenance | |