SOIRÉE
PLAIES & CICATRISATION

LAURENT LEPVRIER IDE DÉLÉGUÉ

PROGRAMME DE LA SOIRÉE

- INTRODUCTION ET IDÉES REÇUES
- ETUDE OBSERVATIONNELLE DES PLAIES
- LA CICATRISATION DIRIGÉE ET LE SOIN DE PANSEMENT
- PRESCRIRE EN PLAIES & CICATRISATION
- MISE EN PRATIQUE
- FOIRE AUX QUESTIONS

Je laisse à l'air les plaies, ça cicatrise plus vite !

INTRODUCTION ET IDÉES REÇUES

La peau a besoin de respirer

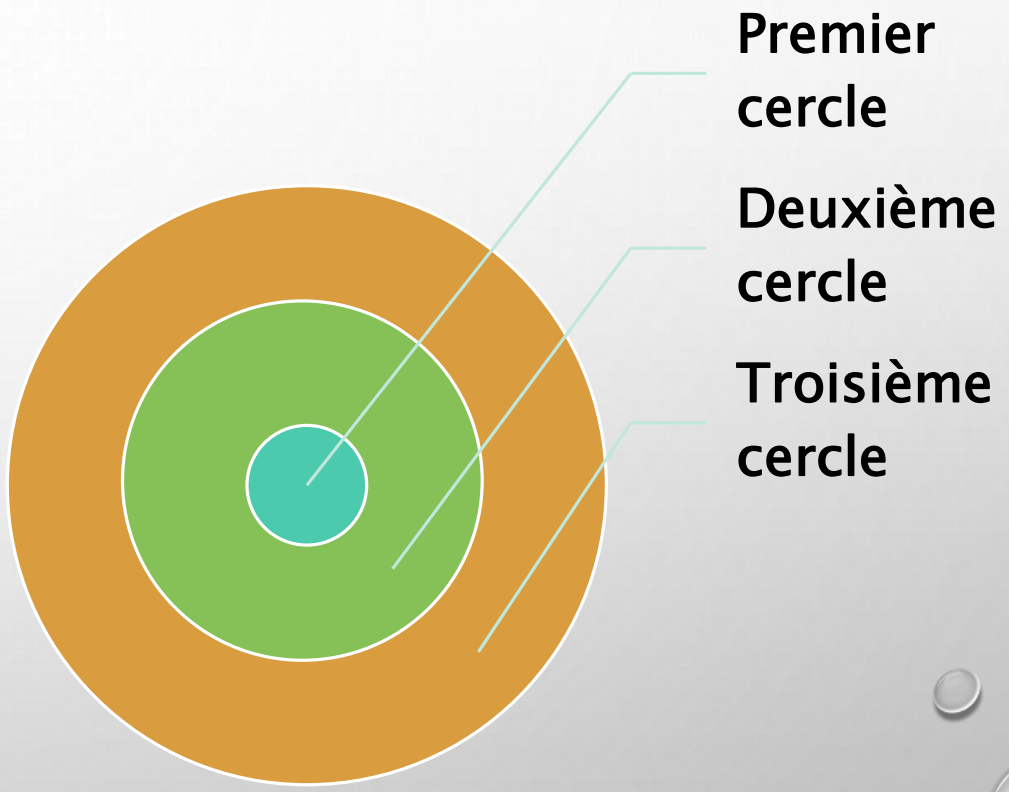
- LA CICATRISATION EST UN PHÉNOMÈNE SPONTANÉ ET PHYSIOLOGIQUE, IL PEUT ÊTRE PROFESSIONNALISÉ, ON PARLERA ALORS DE CICATRISATION DIRIGÉE.
- LES PANSEMENTS ET LES DISPOSITIFS MÉDICAUX ASSOCIÉS (BANDE DE COMPRESSION, CHAUSSURE ET COUSSIN DE DÉCHARGE PAR EXEMPLE) N'ONT AUCUNE VERTU TRAITANTE.
- POUR LES PANSEMENTS, LEUR RÔLE SE BORNERA À FERMER LA PLAIE ET RÉGULER LE MILIEU HUMIDE.
- LES DISPOSITIFS ENTRERONT DANS LA PRISE EN CHARGE DES ÉTIOLOGIES DES PLAIES (AXES MACRO-VASCULAIRES DES MEMBRES INFÉRIEURS, PRESSION, DIABÈTE, INFECTION, CANCER, OBSERVANCE, DÉNUTRITION).

La vaseline est un bon cicatrisant

ETUDE OBSERVATIONNELLE DES PLAIES

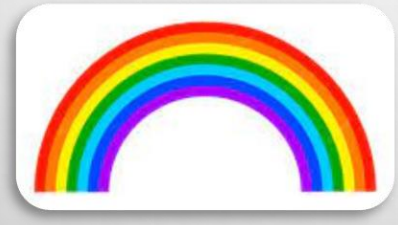
➢ LES TROIS CERCLES D'OBSERVATION DE LA PLAIE:

- LE PREMIER- LE FOND DE PLAIE: ON Y RETROUVE LES ÉTATS LIÉS À L'AVANCÉE DE LA CICATRISATION (NÉCROSE, FIBRINE, BOURGEON), LE TYPE DE TISSUS EXPOSÉ (PEAU, MUSCLE, TENDON, LIGAMENT, CARTILAGE ET OS), LA QUANTITÉ D'EXSUDAT ET L'AMPLEUR DES DÉCOLLEMENTS.
- LE DEUXIÈME-BERGES ET PEAU PÉRIPHÉRIQUE: ASPECT (SAINE, SÈCHE, MACÉRÉE, INFLAMMATOIRE…).
- LE TROISIÈME-RÉGION ANATOMIQUE: LOCALISATION DE LA PLAIE SUR LE CORPS, PERMET D'ÉVOQUER CERTAINS TYPES DE PLAIES (ESCARRES ET SAILLIES OSSEUSES, ULCÈRES ET MEMBRES INFÉRIEURS PAR EXEMPLE).



MÉTHODE INTERNATIONALE DE DESCRIPTION DES PLAIES

- LES TROIS PREMIÈRES COULEURS: DEPUIS 1983 LA WOUND CARE CONSULTANT SOCIETY A PROPOSÉE UNE MÉTHODE SIMPLE DE DESCRIPTION DES PLAIES (LE NOIR, LE ROUGE ET LE JAUNE).
- DEPUIS D'AUTRES COULEURS ONT ÉTÉ ÉVOQUÉ:



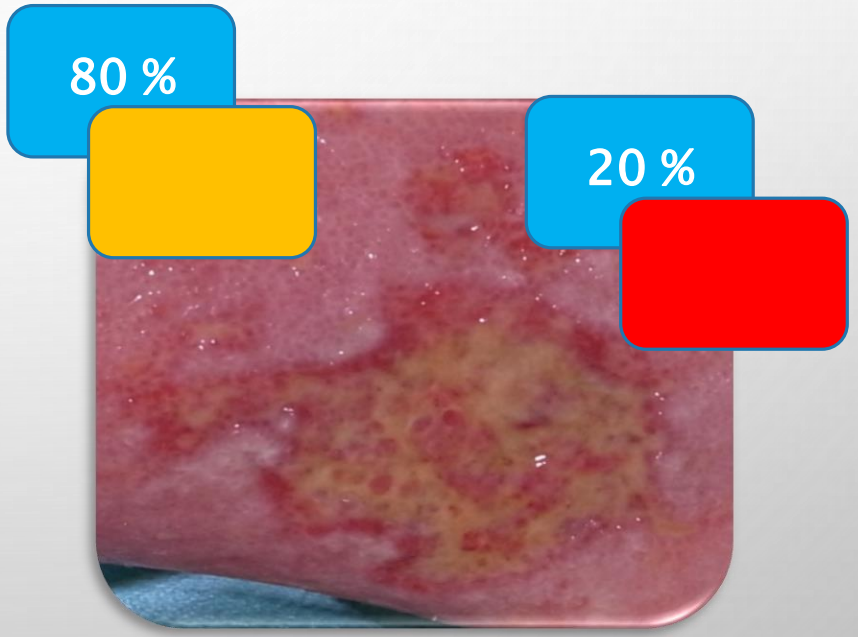
La nécrose (%)
La fibrine (%)
Le bourgeonnement (%)
L'épidermisation (%)
L'infection (%)
L'hyper-bourgeonnement (%)

- LE BUT EST DE DÉCRIRE UN FOND DE PLAIE PAR DES POURCENTAGE DE COULEURS INTUITIVES ET **SURTOUT DE DÉSIGNER LA COULEUR MAJORITAIRE !**

EVALUATION DU POURCENTAGE DES COULEURS DU FOND DE PLAIE

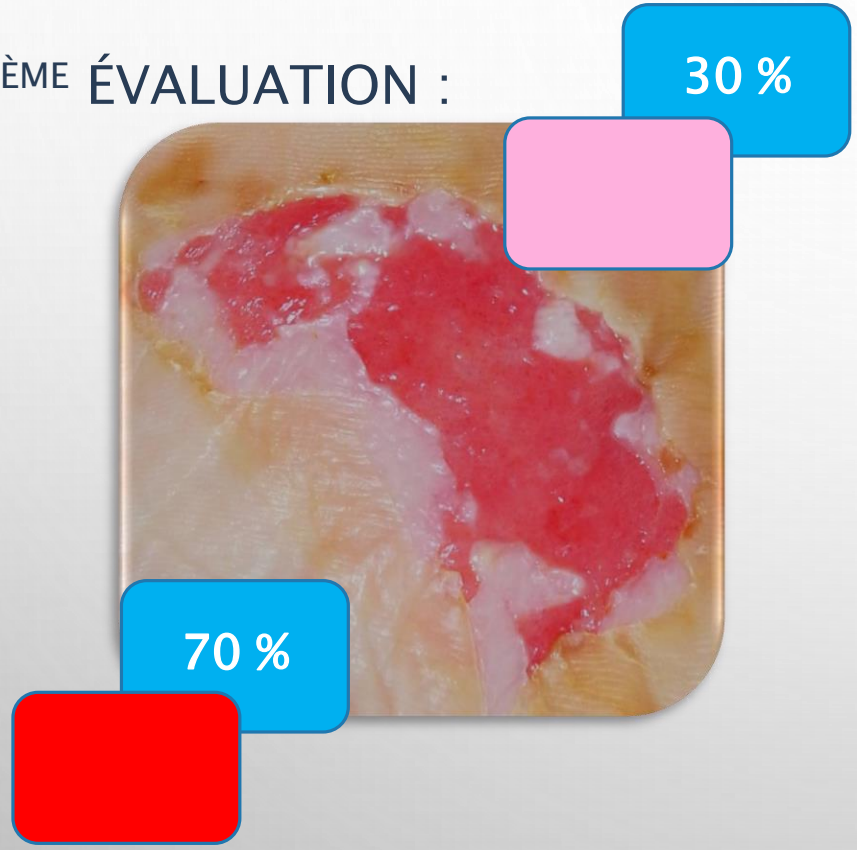
- 1ÈRE ÉVALUATION :

- 2ÈME ÉVALUATION :

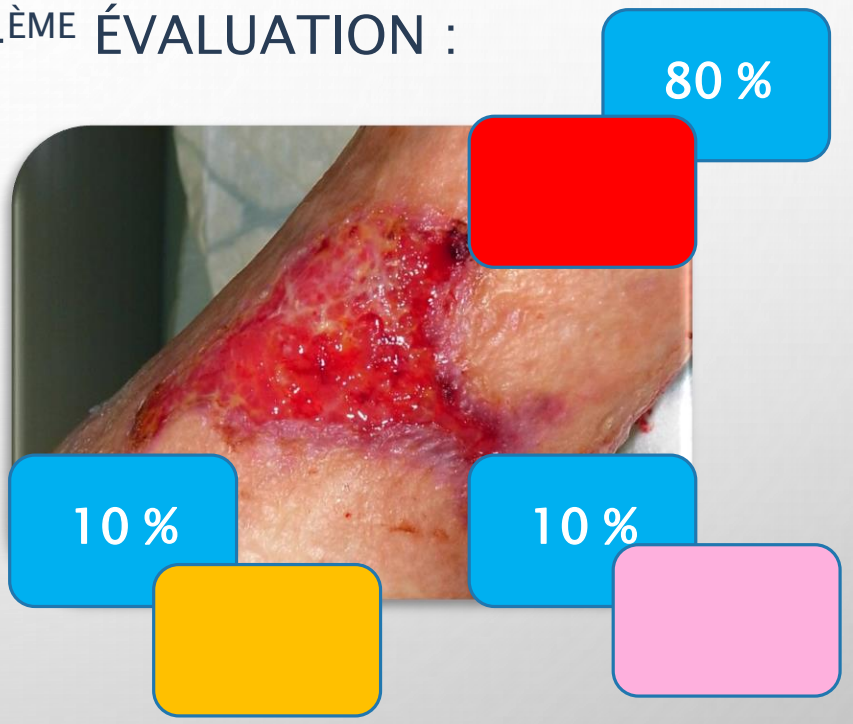


EVALUATION DU POURCENTAGE DES COULEURS DU FOND DE PLAIE

- 3ÈME ÉVALUATION :

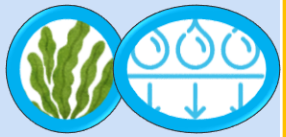
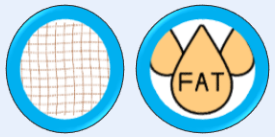


- 4ÈME ÉVALUATION :

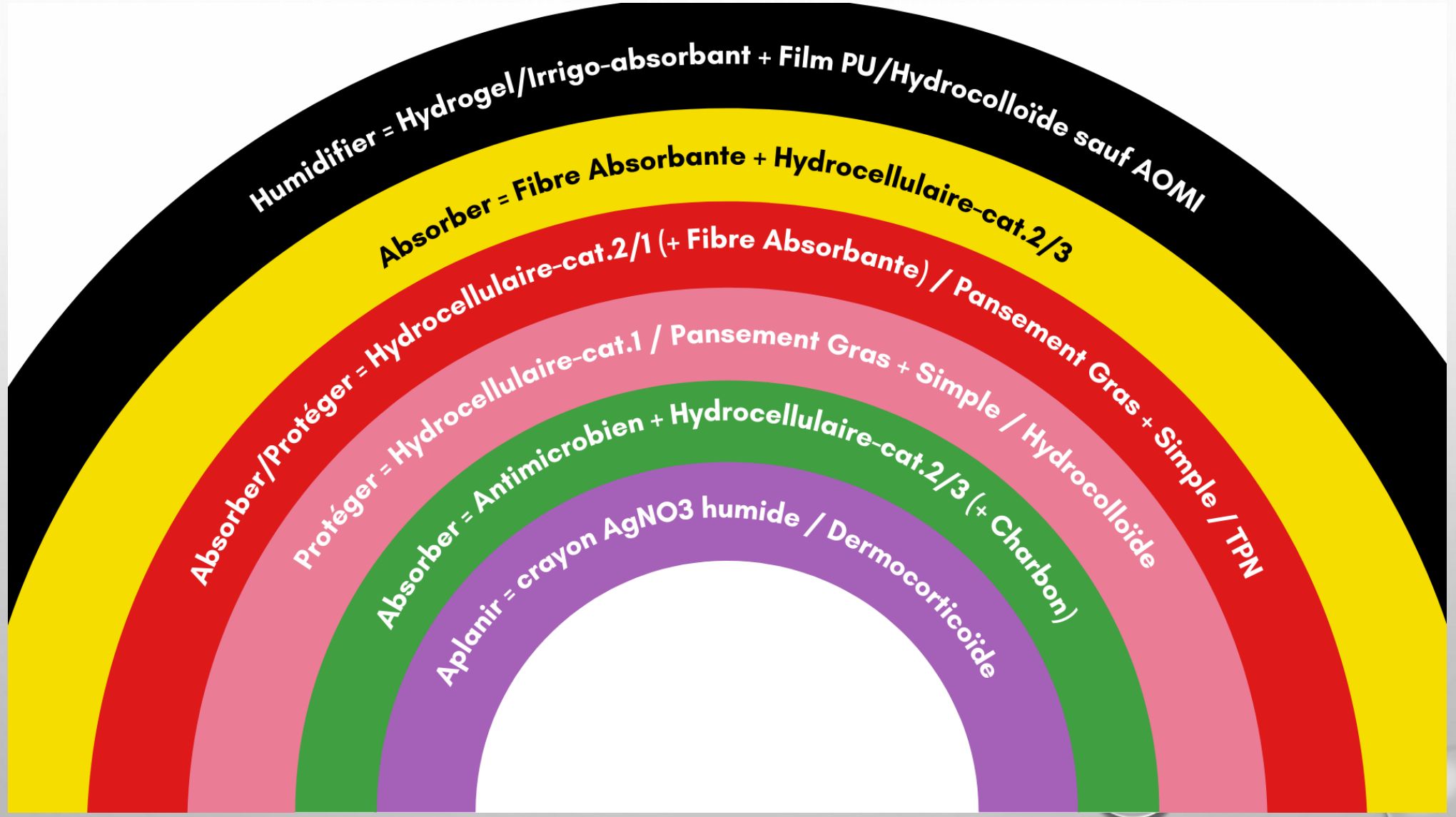


RÉCAPITULATIF PHASE+ETAT+OBJECTIF

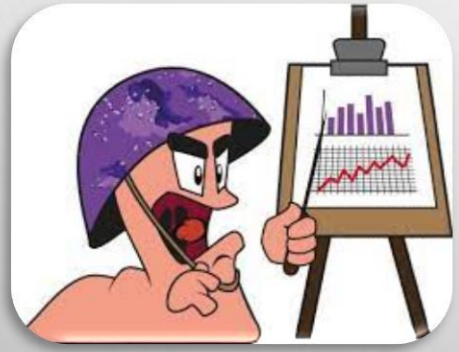
Phases de la cicatrisation physiologique	Etats du fond de plaie	Objectifs du soin de pansement
Phase inflammatoire et vasculaire	Nécrose	Apporter de l'humidité –sauf AOMI
	Fibrine	Absorber
Phase de granulation et rétraction tissulaire	Bourgeonnement	Absorber et/ou protéger
Phase épithélialisation et maturation	Epidermisation	Protéger
Toutes phases	Infection	Absorber
Phase épithélialisation et maturation	Hyper-bourgeonnement	Aplanir

Famille	Symboles	Cibles	Actions	Description
Fibres absorbantes		P1 P1		**Alginate** : hémostatique, absorption sur sa surface (x2) **Hydrofibre PVA** : pas de relargage, absorption sur sa surface (x3) **Hydrofibre CMC** : pas de relargage, absorption transverse (x3)
Hydro-cellulaire		P2 P1/2 P1 P2		**Classe 1** : forme « compresse », relargage possible, absorption (x1ou 2) **Classe 2** : forme « mousse », relargage possible, absorption (x3) **Classe 3** : forme « sachet », pas de relargage, absorption (x4)
Hydro-colloïde		P2 P1		Adhésif, semi-perméable, mauvaise résistance aux contraintes mécaniques
Gras		P1 P1		**Tulle gras vaseliné** : mailles larges et vaseline non fixée au pst **Interface** : mailles serrées, agent gras permanent, retrait atraumatique
Grands autolytiques		P1 P1		**Hydrogel** : aide à détersion autolytique (x2), pst secondaire non absorbant **Irrigo-absorbant** : absorption (x1), aide à détersion autolytique (x3), pst secondaire non absorbant
Anti-microbiens		P1	Selon famille associée	**Argent** : agent antimicrobien fixé à une famille de pst **PHMB** : agent antimicrobien fixé à une famille de pst, action anti-biofilm **Capture microbienne** : fixation bactérienne augmentée, tout type de pst

CICATRISATION DIRIGÉE



LE DÉROULÉ DU SOIN DE PANSEMENT



Retrait de l'ancien pansement	Saturation, fréquence de changement, tolérance, famille de pansement, évaluation de la douleur et prémédication.
Observation	Fond de plaie, peau péri-lésionnelle, production d'exsudat et planimétrie.
Nettoyage	Respect de la prescription, usage du savon et sérum physiologique.
Détersion	Retrait nécrose, fibrine, kératose, croûte et squame.
Choix du pansement	Respect de la prescription ou choix logique.
Soin de la peau	Hydratation +++
Fixation	Notion de confort de vie. Attention au serrage!

PRESCRIRE EN PLAIES & CICATRISATION

- LORS DU RETOUR À DOMICILE D'UN PATIENT PORTEUR DE PLAIE, UNE PRESCRIPTION MÉDICALE DE SOIN INFIRMIER EST NÉCESSAIRE.
- LE PRESCRIPTEUR N'EST GÉNÉRALEMENT PAS À L'AISE DANS LA DESCRIPTION D'UN SOIN INFIRMIER.
- DEUX ORDONNANCES DOIVENT ÊTRE RÉALISÉES : UNE POUR LES DISPOSITIFS DE PANSEMENT ET UNE POUR LES SOINS IDE.
- L'ORDONNANCE POUR LA PHARMACIE (OFFICINE) :

➢ LES DISPOSITIFS DE SOIN À UTILISER : PANSEMENTS, COMPRESSE STÉRILE, SET DE PANSEMENT ADAPTÉ (SIMPLE, DE DÉTERSION OU DE MÉCHAGE), ADHÉSIFS, BANDAGES, JERSEY, PRODUITS DE NETTOYAGE, ANESTHÉSIQUE LOCAL ÉVENTUEL, CRÈME POUR HYDRATATION CUTANÉE ET COMPRESSION VEINEUSE OU DISPOSITIF DE DÉCHARGE.

➢ IL FAUDRA AJOUTER LEURS DIMENSIONS, LE NOMBRE DE BOITE (PRESCRIRE DE PETITE QUANTITÉ ET PRÉCISER QUE L'ORDONNANCE EST RENOUVELABLE DEUX FOIS).

GROUPE HOSPITALIER SUD ILE-DE-FRANCE
SITE DE MELUN
270 avenue Marc Jacquet, 77000 Melun
Tel : 01.81.74.17.17 – N° FINESS : 77 000 0156

N° FINESS
770000156

Equipe Mobile Plaies & Cicatrisation (EMPC)

Tél. : 01.81.74.21.23
Mail : plaiesetcicatrisations@ghsif.fr

Docteur Marc WISER
Praticien Hospitalier
Gériatre
RPPS : 10000710045
D.U. Plaies et cicatrisation

Monsieur Laurent LEPVRIER
Infirmier délégué
RPPS : 10107041781
D.U. Plaies et cicatrisation

Madame Elisabeth RENAULT
Infirmière déléguée
RPPS : 10103866488
D.U. Plaies et cicatrisation

Madame Aurélie BLONDEL
Infirmière déléguée
RPPS : 10107788159
D.U. Plaies et cicatrisation

Renouvelable 2 fois

☐ ALD ☐

Melun, le 29/4/2025,

M

1. **Famille de pansement :**
   - Hydrocellulaire :

☐ _ T : _ Nb :
☐ _ T : _ Nb :

   - Alginate de calcium :

☐ _ T : _ Nb :

   - Hydrofibre :

☐ _ T : _ Nb :

   - Autre :

☐ _ T : _ Nb :
☐ _ T : _ Nb :

2. **Dispositif de soin :**

☐ Tubifast/Coverflex : Choisissez un élément.
☐ Compresse non stérile (tissée/non tissée) par 100 :
☐ Sérum physiologique (flacon 250 ml/dosette) :
☐ Rouleau bande adhésive 10x10 cm :
☐ Bande (Type : Velpeau/Nylex) :
☐ Set de pansement (standard/détersion/méchage) :
☐

3. **Crème et pommade :**

☐ Betneval/Diprosone crème :
☐ Atoderm intensive baume flacon de 500 ml :
☐ Akildia crème pied diabétique 150 ml :
☐

Equipe Mobile Plaies et Cicatrisation
GHSIF - Hôpital de Melun
270 Avenue Marc Jacquet
77000 Melun
Dr Marc WISER
RPPS : 10000710045
n° 2018/126

PRESCRIRE EN PLAIES & CICATRISATION

- L'ORDONNANCE POUR L'IDE :
- LA PHRASE TYPE : « FAIRE RÉALISER DES SOINS DE PANSEMENT PAR IDE, À DOMICILE, EN URGENCE, DIMANCHES ET JOURS FÉRIÉS COMPRIS, PENDANT TROIS MOIS »,
- PRÉCISER LE TYPE DE PLAIE : (PAR EXEMPLE: ESCARRE TALONNIÈRE DE STADE 4),
- LE NOMBRE DE PLAIE : (LE TERME GÉNÉRIQUE « MULTIPLE » PEUT ÊTRE UTILISER SI TROP NOMBREUSE OU DIFFICILEMENT QUANTIFIABLE),
- LE TYPE DE SOIN DEMANDÉ : SIMPLE OU COMPLEXE (DÉTERSION MÉCANIQUE, MÉCHAGE, POSE DE COMPRESSION MULTICOUCHE, ABLATION DE PLUS DE 10 POINTS DE SUTURE) ET SI UNE PRÉ-ANALGÉSIE EST NÉCESSAIRE (CRÈME EMLA),
- LE PROTOCOLE DE SOIN : LAVAGE, HYDRATATION, PANSEMENT À METTRE EN PLACE, FIXATION, LA DÉCHARGE, L'IMMOBILISATION OU LA LE TYPE DE COMPRESSION VEINEUSE,
- FRÉQUENCE DES SOINS ; 12H, 24H, 48H ET 3 FOIS PAR SEMAINE.

/

N° FINESS
770000156

Equipe Mobile Plaies & Cicatrisation (EMPC)

Tél. : 01.81.74.21.23
Mail : plaiesetcicatrisations@ghsif.fr

Docteur Marc WISER
Praticien Hospitalier
Gériatre
RPPS : 10000710045
D.U. Plaies et cicatrisation

Monsieur Laurent LEPVRIER
Infirmier délégué
RPPS : 10107041781
D.U. Plaies et cicatrisation

Madame Elisabeth RENAULT
Infirmière déléguée
RPPS : 10103866488
D.U. Plaies et cicatrisation

Madame Aurélie BLONDEL
Infirmière déléguée
RPPS : 10107788159
D.U. Plaies et cicatrisation

☐ ALD

Melun, le 29/4/2025

M

Faire pratiquer par une IDE, au domicile, en urgence et pendant 3 mois, week-end et jours fériés compris :

Type de plaie :
Soin de pansement :

- ☐ Simple :
- ☐ Lourd et complexe :
  - ☐ De détersion mécanique
  - ☐ Avec pose de compression veineuse multicouche
  - ☐ Avec méchage
  - ☐ Pré-analgésie topique

Nombre de plaies :

Tous les : 24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ 3 fois par semaine ☐

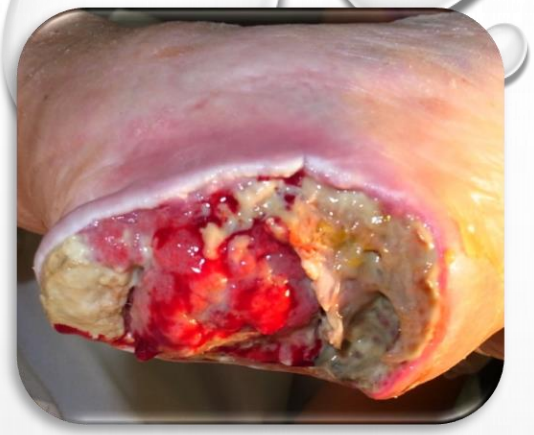
Protocole de soin :

- Nettoyer la plaie avec du sérum physiologique ou sous la douche au savon et bien sécher.
  - Mise en place

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

☐ Fermeture par jersey tubulaire (Tubifast)
☐ Compression veineuse : Choisissez un élément.

Equipe Mobile Plaies et Cicatrisation
GHSIF - Hôpital de Melun
270 Avenue Marc Jacquet
77000 Melun
Dr Marc WISER
RPPS : 10000710045
n° 2018/126



CONDUITE À TENIR : L'ESCARRE

DÉFINITION

PLAIE DE PRESSION (ET CISAILLEMENT) S'EXPRIMANT PRINCIPALEMENT SUR LES SAILLIES OSSEUSES DU CORPS HUMAIN (A L'ASSISE ET EN DÉCUBITUS), PLURIFACTORIELLE (EXTRINSÈQUES ET INTRINSÈQUES).

ELLE SE DÉCRIT PAR UNE PROFONDEUR D'ATTEINT EN STADE:

- 1=ROUGEUR PERSISTANTE,
- 2=PLAIE SUPERFICIELLES,
- 3=PERTE CUTANÉE,
- 4=ATTEINTE TISSULAIRE PROFONDE

PRISE EN CHARGE

- LA DÉCHARGE : RÉDUCTION DES PRESSIONS PAR AUGMENTATION DE LA SURFACE D'APPUI.
- LA MOBILISATION : CHANGEMENT DE POSITION RÉGULIER (ASSISE ET DÉCUBITUS).
- STABILISATION DES POSITIONNEMENT : LUTTE CONTRE LE CISAILLEMENT.
- LUTTE CONTRE LA DÉNUTRITION : ÉVALUER, ENRICHISSEMENT ET USAGE DES COMPLÉMENT ALIMENTAIRE ORAUX.
- SAVOIR DIFFÉRENCIER L'ESCARRE DE LA DERMITE DE L'INCONTINENCE TOUCHANT DE FAÇON DIFFUSE LE SIÈGE.
- SOINS LOCAUX : USAGE FRÉQUENT DES HYDRO-CELLULAIRES SILICONÉS ET BORDÉS.

PRESCRIRE

- SOIN DE PANSEMENT COMPLEXE AVEC DÉTERSION MÉCANIQUE POUR LES STADE 3 ET 4.
- PASSAGE FRÉQUENT POUR NURSING ET MOBILISATION (12H), BILAN DE SOIN INFIRMIER.
- SI PRISE EN CHARGE TROP LOURDE (ABSENCE OU DÉPASSEMENT DE L'AIDANT), RECOURIR AU HOSPITALISATION À DOMICILE.

CONDUITE À TENIR : LES ULCÈRES MACRO-VASCULAIRES

DÉFINITION

- PLAIES DES MEMBRES INFÉRIEURS, CHRONIQUES, LIÉES À DES PERTURBATION DE LA CIRCULATION SANGUINE (STÉNOSE ARTÉRIELLE ET STASE VEINEUSE).
- L'ULCÈRE VEINEUX RESTE TRÈS CLINIQUE : EODÈME, EXSUDAT, ECZÉMA, VARICE, LIPODERMOSCLÉROSE…
- L'ULCÈRE ARTÉRIEL SE RECONNAIT SOUVENT PAR SON IMPACT DOULOUREUX ET PARFOIS SES MORTIFICATIONS DISTALES.
- IL FAUDRA DIFFÉRENCIER LA PRÉPONDÉRANCE ARTÉRIO-VEINEUSE DES LÉSIONS.

PRISE EN CHARGE

- EXISTENCE D'UNE AOMI DANS TOUT TYPE D'ULCÈRE, CLINIQUEMENT OU PAR EXAMEN COMPLÉMENTAIRE (IPS ET ÉCHO-DOPPLER).
- SI PRÉDOMINANCE ARTÉRIELLE = RÉPARATION ENDOVASCULAIRE SELON L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT (DILATATION, STENTING, PONTAGE ET ENDARTÉRIECTOMIE).
- SI PRÉDOMINANCE VEINEUSE = COMPRESSION VEINEUSE À VIE (KIT MULTICOUCHE ET BAS)

PRESCRIRE

- SOIN COMPLEXE AVEC POSE DE COMPRESSION VEINEUSE MULTICOUCHE.
- BILAN DE SOIN INFIRMIER POUR PERTE D'AUTONOMIE À LA MISE EN PLACE DES BAS DE COMPRESSION.
- SOINS LOCAUX :
  - NE PAS APPLIQUER DE PRODUIT GRAS ET ALGINATE SUR LE VEINEUX (CHOIX PRIVILÉGIER DES HYDROFIBRES),
  - RÉDUIRE L'USAGE DES DERMOCORTICOÏDES AU PROFIT DES CRÈMES DERMO-COSMÉTIQUES POUR ECZÉMA ATOPIQUE,
  - POUR LES PLAIES ARTÉRIELS : LA MOMIFICATION PRÉVENTIVE DES NÉCROSES EST ESSENTIELLE, SUR LES PLAIES OUVERTES LE PANSEMENT URGOSTART FAIT RÉFÉRENCE.

CONDUITE À TENIR : LE MAL PERFORANT PLANTAIRE

DÉFINITION

PLAIE DE LA NEUROPATHIE DISTALE (PIED), LES TRAUMATISMES DE LA MARCHE VONT PROVOQUER À TERME DES HÉMATOMES DANS LES TISSUS MOUS CONTRAINTS ENTRE LE PLAN OSSEUX ET CUTANÉ DURCI (HYPERKÉRATOSE=HK).

PRISE EN CHARGE

- DÉTERSION MÉCANIQUE ! TOUTE ZONE ÉPAISSIE DU PIED DOIT ÊTRE OBLITÉRÉE AVEC RÉCUPÉRATION DU REBOND CUTANÉ.
- DÉCHARGE DES APPUIS SI DÉCOUVERTE D'UNE PLAIE DERRIÈRE L'HK : PADDING/REMBOURRAGE ET CHAUSSURE DE DÉCHARGE.
- RECHERCHE DES COMORBIDITÉS : DIABÈTE, AOMI, CARDIO ET NÉPHROPATHIE.

PRESCRIRE

SOIN DE PANSEMENT COMPLEXE AVEC DÉTERSION MÉCANIQUE ET PRÉVOIR DISPOSITIF SPÉCIFIQUE (CURETTE OU BISTOURI).

SOIN DE PÉDICURIE REMBOURSÉS CHEZ LE PATIENT DIABÉTIQUE (SELON SON NIVEAU DE RISQUE).

HYDRATATION CUTANÉE POUR LUTTER CONTRE LES EFFETS DE LA NEUROPATHIE.

PANSEMENT URGOSTART (ASA 3 CHEZ LES DIABÉTIQUES).

DISPOSITIFS DE DÉCHARGES DES APPUIS : SEMELLE, CHUT, ATTELLE, BOTTE…

FOIRE AUX QUESTIONS

- LES ASSOCIATIONS DANGEREUSES : GRAS SUR GRAS RIEN NE VA ! SAUF DANS LES PLAIES CAVITAIRES, IL EST INTERDIT DE PRESCRIRE DEUX PANSEMENTS MODERNES POUR UNE MÊME PLAIE.
- PLAIES SALES ET BACTÉRIOLOGIE DE CONTACT : SEULES LES PLAIES FERMÉES AVEC UNE LIBÉRATION PURULENTE DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE ! (RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE 2019)
- LA MISE EN PLACE DE BANDE DE COMPRESSION VEINEUSE : ELLE COMMENCE À LA RACINE DES ORTEILS, PREND TOUJOURS LE TALON (AVEC CROISÉ EN « 8 »), LA MONTÉE DE SPIRE SUR LA JAMBE DOIT ÊTRE RÉGULIÈRE ET RESPECTER L'ÉTALONNAGE DU DISPOSITIF, LE BANDAGE DOIT TOUJOURS SE TERMINER AU DESSUS DU GALBE DU MOLLET (À « 2 DOIGTS » DU CREUX POPLITÉ).

Règles communes de pose	Règles spécifiques
➢ Départ à la racine des orteils ➢ Prise du talon en « 8 » ➢ Faire des spires régulières sur la jambe (50/50, 1/3 ou spica/épis) ➢ Si symbole d'extension faire leur changement de forme ➢ Finir le bandage à « 2 doigts » du creux poplité, en prenant le galbe du mollet	**Urgo K2®** : ovale→rond ▪ Système multi-type, multicouche, usage unique (si propre dure une semaine maximum) ▪ Commencer par la bande blanche (allongement court et bloqué) les symboles en haut, à la fin couper l'excédent ▪ Recouvrement par la bande orange auto-agrippant (allongement long) en laissant apparaitre 1cm du bandage précèdent aux extrémités, faire la découpe de l'excédent **KitBiflex® short stretch** : rectangle→carré • Système multi-type et multicouche, lavable de 3 fois • Commencer par la bande blanche les symboles en haut, à la fin faire la découpe en laissant environ 15cm de plus (rétrécissement au lavage) • Même principe de pose pour la bande brune **Rosidal sys®** • Système multicouche, lavable pendant plusieurs mois • Rembourrage de la jambe avec bande matelassée lavable, pas d'adhésif • Commencer par la bande Rosidal K® de 8cm de large pour prendre le pied, la cheville et le bas de jambe, fixation avec adhésif • Utiliser la bande Rosidal K® de 10 cm pour la jambe (chevauchement des 2 bandes), fixation avec adhésif • Faire les rabats du jersey tubulaire avec la bande auto-agrippant blanche

ANNEXES

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

BON USAGE DES TECHNOLOGIES MÉDICALES

Les pansements

Indications et utilisations recommandées

Certaines plaies, chroniques ou aiguës, ouvrent droit au remboursement des pansements inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR)[1]. Ceux-ci ont été évalués par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé (CNEDiMTS) de la Haute Autorité de Santé (HAS). À la suite de ce rapport, la nomenclature des pansements remboursables a été modifiée (arrêté du 16 juillet 2010, paru au J.O. du 7 août 2010).

L'utilisation des différents pansements, telle qu'elle découle de la prise en compte par cette nomenclature des recommandations de la HAS, est résumée ici afin d'aider les professionnels de santé à prescrire les pansements les mieux adaptés.

PLAIES ET PRINCIPES D'UTILISATION DES PANSEMENTS

⚠ **Quelle que soit la plaie, son traitement est d'abord celui de son étiologie**. Ainsi, le traitement des ulcères veineux est en premier lieu fondé sur la compression, celui du pied diabétique sur la mise en décharge.

- **Une plaie chronique** est une plaie dont le délai de cicatrisation est allongé. Une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution, selon son étiologie. Les causes de plaie chronique incluent notamment les ulcères de jambe, les escarres, les plaies du diabétique et les moignons d'amputation.
- En l'absence de facteur local ou général pouvant retarder la cicatrisation, on parle de **plaie aiguë**. Les causes de plaie aiguë incluent notamment les brûlures, les gelures, les morsures, les greffes et les prises de greffe, les dermabrasions profondes, les plaies à cicatrisation dirigée postchirurgicale et les sinus pilonidaux opérés.

- La prescription sur ordonnance (s'il y a lieu) d'un type donné de pansement doit être la plus précise possible.
- L'utilisation d'un pansement impose le respect des règles d'hygiène – lavage des mains, nettoyage de la plaie, etc. – qui jouent un rôle fondamental dans la prévention des infections.
- Les différents pansements primaires (en dehors des pansements au charbon actif) ne sont pas destinés à être associés entre eux sur une même plaie.

1. Les « pansements et articles pour pansements » comprennent d'une part les pansements primaires, placés au contact direct de la plaie, d'autre part les pansements secondaires, incluant les compresses et les matériels de fixation et de maintien.

PANSEMENTS PRIMAIRES ÉVALUÉS

- La plupart des pansements sont destinés à favoriser la cicatrisation en milieu humide. Les hydrocolloïdes, apparus au début des années 1980, peuvent être considérés comme le modèle de ces pansements, généralement dénommés pansements **« modernes »**. Cependant, l'évaluation a aussi concerné les pansements vaselinés, qui font partie des pansements **« conventionnels »** (avec les pansements en coton, les compresses humides, etc.).
- **L'intérêt clinique des types de pansements non cités dans ces recommandations n'a pu être établi**. Toute allégation complémentaire d'activité nécessite la démonstration d'un supplément d'efficacité clinique.

- **Alginates :** ces pansements sont composés majoritairement (> 50 %) d'alginates, avec ou sans carboxyméthylcellulose (CMC). Les alginates sont des polymères d'acides alginiques obtenus à partir d'algues, caractérisés par leurs capacités d'absorption et leurs propriétés hémostatiques. Ils existent sous forme de compresses ou de mèches.
- **Fibres de carboxyméthylcellulose** (CMC, dites aussi hydrofibres) : ces pansements sont composés majoritairement (> 50 %) de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif, caractérisé par sa capacité d'absorption. Les CMC existent sous forme de compresses ou de mèches.
- **Hydrocellulaires** : ce sont des pansements constitués de polymères absorbants (généralement de la mousse de polyuréthane). Ils existent sous forme de plaques adhésives ou non, de formes anatomiques et de formes adaptées au remplissage des plaies cavitaires.
- **Hydrocolloïdes :** ce sont des pansements constitués de polymères absorbants, dont les propriétés sont liées à la présence de carboxyméthylcellulose. Ils existent sous forme de plaques adhésives, de poudres ou de pâtes.
- **Hydrogels** : les hydrogels sont des gels contenant plus de 50 % d'eau. Ils sont principalement destinés à assurer l'humidification des plaies. Ils existent sous forme de plaques, de compresses imprégnées et de gels.
- **Pansements vaselinés :** ce sont des pansements constitués d'une trame, imprégnée ou enduite de vaseline. Leur retrait est parfois douloureux, car ils adhèrent peu à peu à la plaie.
- **Interfaces :** les pansements interfaces sont constitués d'une trame enduite de polymères de différents types, tels que du gel de silicone. Ils se distinguent des simples pansements gras par une adhérence faible, qui ne s'accroît pas tout au long de l'utilisation au contact direct de la plaie (absence de migration de la substance imprégnée ou enduite), afin de limiter le traumatisme et la douleur induits par le retrait du pansement.
- **Pansements au charbon actif :** ils sont constitués de différents supports auxquels a été ajouté du charbon actif, à visée d'absorption des molécules responsables des mauvaises odeurs des plaies. Ils existent sous forme de plaques et compresses.
- **Pansements à l'argent :** ils sont constitués de différents supports (crèmes, compresses, plaques, etc.) auxquels a été ajouté de l'argent sous des formes physico-chimiques variées, théoriquement à visée antibactérienne.
- **Pansements à base d'acide hyaluronique :** ils contiennent de l'acide hyaluronique (constituant naturel du derme) à des concentrations variables. Ils existent sous diverses formes (crèmes, compresses, sprays, etc.).

- L'évaluation effectuée par la HAS (rapport publié en 2007) devait déterminer **l'effet thérapeutique et les effets indésirables des différents pansements primaires** :
  - en se limitant aux plaies chroniques ou aiguës ayant un caractère de gravité suffisant eu égard aux indications actuellement prises en charge (qui excluent notamment les plaies communes de la vie courante) ;
  - en écartant certains protocoles de soins spécialisés, par exemple ceux des centres de grands brûlés.
- **Sont restés hors du champ d'étude** : les matrices cellulaires, les facteurs de croissance, les systèmes de traitement des plaies par pression négative (qui ont fait l'objet d'une évaluation et d'une fiche de bon usage spécifiques), les topiques autres que les formes crème ou gel des pansements étudiés et les médicaments présentés sous forme de pansements.

UTILISATION DES DIFFÉRENTS PANSEMENTS [2]

- La classification des indications des pansements, ainsi que les définitions et types de pansements recommandés dans chaque indication constituent **des outils pour orienter les choix des professionnels de santé**.
- Cependant, les données qui permettent de préférer certains types de pansements à d'autres demeurent d'**un faible niveau de preuve**. Dans certaines indications, aucune catégorie de pansements ne peut être recommandée.

Phase de cicatrisation	Type de plaie	Pansements recommandés
Toutes phases (traitement non séquentiel)	Chronique	Hydrocolloïdes
	Aiguë	Hydrocellulaires [3] Fibres de CMC (hydrofibres) [3]
Détersion (traitement séquentiel)	Chronique	Alginates [3] - Hydrogels
	Aiguë	– [4]
Bourgeonnement (traitement séquentiel)	Chronique	Interfaces [5] - Hydrocellulaires [3] - Vaselinés [6]
	Aiguë	Vaselinés [6]
Épidermisation (traitement séquentiel)	Chronique	Interfaces [5] - Hydrocolloïdes
	Aiguë	Interfaces [5]

Situations cliniques spécifiques	Pansements recommandés
Peau fragile (maladies bulleuses)	Interfaces [5]
Prévention de l'infection (quelle que soit l'étiologie)	– [4]
Plaie infectée (quelle que soit l'étiologie)	– [4]
Plaie hémorragique (dont la prise de greffe)	Algostéril® (alginate)
Epistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients ayant un trouble de l'hémostase	Coalgan®
Plaie malodorante (notamment cancers ORL, de la peau ou du sein)	Au charbon activé

2. Figurant dans l'arrêté du 16 juillet 2010 et, selon les cas, dans les avis de la Commission.
3. Plaies très exsudatives.
4. Aucun élément ne permet de recommander dans ce cas un type particulier de pansement.
5. Mepitel®, Urgotul®, Altreet®, Physiotulle® et Hydrotul® (arrêté du 16 juillet 2010).
6. Les pansements vaselinés sont largement utilisés et figurent sur la LPPR malgré l'absence de données de haut niveau de preuve démontrant leur efficacité.

Utilisation des pansements protecteurs, des compresses et du coton	
Escarres chez l'adulte et chez le sujet âgé pour protéger la peau lorsqu'elle est au stade de la rougeur (urines, macération).	Plaques adhésives minces et transparentes (hydrocolloïdes).
Soins des plaies aiguës suturées et des incisions chirurgicales	Pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée (support textile).
Protection des plaies aiguës légèrement hémorragiques et/ou exsudatives (sites de cathétérisme intraveineux et incisions chirurgicales).	Pansements adhésifs stériles avec compresse intégrée (support film).
Protection des plaies aiguës peu ou moyennement hémorragiques et/ou exsudatives (sites de cathétérisme intraveineux et incisions chirurgicales).	Compresses stériles de coton hydrophile à bords adhésifs. Compresses stériles de coton hydrophile non adhérentes.
• Plaies aiguës exsudatives (recouvrement de plaie post-opératoire, gynécologie, drainage de plaie, etc.). • Plaies chroniques exsudatives : recouvrement de pansements pour drainage des exsudats et protection mécanique de la plaie.	Pansements/compresses stériles absorbants non adhérents pour plaies productives.
• Nettoyage des plaies ou de la peau saine en péri-opératoire (préparation de site opératoire et soins post-opératoires) et pour les plaies aiguës à risque infectieux (notamment brûlures). • Confection de pansements en post-opératoire et pour les plaies aiguës à risque infectieux (brûlures, etc.).	Compresses stériles.
• Nettoyage des plaies en dehors du péri-opératoire. • Confection de pansements (plaies chroniques).	Compresses non stériles *Note – Compresses stériles pour nettoyer certaines plaies surinfectées ou avec exposition de tissu musculaire ou osseux.*
Nettoyage local de la peau sans plaie ouverte.	Coton hydrophile non stérile.

Recommandations de la CNEDiMTS pour des pansements évalués après 2007	
Un pansement contenant de l'acide hyaluronique (Ialuset®, avis du 29 avril 2008).	Usage limité à l'ulcère de jambe
Trois pansements à l'argent (Cellosorb Ag®, Urgotul Ag® et Urgotul Duo Ag®, avis du 30 septembre 2008).	Usage limité à l'ulcère de jambe *

* Traitement séquentiel de 4 semaines des ulcères de jambe à caractère inflammatoire, ayant au moins 3 des 5 signes cliniques suivants : douleur entre deux changements de pansement, érythème péri-lésionnel, œdème, plaie malodorante, exsudat abondant.

© Haute Autorité de Santé – 2011

HAS

Validé par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé de la HAS, ce document a été élaboré à partir d'une revue approfondie de la littérature, des résultats d'un consensus formalisé d'experts, de l'étude des dossiers transmis par les fabricants, des recommandations d'un groupe de travail multidisciplinaire, de la LPPR et des rapports et avis de la CNEDiMTS.
L'ensemble des publications de la HAS sont disponibles sur **www.has-sante.fr**

Avril 2011

FICHE

Pansements pour plaies suturées, à la suite d'une intervention chirurgicale

Principes généraux et bonnes pratiques

Validée par le Collège le 1er décembre 2022

L'essentiel

- Le choix d'un pansement pour une plaie chirurgicale suturée est fait en fonction de sa localisation, des tensions exercées sur les bords de la plaie et, le cas échéant, des risques identifiés. En dehors de certaines situations et risques spécifiques qui exigent une stratégie adaptée les pansements suivants sont à privilégier en première intention :
  1. Dans le cas le plus général, les pansements secs "simples" (ex : pansement film ou textile avec compresse intégrée, film ou sparadrap + compresse) : renouvelés tous les 2 à 3 jours.
  2. Pansements gras (ou pansement sec + vaseline), notamment pour des zones sous contrainte ou localisations complexes : renouvelés tous les 2 à 3 jours.
  3. Pansement hydrocolloïde sous forme de plaque mince[1] (facilitant la douche et adapté à des traits cicatriciels courts sous tension) : renouvelé tous les 3 à 4 jours.
- La première réfection du pansement intervient généralement à J1 après vérification de la plaie par le chirurgien, ou plus tardivement (en ambulatoire, souvent 48 à 72h après la chirurgie).
- Nettoyage de la plaie au savon doux ou au sérum physiologique, sans utilisation d'antiseptique.
- Sur indication du professionnel de santé et après une décision partagée avec le patient : réfections possibles par le patient ou son entourage.
- Après ablation des points de suture (entre 5 et 15 jours) et en dehors de toute complication, un pansement n'est plus nécessaire et le patient peut se laver normalement.

NB : Cette fiche concerne les plaies chirurgicales suturées, hors contexte de cicatrisation retardée ou de seconde intention.

Contexte

La réalisation d'un pansement post-opératoire sur une plaie suturée est une pratique courante mais ne bénéficiant pas de recommandations suffisamment détaillées, récentes et argumentées. De ce fait mais aussi de celui du passage de relais entre les établissements de santé et le domicile, on constate une réelle disparité des pratiques, notamment en termes de choix du type de pansement. Or, en première intention, les pansements complexes ne sont pas adaptés à des plaies faisant suite à un geste chirurgical ; ils n'ont pas de plus-value dans cette situation.

[1] Sous réserve de peau péri-lésionnelle saine.

Cette fiche de bon usage a été réalisée en réponse à une saisine de la CNAM et avec la collaboration de professionnels concernés par les soins de plaies post-opératoires et d'autres parties prenantes, dans le but de clarifier les schémas thérapeutiques et d'améliorer la pertinence des prescriptions.

Principes généraux

En l'absence d'études et de consensus professionnels de bon niveau de preuve concernant les plaies chirurgicales suturées, les stratégies recommandées par les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) et les enseignements dispensés pour les DU et DIU de cicatrisation reposent, en grande partie, sur la pratique et l'expérience.

Le pansement post-opératoire immédiat est réalisé en conditions stériles. Les principes de base à respecter, partagés par l'ensemble des professionnels, concernent le nettoyage de la plaie, la prise en compte des comorbidités, des facteurs de risque et de retard de cicatrisation.

Les attentes vis-à-vis du pansement post-opératoire peuvent être résumées par le principe « PACA » :

- Protection : vis-à-vis des frottements, mouvements inadaptés, germes ;
- Absorption : exsudats / hémorragies ;
- Compression : limiter le risque d'hématome et d'œdème post-opératoire ;
- Action sur les tensions.

Dans la pratique, il faut distinguer plusieurs pansements successifs sur une plaie suturée :

- Pansement en post-opératoire immédiat (48 à 72h en général) ;
- Pansement précoce avant ablation des points de suture,
- Pansement tardif après ablation des points de suture : cas exceptionnel.

En l'absence de complications hémorragiques ou infectieuses, le renouvellement du pansement doit être effectué le moins souvent possible (des délais de 48 à 72h sont courants). Le nettoyage de la plaie se fait au savon doux ou au sérum physiologique, sans utilisation d'antiseptique. Dans certains cas, une consultation précoce dans le service de chirurgie peut être mise en place.

Une modification du type de pansement se justifie par la survenue d'une complication.

Les complications, définies à l'exclusion des cas de petit retard de cicatrisation ou d'évènement mineur sur la plaie (fibrine, exsudat), nécessitent une réévaluation de la plaie. Elles concernent 4 situations principales : désunion de plaie opératoire, infection, hématome et nécrose.

Choix des pansements

Le choix du type de pansement est d'abord dicté par la localisation et les tensions exercées sur les bords de la plaie suturée ainsi que l'identification de risques spécifiques (infectieux notamment).

En dehors de cas particuliers (cf. paragraphe dédié), les types de pansements à choisir sont :

- Dans le cas le plus général, les pansements secs "simples" (ex : pansement textile avec compresse intégrée, film ou sparadrap + compresse…) : renouvelés tous les 2 à 3 jours.
- Pansements gras (ou sec + vaseline), notamment pour des zones sous tension ou de localisation complexe, maintenus par un moyen adapté[2] : renouvelés tous les 2 à 3 jours.
- Hydrocolloïdes minces, si peau péri-lésionnelle saine (intéressants en cas de tensions et pour leur caractère semi-perméable) : ils peuvent être renouvelés tous les 3 à 4 jours (2 fois par semaine).

[2] Suivant les cas, pansement secondaire et/ou moyens de fixation.

Un pansement sec "simple" est adapté aux plaies suturées sans tension notable et en l'absence de risque infectieux ; un pansement hydrocolloïde mince, facilitant la douche, peut également se justifier.

Des sutures cutanées adhésives ou "*strips*" (laissées en place plusieurs jours) sont utilisées pour des traits cicatriciels longs ou en cas de localisation soumise à une forte mobilité (membres, dos…). Remplacés après quelques jours, les "*strips*" sont utilisés seuls ou recouverts par un pansement sec ou hydrocolloïde permettant les soins d'hygiène. Sur les membres, une compression élastique peut être mise en place pendant les premiers jours. Sur des traits cicatriciels sous tension plus courts, les pansements hydrocolloïdes sont adaptés et peuvent être renouvelés 2 fois par semaine.

Sur le visage, les mains et les doigts, les pansements gras (ou pansements secs + vaseline) sont utilisés afin de limiter la formation de croûtes et de marques cicatricielles. En alternative, l'application de vaseline stérile, seule, est possible sur les plaies du visage.

Sur indication du professionnel de santé et après décision partagée avec le patient, les réfections peuvent être réalisées par le patient ou son entourage. L'intervention d'un professionnel est indispensable dans la majorité des situations.

Après ablation des points, le lavage de la plaie est autorisé en dehors de toute complication. À ce stade, un pansement n'est plus nécessaire. Un émollient peut être conseillé afin de retirer sans saigner les éventuelles croutes résiduelles et favoriser le massage de la cicatrice.

La prescription doit permettre d'identifier en particulier :

- Le type de la plaie (dans ce cas : post-opératoire ou suturée), sa localisation et ses dimensions.
- La durée de traitement tenant compte de la prochaine consultation ou avant ablation des points de suture, ainsi que la fréquence ou le nombre de renouvellements prévus.
- La classe des pansements et leurs dimensions.
- Le cas échéant, une indication sur le caractère adhésif ou non des pansements.

Les produits et conditionnements adaptés pour le domicile[3] comprennent notamment :

- Des compresses et des pansements de petite taille (à partir de 5x5 cm).
- Des pansements hydrocolloïdes minces conditionnés par 5 ou 10 unités.
- Du sérum physiologique pour le nettoyage (des dosettes peuvent être préférées aux flacons dont la durée d'utilisation après ouverture est limitée).
- Le cas échéant, des sutures cutanées adhésives, des bandes, des sparadraps.

A propos des précautions et des cas particuliers

Certaines situations et risques spécifiques exigent une stratégie adaptée[4] :

- Plaie localement infectée[5] : pansements gras ou secs non occlusifs plus spécifiques et/ou absorbants, avec renouvellement quotidien.
- Risque infectieux modéré à important (plaie post-traumatique, perte de substance importante, greffe, plaie jouxtant un site fortement colonisé, patients immunodéprimés ou diabétiques, présence de fixateur externe, chirurgies à risque infectieux particulier) : renforcement des contrôles visuels[6] et du nettoyage[7] ; réfection plus fréquente du pansement.
- Peau péri-lésionnelle très fragile (ex : membres inférieurs des personnes âgées) : pansements peu ou non adhésifs (ex : pansements siliconés), maintenus par une bande ou un filet tubulaire.
- Greffes : pansements gras n'adhérant pas au greffon.
- Fort risque hémorragique : pansements secs hémostatiques, contenant des fibres ou compressifs.
- Risque élevé de cicatrice pathologique (hypertrophique ou chéloïde) : "*strips*", hydrocolloïde mince.
- Allergie avérée (ex : à la colophane).
- Chirurgie des muqueuses : bains de bouche antiseptiques et anesthésiants, toilette au savon sur muqueuses anale et génitale.
- Les sets de pansements ont un intérêt pour la détersion des croutes ou squames nécessitant des pinces, pour nettoyer en profondeur et en stérile, pour mécher les désunions de cicatrice.

Données de la littérature

Le service de documentation de la HAS a réalisé une recherche des revues de la collaboration Cochrane, des recommandations de bonnes pratiques et des évaluations technologiques émanant des agences d'évaluation et de sociétés savantes[8]. Deux publications sont retenues à titre d'information :

Revue Cochrane : Dumville et al. 2016[9]

Son objectif était de comparer en termes de prévention des infections de plaies post-chirurgicales cicatrisant en première intention trois stratégies : utilisation de pansements, absence de pansements et méthodes de pansement alternatives. Il n'y avait pas de preuve suggérant qu'un type de pansement était plus efficace qu'un autre, ou plus efficace que l'absence de pansement. Ainsi le choix du type de pansement pouvait tenir compte des préférences du soignant ou du patient, ou du coût.

Revue Cochrane : Toon et al. 2015[10]

L'objectif était d'évaluer les bénéfices et les risques, sur une plaie suturée, d'une ablation permanente du pansement dans les 48 premières heures (ablation précoce), ou au-delà de 48h avec la possibilité de réfection ultérieure du pansement. Aucune différence statistique n'a été constatée en termes de survenue d'évènements indésirables (notamment infectieux) entre les groupes « stratégie précoce » et « stratégie retardée », mais avec un très faible niveau de certitude.

Parties prenantes sollicitées

Collège de la Médecine Générale	CNP Infirmier
Collège de la Masso-kinésithérapie *	CNP Infirmier de Pratique Avancée *
Collège de Pharmacie d'Officine et de Pharmacie Hospitalière	France Assos Santé *
	Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales *
Conseil National Professionnel (CNP) de la Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique	Société Française de Dermatologie
CNP de Dermatologie et Vénéréologie	Société Française Francophone des plaies et cicatrisations

** Sans contribution, ou sans contribution dans les délais impartis.*

[3] Conditionnement correspondant à la fréquence des soins.
[4] Faute de données probantes et de consensus, les pansements choisis peuvent différer en fonction des préférences du soignant.
[5] En dernier recours et sur prescription médicale, utilisation d'un antiseptique majeur non alcoolique.
[6] Un pansement spécifique transparent peut faciliter les contrôles.
[7] En absence de complication infectieuse, les produits antiseptiques sont à proscrire car susceptibles de sélectionner les germes les plus pathogènes et de favoriser certaines infections.

[8] Limitée aux plaies post-chirurgicales, hors cicatrisation retardée ou de seconde intention (plaies infectées, désunies, tumorales, plaies relevant des indications des systèmes de pression négative), hors problématiques de maintien de cathéters veineux.
[9] Dumville JC, Gray TA, Walter CJ, Sharp CA, Page T, Macefield R, Blencowe N, Milne TKG, Reeves BC, Blazeby J. Dressings for the prevention of surgical site infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 12.
[10] Toon CD, Lusuku C, Ramamoorthy R, Davidson BR, Gurusamy KS. Early versus delayed dressing removal after primary closure of clean and clean-contaminated surgical wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9.

Ce document a été élaboré à partir de données de la littérature scientifique et de contributions de parties prenantes, émanant notamment de professionnels de santé impliqués dans les soins de plaies post-opératoires.
Pansements pour plaies suturées, à la suite d'une intervention chirurgicale. Fiche de bon usage.
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – décembre 2022

AVIS SUR LES DISPOSITIFS MEDICAUX

ARTICLES POUR PANSEMENTS

Modalités d'inscription

Phase contradictoire d'un avis de projet

Adopté par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé le 11 février 2025

Faisant suite à l'examen du 11 février 2025, la CNEDiMTS a adopté l'avis le 11 février 2025

Modification des modalités d'inscription des articles pour les pansements inscrits au chapitre 3 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

Faisant suite :

- À l'avis de projet de modification des modalités d'inscription des articles pour les pansements inscrits au chapitre 3 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale paru le 11/01/2025,
- À la phase contradictoire prévue à l'article R.165-9 du code de la sécurité sociale (CSS),

1. Méthodologie

Un avis de projet de modification des modalités d'inscription des articles pour les pansements inscrits au chapitre 3 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale a été publié au Journal officiel le 11 janvier 2025[1].

Conformément à l'article R. 165-9 du code de la sécurité sociale, les exploitants et les distributeurs au détail ont pu présenter des observations écrites dans un délai de vingt jours ou demander à être entendus par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS), dans un délai de huit jours à compter de la publication au Journal officiel.

Le 11 février 2025, et en l'absence de demande d'audition, la CNEDiMTS a examiné l'avis de projet publié le 11 janvier 2025 sur la base des observations écrites reçues[2].

Les recommandations de la CNEDiMTS sont décrites dans le présent avis, pris en application de l'article R. 165-9 du code de la sécurité sociale.

[1] Avis de projet de modification des modalités d'inscription des articles pour les pansements inscrits au chapitre 3 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - Légifrance

[2] Les observations sur la tarification des dispositifs, des prestations ou des actes ne relèvent pas des missions de la CNEDiMTS.

2. Contexte

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles et le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ont fait connaître le 11 janvier 2025 leur intention d'ajouter, dans la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, à la section 1 «*Article pour pansements*» du chapitre 3 du titre I, des précisions sur les modalités de prescription et de délivrance de ces dispositifs médicaux, ayant notamment pour effet de limiter à 7 jours de traitement leur première délivrance par le distributeur au détail.

Ce nouvel encadrement des modalités de prescription et de délivrance est motivé par le gâchis de matériel médical, qui a des impacts négatifs sur l'environnement et sur les dépenses de santé.

La CNEDiMTS a reçu des observations écrites de la part de la Fédération des Pharmaciens d'Officine (FSPF) et du Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM).

3. Conclusions

La CNEDiMTS insiste sur la nécessité de disposer de conditionnements adaptés permettant de réaliser la délivrance pour une période maximale de 7 jours et appelle les fabricants à mettre sur le marché des conditionnements adaptés. En effet, un déconditionnement par le distributeur final n'est pas recommandé.

Par ailleurs, le prescripteur peut faire figurer sur l'ordonnance la dénomination commerciale précise et complète d'un article pour pansements. Ainsi, la CNEDiMTS recommande de modifier et compléter comme suit la phrase figurant dans l'avis de projet publiée au Journal Officiel le 11 janvier 2025 :

*« La prescription précise expressément la catégorie de pansements ou de compresses, la quantité de produits nécessaires, la taille et le cas échéant, tout autre élément que le prescripteur jugerait nécessaire (tels que **la dénomination commerciale précise et complète d'un article pour pansements**, le caractère absorbant **et/ou** adhésif pour les pansements…) ainsi que la fréquence recommandée de renouvellement. »*

Avis 1 définitif

© Haute Autorité de santé – février 2025