

**AVIS SUR LES
DISPOSITIFS
MEDICAUX****3M TEGADERM SILICONE
FOAM BORDER****Talon, Petit Sacrum, Grand
Sacrum****Pansements hydrocellulaires anatomiques****Inscription****Adopté par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs
médicaux et des technologies de santé le 21 septembre 2021**

Faisant suite à l'examen du 21 septembre 2021, la CNEDiMTS a adopté l'avis le 21 septembre 2021.

Demandeur : 3M France SAS (France)

Fabricant : 3M Deutschland GmbH (Allemagne)

Les modèles et références retenus sont ceux proposés par le demandeur dans le [chapitre 1.2](#).

L'essentiel

Indications retenues	Traitement des plaies aiguës, sans distinction de phase et traitement des plaies chroniques en phase de bourgeonnement en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser (talon ou sacrum en fonction des modèles).
Service attendu (SA)	Suffisant
Comparateurs retenus	Pansements hydrocellulaires à absorption importante répondant aux spécifications techniques figurant à la LPPR.
Amélioration du Service attendu (ASA)	ASA de niveau V
Type d'inscription	Nom de marque
Durée d'inscription	5 ans
Données analysées	Aucune étude clinique spécifique aux pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER n'est fournie. Les éléments de preuve fournis

par le demandeur s'appuient sur des données techniques relatives à la conformité des pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER aux spécifications techniques définies par la LPPR pour l'ensemble des pansements hydrocellulaires à absorption importante, ainsi que l'intérêt des formes anatomiques pour des plaies localisées dans des endroits difficiles à panser tels que le talon et le sacrum.

Éléments conditionnant le Service attendu (SA) – Spécifications techniques – Modalités de prescription et d'utilisation	Celles des descriptions génériques des pansements hydrocellulaires à absorption importante figurant à la LPPR. Celles mentionnées au chapitre 5.2.
Études complémentaires devant être présentées à l'occasion du renouvellement de l'inscription	Aucune étude post-inscription spécifique n'est attendue pour le renouvellement d'inscription. Toutefois, la demande de renouvellement devra apporter les données disponibles actualisées conformément aux recommandations du guide pratique pour l'inscription au remboursement des produits et prestations.
Population cible	La population cible ne peut être estimée, en l'absence de données épidémiologiques spécifiques à l'indication retenue. À titre informatif, en 2019 et en 2020, la population rejointe des pansements anatomiques hydrocellulaires à absorption importante inscrits sur la LPPR, semblables à 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER, est d'environ 66 000 patients pour les formes talon et d'environ 125 000 à 129 000 patients pour les formes sacrum.

Avis 1 définitif

Sommaire

1.	Objet de la demande	4
1.1	Qualification de la demande	4
1.2	Modèles et références	4
1.3	Conditionnement	4
1.4	Revendications du demandeur	4
2.	Historique du remboursement	4
3.	Caractéristiques du produit	5
3.1	Marquage CE	5
3.2	Description	5
3.3	Fonctions assurées	5
3.4	Actes associés	5
4.	Service attendu (SA)	6
4.1	Intérêt du produit	6
4.2	Intérêt de santé publique	7
4.3	Conclusion sur le Service attendu (SA)	11
5.	Éléments conditionnant le Service attendu (SA)	12
5.1	Spécifications techniques minimales	12
5.2	Modalités de prescription et d'utilisation	12
6.	Amélioration du Service attendu (ASA)	12
6.1	Comparateurs retenus	12
6.2	Niveau d'ASA	12
7.	Études complémentaires devant être présentées à l'occasion du renouvellement de l'inscription	12
8.	Durée d'inscription proposée	12
9.	Population cible	13

1. Objet de la demande

1.1 Qualification de la demande

Demande d'inscription sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale (LPPR dans la suite du document).

1.2 Modèles et références

Les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER sont des pansements hydrocellulaires silicone adhésifs disponibles sous 3 formes anatomiques : talon, petit sacrum et grand sacrum.

Modèles	Dimensions pansement	Dimensions tampon	Surface	Unités / boîte	Références
Talon	16,5 x 16,5 cm	9,8 x 9,8 cm	230 cm ²	5	90646
Petit Sacrum	15 x 17 cm	10,5 x 12,4 cm	215 cm ²	10	90647
Grand Sacrum	18,5 x 22 cm	12 x 16 cm	335 cm ²	5	90648

1.3 Conditionnement

Unitaire stérile, en boîte de 5 ou 10.

1.4 Revendications du demandeur

1.4.1 Indications revendiquées

La demande d'inscription concerne les indications suivantes : « Traitement des plaies aiguës, sans distinction de phase et traitement des plaies chroniques en phase de bourgeonnement en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser tels que le sacrum, le talon, le coude et le genou ».

1.4.2 Comparateur revendiqué

Les pansements hydrocellulaires anatomiques à absorption importante répondant à la définition de la LPPR.

1.4.3 ASA revendiquée

ASA de niveau V.

2. Historique du remboursement

Il s'agit de la première demande d'inscription sur la LPPR des pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER.

Les pansements hydrocellulaires à absorption importante sont inscriptibles sous description générique lorsqu'ils ont une forme géométrique standard (représentée par un cercle, une ellipse, un triangle, un carré, un rectangle ou un losange). Les pansements hydrocellulaires à absorption importante dits de forme anatomique ou cavitaire de forme géométrique non standard, dont les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER font partie, sont inscriptibles à la LPPR sous nom de marque.

3. Caractéristiques du produit

3.1 Marquage CE

Classe IIb, notification par BSI (n°2797), Pays-Bas.

3.2 Description

Les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER de formes anatomiques sont des pansements absorbants, perméables et respirants, répondant aux spécifications techniques minimales des pansements hydrocellulaires anatomiques à absorption importante définies par la LPPR¹. Ils sont constitués d'un tampon en mousse de polyuréthane, de couches non tissées absorbantes, d'un support en film imperméable et respirant, et d'une couche de contact avec la plaie en silicone adhésive.

3.3 Fonctions assurées

Maintien d'un environnement humide et absorption des exsudats.

3.4 Actes associés

Les actes sont référencés dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP²) dans les articles du titre XVI « Soins infirmiers » :

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Chapitre I - Article 2 - Pansements courants		
Autre pansement	2	AMI ou SFI ³
Chapitre I - Article 3 - Pansements lourds et complexes		
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épiluchage et régularisation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou AMX ou SFI

¹ Tests d'absorption selon la norme EN 13726-1:2002 (absorption ≥ 40 g/100 cm²)

² Nomenclature Générale Des Actes Professionnels (NGAP), version du 01/07/2021 (<http://www.ameli.fr/>).

³ AMI et AMX : Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière, à l'exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à application de la lettre clé AIS ; SFI : Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme

4. Service attendu (SA)

4.1 Intérêt du produit

4.1.1 Analyse des données : évaluation de l'effet thérapeutique / effets indésirables, risques liés à l'utilisation

4.1.1.1 Données spécifiques

Les éléments de preuve s'appuient sur :

- un argumentaire de démonstration d'équivalence par rapport aux autres pansements hydrocellulaires à absorption importante répondant à la définition de la LPPR, notamment en termes d'absorption spécifique mesurée selon la norme EN 13726.1⁴;
- l'étude Sieracki et al. 2020⁵, modélisant les caractéristiques techniques (notamment les contraintes mécaniques sur le sacrum), de différents pansements en silicone, dont les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER.

Compte tenu de son caractère non clinique l'étude fournie n'est pas retenue par la Commission.

4.1.1.2 Événements indésirables

Événements indésirables des essais cliniques

Sans objet.

Matéiovigilance

Les données issues de la matéiovigilance transmises par le demandeur rapportent, pour les références objet de la demande et pour le monde entier, entre 2017 et février 2021, un événement de type macération de la plaie sous le pansement.

4.1.1.3 Bilan des données

La Commission ne formule pas d'objection particulière au sujet de l'équivalence technique (norme d'absorption) revendiquée par l'industriel entre les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER et les pansements hydrocellulaires à absorption importante répondant à la définition de la LPP.

4.1.2 Place dans la stratégie thérapeutique

Le traitement des plaies aiguës et chroniques est différent selon leur étiologie (contention pour les ulcères veineux, support diminuant la pression et/ou décharge dans les escarres, décharge dans la plaie du pied chez un diabétique).

Le traitement local est effectué avec des pansements choisis en fonction des caractéristiques de la plaie et de la peau péri-lésionnelle. L'objectif des soins locaux est de contrôler le micro-environnement de la plaie. Ceci implique de maintenir un milieu humide, favorable à la cicatrisation.

⁴ Hors particularités dues à la découpe en formes anatomiques, les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER sont conformes aux spécifications techniques minimales définies dans la LPP pour la ligne générique des pansements hydrocellulaires à absorption importante (pouvoir absorbant ≥ 40 g/100 cm²/24 h mesuré selon la norme EN 13726.1).

⁵ Sieracki J, Wilkes R, Bennett ER, McNulty AK. Finite Element Analysis Modeling of a Novel Silicone Dressing. Cureus. 24 sept 2020;12(9):e10629

Dans la plaie exsudative, l'objectif est d'éviter que des exsudats trop abondants n'endommagent la peau péri-lésionnelle.

La fiche de Bon Usage publiée par la HAS en 2011⁶ a recommandé pour les plaies aiguës et chroniques dans leur ensemble et en fonction de la phase de la cicatrisation, les pansements suivants :

Phases de cicatrisation	Pansements recommandés	
	Plaies chroniques	Plaies aiguës
Traitement non séquentiel	Hydrocolloïdes	Hydrocellulaires - Fibres de CMC
Détersion (traitement séquentiel)	Alginates - Hydrogels	Aucun
Bourgeonnement (traitement séquentiel)	Interfaces - Hydrocellulaires - Vaseline	Vaseline
Épidermisation (traitement séquentiel)	Interfaces - Hydrocolloïdes	Interfaces

Au vu des données fournies, la Commission estime que les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER ont une place dans la stratégie thérapeutique liée au traitement des plaies aiguës, sans distinction de phase et au traitement des plaies chroniques dès la phase de bourgeonnement en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser tels que le talon et le sacrum.

Conclusion sur l'intérêt du produit

Au total, les données fournies montrent que les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER ont un intérêt thérapeutique identique à celui des autres pansements hydrocellulaires, dans la stratégie thérapeutique de prise en charge des plaies dans les indications suivantes : Traitement des plaies aiguës, sans distinction de phase et traitement des plaies chroniques dès la phase de bourgeonnement en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser (talon et sacrum).

4.2 Intérêt de santé publique

4.2.1 Gravité de la pathologie

Le caractère de gravité des plaies aiguës et chroniques est lié à leurs caractéristiques (surface, profondeur, durée d'évolution), aux risques d'évolution défavorable (risque infectieux, risque cicatriciel) et aux pathologies ou facteurs associés (diabète, ischémie, immobilisation...). Les plaies non compliquées ne mettent pas en jeu le pronostic vital mais altèrent, notamment lorsqu'elles sont chroniques, la qualité de vie. Certaines plaies et notamment les brûlures laissent des cicatrices pouvant être une source de problèmes psychologiques et/ou relationnels. Les complications infectieuses des plaies sont susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital.

Dans la majorité des cas les plaies aiguës et chroniques ne mettent pas en jeu le pronostic vital. Les plaies infectées peuvent mettre en jeu le pronostic vital. La chronicité des plaies et l'aspect des cicatrices peuvent entraîner une dégradation plus ou moins marquée de la qualité de vie.

⁶ Fiche de Bon Usage : « Les pansements, indications et utilisations recommandées [\[lien\]](#)

4.2.2 Épidémiologie de la pathologie

Les plaies aiguës telles que définies par l'avis du 7 mars 2007⁷ sont principalement représentées par les brûlures, les greffes cutanées, les prises de greffe et les plaies post-chirurgicales en cicatrisation dirigée (les morsures et les sinus pilonidaux opérés constituant des cas particuliers).

Les plaies chroniques sont représentées par les escarres, les ulcères et les plaies du diabétique.

Des données épidémiologiques, non spécifiques aux localisations sacrum et talons, ont été identifiées pour les pathologies suivantes :

– Escarres

Les études portant sur l'épidémiologie des escarres en France sont hétérogènes. Les populations étudiées sont issues de services différents et sont disparates. La taille des échantillons varie de l'échelle d'une unité de soins à celle de groupes d'hôpitaux. Les informations sont recueillies soit par observation directe, soit par examen rétrospectif des dossiers de malades, soit par envoi de questionnaires aux équipes de soins. Ces différences ne permettent pas de comparer les études. À titre informatif :

- **À domicile** : Les données les plus récentes de l'assurance maladie recensent 130 000 patients souffrant d'escarres, en 2014. La plupart sont des patients très âgés : l'âge moyen est de 78 ans, 60 % ont plus de 80 ans et 80 % plus de 70 ans. Ce sont majoritairement des femmes (59,6 %) et un quart des patients ont été hospitalisés dans le mois précédant le début de la prise en charge. Par ailleurs, 21 % sont décédés dans les deux mois qui ont suivi la dernière délivrance de pansements. Sur la base des données de remboursement, le taux de récurrence des escarres serait de 28 %⁸. La dernière enquête épidémiologique sur le sujet, parue en 2009, avait pour objectif de décrire l'évolution de la prévalence des escarres chez des patients suivis à domicile entre 2003 et 2006⁹. Au cours de ces trois années, il était noté une augmentation de la prévalence des escarres à domicile passant de 3,2 % IC95% [3,2 % ; 3,4 %] à 4,3% IC95% [3,9 % ; 4,7 %]. Les patients étaient suivis à domicile pour une paralysie (17 %), un diabète (13,4 %), une maladie d'Alzheimer (10,3 %), un accident vasculaire cérébral (6,7 %), une insuffisance cardiaque (6,5 %), un cancer (5,8 %), une artérite (5,3 %) ou une maladie de Parkinson (4,3 %). Ces caractéristiques étaient constantes entre 2003 et 2006 hormis pour la maladie d'Alzheimer (6,8 % en 2003). Les escarres étaient localisées aux talons (55,2 %), au sacrum (51,7 %), à la cheville (16,3 %) et à la hanche (13 %), sans variation entre 2003 et 2006. Néanmoins, les stades étaient plus évolués en 2006 avec 8 % de rougeurs, 17,3 % de désépidermisation/phlyctène, 37,7 % de nécrose et 36,9 % d'ulcération fibrineuse.
- **À l'hôpital**, une étude épidémiologique française réalisée en 2014 et publiée en 2017 dans les services hospitaliers publics et privés, a mis en évidence une prévalence des escarres tous services confondus de 8,1 % IC95% [7,7 % ; 8,5 %]¹⁰. La prévalence variait de façon significative selon la typologie des services. Les patients avec escarres étaient plus âgés de 8,5 ans que l'ensemble des patients hospitalisés (79,9 ans ± 12,4 vs 71,4 ans ± 12,9). Les quatre facteurs les plus fréquemment retrouvés étaient l'incontinence mixte, la dénutrition, une réduction de la mobilité et un diabète. Les localisations les plus fréquentes étaient les talons et le sacrum. En termes de répartition d'escarres par stade de gravité, 26,4 % de la population étudiée avait une escarre au stade de rougeur, 21,7 % des patients une escarre au stade de

⁷ Avis de la CEPP du 7 mars 2007. Dispositifs : articles pour pansements (Titre Ier, chapitre 3, section 1 de la liste des Produits et prestations mentionnées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) [\[lien\]](#)

⁸ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014, Rapport au Ministère chargé de la Sécurité Sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004), 11 juillet 2013. [\[lien\]](#)

⁹ Allaert FA, Barrois B, Colin D. Evolution de la prévalence des escarres chez les patients suivis à domicile entre 2003 et 2006. Soins gériatrie 2009 ;76 :12-4.

¹⁰ Barrois B, Colin D, Allaert FA, Nicolas B. Epidémiologie des escarres en France. Revue francophone de cicatrisation 2017 ;1(3) :10-4.

désépidermisation/phlyctène, 12,8 % une escarre au stade de bourgeonnement, 23,6 % une escarre au stade d'ulcération fibrineuse et 15,5 % une escarre au stade de nécrose noire. En moyenne, 39,1 % des escarres analysées étaient considérées comme graves. Par ailleurs, le rapport de l'assurance maladie de 2014 recense 53 000 patients par an susceptibles d'être sortis de l'hôpital avec une escarre, ou d'être des patients à haut risque compte tenu de leur âge ou de leur pathologie associée pour développer des escarres après hospitalisation.

- **En EHPAD**, une enquête épidémiologique publiée en 2015 met en évidence des taux de prévalence d'escarres tous stades confondus compris entre 4,9 et 6,5 %¹¹. En termes de répartition d'escarres par stade de gravité, entre 33 et 40,7 % étaient porteurs d'une escarre de stade 1, entre 29 et 31 % étaient porteurs d'une escarre de stade 2 et entre 30,3 et 34 % étaient porteurs d'une escarre de stade 3-4. Les escarres étaient localisées au niveau du sacrum pour 42,3 à 47 % des cas, des talons pour 37 à 42,1 % des cas puis des ischions pour 2,5 à 3,4 % des cas.

– **Ulcère du pied diabétique**

En France, en 2016, plus de 3,3 millions de personnes étaient traitées pharmacologiquement pour un diabète¹², soit environ 5 % de la population totale. Parmi ces patients, 26 700 ont été hospitalisés pour une plaie du pied et plus de 8 400 pour une amputation d'un membre inférieur.

Une analyse du taux d'incidence pour les hospitalisations pour les plaies du pied montre augmentation permanente depuis 2010, avec un taux supérieur à 800 / 100 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement.

Chez les personnes diabétiques amputées d'un membre inférieur, le niveau d'amputation concernait l'orteil (52 % des cas), le pied (19 %), la jambe (17 %) et la cuisse (12 %). Vingt pourcent (20 %) étaient ré-amputées au moins une fois au cours de l'année¹³. Entre 2010 et 2016, le taux d'incidence des amputations d'un membre inférieur est resté stable.

Selon les 2 études Entred (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) successives, Entred 2001-2003¹⁴ et Entred 2007-2010¹⁵, un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé était rapporté par 9,9 % des personnes diabétiques en 2007 en France (soit + 4 points, par rapport à ce qui était rapporté dans l'étude Entred 2001) et par 2,3 % de leurs médecins (+ 1 point par rapport à l'étude Entred 2001). Par ailleurs, l'étude Entred 2001-2003 permettait d'estimer que, respectivement, 7 % et 5 % des patients diabétiques ont un risque de lésion du pied de grade 2 (neuropathie avec déformation du pied /hyperkératose ou artérite : absence de pouls, pontage ou claudication) et de grade 3 (antécédent de lésion ou amputation), formant une population à très haut risque d'amputation et qui nécessite des soins de pédicure-podologie répétés.

Si l'on extrapole ces données aux 3,3 millions de personnes diabétiques en France en 2016, il y aurait entre 75 900 et 330 000 patients diabétiques ayant un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé en 2016.

¹¹ Salles N, Torressan C. Epidémiologie des escarres en établissements d'hébergement pour personnes âgées ou EHPAD. L'escarre 2015 ;67 :5-7.

¹² Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Piffaretti C. Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. 8 p. [\[lien\]](#)

¹³ 3 Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Regnault N. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(34-35):619-25. [\[lien\]](#)

¹⁴ Fagot-Campagna A, Fosse S, Weill A, Simon D, Varroud-Vial M. Rétinopathie et neuropathie périphérique liées au diabète en France métropolitaine : dépistage, prévalence et prise en charge médicale, étude Entred 2001. Bull Epidemiol Hebd. 2005; 12-13:48-50.

¹⁵ Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C, Romon I, Penfornis A et al, pour le Comité scientifique d'Entred. Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. Bull Epidemiol Hebd. 2009;42-43:450-5 [\[lien\]](#)

– Brûlures

L'enquête Santé et Protection sociale (SPS), réalisée en population générale, en 2000 et 2002 sur les accidents de la vie courante, indique un taux d'incidence annuel en 2000 de 18 accidents de la vie courante pour 100 personnes, dont 5,1 % de brûlures. Les données 2002 sont du même ordre, avec un taux d'incidence trimestriel de 5,8 accidents pour 100 personnes, ce qui correspond à un taux annuel d'environ 18 accidents pour 100 personnes, et un pourcentage de brûlures de 4,9 %. L'application de ces taux à la population française (données INSEE 2021) permet d'estimer le nombre annuel d'accidents de la vie courante à près de 11,3 millions et le nombre annuel de brûlures à environ 560 000.

Ces données ne prennent pas en compte les brûlures provenant d'un accident de la circulation ou d'un accident du travail, ni celles provoquées lors d'une tentative de suicide. Dans les centres de grands brûlés, les accidents de la vie courante représenteraient plus de 70 % des cas, les accidents du travail 18 % et les tentatives de suicide 5,6 %, alors que les victimes d'accidents de la circulation seraient peu nombreuses. Ainsi, en faisant l'hypothèse que les brûlures consécutives à un accident de la vie courante (soit 260 000 à 560 000 brûlures) représentent 70 % de l'ensemble des brûlures (c'est-à-dire quel que soit leur type de prise en charge et leur gravité), le nombre de brûlures en France serait d'environ 800 000 par an. Les données disponibles ne permettent pas d'estimer avec précision l'incidence des brûlures à partir du second degré.

À titre indicatif, le dispositif de surveillance des personnes victimes de brûlures¹⁶ rapporte que 8 120 patients (5 099 hommes et 3 021 femmes) ont été hospitalisés pour brûlure en France métropolitaine, en 2014, soit un taux d'incidence de 12,3 / 100 000 habitants. Il s'agit d'un taux similaire aux taux retrouvés dans la littérature¹⁷. Les données issues du PMSI montrent une baisse de cette incidence par rapport en 2009 (13,8 / 100 000) qui intervient dans un contexte où diverses actions de prévention ont été mises en place en France ces dernières années : réduction de la température maximale de l'eau chaude du robinet, obligation d'installation de détecteurs avertisseurs autonomes de fumée, etc.

Les causes d'hospitalisation pour des brûlures sont majoritairement accidentelles (93,7 % des patients) et principalement causées par contact avec des liquides chauds. Il s'agit de la première cause de brûlure chez les 0-4 ans et les 5-14 ans et la première cause chez les femmes toutes classes d'âges confondues après 14 ans. En 2014, 190 patients sont décédés à l'hôpital des suites de brûlures.

Concernant la population pédiatrique, les enfants de 0 à 4 ans représentent plus du quart des patients hospitalisés pour brûlures (28,8 %). Toutefois, les enfants sont moins victimes de brûlures graves que les adultes. La part des patients gravement brûlés est de 5,3 % chez les 0-4 ans et de 3,5 % chez les 5-14 ans, alors qu'elle est de 11,9 % chez les patients de 15 ans et plus, et elle atteint un pic chez les 65-74 ans (15,7 %). Par ailleurs, le nombre d'actes de pose de pansements chirurgicaux réalisés en milieu hospitalier peut être estimé grâce à une recherche par acte classant en CCAM dans la base PMSI¹⁸. Ainsi, les catégories des actes classants suivantes ont été recensées pour les années 2015 à 2020 :

Code	Libellé	Nombre de séjours/séances totaux					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020
16050100	Pansement chirurgical initial de brûlure	3 859	3 801	3 321	3 273	3 036	3 027
16050200	Pansement chirurgical secondaire de brûlure	9 827	10 246	10 009	9 809	9 146	8 796

¹⁶ Paget LM, Thélot B. Les victimes de brûlures hospitalisées en France métropolitaine en 2014 et évolution depuis 2009. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France; Publié le 1 Juin 2018, mis à jour le 10 septembre 2019. [\[lien\]](#)

¹⁷ Smolle C, Cambiaso-Daniel J, Forbes AA, Wurzer P, Hundeshagen G, Branski LK, et al. Recent trends in burn epidemiology worldwide : A systematic review. Burns. 2017; 43 (2) : 249-57.

¹⁸ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). [\[lien\]](#)

– Greffes cutanées et prises de greffe

Aucune donnée épidémiologique n'a été retrouvée. À titre d'information, le nombre de greffes cutanées ou de prises de greffe réalisées en France peut être estimé grâce à une recherche par acte classant en CCAM dans la base PMSI. Ainsi, pour les années 2015 à 2020 ont été recensées les catégories des actes classants suivantes :

Code	Libellé	Nombre de séjours/séances totaux					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020*
16030800	Couverture de perte de substance par autogreffe de peau	27 930	28 500	28 764	29 036	29 187	25 564
16031000	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional	150 779	159 397	167 370	173 859	180 054	172 091
16050500	Grefe de peau pour brûlure	3 848	3 944	3 852	3 601	3 723	3 492

*Compte tenu du contexte sanitaire dû à la pandémie COVID-19, les données de 2020 sont à considérer avec précaution.

– Plaies chirurgicales

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » publiée en 2009 par la HAS¹⁹ estime à 6,5 millions le nombre d'interventions chirurgicales réalisées chaque année en France. Il n'existe pas d'estimation du nombre d'interventions présentent un risque important d'infection du site chirurgical.

4.2.3 Impact

La prise en charge des plaies chroniques et aiguës présente un intérêt pour la santé publique, compte-tenu du caractère de gravité et/ou de la fréquence des pathologies concernées. Les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER répondent à un besoin déjà couvert.

Conclusion sur l'intérêt de santé publique

Compte tenu de la prévalence et du caractère de gravité des plaies, notamment de type escarre, dans la population française, les pansements hydrocellulaires à absorption importante de forme anatomique, dont les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER font partie, ont un intérêt de santé publique.

4.3 Conclusion sur le Service attendu (SA)

La Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé estime que le Service attendu (SA) est suffisant pour l'inscription des pansements anatomiques 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER, formes talon et sacrum, sur la liste des Produits et Prestations et prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

La Commission recommande une inscription sous nom de marque et retient les indications suivantes : Traitement des plaies aiguës, sans distinction de phase et traitement des plaies chroniques en phase de bourgeonnement en traitement séquentiel, localisées dans des endroits difficiles à panser (talon, sacrum).

¹⁹« Check-List – Sécurité du patient au bloc opératoire. Haute Autorité de Santé, 2009 [\[lien\]](#) »

5. Éléments conditionnant le Service attendu (SA)

5.1 Spécifications techniques minimales

Celles des descriptions génériques des pansements hydrocellulaires à absorption importante figurant à la LPPR.

5.2 Modalités de prescription et d'utilisation

Les pansements 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER (formes anatomiques) peuvent rester en place jusqu'à 7 jours tout en pouvant être soulevés quotidiennement. La fréquence de changement du pansement dépend du type de plaie, de la quantité d'exsudat et de la situation clinique. Lorsque l'exsudat s'étend vers les bords du pansement ou en cas de suintement, il convient de le changer.

6. Amélioration du Service attendu (ASA)

6.1 Comparateurs retenus

Les pansements de forme anatomique 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER, talon et sacrum, sont issus de la gamme 3M TEGADERM et répondent aux spécifications techniques minimales des pansements hydrocellulaires à absorption importante définies dans la LPPR.

Comparateur : pansements hydrocellulaires à absorption importante répondant aux spécifications techniques figurant à la LPPR.

6.2 Niveau d'ASA

Les données disponibles ne permettent pas de comparer les pansements de forme anatomique 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER et les autres pansements hydrocellulaires à absorption répondant aux spécifications techniques figurant à la LPPR.

La Commission s'est prononcée pour une absence d'Amélioration du Service Attendu (ASA V) des pansements de forme anatomique 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER, talon et sacrum, par rapport aux pansements hydrocellulaires à absorption importante répondant aux spécifications techniques figurant à la LPPR.

7. Études complémentaires devant être présentées à l'occasion du renouvellement de l'inscription

Aucune étude post-inscription spécifique n'est attendue pour le renouvellement d'inscription. Toutefois, la demande de renouvellement devra apporter les données disponibles actualisées conformément aux recommandations du guide pratique pour l'inscription au remboursement des produits et prestations.

8. Durée d'inscription proposée

5 ans

9. Population cible

En l'absence de données épidémiologiques spécifiques aux indications retenues, la population cible des pansements de forme anatomique 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER ne peut être estimée.

Les escarres sont à l'origine de la plupart des plaies chroniques du sacrum et des talons. À titre informatif, toute localisation confondue, de l'ordre de 130 000 patients à domicile souffrent d'escarres, et de l'ordre de 53 000 patients par an sont susceptibles de quitter l'hôpital avec une escarre.

La population cible peut être approchée à partir des données de la population rejointe correspondant aux patients traités par les pansements anatomiques hydrocellulaires à absorption importante inscrits sur la LPPR, spécifiques au talon et au sacrum.

En 2019 et en 2020, le nombre de patients ayant bénéficié d'un remboursement en ville pour les pansements anatomiques hydrocellulaires à absorption importante inscrits sur la LPP s'élève respectivement à :

- 65 662 et 65 976 patients pour les formes spécifiques au talon²⁰ ;
- 125 258 et 129 032 patients pour les formes spécifiques au sacrum²¹.

La population cible ne peut être estimée, en l'absence de données épidémiologiques spécifiques à l'indication retenue. À titre informatif, en 2019 et en 2020, la population rejointe des pansements anatomiques hydrocellulaires à absorption importante inscrits sur la LPPR spécifiques semblables à 3M TEGADERM SILICONE FOAM BORDER, est d'environ 66 000 patients pour les formes talon et d'environ 125 000 à 129 000 patients pour les formes sacrum.

²⁰ Codes LPPR utilisés sur la base OPEN LPP de 2019 et de 2020 : 1399955, 1306787, 1344575, 1302795, 1398358, 1383931, 1380039, 1339002, 1310694, 1320505, 1315421, 1314841.

²¹ Codes LPPR utilisés sur la base OPEN LPP de 2019 et de 2020 : 1374470, 1324093, 1324667, 1316194, 1301643, 1378686, 1360404, 1324839, 1329890, 1393409, 1345907, 1342895, 1378730, 1303381, 1330099, 1378255, 1344546, 1384758, 1338971, 1338155, 1373393 et 1351368.