

Plaies Chroniques

Guide des symptômes, causes et traitements



Révolutionner les soins, pour les personnes et la planète.

Ce guide est fourni à titre informatif uniquement. Son contenu ne doit pas être considéré ni utilisé comme une ressource médicale pour mettre en place un traitement. Une consultation médicale est nécessaire pour obtenir des conseils médicaux et un traitement adapté.



Introduction

Les plaies chroniques représentent un enjeu majeur de santé publique. Elles concernent une part importante de la population, en particulier les personnes âgées et celles présentant des comorbidités. Elles entraînent une altération de la qualité de vie, une perte d'autonomie, et représentent un coût économique considérable pour le système de santé.

Les infirmières sont en première ligne pour la prise en charge de ces plaies, et leur rôle est essentiel pour optimiser la cicatrisation et prévenir les complications.

Sommaire

Définition et épidémiologie	3-4
Évaluation initiale	4
Bases physiopathologiques et rôle de la nutrition	5
Prise en charge thérapeutique hors dénutrition	5-7
Plaies en contexte palliatif	8
Quand et comment bien orienter vers un centre spécialisé ?	9
Conclusion et perspectives	10



Dr Hajnal-Gabriela ILLES

Médecin spécialiste en Maladies Infectieuses et Tropicales
Médecin spécialiste en Santé Publique et Médecine Sociale
Médecin spécialiste en Plaies et Cicatrisation

Définition et épidémiologie

Une **plaie chronique** est définie comme une plaie qui ne cicatrise pas après 4 à 6 semaines malgré une prise en charge adaptée. Il y a une gravité médicale et sociale avec dégradation de la qualité de vie des patients et des coûts importants.

En France, environ **1,2 millions de personnes** vivent avec une plaie chronique.

Parmi elles, les **ulcères veineux de jambe** représentent près de **42 %** des cas, suivis des **ulcères artériels ou mixtes (environ 24 %)**, des **escarres (23 %)** et des **plaies du pied diabétique (11 %)**.

Ces plaies, souvent liées à des **pathologies sous-jacentes** telles que l'**insuffisance veineuse**, l'**artériopathie** ou le **diabète**, traduisent une fragilité vasculaire et métabolique majeure et constituent un enjeu de santé publique croissant, tant par leur impact clinique que socio-économique.



- Pour l'**ulcère veineux de jambe**, l'incidence est estimée à 2/1000 adultes par an et **la prévalence est de 1 à 2% après 65 ans**. Un ulcère veineux peut persister plus de 6 mois dans 50% des cas, **avec des rechutes fréquentes (environ 40% à 3 ans)**.
- Les **ulcères artériels** sont souvent associés à l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) avec une prévalence d'environ 6% chez les plus de 60 ans et **une surmortalité cardiovasculaire d'environ 20 à 25% à 5 ans**.
- Les **escarres** touchent environ **8% des patients hospitalisés et jusqu'à 15-20% en EHPAD**. Elles sont associés à un allongement de séjour hospitalier moyen de 5 à 8 jours, une augmentation du risque infectieux (sepsis, ostéite) et à une **surmortalité en gériatrie**.
- Les **plaies du pied diabétique (PPD)** sont fréquentes, **graves et coûteuses, mais hautement évitables** par dépistage podologique, port de décharge, une prise en charge précoce et coordonnée, et une revascularisation rapide.

Ces plaies sont dues à une **augmentation de la fréquence du diabète**, avec plus de **3,8 millions** de personnes traitées pour le diabète en 2023 (soit 5,6% de la population). Les complications podologiques liées à la maladie restent fréquentes : chez les personnes de 45 ans ou plus traitées, on compte **981/100 000 hospitalisations** et **286/100 000 amputations** (taux standardisés).

L'infection de plaie est impliquée dans environ 50% des amputations et représente environ 20% des hospitalisations des personnes vivant avec un diabète. Environ **1 patient sur 6 décède** dans l'année suivant une hospitalisation pour PPD infectée.

A ces causes fréquentes s'ajoutent des plaies plus rares mais graves comme l'**angiodermite nécrotique**, le **pyoderma gangrenosum**, la **calciphylaxie** ou la **plaie maligne fongioïde**.

En France, **plusieurs centaines de milliers de patients** sont concernés par une plaie chronique. La durée moyenne de cicatrisation peut dépasser **6 mois**.

Le poids économique est important avec un coût global estimé de **2 à 3 milliards d'euros par an** pour le système de santé français.

Par exemple, **l'ulcère veineux** a un coût direct moyen d'environ **9000€/an/patient** (soins infirmiers quotidiens, pansements, bandages, consultations).

L'escarre de stade >3, lui, a un coût moyen d'environ **30 000€/cas** (selon la HAS et les données PMSI)

Au-delà des données quantitatives, cet enjeu revêt une dimension humaine essentielle, avec un impact psychologique et social significatif pour les patients.



Évaluation initiale

La première étape est de réaliser une **enquête étiologique** complète afin d'orienter la prise en charge :

- **Recueil des antécédents** : diabète, HTA, artériopathie, AVC, insuffisance veineuse, ...
- **Examen clinique** : localisation, aspect, profondeur, description du lit de la plaie (nécrose, fibrine, granulation), **suivi photographique**, **mesures régulières** et **contrôles des signes d'infection**, de **l'aspect**, du **volume**, de **la consistance de l'exsudat**, de **l'état péri-lésionnel** et de **la douleur**.
- **Examens complémentaires** : indice de pression systolique (IPS), échodoppler artériel et veineux, biopsie cutanée en cas de doute (notamment transformation maligne).

Des **facteurs aggravants** doivent être systématiquement recherchés : dénutrition, sédentarité, tabagisme, alcool, obésité, comorbidités multiples, persistance du biofilm ou infections répétées. **L'isolement social et la douleur chronique participent également à la chronicité.**

Certains de ces facteurs sont plus faciles à améliorer tels que la renutrition, l'amélioration de l'exercice physique comme la marche, le sevrage du tabagisme avec proposition de substituts nicotiniques et l'amélioration de l'équilibre glycémique.

Bases physiopathologiques et rôle de la nutrition

Le processus de cicatrisation comprend plusieurs phases :

1. Hémostase, 2. Inflammation, 3. Prolifération, 4. Remodelage

Chez les patients porteurs de plaies chroniques, ces étapes sont perturbées, avec une **persistance de l'inflammation chronique** et un **déséquilibre métabolique**.

Les besoins nutritionnels sont accrus :

- **30-35 kcal/kg/jour,**
- **1,2-1,5 g de protéines/kg/jour**
- **Hydratation adaptée (30-40 ml/kg/jour)**

Ces besoins sont souvent impossibles à adapter en passant uniquement par les repas équilibrés et les compléments oraux, dans des cas de chronicité de la plaie très avancés et une sarcopénie associée (Journées Cicat-Occitanie, 2025, Toulouse).

Une prise en charge peut être nécessaire en **hospitalisation à domicile (HAD) avec nutrition entérale** par sonde naso-gastrique. **Il faut éviter la nutrition parentérale**, peu physiologique, avec des risques non négligeables **d'infections nosocomiales liées au cathéter**.

Les vitamines (C, A, D, E) et oligo-éléments (zinc, fer, cuivre) sont indispensables à des **doses physiologiques**. Une surveillance nutritionnelle et une correction des carences sont des piliers de la cicatrisation (Journées Cicat-Occitanie, 2025, Toulouse).

Prise en charge thérapeutique

(hors dénutrition) :

La prise en charge associe des mesures générales et des traitements spécifiques selon l'étiologie :

A. Principes généraux

La **détérioration** (mécanique, autolytique, enzymatique ou chirurgicale) **doit être adaptée en fonction de la typologie de la plaie** (ischémie ? pathergie* ?) et de la douleur, **mais aussi de l'expérience du personnel soignant** prenant en charge le patient, afin de contrôler le biofilm et diminuer la persistance de l'inflammation chronique qu'elle génère.



Certaines situations imposent d'éviter la détérioration : angiodermite nécrotique, pyoderma gangrenosum, calciphylaxie. Une orientation vers un centre expert est dans ce cas recommandée.

Toutes plaies atypiques ou extrêmement douloureuse, nécrotique ou avec des bords violacés mérite un avis en urgence semi-relative (48h/72h) en Centre Plaies et Cicatrisation avec une abstention de la détérioration.

- L'**hygiène** des plaies et du membre correctement réalisée avec de l'eau et du savon, selon les recommandations de la HAS
- La **gestion de l'exsudat** grâce à des pansements techniques adaptés, pour éviter la saturation des pansements
- Le **contrôle de la douleur et du confort du patient** avec une prise en charge des plaies malodorantes
- Un **suivi régulier** et une **coordination pluridisciplinaire**

*pathergie = situation au cours de laquelle un traumatisme cutané, même minime, provoque des lésions cutanées inflammatoires et des ulcérations parfois difficiles à cicatriser

B. Stratégies spécifiques

- La **compression** pour les ulcères veineux est **indispensable à vie**, malgré une prise en charge vasculaire par gestes endovasculaires ou chirurgicaux.

Situation clinique	Dispositifs	Modalités
Varices 3mm (stade C2)	<ul style="list-style-type: none"> Bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 15 à 20 ou 20 à 36 mmHg 	Traitement au long cours
Après sclérothérapie ou chirurgie des varices	<ul style="list-style-type: none"> Bas indiqués pour les varices Bandes sèches à allongement court 	4 à 6 semaines
Œdème chronique (stade C3)	<ul style="list-style-type: none"> Bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg Bandes sèches à allongement court ou long 	Traitement au long cours, avec réévaluation régulière du rapport bénéfices/risques
Pigmentation, eczéma veineux (Stade C4a)	<ul style="list-style-type: none"> Bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg Bandes sèches inélastiques ou à allongement court Bandes enduites 	
Lipodermatosclérose, hypodermite veineuse, atrophie blanche (stade C4b)	<ul style="list-style-type: none"> Bandes sèches inélastiques ou à allongement court Bandes enduites Bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg (au stade chronique) 	
Ulcère cicatrisé (stade C5)	<ul style="list-style-type: none"> Bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) de 20 à 36 mmHg ou > 36 mmHg Bandes sèches à allongement court 	
Ulcère ouvert (Stade C6)	<ul style="list-style-type: none"> Bandages multitypes en première intention Bandes sèches inélastiques ou à allongement court Bandes enduites Bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) > 36 mmHg 	Jusqu'à cicatrisation complète

Source : Bon usage des technologies de la santé. La compression médicale dans les affections veineuses chroniques HAS, 2010

- La **mesure des IPS** et l'**évaluation de la circulation artérielle** avec revascularisation sont à discuter avec le chirurgien vasculaire.

Valeur	Interprétation
< 0,5	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) grave, ischémie critique des membres, ne permettant pas le recours à une compression. Consultation urgente d'un chirurgien vasculaire. Faible potentiel de guérison.
0,51 à 0,70	AOMI non compensée, utiliser avec précaution une compression réduite. La pression systolique absolue à la cheville doit être supérieure à 60 mmHg. Consultation régulière d'un spécialiste vasculaire. Potentiel de guérison limité.
0,71 à 0,99	AOMI compensée. Guérison possible. Ulcère mixte à prédominance veineuse.
1,0 à 1,4	Normal. Bon potentiel de guérison. Ulcère veineux pur.
> 1,4	Faussement élevé en raison d'une calcification de la paroi du vaisseau (médiocalcose). Fréquent dans la population diabétique. Utilisez l'index de pression systolique à l'orteil (IPSO) pour confirmer l'AOMI et évaluer la circulation artérielle. Consultation spécialisée vasculaire ou en diabétologie.

Selon les recommandations de la HAS publiées en 2006 :

L'IPS se mesure à l'aide d'une sonde Doppler continue ou lors d'un écho-doppler

L'IPS est complété par la prescription d'un écho-doppler veineux

Il est nécessaire de prescrire un écho-doppler artériel en cas :

- d'abolition des pouls périphériques
- de symptômes ou autres signes d'AOMI
- d'IPS inférieur à 0,9 ou supérieur à 1,3

- La **décharge** est indispensable pour les **escarres** et le **pied diabétique**, avec une cicatrisation plus difficile à obtenir si cette mesure n'est pas strictement respectée par le patient.

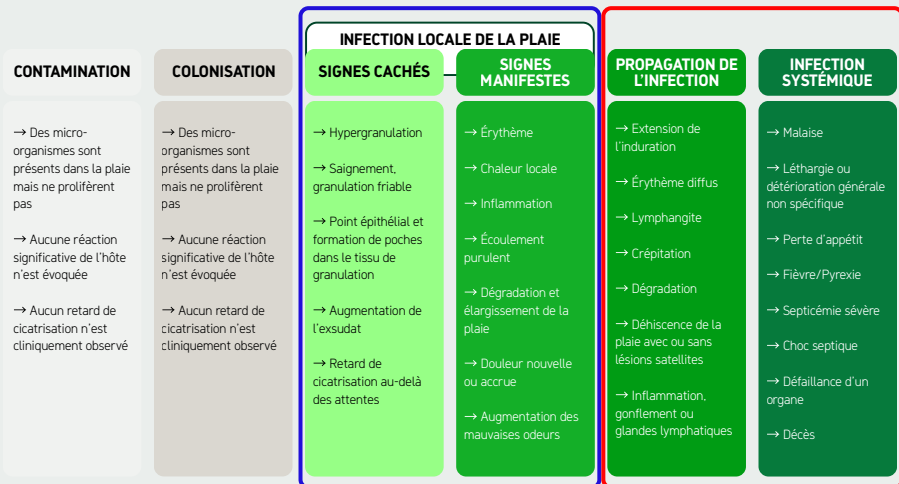


Attention particulière chez le patient diabétique chez qui une plaie peut très vite évoluer vers une infection locale possiblement grave avec nécrose et sepsis.

Les antibiotiques locaux ne sont pas recommandés.

Une antibiothérapie systémique est réservée aux infections de la peau et tissus mous (dermohypodermites aigües ou nécrotiques), généralement pour maximum 7 jours (SPILF).

Pour différencier la simple colonisation de l'infection localisée de la plaie ainsi qu'une vraie infection de la peau et tissus mous, **il faut s'aider des caractéristiques de la plaie et de son environnement immédiat ainsi que des critères généraux** du patient dans les cas de complications graves.



AUGMENTATION DE LA CHARGE MICROBIENNE DANS LA PLAIE



Source : International Wound Infection Institute, 2022

Plaies en contexte palliatif

Certaines plaies chroniques ne relèvent pas d'une stratégie curative, notamment lorsqu'elles surviennent chez des patients en soins palliatifs ou lorsqu'il existe une impasse thérapeutique.

Une **prise en charge globale** du patient est alors nécessaire, qu'il s'agisse **d'un patient en soins palliatifs** pour une autre pathologie grave avec plaie chronique non palliative, **ou d'un patient en dehors de soins palliatifs généraux mais avec une impasse définitive** de la cicatrisation de la plaie.



L'objectif devient alors le **confort du patient**, avec un contrôle des symptômes (**douleur, odeurs, exsudat**) et une communication claire sur le pronostic. **Soins palliatifs ne veut pas dire absence de soins** mais le patient est encore plus au cœur de sa prise en charge.

Il est tout à fait envisageable, dans le panel des soins palliatifs, de pratiquer des **greffes cutanées en pastilles à visé antalgique** pour diminuer voir arrêter un traitement morphinique mal toléré par exemple, **ou simplement améliorer la qualité de vie du patient.**

Source : "Palliative wound care, recommendations for the management of wound related symptoms" EWMA, 2025

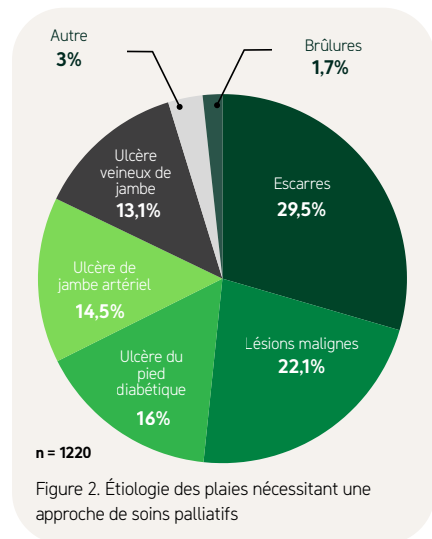


Figure 2. Étiologie des plaies nécessitant une approche de soins palliatifs

Quand orienter vers un centre spécialisé ?

- | | |
|---|---|
| <p>1 Ischémie critique ou suspicion d'ischémie artérielle</p> <p>2 Ulcère du pied diabétique présent depuis plus de 48h</p> <p>3 Plaie non cicatrisée au-delà de 6 semaines</p> | <p>4 Plaie atypique : extension rapide, bords violacés, douleur extrême</p> <p>5 Suspicion de cancer cutané</p> <p>6 Nécessité d'un recours à des techniques innovantes</p> |
|---|---|



Ne pas attendre un avis d'un centre plaies et cicatrisation en cas de :

- **Sepsis** et/ou **infection** des tissus mous
- **Ischémie critique** (sur critères cliniques)

→ Ces deux cas de figures nécessitent un **transfert au service d'urgences**

Comment bien orienter vers un centre spécialisé ?

Pour une bonne orientation vers des centres spécialisés, il est nécessaire de réaliser des demandes d'avis par télé-expertise via des logiciels tels que Omnidoc, Pacoglobule, etc... avec certains éléments essentiels à intégrer systématiquement dans la demande :

- ✓ L'histoire de la plaie
- ✓ Les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient et les examens complémentaires réalisés
- ✓ Une photographie de l'ordonnance des médicaments en cours
- ✓ 2 photos :
 - une photo centrée sur la plaie avec 15cm en regard et avec la date inscrite
 - une photo avec la jambe, le bras, le tronc et le bassin en entier



Conclusion et perspectives

La prise en charge des patients porteurs de plaies chroniques repose sur une évaluation rigoureuse, une approche nutritionnelle adaptée, et une stratégie thérapeutique ciblée selon l'étiologie.

Le rôle des infirmières est déterminant : elles assurent la surveillance quotidienne, l'application des protocoles et la coordination avec les autres professionnels. Un suivi précoce et structuré améliore les chances de cicatrisation et réduit les complications.



À retenir:

- ✓ Faire un vrai diagnostic étiologique de la plaie chronique avant tout, et dépister les facteurs de risque d'aggravation de celle-ci
- ✓ Privilégier le lavage simple à l'eau et au savon
- ✓ Respecter le protocole établi, réévaluer l'efficacité après 2-3 semaines
- ✓ Surveiller attentivement les signes d'infection locale ou générale
- ✓ Intégrer la dimension nutritionnelle et psychosociale dans la prise en charge
- ✓ Considérer toutes plaies chroniques chez un patient diabétique comme une urgence médicale (< 48h)
- ✓ Ne pas hésiter à demander un avis dans un centre spécialisé Plaies et Cicatrisation
- ✓ Suivre les formations courtes et les webinaires gratuits dans le domaine des plaies et cicatrisation (information via les réseaux sociaux)

Révolutionner les soins pour les personnes et la planète

Nous conduisons un changement qui améliore la santé et le bien-être des patients et de ceux qui les soignent, tout en réduisant l'empreinte environnementale des soins.

En savoir plus sur www.molnlycke.com/fr-fr/

Références

- European Wound Management Association (EWMA), Guidelines 2022–2025
- Palliative wound care, EWMA, 2025
- International Wound Infection Institute, Wound infection in clinical practice, 2022
- Haute Autorité de Santé, Prise en charge des plaies chroniques, 2015
- HAS, Rapport Plaies Chroniques (2022–2023) (pour estimation des coûts et prévalence en France)
- EWMA Document (2019) – Epidemiology and burden of chronic wounds in Europe.
- Gujadhur A. et al., Int Wound J. (2021) (pour rechutes ulcères veineux)
- Société Française et Européenne de Cicatrisation (SFFPC, EWMA) - Recommandations pratiques plaies chroniques (compression, prévention escarres).
- HAS ,Prévention et traitement des escarres (2020)
- Blättler W. et al., Eur J Vasc Endovasc Surg (2018) – pour incidence et pronostic ulcères veineux.
- Criqui M. et al., Circulation (2021) (pour l' AOMI et mortalité cardiovasculaire (=20–25 % à 5 ans en cas d'ulcère).
- SPILF, Recommandations sur Infectiologie.com
- Référentiel pied diabétique SFD 2024, Société francophone du diabète
- <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2021-05-ttcourts.pdf>
- <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2019-04-infcut.pdf>
- <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2024-10-ippdpd.pdf>
- <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/le-diabete-en-france-continue-de-progresser>
- <https://www.sffpc.org/news>
- <https://www.larevuedupraticien.fr/article/plaies-chroniques-les-bons-gestes>

Mölnlycke est une marque et un logo déposé au niveau mondial par la société Mölnlycke Health Care AB ou l'une de ses filiales. Mölnlycke Health Care - CS 70205 - 13 allée du Château Blanc - 59445 Wasquehal cedex
Service clients Pharmacie Ville : 03 20 12 25 72 - scmölnlycke@movianto.com
Service clients Hôpital : 0800 910 289 - csc.fr@molnlycke.com
Réclamations qualité : reclamation.qualite@molnlycke.com

SIRET 3831974200061 - RCS Lille Métropole 383197472
Réservé à l'usage des professionnels de santé

2510FRWC3209 - Octobre 2025
© Copyright (2025) Mölnlycke Health Care

