Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A67/18**
Point 13.5 de l'ordre du jour provisoire **21 mars 2014**

Psoriasis

Rapport du Secrétariat

1. Le Conseil exécutif, à sa cent trente-troisième session, a examiné le rapport ci-joint[1] et adopté la résolution EB133.R2.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

2. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport et à adopter le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB133.R2.

[1] Voir le procès-verbal de la quatorzième séance de la cent trente-troisième session du Conseil exécutif, section 1 (document EB133/2013/REC/1).

Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF **EB133/5**
Cent trente-troisième session **5 avril 2013**
Point 6.2 de l'ordre du jour provisoire

Psoriasis

Rapport du Secrétariat

1. Le présent rapport vise à fournir une base de discussion sur le psoriasis, en donnant des informations sur sa prévalence, son étiologie, son histoire naturelle, son impact sur la qualité de vie des patients liée à la santé, son diagnostic et sa prise en charge, ainsi que sur les besoins en matière de recherche, sur l'incidence pour les services de santé et sur les mesures pouvant être prises au niveau des pays pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de psoriasis.

Caractéristiques du psoriasis

2. Le psoriasis est une maladie non transmissible qui se manifeste sous la forme d'une inflammation chronique de la peau. Elle se caractérise par l'apparition de lésions cutanées bien délimitées, squameuses, de couleur rouge et de la taille d'une pièce de monnaie localisées le plus souvent au niveau des coudes, des genoux, du cuir chevelu, des mains et de pieds. Parmi les symptômes rapportés figurent des démangeaisons, des irritations, des douleurs et des sensations de brûlure. Rarement, toute la surface du corps peut être atteinte ; cette forme particulièrement étendue de psoriasis peut être fatale du fait que l'inflammation extrême et la desquamation de la peau peuvent entraîner des perturbations des mécanismes de régulation de la température corporelle et une altération des fonctions défensives de la barrière cutanée.

3. Environ 10 % des personnes atteintes de psoriasis développent aussi une arthrite qui peut toucher les mains, les pieds, les poignets, les chevilles, le cou et le bas du dos. Dans certains cas, les articulations sont déformées, ce qui entraîne des incapacités importantes. Les ongles des mains et des pieds peuvent également être affectés par une desquamation et la formation de croûtes et la plaque de l'ongle peut même se détacher, engendrant un préjudice esthétique.

4. Les manifestations du psoriasis ne sont pas limitées à la peau. Diverses comorbidités peuvent venir compliquer un psoriasis modéré à sévère. En particulier, les risques relatifs de cardiopathie ischémique, d'accident vasculaire cérébral, d'hypertension, de dyslipidémie, de diabète et de maladie de Crohn sont augmentés chez les personnes atteintes de psoriasis. Les taux plus élevés d'hypertension et de diabète peuvent expliquer en partie le risque majoré de décès par infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral et maladies cardio-vasculaires chez les porteurs d'un psoriasis sévère, relevés dans des études de cohorte effectuées sur de vastes populations.

5. La présence d'un psoriasis peut modifier le comportement des personnes touchées et déboucher sur une obésité, une consommation accrue d'alcool et une plus forte incidence du tabagisme. On a dit que le tabagisme pourrait favoriser le psoriasis, tandis que l'obésité semble plutôt être le résultat d'un changement de comportement en réaction à cette affection. Le lien évoqué entre alcoolisme et psoriasis est peut-être dû au retentissement psychologique de la maladie sur les personnes concernées.

Prévalence

6. La prévalence du psoriasis à l'échelle mondiale est d'environ 2 %, mais des études effectuées dans des pays développés ont fait état de taux de prévalence plus élevés, se situant en moyenne autour de 4,6 %.[1] Près des deux tiers des personnes souffrant de psoriasis ont une forme modérée de la maladie avec moins de 3 % de la surface cutanée atteinte, mais d'autres présentent des formes plus sévères avec des zones touchées plus étendues.

Histoire naturelle

7. Chez environ trois quarts des patients, le psoriasis se déclare avant l'âge de 40 ans et chez environ un tiers, il apparaît avant l'âge de 20 ans. Un psoriasis survient chez 0,70 % des enfants. L'évolution naturelle se fait généralement vers une forme chronique avec des épisodes de rémission et d'exacerbation. Il existe toutefois des périodes de rémission totale et des rémissions de cinq ans ou plus ont été rapportées dans une minorité de cas.

Étiologie

8. La cause du psoriasis n'est pas totalement élucidée. Une maturation anormale de la kératine, une prolifération des cellules de l'épiderme, une activation du système immunitaire et des facteurs héréditaires semblent jouer un rôle dans la pathogénèse de cette maladie. Le psoriasis survient plus fréquemment dans certaines familles. Le risque pour un enfant de développer un psoriasis est de 41 % si ses deux parents sont porteurs, de 14 % si un seul est touché et de 6 % si un de ses frères et sœurs est atteint.

9. Des facteurs aussi bien externes que systémiques peuvent déclencher un psoriasis chez des sujets génétiquement prédisposés. Chez environ un quart des personnes atteintes, les lésions sont provoquées par des blessures de la peau. Les lésions psoriasiques peuvent aussi être induites par des coups de soleil et des maladies de peau. Un stress psychogène peut également déclencher un psoriasis, les manifestations initiales de la maladie (ou ses exacerbations) apparaissant quelques semaines à quelques mois après un événement stressant.

10. Dans jusqu'à 45 % des cas, un psoriasis peut être induit ou aggravé par une infection bactérienne. La pharyngite est l'élément déclenchant le plus courant, mais les abcès dentaires et les infections de la peau peuvent être incriminés. L'infection à VIH peut aggraver le psoriasis, qui est du reste plus résistant au traitement et plus fréquemment associé avec une arthrite chez les patients VIH-positifs.

---

[1] Parisi R., Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM, the Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, 2013, **133**: 377-385.

11. Plusieurs médicaments sont connus comme étant des inducteurs de psoriasis, en particulier les sels de lithium, l'interféron, les bêtabloquants et les antipaludéens. L'interruption de la prise de corticostéroïdes peut avoir des effets similaires.

Impact sur la qualité de la vie liée à l'état de santé

12. Le psoriasis porte atteinte à la qualité de la vie dans la même mesure que d'autres maladies non transmissibles. Selon la gravité et la localisation des lésions cutanées, les porteurs peuvent souffrir d'un inconfort physique et d'un handicap importants. Les démangeaisons et la douleur peuvent perturber des fonctions élémentaires comme le sommeil et être un obstacle à l'auto-prise en charge. Les lésions cutanées sur les mains peuvent empêcher les sujets atteints de travailler dans certaines professions, de pratiquer certains sports et de s'occuper de leur famille chez eux.

13. Les personnes touchées peuvent être gênées par leur apparence et avoir une mauvaise estime de soi induite par la crainte d'être socialement rejetées ou par des difficultés d'ordre psychologique et sexuel. On observe souvent chez elles une détresse psychologique due en particulier à la stigmatisation dont elles font l'objet et qui peut être à l'origine d'une discrimination dans l'emploi et d'un isolement social. De nombreuses études ont fait état de taux de dépression et d'anxiété plus élevés chez les personnes atteintes de psoriasis que dans la population générale. D'après les études épidémiologiques qui ont été effectuées, les enfants porteurs d'un psoriasis pourraient avoir un risque plus grand de développer des troubles psychiatriques que les enfants sains.

Diagnostic et prise en charge du psoriasis

14. Le diagnostic du psoriasis se fonde généralement sur la présence de lésions cutanées caractéristiques. Il n'existe pas de test sanguin ou de procédures de diagnostic spécifiques. Rarement, une biopsie de la peau ou l'examen d'un prélèvement obtenu par grattage peut être nécessaire pour exclure d'autres pathologies et confirmer le diagnostic.

15. Il n'existe actuellement aucun traitement curatif du psoriasis et les interventions visent simplement à faire diminuer les signes et les symptômes et à modifier le cours naturel de la maladie. L'arsenal thérapeutique à disposition comprend des traitements topiques et systémiques tels que l'administration d'analogues de la vitamine D_3, de corticoïdes, de pommade à base de goudron de houille, de dithranol, de méthotrexate, de cyclosporine, de rétinoïdes par voie générale et de différents médicaments biologiques, ainsi que le recours à la photothérapie. Les traitements topiques sont généralement utilisés dans les formes légères, la photothérapie dans les formes modérées et les traitements systémiques dans les formes graves.

16. La prise en charge du psoriasis ne se limite pas au seul traitement des lésions cutanées mais vise aussi à faire face aux différentes comorbidités. Les professionnels de la santé doivent être conscients de l'existence de comorbidités éventuelles, de manière à pouvoir les détecter rapidement et à adapter le traitement du psoriasis en fonction de l'impact possible sur les comorbidités associées. Un dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaires devrait être systématiquement effectué chez les patients atteints d'un psoriasis sévère, qui devraient recevoir des conseils et un traitement appropriés. L'instauration d'un régime alimentaire sain et de niveaux appropriés d'activité physique ainsi que la gestion d'autres facteurs de risque, y compris le surpoids, sont des éléments importants de la prise en charge. La perte de poids peut augmenter l'efficacité du traitement, comme l'ont démontré plusieurs études récentes.

17. La prise en charge à long terme du psoriasis nécessite d'adapter le traitement à l'individu, en tenant compte à la fois de l'étendue réelle de la maladie et de la perception que le patient a lui-même de sa gravité ainsi que des effets secondaires potentiels de tel ou tel traitement spécifique. Il convient de noter que, dans les enquêtes réalisées auprès des patients atteints de psoriasis, un nombre important de sujets se déclaraient frustrés par l'inefficacité de leur traitement actuel. Un besoin de soins non satisfait persiste dans la mesure où il n'existe pas de solution à long terme pour la plupart des patients.

Les besoins en matière de recherche

18. De plus amples recherches seraient nécessaires sur la pathogénèse du psoriasis, sur les nouveaux traitements, sur les raisons de la présence de comorbidités et sur leurs implications pour le traitement et la prise en charge du psoriasis.

Incidence pour les services de santé

19. Les interventions destinées à prendre en charge le psoriasis devraient faire partie des services de santé existants au niveau des soins de santé primaires. Ces services devraient offrir la meilleure combinaison de soins possible et comprendre une éducation des patients qui devraient recevoir des conseils et avoir le choix entre différentes options thérapeutiques. En fonction des capacités sanitaires des pays, ces services devraient, en plus des soins de santé primaires, comprendre des consultations de dermatologie et des services cliniques spécialisés au niveau des soins de santé secondaires et tertiaires.

20. Les porteurs de psoriasis, comme beaucoup de patients atteints d'autres maladies non transmissibles, ont souvent de multiples comorbidités et des besoins complexes en matière de soins de santé. Il est important d'examiner où se situe le bon dosage entre des soins fournis par des professionnels de la santé ayant une formation de généraliste et capables de prendre en charge tout un ensemble de problèmes au cours d'une seule et même consultation, et des soins dispensés par toute une série de spécialistes se renvoyant mutuellement les patients.

21. La prise en charge de toutes les maladies non transmissibles, y compris le psoriasis, nécessite une approche programmatique et pluridisciplinaire solide incluant une coordination des soins avec des spécialistes et d'autres professionnels de la santé, ainsi qu'une prise en compte des besoins et des préférences des patients. Le Secrétariat a un rôle potentiel important à jouer à cet égard en recensant les stratégies réussies d'intégration du psoriasis dans les services existants de prise en charge des maladies non transmissibles à tous les niveaux de soins.

Mesures potentielles permettant de renforcer les services

22. Plusieurs mesures peuvent être prises au niveau des pays pour aider à développer et à renforcer les services s'adressant aux personnes atteintes de psoriasis. Beaucoup des services et interventions destinés à la prise en charge du psoriasis sont déjà à la portée des pays à revenu faible ou intermédiaire, et d'autres peuvent être ajoutés en fonction des besoins et des ressources.

23. Les principales mesures à prendre pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de psoriasis sont notamment les suivantes :

a) obtenir l'engagement des décideurs politiques et fournir un soutien gestionnaire adéquat ;

b) améliorer l'accès aux services et aux médicaments essentiels nécessaires pour la prise en charge du psoriasis ;

c) éduquer et former les dispensateurs de soins de santé, notamment au niveau des soins de santé primaires ;

d) créer un réseau de base de dermatologues et autres spécialistes pertinents pouvant être développé en fonction de la demande ;

e) organiser des programmes d'éducation sanitaire, de conseil et d'auto-prise en charge pour les patients atteints de psoriasis ; et

f) mettre en place des mécanismes efficaces pour promouvoir le développement d'organisations qui fournissent un soutien aux personnes atteintes de psoriasis et à leur famille.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

24. Le Conseil est invité à prendre note du présent rapport.

= = =