

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année : 2025-2026

N° 108

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Luana MINIER

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 décembre 2025

**Comorbidités associées au psoriasis : rôle du pharmacien dans la prise en charge
des patients atteints**

JURY

PRESIDENT :

Mme DENEVAULT-SABOURIN Caroline, codirectrice de thèse, PU, Pharmacien, Faculté de Pharmacie - TOURS

MEMBRES :

M. MACHET Laurent, Directeur, PU-PH, CHRU Trousseau - TOURS

M. FRUCHARD Victor, Pharmacien titulaire - JOUE-LES-TOURS

M. LECOURT Guillaume, Pharmacien titulaire - ESVRES-SUR-INDRE

ANNEE : 2025 - 2026

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

Assesseurs : M. Gildas PRIE, Mme Amélie FOUCAULT, Mme Emilie ALLARD-VANNIER, M. Bruno GIRAUDEAU, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN, Mme GERMON Stéphanie

ENSEIGNANTS

18 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAUDEAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUE & ÉPIDÉMIOLOGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAUT	Gilles	IMMUNOLOGIE

31 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSION	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER (disponibilité)	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE
JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
LAJOIE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANNY	Damien	GALENIQUE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
ODIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHLI	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUE & ÉPIDÉMIOLOGIE
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 MAST

CAMUS GABRIEL	Mathilde	<i>Filière Officine</i>
---------------	----------	-------------------------

1 EAST

CHOTTIN	Emilie	<i>Pharmacologie</i>
SENECHAL	Olivier	<i>Pharmacologie</i>

5 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUE & ÉPIDÉMIOLOGIE
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

3 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

2 ATER

DUSSART	Romain	CHIMIE ANALYTIQUE
PIATELLI	Emma	MICROBIOLOGIE - BACTERIOLOGIE

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

THIERNEY	Mégane	ANGLAIS
----------	--------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : 05/12/25

L'étudiant

MINIER Luana

Le Doyen de la Faculté
Professeur Denys BRAND

REMERCIEMENTS :

À ma présidente de jury :

Mme **Caroline DENEVAULT-SABOURIN**,

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse, soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect. Je vous remercie chaleureusement pour le temps que vous avez consacré à l'examen de mon travail et pour vos précieuses remarques qui ont contribué à l'enrichir.

Je tiens également à vous exprimer toute ma gratitude pour la qualité de votre enseignement et pour votre bienveillance, que j'ai eu la chance d'apprécier tout au long de mes années d'étude.

À mon directeur de thèse :

M. **Laurent MACHET**,

Pour votre disponibilité, votre bienveillance ainsi que pour la qualité de votre accompagnement, je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance. Malgré votre emploi du temps particulièrement chargé, vous avez su consacrer du temps à ce travail, relire chaque partie avec attention et m'apporter des conseils toujours justes et constructifs. Vos remarques pertinentes et vos relectures attentives ont largement contribué à l'aboutissement de ce manuscrit.

Je vous remercie sincèrement pour la confiance et l'intérêt que vous avez portés à ce projet du début à la fin.

À mes membres du jury :

M. **Guillaume LECOURT** et M. **Victor FRUCHARD**,

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour avoir accepté d'évaluer ce travail. Il me tenait particulièrement à cœur de vous avoir à mes côtés pour cette soutenance, vous qui avez marqué mes années d'étude et mon parcours professionnel. Merci pour votre confiance, votre bienveillance et votre bonne humeur qui ont rendu, et rendent encore, notre collaboration agréable.

Votre présence aujourd'hui me touche profondément et donne à cet instant une signification toute particulière.

À mes collègues et anciens collègues :

De la **Pharmacie Lecourt**,

Guillaume, Aurélie, Delphine, Estelle, Loréline, Lauranne, Théo

Merci à tous de m'avoir prise sous votre aile, pour votre patience, votre bienveillance et tout ce que vous m'avez transmis au fil du temps. Merci également d'avoir pris le temps de m'apprendre tout ce qui ne s'enseigne pas en cours. Vous avez largement contribué à faire de moi la pharmacienne que je suis aujourd'hui. Ces années à vos côtés, ponctuées de rires, de larmes et parfois de belles batailles de nerfs, resteront gravées à jamais.

Comme quoi, ne jamais négliger d'aller faire un test antigénique.

De la **Pharmacie Centrale**,

Victor, Christine, Marie-Pierre, Claire, Juliette, Mathieu, Flore, Céline, Elodie

Merci à vous tous de m'avoir accueillie et intégrée au sein de votre équipe avec autant de bienveillance (ce n'est pas dans toutes les pharmacies que l'on a la chance de se faire offrir des rouleaux de printemps toutes les semaines !). Merci pour vos précieux conseils, votre disponibilité et votre implication notamment lorsqu'il s'agissait de mon travail de thèse. Votre bonne humeur, vos blagues et votre esprit d'équipe ont égayé et égayent encore mes journées. Travailler à vos côtés est une véritable chance.

À mes amis :

À **Marylène** et **Camille**, ainsi qu'à la Compagnie. Vous avez été une véritable bouée de sauvetage tout au long de ces études. Nos fous rires, nos soirées (et parfois nos nuits) à parler, nos repas, nos représentations, ont été une bouffée d'air frais. Vous m'avez aidée à tenir bon et à garder le cap, encore et toujours. Merci à vous d'avoir été là, et d'être toujours là, depuis toutes ces années. J'ai une immense chance de vous avoir à mes côtés.

Mes **amis Lochois**, même si la distance nous a empêchés de nous voir autant que nous l'aurions souhaité, je tiens à vous remercier d'être toujours présents, toutes ces années après. Votre amitié, restée intacte malgré le temps et les kilomètres, m'est particulièrement précieuse.

À **Bruno, Clémence et Bastien**, merci d'avoir égayé ces dernières années de cours (et pas que). La fac sans vous aurait été bien moins drôle... Nos pauses café, nos fous rires et nos sorties champi vont énormément me manquer. J'ai hâte de continuer à partager encore beaucoup de beaux moments avec vous.

Merci à tous mes amis pharma **Kendall, Hervé, Anna, Antho, Victor, Charlotte, Lola, Antoine** et **Connor** pour ces soirées, ces week-ends, ces concerts et encore tous ces instants partagés ensemble. Je mesure la chance que j'ai de vous avoir dans ma vie.

Ma Pharmille, **Perrine et Emilie**, on s'est parfaitement trouvées et on a eu cette connexion dès le début. Je garde de précieux souvenirs de nos moments passés ensemble, de tous nos rires et de nos confidences. J'ai beaucoup de chance d'avoir une marraine et une fillotte comme vous.

À toi **Lana**, tellement plus qu'une amie, tu as été là dans des moments où, parfois, même moi je ne réalisais pas avoir besoin de quelqu'un. Tu m'as soutenue dans les bons comme dans les mauvais jours et je t'en serai toujours reconnaissante. Merci simplement à toi d'être là et d'être toi.

À ma famille :

À toute ma **famille**, à ceux qui sont là et à ceux qui ne le sont plus, Merci d'être là depuis toujours, pour votre amour inconditionnel, votre soutien sans faille et votre confiance en moi. Toujours présents, toujours fiers, toujours à me pousser vers le meilleur. On dit toujours qu'on ne choisit pas sa famille, mais si c'était possible, je vous choisirais toujours à nouveau, sans hésiter.

Mamie Lili, tu m'as toujours dit que tu me voyais devenir docteur. J'espère qu'aujourd'hui, de là-haut, tu es fière et que tu souris avec moi.

À toi **Pauline**, ma sœur, 6 mois d'écart, une vie entière de complicité. Merci d'être là, toujours, à chaque moment important.

À toi **Nicolas**, ou comme tu l'as récemment écrit, mon partenaire de vie, Merci d'avoir été là, chaque jour, quand j'étais fatiguée ou stressée, et de toujours savoir m'apaiser. Merci pour ta patience, ton humour et ta façon unique de rendre les choses plus légères. Ce n'est que le début, et j'ai hâte de continuer à construire tout le reste à tes côtés.

Mon petit frère, **Nathan**, celui qui me ressemble peut-être le plus (pas physiquement, évidemment). Merci à toi pour ta présence, tes blagues et pour m'avoir nourrie pendant les révisions (et Dieu sait qu'il y en a eu beaucoup ces dernières années). Merci pour cette complicité qui m'est si précieuse.

À vous **papa et maman**, je termine par vous car finalement, rien de tout cela n'aurait été possible sans votre présence. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir offert tant d'opportunités, et de m'avoir élevée avec amour tout en me poussant à donner le meilleur de moi-même. Merci de me soutenir chaque jour, depuis le premier, dans tout ce que j'entreprends, et de m'avoir permis d'arriver jusqu'à ce moment. J'espère, aujourd'hui et pour la suite, vous rendre fiers.

Et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à ce parcours, merci du fond du cœur.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX :	13
LISTE DES ABREVIATIONS :	14
IMC : INDICE DE MASSE CORPORELLE ;	14
I. INTRODUCTION	15
II. LE PSORIASIS	16
A. DEFINITION ¹	16
B. FORMES ET LOCALISATION DU PSORIASIS ^{2,3,4,5,6,7,8,9}	16
1. Le psoriasis en plaques	16
2. Le psoriasis en gouttes	17
3. Le psoriasis pustuleux	18
4. Le psoriasis érythrodermique	19
5. Le psoriasis du cuir chevelu	20
6. Le psoriasis inversé	20
7. Le psoriasis palmoplantaire	21
8. Le psoriasis du visage	21
9. Le psoriasis unguéal	22
10. Le rhumatisme psoriasique	22
C. SYMPTOMES ^{15,16,17}	24
D. DIAGNOSTIC ^{15,16}	25
E. TRAITEMENTS ^{18,19,20,21,22,23,24,25,26,27}	25
1. Traitement local	27
2. Les traitements généraux	29
3. La photothérapie	31
III. FACTEURS DE COMORBIDITE^{30,31,26}	33
A. SYNDROME METABOLIQUE ET PSORIASIS ^{33,34,35,36}	33
1. Définition du syndrome métabolique	33
2. Lien de causalité entre le syndrome métabolique et le psoriasis	34
B. LIEN ENTRE LA CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL ET L'APPARITION DE PSORIASIS ³⁷	35
C. POUSSEES DE PSORIASIS ET STRESS ³⁸	36
1. Privation de sommeil	36
2. Association du stress psychologique et du psoriasis	36
IV. ENQUETE AUPRES DE PATIENTS EN INDRE ET LOIRE	38
A. MATERIELS ET METHODES	38
B. RESULTATS OBTENUS	39
1. Poids, taille et IMC (indice de masse corporelle)	39
2. Présence d'une autre maladie chronique connue	40
3. Degré d'atteinte et gêne occasionnée	41
4. Traitements	42
5. Atteinte articulaire et douleurs rhumatismales	43
6. Informations aux patients et conseils pharmaceutiques	43
7. Facteurs influençant ou liés au psoriasis	44
8. Gestion globale de la maladie	46
9. Association de patients	48

V.	CONSEILS ASSOCIES.....	49
A.	HYGIENE DE VIE	49
1.	<i>L'arrêt des toxiques</i> ^{40, 41, 42, 43}	49
2.	<i>Sommeil</i> ^{44, 39, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55}	51
3.	<i>Activité physique</i> ^{62, 63, 64, 65}	56
4.	<i>Régime alimentaire</i> ^{66, 67, 68}	56
B.	SANTE MENTALE	57
1.	<i>Gestion du stress/ anxiété</i> ^{69, 70}	57
2.	<i>Mal-être du patient</i> ^{71, 72}	58
C.	SOINS DE PEAU ADAPTES ^{73, 74}	58
1.	<i>Nettoyage et hydratation de la peau</i> ^{75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 49, 50}	59
2.	<i>Cuir chevelu</i> ^{90, 91}	63
3.	<i>Cures thermales</i> ^{92, 93, 94}	64
D.	ATTEINTE ARTICULAIRE ^{95, 96, 97, 98, 99, 100, 101}	64
VI.	CONCLUSION.....	69
VII.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	70
VIII.	ANNEXES	77
A.	ANNEXE 1 – NOTIONS DE PHYSIOLOGIE CUTANEE	77
1.	<i>Physiologie de la peau</i> ¹¹⁰	77
2.	<i>Histologie de la peau</i>	78
3.	<i>Physiopathologie du psoriasis</i>	78
B.	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUX PATIENTS.....	81

Liste des figures :

Figure 1 - Lésions érythémato-squameuses (forme commune du psoriasis) ¹⁰	16
Figure 2 - Psoriasis en gouttes ¹⁰	17
Figure 3 - Psoriasis pustuleux palmoplantaire ¹¹	18
Figure 4 - Psoriasis pustuleux généralisé ¹²	18
Figure 5 - Psoriasis érythrodermique ¹³	19
Figure 6 - Psoriasis du cuir chevelu ¹⁴	20
Figure 7 - Psoriasis des plis ¹¹	20
Figure 8 - Psoriasis palmoplantaire ¹¹	21
Figure 9 - Psoriasis du visage ¹⁴	21
Figure 10 - Psoriasis unguéal ¹⁵	22
Figure 11 - Aperçu d'une articulation en cas de rhumatisme psoriasique ⁹	23
Figure 12- Aperçu des zones touchées en cas de rhumatisme psoriasique ⁹	23
Figure 13 – Arbre décisionnel dans le psoriasis en plaque chez l'adulte ²⁸	26
Figure 14 – Différentes classes de dermocorticoïdes ²⁹	28
Figure 15 - Répartition des patients atteints de psoriasis en fonction de leur âge.....	39
Figure 16 - Degré d'atteinte des patients psoriasiques participants à l'étude.....	41
Figure 17 - Répartition des traitements chez les patients psoriasiques participant à l'étude	42
Figure 18 - Différentes gênes occasionnées par le psoriasis ou ses traitements dans l'étude réalisée	43
Figure 19 - Facteurs influençant le psoriasis selon les patients de l'étude réalisée	45
Figure 20 - Méthodes utilisées par les patients afin de gérer au mieux leur maladie	47
Figure 21 - Valeriana officinalis ⁵⁶	52
Figure 22 - Passiflora incarnata ⁵⁷	52
Figure 23 - Humulus lupulus ⁵⁸	52
Figure 24 - Eschscholzia californica ⁵⁹	52
Figure 25 - Citrus aurantium ssp. amara ⁶⁰	54
Figure 26 - Origanum majorana ⁶¹	54
Figure 27 - Cananga odorata ⁶²	54
Figure 28 - Borago officinalis ⁸²	60
Figure 29 - Oenothera biennis ⁽⁸³	60
Figure 30 - Aloe barbadensis ⁸⁴	60
Figure 31 - Calendula officinalis ⁸⁵	60
Figure 32 - Lavandula angustifolia ⁸⁶	62
Figure 33 - Chamomilla nobile ⁸⁷	62
Figure 34 - Pelargonium graveolens ⁸⁸	62
Figure 35 - Helichrysum italicum ⁸⁹	63
Figure 36 - Harpagophytum procumbens ¹⁰²	65
Figure 37 - Salix alba ¹⁰³	65
Figure 38 - Curcuma longa ¹⁰⁴	65

Figure 39 - Equisetum arvense ¹⁰⁵	65
Figure 40 - Huile essentielle d'Eucalyptus citriodora ¹⁰⁶	67
Figure 41 - Huile essentielle de Gaultheria fragrantissima ¹⁰⁷	67
Figure 42 - Huile essentielle de Juniperus communis ¹⁰⁸	67
Figure 43- Huile essentielle de Mentha piperita ¹⁰⁹	67
Figure 44- Les différentes couches de la peau ⁵	77

Liste des tableaux :

Tableau 1- Réponses des patients concernant leur niveau d'atteinte et de gêne	41
Tableau 2 - Conseils en phytothérapie concernant le sommeil	52
Tableau 3 – Conseils en aromathérapie concernant le sommeil et la relaxation	54
Tableau 4 - Phytothérapie utilisée pour ses propriétés au niveau cutané	60
Tableau 5 - Aromathérapie utilisée pour ses propriétés au niveau cutané	62
Tableau 6 - Phytothérapie utilisée dans le maintien du confort articulaire.	65
Tableau 7 - Huiles essentielles utilisées dans le rhumatisme psoriasique	67

Liste des abréviations :

IMC : indice de masse corporelle ;

HE : Huile essentielle ;

HV : Huile végétale ;

SNC : Système nerveux central ;

UVA : Ultraviolet A ;

UVB : Ultraviolet B ;

PUVA : Psoralène Ultraviolet A ;

TNF : *tumor necrosis factor* ;

JAK : janus kinases ;

IL : Interleukine ;

IFN : interferon ;

HDL-cholestérol : *High Density Lipoprotein* ;

I. Introduction

Le psoriasis est une maladie dermatologique chronique fréquente, affectant 3 % de la population française. S'il est principalement connu pour son atteinte cutanée, il s'agit en réalité d'une maladie inflammatoire systémique aux répercussions multiples, qui dépassent largement la peau : atteintes articulaires et métaboliques, avec un retentissement psychologique et social.

Ceci nécessite une approche globale du patient ainsi que la collaboration de l'ensemble des professionnels de santé.

Dans ce contexte, le pharmacien d'officine, par sa proximité et son accessibilité, occupe une place privilégiée et un rôle important dans la prise en charge. Il contribue au dépistage des facteurs associés, à l'éducation thérapeutique, à l'amélioration de l'observance et au soutien du patient.

Ce travail de thèse vise à identifier les principales comorbidités associées au psoriasis, à évaluer les connaissances, perceptions et attentes des patients vis-à-vis de leur maladie et de leur prise en charge à l'officine, ainsi qu'à mettre en évidence le rôle du pharmacien dans la prévention, le suivi et le soutien au patient.

Nous avons, dans ce but, réalisé une revue bibliographique des données récentes sur le psoriasis et ses comorbidités, une enquête observationnelle auprès des patients atteints de psoriasis *via* un questionnaire, dont l'analyse nous a permis de dégager le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge et les leviers d'amélioration.

Ce travail s'inscrit dans une démarche visant à replacer le pharmacien comme acteur central du parcours de soins chroniques, en lien étroit avec les autres professionnels de santé, notamment les médecins traitants et les dermatologues.

II. Le psoriasis

A. Définition¹

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique, dont l'atteinte cutanée est au premier plan, caractérisée par des lésions érythémateuses (en plaques ou en gouttes) recouvertes de squames épaisses.

Elle concerne environ 3 % de la population française, et se complique dans environ 30 % des cas, d'une atteinte articulaire appelée rhumatisme psoriasique.

La maladie peut survenir à tout âge, mais il est observé deux pics d'apparition : l'un au cours de l'adolescence et l'autre à partir de la cinquantaine. Un début précoce ne signifie pas forcément une atteinte plus sévère, mais augmente la probabilité de récurrence.

C'est une maladie dont l'évolution est imprévisible, progressant par poussées d'intensité variable. Entre ces poussées, il existe des phases de rémission pouvant aller de quelques jours à plusieurs années.

B. Formes et localisation du psoriasis^{2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9}

1. *Le psoriasis en plaques*

Le psoriasis en plaques est la forme la plus fréquente (environ 80 % des cas), caractérisée par des plaques rouges, bien délimitées, relativement épaisses, et recouvertes de squames blanches.

Ces lésions peuvent apparaître sur l'ensemble du corps, mais certaines localisations sont très caractéristiques du psoriasis : aux coudes (face postérieure), aux genoux (face antérieure), à la région lombo-sacrée, à l'ombilic et au cuir chevelu.

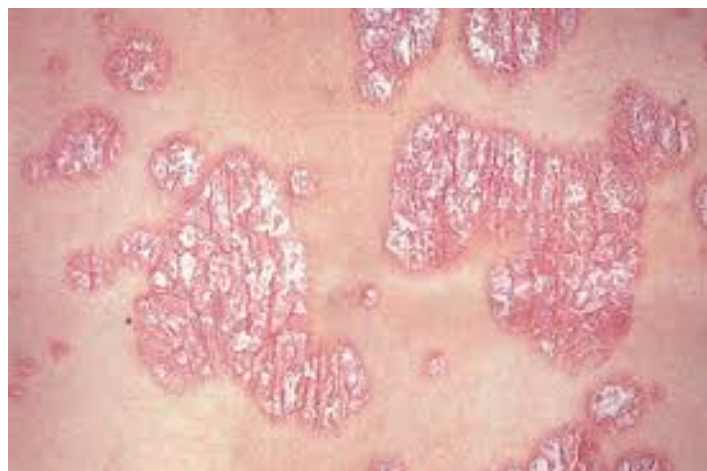


Figure 1 - Lésions érythémato-squameuses (forme commune du psoriasis)¹⁰

2. *Le psoriasis en gouttes*

Cette forme de psoriasis est plus rare (environ 10 % des cas), et touche une population plutôt jeune (enfants et adolescents), souvent à la suite d'une infection (par exemple une angine).

Elle se manifeste par de petites plaques de quelques millimètres de diamètre principalement localisées au tronc et aux membres.

Cette forme peut évoluer vers un psoriasis en plaques et inversement.



Figure 2 - Psoriasis en gouttes¹⁰

3. *Le psoriasis pustuleux*

Le psoriasis pustuleux est une forme rare (1 et 5 % des cas) mais sévère. Cette forme se caractérise par l'apparition de petites pustules stériles (c'est-à-dire non infectieuses) sur une base érythémateuse.

Il existe une forme localisée chronique de psoriasis pustuleux, caractérisée par une localisation aux paumes, aux plantes et aux extrémités des doigts : c'est le psoriasis pustuleux palmoplantaire.

Cette forme est fréquemment associée à un rhumatisme. Il existe également une forme généralisée, touchant l'ensemble du corps : c'est le psoriasis pustuleux généralisé.

Cette dernière forme clinique est sévère, s'accompagnant de fièvre, de frissons et d'une sensation de malaise, nécessitant souvent une hospitalisation.



Figure 3 - Psoriasis pustuleux palmoplantaire¹¹



Figure 4 - Psoriasis pustuleux généralisé¹²

4. *Le psoriasis érythrodermique*

Cette forme de psoriasis touche l'intégralité de la surface de la peau, ou au moins 90 %, sous forme d'une rougeur diffuse accompagnée de desquamation.

Il s'agit, comme pour le psoriasis pustuleux généralisé, d'une forme grave affectant la fonction de barrière protectrice de la peau contre les infections, provoquant des pertes en eau et en protéines.

Elle s'accompagne de fièvre et de frissons et doit être prise en charge rapidement en milieu hospitalier.



*Figure 5 - Psoriasis érythrodermique*¹³

5. *Le psoriasis du cuir chevelu*

Le psoriasis du cuir chevelu est très fréquent, présent chez 50 à 80 % des patients psoriasiques.

C'est une zone particulièrement difficile à traiter par des traitements topiques, en raison de la présence des cheveux.

Elle se caractérise par un prurit souvent important et par la présence de squames qui se détachent, ce qui entraîne une gêne sociale significative chez les patients.

Ces derniers verbalisent fréquemment un sentiment de honte, lié à l'impression de paraître « sales ».



Figure 6 - Psoriasis du cuir chevelu¹⁴

6. *Le psoriasis inversé*

Le psoriasis inversé, ou psoriasis des plis, est une forme qui peut facilement être confondue avec une mycose des plis.

En effet, il se présente sous forme de plaques rouges bien délimitées, sans squames.

Les localisations principales sont les aisselles, le dessous de la poitrine, les aines, les plis des coudes et le pli fessier, souvent sujets à la macération.

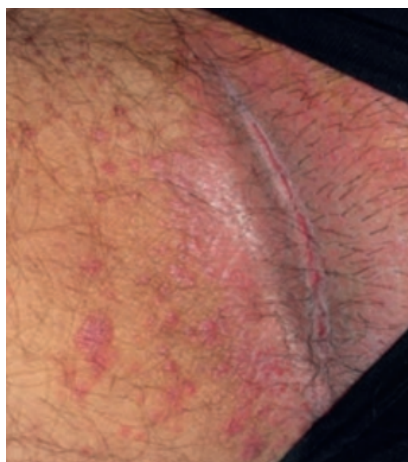


Figure 7 - Psoriasis des plis¹¹

7. *Le psoriasis palmoplantaire*

C'est une forme érythémato-squameuse, et non pustuleuse, affectant surtout la paume des mains et la plante des pieds, favorisée par les traumatismes répétés, par exemple chez les travailleurs manuels.

Elle est relativement visible et peut entraîner une gêne sociale. Elle est également particulièrement douloureuse. En effet, les lésions situées dans cette zone sont particulièrement sèches, inflammatoires et se fissurent, ce qui occasionne une gêne dans les gestes quotidiens et lors de la marche.



Figure 8 - Psoriasis palmoplantaire¹¹

8. *Le psoriasis du visage*

Aussi appelé sébo-psoriasis, cette forme concerne la lisière du cuir chevelu, mais également les ailes du nez, les plis d'expression, les commissures des lèvres ainsi que les paupières.

Elle se caractérise par des taches rouges, bien délimitées, recouvertes de fines squames sèches, posant parfois des difficultés diagnostiques vis-à-vis de la dermatite séborrhéique. Elle peut également être observée chez les enfants.



Figure 9 - Psoriasis du visage¹⁴

9. *Le psoriasis unguéal*

Cette forme concerne environ la moitié des patients.

Elle est plus souvent associée au rhumatisme psoriasique et peut prendre différentes formes : décollement, des tâches qui transparaissent sous l'ongle, des dépressions de la surface unguéale, un épaississement ou la présence de stries.

Cette forme de psoriasis est gênante sur le plan esthétique, mais aussi sur le plan fonctionnel, et peut être confondue à tort avec une mycose.



Figure 10 - Psoriasis unguéal¹⁵

10. *Le rhumatisme psoriasique*

Le rhumatisme psoriasique est une forme d'inflammation articulaire présente chez 30 % des patients atteints de psoriasis.

Il atteint fréquemment les patients au niveau des hanches et des genoux (forme axiale), mais aussi des doigts et des orteils (forme périphérique). Il peut également toucher les épaules, les chevilles et la colonne vertébrale.

Ce rhumatisme psoriasique entraîne à terme une déformation des articulations. En effet, lorsqu'elles sont touchées, leur membrane synoviale s'enflamme, entraînant rougeur, chaleur et gonflement.

À terme, il y a une formation de tissu conjonctif (le pannus) qui vient recouvrir les surfaces articulaires et proliférer au niveau du cartilage et de l'os, entraînant alors la déformation de la structure articulaire.

Il existe une part de prédisposition génétique dans cette forme puisqu'il existe un risque accru de la développer si elle est présente chez un membre de la famille ou si la personne possède un gène spécifique HLA-B27.

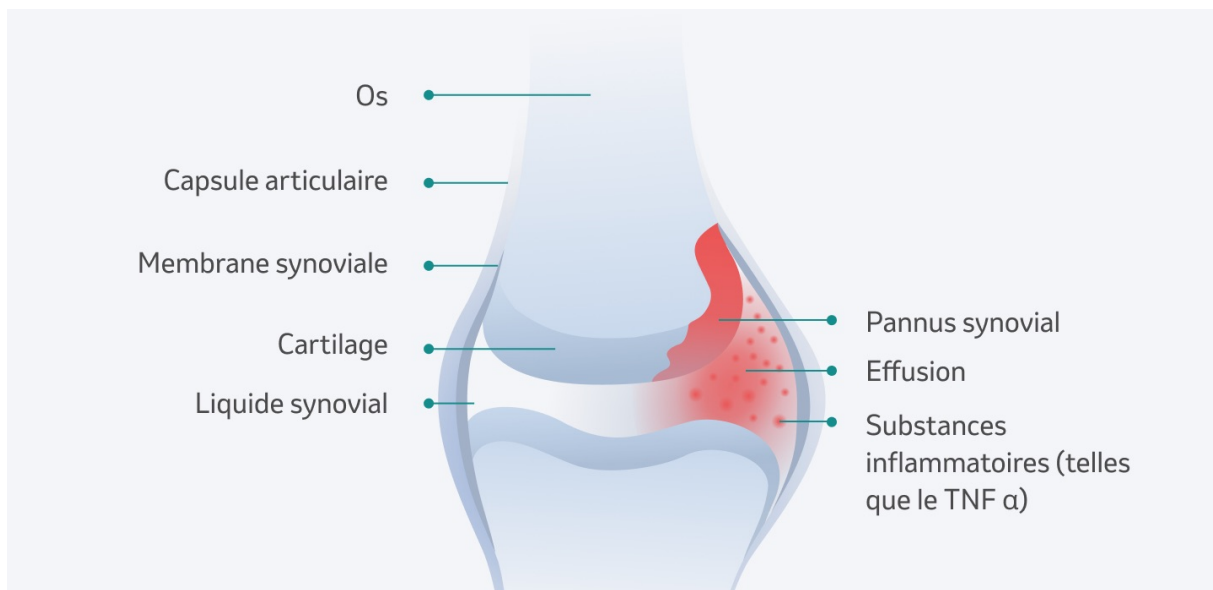


Figure 11 - Aperçu d'une articulation en cas de rhumatisme psoriasique⁹

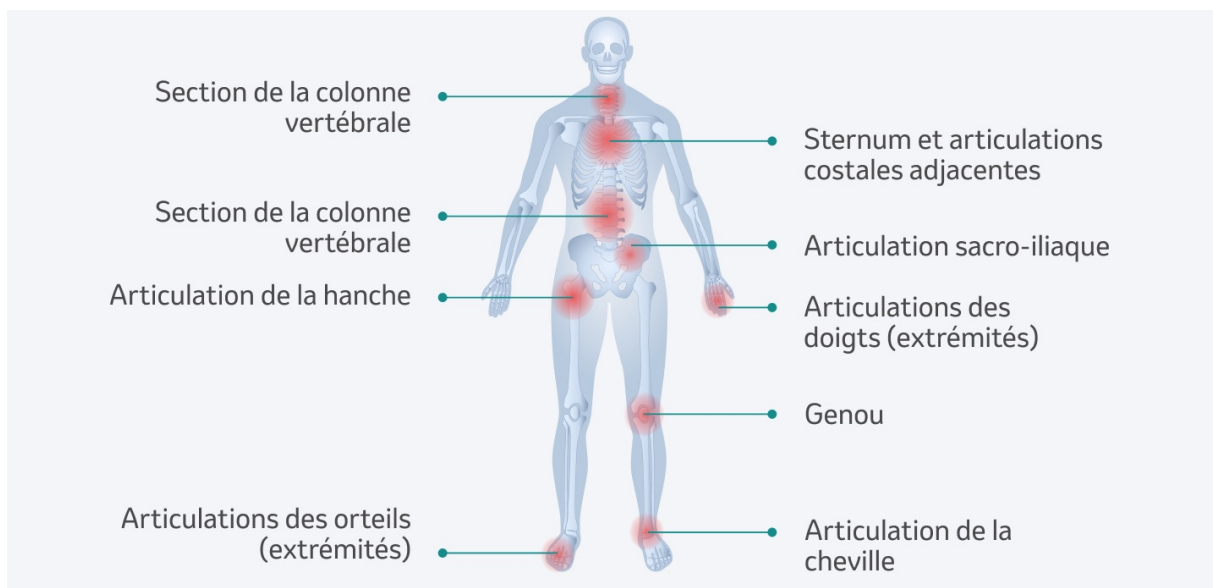


Figure 12- Aperçu des zones touchées en cas de rhumatisme psoriasique⁹

C. Symptômes ^{15, 16, 17}

Le symptôme le plus fréquent du psoriasis cutané est le prurit, déclaré par 30 à 60 % des patients et localisé aux lésions cutanées.

Ces démangeaisons peuvent être à l'origine d'une surinfection bactérienne ou fongique (notamment mycosique).

Des scores permettent de quantifier le degré d'atteinte cutanée du patient, ainsi que l'impact sur sa qualité de vie :

- **PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*)** : cet indice tient compte de la surface de peau atteinte. Le score se situe entre 0 et 72 : plus il est élevé, plus l'atteinte est sévère.
- **Surface de peau atteinte** : l'outil de mesure est la « main » (paume et doigts), qui équivaut à environ 1 % de la surface corporelle. Le but est d'évaluer la surface des lésions psoriasiques en comptant le nombre de « mains » du patient. Si le résultat est supérieur à 10 % de la surface du corps, le psoriasis est considéré comme sévère.
- **DLQI (*Dermatology Life Quality Index*)** : la prise en compte de la qualité de vie est essentielle, et doit être recueillie systématiquement au cours de la consultation. La localisation de lésions dans des zones visibles, comme le visage ou les mains, est souvent plus difficile à assumer que lorsque les plaques sont cachées sous les vêtements. Cette échelle se base sur dix questions portant sur l'impact du psoriasis au quotidien. Le score, compris entre 0 à 30, reflète cet impact : plus il est élevé, plus le psoriasis a un effet important sur la qualité de vie.

Plus globalement, les spécialistes s'accordent à dire que si le **PASI** et/ou le **DLQI** atteignent au moins un score de 10, le psoriasis est considéré comme sévère.

Concernant le psoriasis articulaire, il existe également des scores spécifiques : l'un pour l'aide au diagnostic (**CASPAR**, *ClASsification criteria for Psoriatic ARthritis*) et l'autre pour quantifier le retentissement sur la qualité de vie (*Psoriatic Arthritis Quality of Life*, **PsAQoL**).

D. Diagnostic^{15, 16}

Le diagnostic du psoriasis cutané repose sur l'examen clinique à la recherche de lésions caractéristiques de la maladie au niveau des sites préférentiels, tels que le cuir chevelu, les coudes, les genoux ou les ongles.

Un phénomène particulier peut aider au diagnostic : le phénomène de Koebner. Ce dernier se caractérise par l'apparition, sur une peau saine, de nouvelles lésions se développant suite à un traumatisme.

Dans de rares cas, et notamment en cas de doutes et de lésions atypiques, et afin d'écarter d'autres dermatoses telles que l'eczéma ou le lichen, le dermatologue peut réaliser une biopsie cutanée sous anesthésie locale qui sera ensuite analysée au microscope.

Il existe deux signes caractéristiques permettant de confirmer le diagnostic de psoriasis :

- Un épaissement de l'épiderme, c'est-à-dire de la couche la plus superficielle de la peau, créé par un renouvellement accéléré des kératinocytes et aboutissant à la formation de squames.
- La présence anormale de polynucléaires neutrophiles dans l'épiderme et le derme.

E. Traitements^{18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27}

Il n'existe actuellement pas de traitement pouvant guérir définitivement un patient de son psoriasis.

Deux phases de traitement se distinguent : une phase d'attaque, visant à traiter les poussées aiguës, et une phase d'entretien, dont l'objectif est d'éviter ou de retarder la survenue de nouvelles poussées.

L'objectif global est d'améliorer la qualité de vie du patient.

Les traitements sont adaptés à chaque patient en fonction de différents critères : la localisation, l'étendue, la sévérité, le type de psoriasis, l'âge et l'état de santé général du patient, entre autres.

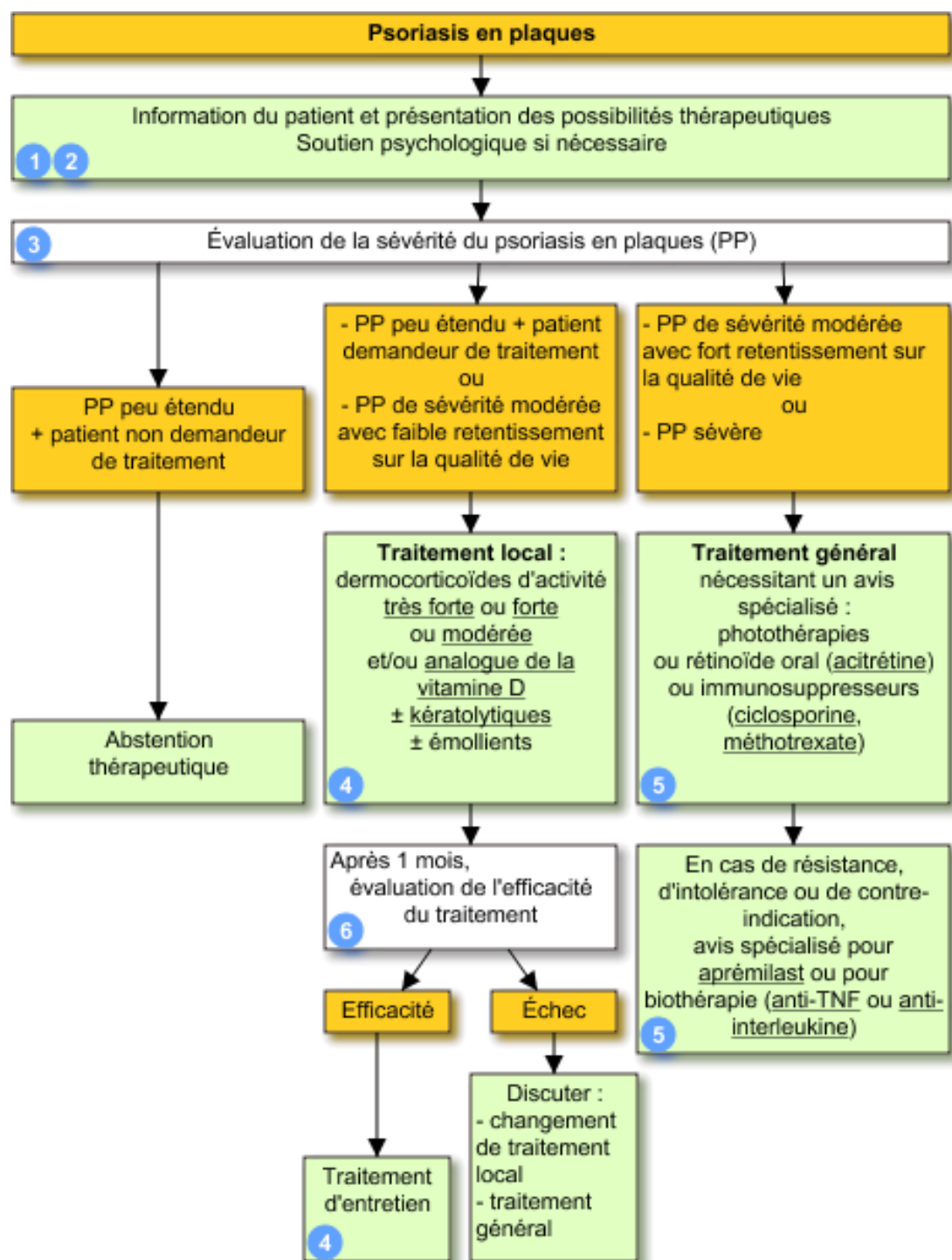


Figure 13 – Arbre décisionnel dans le psoriasis en plaque chez l'adulte²⁸

1. *Traitement local*

Les traitements locaux sont adaptés aux psoriasis peu étendus à moyennement étendus.

Deux classes thérapeutiques sont particulièrement utilisées : les dermocorticoïdes et les analogues de la vitamine D.

a) Dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes sont les traitements de première intention. Ce sont des anti-inflammatoires, dérivés de la cortisone.

Ils exercent une action vasoconstrictrice qui se manifeste rapidement, c'est-à-dire en moins de 24 heures. Cette action est d'autant plus marquée que la molécule est active, c'est le principe du test de Mc Kenzie.

Ils présentent également une action anti-inflammatoire plus retardée. Ils réduisent la multiplication cellulaire et le prurit, mais peuvent provoquer des effets indésirables locaux (atrophie cutanée, hyperpilosité, dermites péri-orale et rosacées pustuleuses) ainsi que des effets systémiques lorsqu'ils sont appliqués en grande quantité et sur une large surface.

Ils se classent en quatre catégories selon leur activité (très forte, forte, modérée, faible) et agissent rapidement.

Habituellement, ils sont appliqués une seule fois par jour. Sur le visage, où la peau est fine, les effets indésirables à type de dermite péri-orale ou d'aggravation de rosacées, incitent à privilégier un dermocorticoïde d'action faible ou modérée, non fluoré, tandis que sur le corps ce sera un dermocorticoïde d'action forte à très forte. Sur les zones de peau fine comme le visage, les dermocorticoïdes fluorés présentent une activité plus marquée, ce qui augmente les risques d'effets indésirables locaux, c'est pourquoi les molécules non fluorées sont privilégiées, elles sont moins puissantes et mieux tolérées.

Le choix dépend également de la forme galénique : par exemple, une pommade sur une zone sèche, une crème dans les plis, ou une lotion sur le cuir chevelu.

Ces traitements sont poursuivis jusqu'à disparition des lésions et peuvent être maintenus dans le cas des dermatoses chroniques (dermatite atopique, psoriasis), pendant quelques semaines, en réduisant progressivement les quantités et la fréquence d'application afin de retarder ou de minorer la sévérité de la rechute.

Activité Anti-inflammatoire	Dénomination Commune Internationale	Nom de Spécialité	Formes galéniques	%
Très forte (classe I)	Clobétasol propionate	Clarelux®	Crème, mousse	0.05
	Clobétasol propionate	Clobex®	Shampooing	0.05
	Clobétasol propionate	Dermoval®	Crème, gel capillaire	0.05
	Bétaméthasone dipropionate	Diprolène®	Crème, pommade	0.05
Forte (classe II)	Bétaméthasone valérate	Betneval®	Crème, pommade, lotion	0.10
	Bétaméthasone valérate	Betesil®	Emplâtre	2.25mg
	Bétaméthasone dipropionate	Diprosone®	Crème, pommade, lotion	0.05
	Hydrocortisone acéponate	Efficort®	Crème hydrophile, crème lipophile	0.127
	Difluprednate	Epitopic® 0.05%	Crème, gel	0.05
	Fluticasone	Flixovate®	Crème, pommade	0.005
	Désonide	Locatop®	Crème	0.10
	Hydrocortisone butyrate	Locoid®	Pommade, crème épaisse, crème, émulsion fluide, lotion	0.10
	Difluocortolone valérate	Nérisone® Nérisone®Gras	Crème, pommade Pommade anhydre	0.10 0.10
Modérée (classe III)	Difluprednate	Epitopic® 0.02%	Crème	0.02
	Désonide	Locapred®	Crème	0.10
	Désonide	Tridésonit®	Crème	0.05
Faible (classe IV)	Hydrocortisone	Cortapaisyl®	Crème	0.50
	Hydrocortisone	Cortisédermyl®	Crème	0.50
	Hydrocortisone	Dermofénac®	Crème	0.50

Figure 14 – Différentes classes de dermocorticoïdes²⁹

b) Analogues de la vitamine D

Le calcipotriol et le calcitriol réduisent la prolifération des kératinocytes, favorisent leur différenciation et exercent une action anti-inflammatoire.

Ces traitements existent seuls ou associés à un corticoïde, permettant une amélioration plus rapide du psoriasis.

Les spécialités commerciales les plus prescrites sont Enstilar® et Daivobet®.

Les analogues de la vitamine D s'utilisent en traitement d'attaque, seuls ou en association avec un dermocorticoïde, pendant une durée d'environ quatre semaines, à raison d'une application par jour.

L'application ne doit pas dépasser 35 % de la surface corporelle, afin d'éviter les risques d'hypercalcémie liée à l'absorption de vitamine D par l'organisme. Ils peuvent être utilisés en traitement d'entretien, à raison d'une application par semaine.

c) *Kératolytiques*

Ce sont des traitements associant un dermocorticoïde et un kératolytique, tel que l'acide salicylique avec par exemple la spécialité Diprosalic[®], ce qui facilite l'élimination des squames. Ils sont particulièrement utiles sur les plaques très épaisses.

Ces traitements peuvent être mal tolérés, provoquant parfois des picotements ou des sensations de brûlures. Il ne faut pas les appliquer sur de grandes surfaces.

d) *Emollients*

Le but des émollients, ou hydratants, est de restaurer la barrière cutanée compromise par l'inflammation et les anomalies de la couche cornée. Cela d'améliorer le confort des patients en diminuant les sensations de tiraillement et de démangeaisons.

Il existe de nombreux émollients, certains sont pris en charge sur ordonnance, c'est le cas notamment de Dexeryl[®], sous sa forme générique crème glycérol 15 % / vaseline 8 % / paraffine 2 %, du glycérolé d'amidon et du cold cream.

D'autres sont disponibles en vente libre mais ne sont pas remboursés, comme les émollients proposés par les laboratoires dermatologiques : Avène[®], Uriage[®], Bioderma[®], SVR[®], La Roche-Posay[®].

2. *Les traitements généraux*

Ce sont des traitements destinés aux formes sévères de psoriasis, ou aux formes modérées ayant un impact important sur la qualité de vie du patient. Ils sont administrés par voie orale ou injectable.

Leur mode d'action est varié, intervenant dans la cascade d'événements impliqués dans la physiopathologie du psoriasis.

a) *Immunosuppresseurs, immunomodulateurs*

Le méthotrexate (Imenor[®], Imeth[®], Metoject[®]) est disponible sous forme de comprimés ou de solution injectable pour administration sous-cutanée. Dans les deux cas, une seule prise hebdomadaire est effectuée, suivie, 48 heures plus tard, de la prise de vitamine B9 (Acide folique 5 mg[®], comprimé).

Ce médicament est tératogène, et nécessite la mise en place d'une contraception efficace, ainsi qu'une surveillance biologique hépatique régulière.

La ciclosporine (Neoral[®]) présente une efficacité comparable à celle du méthotrexate. Elle agit plus rapidement et peut être administrée pendant la grossesse si nécessaire.

Cependant, cette molécule est néphrotoxique, elle entraîne une hypertension artérielle et, en cas d'utilisation prolongée, notamment chez les patients greffés d'organe, augmente le risque de cancers.

L'aprémilast (Otezla®) inhibe la phosphodiesterase 4, enzyme impliquée dans la production de cytokines. C'est un traitement de seconde intention, efficace mais parfois mal toléré, provoquant notamment des diarrhées.

b) Acitrétine

L'acitrétine (Soriatane®) appartient à la famille des rétinoïdes, dérivés de la vitamine A, qui freinent le renouvellement cutané (accéléré dans le psoriasis) et inhibent la migration des cellules inflammatoires du sang vers la peau.

Elle présente un effet retardé, puisque les résultats n'apparaissent qu'à partir de huit semaines. Elle peut être utilisée seule ou en association avec une photothérapie UVB ou PUVA.

L'acitrétine est tératogène et nécessite, chez les femmes, une contraception efficace pendant le traitement et pendant 3 ans après la dernière prise.

c) Biothérapies

Ces traitements sont prescrits en seconde intention, en cas d'absence de réponse aux autres traitements ou de contre-indication aux thérapeutiques conventionnelles.

Ce sont des traitements injectables, appartenant à la liste des médicaments d'exception, pouvant être prescrits par des spécialistes hospitaliers ou libéraux depuis avril 2024.

Ces biomédicaments se divisent en deux catégories :

- **Agents anti-TNFα** (adalimumab, certolizumab, étanercept, infliximab) : ils bloquent l'action du TNF (*Tumor Necrosis Factor*), cytokine impliquée dans le processus inflammatoire du psoriasis. Ils nécessitent un bilan clinico-biologique préalable avant initiation.
- **Anti-interleukines** (bimélikizumab, brodalumab, guselkumab, ixélikizumab, risankizumab, sécukinumab, tildrakizumab, ustékinumab) : ils agissent en modulant la réponse immunitaire, notamment en inhibant la bioactivité des interleukines 17 et 23, principales molécules impliquées dans l'inflammation psoriasique. Comme pour les anti-TNFα, ils nécessitent un bilan avant initiation.

d) *Anti-JAK*

La molécule actuellement disponible est le deucravacitinib qui est administré par voie orale. Le deucravacitinib inhibe de manière sélective l'enzyme TYK2 appartenant à la famille des Janus kinases (JAK).

La TYK2 sert de médiateur dans la voie de signalisation de l'interleukine-23 (IL-23), l'interleukine-12 (IL-12) et des interférons (IFN) de type I, cytokines impliquées dans les réponses inflammatoires et immunitaires. Le deucravacitinib inhibe la libération des cytokines et des chimiokines pro-inflammatoires.

3. *La photothérapie*

La photothérapie du corps consiste à exposer les lésions à une source d'UVB ou d'UVA, associée à la prise orale de Méladinine® (médicament à base de psoralène).

Elle est proposée dans les formes étendues de psoriasis, c'est-à-dire lorsqu'il existe une atteinte supérieure à 30 % de la surface corporelle totale.

Il existe également une possibilité de traitement par PUVA-thérapie locale (P pour psoralène et UVA pour rayons ultraviolets A), après application topique de Méladinine®, concernant des zones plus restreintes du corps, telles que les mains ou les pieds.

Le but de la photothérapie est d'obtenir des effets anti-inflammatoires et immunosuppresseurs sur les kératinocytes, afin de diminuer la sévérité du psoriasis.

C'est un traitement efficace, mais contraignant, souvent envisagé en deuxième intention. Il se réalise sur une période d'environ deux mois avec des doses d'UV progressivement croissantes.

Son utilisation est limitée dans le temps en raison de l'accélération du vieillissement cutané et surtout de l'augmentation du risque de cancer cutané, induit non seulement par l'exposition solaire naturelle, mais également par les UV médicaux.

Pour cette raison, et parce que de nombreux biomédicaments ont révolutionné la prise en charge thérapeutique du psoriasis, la photothérapie est aujourd'hui peu employée.

Cette méthode n'est pas indiquée chez les enfants de moins de douze ans et nécessite un examen cutané préalable. Elle peut toutefois être utilisée au cours de la grossesse.

a) La PUVA-thérapie

Cette méthode consiste à exposer le patient aux rayons UVA après absorption ou application d'un psoralène.

Elle se pratique dans une cabine, après la prise d'un traitement photosensibilisant, environ deux heures avant la séance.

Ce traitement, appartenant à la famille des psoralènes, augmente l'efficacité de l'exposition aux UVA, réduisant ainsi la durée d'exposition.

La durée de la séance est adaptée au phototype du patient et nécessite le port de lunettes noires protectrices pendant la séance et pendant au moins huit heures après celle-ci.

Un traitement d'attaque est effectué pendant un à deux mois, à raison de trois séances par semaine, puis un traitement d'entretien hebdomadaire peut être mis en place.

Il convient d'être particulièrement prudent et ne pas s'exposer à la lumière solaire après la prise du traitement photosensibilisant.

b) La photothérapie par UVB

Elle présente une efficacité comparable à la PUVA-thérapie, mais ne nécessite pas la prise d'un traitement photosensibilisant.

La durée du traitement est similaire, avec une phase d'attaque sur deux mois comportant trois séances par semaines.

Comme pour la PUVA-thérapie, mais à un moindre degré (car il n'y a pas de prise de psoralènes), il est recommandé d'éviter toute exposition solaire après la séance.

III. Facteurs de comorbidité^{30, 31, 26}

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique présentant une prédisposition génétique. En effet, des antécédents familiaux de psoriasis sont souvent retrouvés.

Les poussées du psoriasis sont peu prévisibles, bien que certains facteurs soient identifiés comme pouvant faciliter l'apparition de lésions cutanées :

- **Infections** : survenue du psoriasis à la suite d'un épisode infectieux tel qu'une angine.
- **Contraintes mécaniques** : frottements et microtraumatismes cutanés répétés entraînant l'apparition de nouvelles lésions (phénomène de Koebner), notamment aux mains et aux pieds.
- **Médicaments** : bêta-bloquants, cyclines, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, sels de lithium, anti-inflammatoires non stéroïdiens, et certaines immunothérapie anti-cancéreuse (interféron, anti-PD1).
- **Toxiques** : l'alcool, facteur aggravant du syndrome métabolique associé au psoriasis (en augmentant la pression artérielle, le poids) et surtout le tabac, facteur causal du psoriasis, qui aggrave l'atteinte cardiovasculaire liée à l'inflammation chronique et au syndrome métabolique.
- **Psychologiques** : l'image de soi est souvent altérée en raison de la visibilité des lésions. Le stress, les chocs émotionnels et les traumatismes affectifs peuvent déclencher ou aggraver les poussées.

A. **Syndrome métabolique et psoriasis**^{33, 34, 35, 36}

1. *Définition du syndrome métabolique*

Le syndrome métabolique correspond à l'association de plusieurs facteurs, entraînés par la présence de graisse intra-abdominale.

Ce syndrome est favorisé par un manque ou une absence d'activité physique, ainsi que par une alimentation déséquilibrée, trop riche en graisses et en sucres, et globalement par un excès de calories absorbées par rapport aux calories dépensées.

Ces facteurs augmentent fortement le risque de développer d'autres problèmes de santé graves : maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde), diabète de type 2, stéatose, cirrhose hépatique et hépatocarcinome, ainsi qu'une insuffisance rénale chronique (secondaire à l'hypertension et au diabète).

Ce syndrome est caractérisé par la présence d'au moins trois des cinq critères suivants :

- Un tour de taille ≥ 94 cm chez les hommes ou ≥ 80 cm chez les femmes ;
- Une glycémie à jeun $\geq 1,10$ g/L ;
- Une augmentation des triglycérides sanguins $\geq 1,50$ g/L ;
- Une diminution du « bon » cholestérol sanguins HDL $< 0,40$ g/L chez l'homme et $< 0,50$ g/L chez la femme ;
- Une pression artérielle $\geq 130 / 85$ mmHg.

2. *Lien de causalité entre le syndrome métabolique et le psoriasis*

De nombreuses études ^{34 35 36}, dont des métaanalyses concordantes, montrent une augmentation du risque de syndrome métabolique chez les patients atteints de psoriasis cutané ou articulaire.

Les deux affections partagent plusieurs mécanismes inflammatoires, médiés par des cytokines, et impliquant des déséquilibres métaboliques et immunitaires qui se renforcent mutuellement.

Malgré le lien démontré entre syndrome métabolique et psoriasis, une étude menée aux États-Unis montre que les patients sont insuffisamment informés et rencontrent des difficultés d'accès à un médecin ou à un cardiologue. Ces derniers souhaiteraient que le dermatologue puisse prescrire les médicaments nécessaires au traitement du syndrome métabolique (statines ou anti-diabétiques, par exemple).

En France, il n'existe pas de données publiées, mais un nombre croissant de patients ne dispose plus de médecin traitant, ce qui complique le dépistage de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie, du diabète et de l'obésité.

Cet état de fait souligne la place essentielle du pharmacien dans le dépistage du syndrome métabolique (poids, périmètre abdominal, pression artérielle), ainsi que le conseil diététique et l'accompagnement à l'activité physique.

B. Lien entre la consommation de tabac et d'alcool et l'apparition de psoriasis³⁷

Il s'agit ici de démontrer le rôle que peuvent jouer la consommation de tabac et celle d'alcool dans l'apparition ou l'aggravation du psoriasis.

De nombreuses études observationnelles et méta-analyses ont montré une association entre la consommation d'alcool, le tabagisme et le psoriasis.

La démonstration d'une causalité reste toutefois plus complexe à démontrer, en raison de nombreux facteurs de confusion : conditions socio-économiques, mode de vie, comorbidités, etc.

Une étude à très grande échelle, utilisant la randomisation mendélienne, n'a mis en évidence aucune preuve solide d'un effet causal de la consommation d'alcool sur le risque de psoriasis.

En revanche, une relation de causalité claire est établie entre le tabagisme et le psoriasis, ainsi qu'un effet bénéfique sur la maladie lors de l'arrêt du tabac.

Cette observation est cohérente avec les effets biologiques du tabac, dont les propriétés pro-inflammatoires entraînent une augmentation du stress oxydatif et une modulation du système immunitaire, contribuant ainsi au développement de la maladie.

Ces mécanismes sont d'ailleurs observés dans de nombreuses autres affections inflammatoires chroniques.

C. Poussées de psoriasis et stress³⁸

Le psoriasis est une maladie façonnée à la fois par des facteurs génétiques et environnementaux, tels que le stress.

Ce dernier, est un facteur omniprésent chez la plupart des individus, et peut prendre plusieurs formes.

Deux types de stress sont ici abordés : le stress dit « physique » induit sur le corps par le manque de sommeil, et le stress « psychologique » tous deux significativement associés au psoriasis, tant dans son développement que dans son aggravation.

1. Privation de sommeil

La privation de sommeil présente une relation de causalité avec l'exacerbation du psoriasis.

En effet, la privation de sommeil entraîne une réponse inflammatoire aiguë caractérisée par une augmentation significative des cytokines pro-inflammatoires (TNF- α , IL-1 β , IL-6, IL-17), ainsi qu'une altération précoce de la barrière cutanée liée à la migration des cellules dendritiques et à la prolifération des lymphocytes T $\gamma\delta$.

Chez le patient psoriasique, les démangeaisons, fréquemment retrouvées, peuvent altérer le sommeil et empêcher le repos, contribuant à entretenir une réponse inflammatoire.

2. Association du stress psychologique et du psoriasis

D'après plusieurs études, le stress psychologique précède l'apparition de psoriasis chez 44 % des patients et est à l'origine de poussées cutanées récurrentes chez près de 88 % d'entre eux.

Ces travaux montrent également que, sur 179 patients, 72 % ont déclaré avoir vécu un évènement de vie stressant (changement majeur) un mois avant le déclenchement.

Il existe une corrélation entre le niveau de stress élevé et la gravité des symptômes cutanés et articulaires.

Plusieurs voies physiologiques liées au stress semblent impliquées dans le psoriasis :

- L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien
- L'axe sympathique-surrénalien-médullaire
- Le système nerveux périphérique
- Le système immunitaire

a) L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

Chez les patients psoriasiques, il a été démontré que les taux de cortisol augmentent significativement lors d'un stress psychologique aigu par rapport à ceux observés chez des témoins sains.

Cet axe altéré entraîne une surexpression de cytokines inflammatoires, contribuant à l'exacerbation du psoriasis.

b) L'axe sympathique-surrénalien-médullaire et le système nerveux périphérique

La corticostérone et l'adrénaline, libérées lors d'un stress aigu, jouent un rôle majeur dans l'activation de l'immunité et présentent une activité accrue chez les patients atteints de psoriasis.

Il a également été démontré que l'adrénaline et la noradrénaline, sécrétées par les terminaisons nerveuses sympathiques, augmentent significativement sous l'effet d'un stress psychologique.

Cela renforce et prolonge l'activation des cellules dendritiques, favorisant leur migration vers les ganglions lymphatiques et amplifiant la réponse immunitaire des lymphocytes T.

Par ailleurs, le stress agit sur le système nerveux périphérique en modulant les neuropeptides cutanés (substance P, peptide lié au gène de la calcitonine, polypeptide intestinal vasoactif, facteur de croissance nerveuse). Cette modulation entraîne une exacerbation des poussées de psoriasis.

c) Le système immunitaire

Une des premières étapes du développement des plaques psoriasiques est liée à l'infiltration des monocytes et des lymphocytes T CD4+.

Lors d'un épisode de poussée, leur présence est plus marquée chez les patients psoriasiques. Ces cellules présentent une capacité de migration accrue en comparaison à des témoins sains.

Cela entraîne une amplification du processus inflammatoire à l'origine du psoriasis.

Tous ces mécanismes liés à l'inflammation contribuent à maintenir ou à aggraver le psoriasis.

IV. Enquête auprès de patients en Indre et Loire

A. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale et analytique, menée à l'aide d'un questionnaire administré à des patients atteints de psoriasis. L'objectif est d'établir leurs connaissances vis-à-vis de leur maladie, son retentissement quotidien, ainsi qu'à comprendre le rôle du pharmacien dans la prise en charge de la maladie.

Cette étude a été réalisée entre février 2025 et août 2025, à l'aide d'un questionnaire distribué sous format papier dans différents lieux et chez différents corps de professionnels de santé :

- Médecins généralistes
- Dermatologues de ville
- Pharmacies d'officine (urbaines et rurales)
- Service de Dermatologie hospitaliers
- Autres : proches, connaissances, etc.

Les critères d'inclusion : toutes les personnes atteintes et diagnostiquées d'un psoriasis quel que soit l'âge, le genre ou le type de psoriasis.

Les critères d'exclusion : les patients mineurs non accompagnés par leur représentant légal, les proches (qui ne peuvent pas répondre à la place des patients), les patients ne parlant pas français (la barrière de la langue pouvant constituer un obstacle à la compréhension), ainsi que, bien sûr, les patients s'opposant à l'étude.

Ce questionnaire, totalement anonyme, comporte différents types de questions : ouvertes, fermées et à choix multiples. Les données ont été saisies dans un tableau Excel®.

B. Résultats obtenus

Le nombre de questionnaires remplis et de patients ayant participé à l'étude est de cinquante-deux : 21 femmes et 31 hommes.

L'âge des participants est compris entre 15 et 87 ans, et la répartition par tranche d'âge est illustrée dans la figure 15.

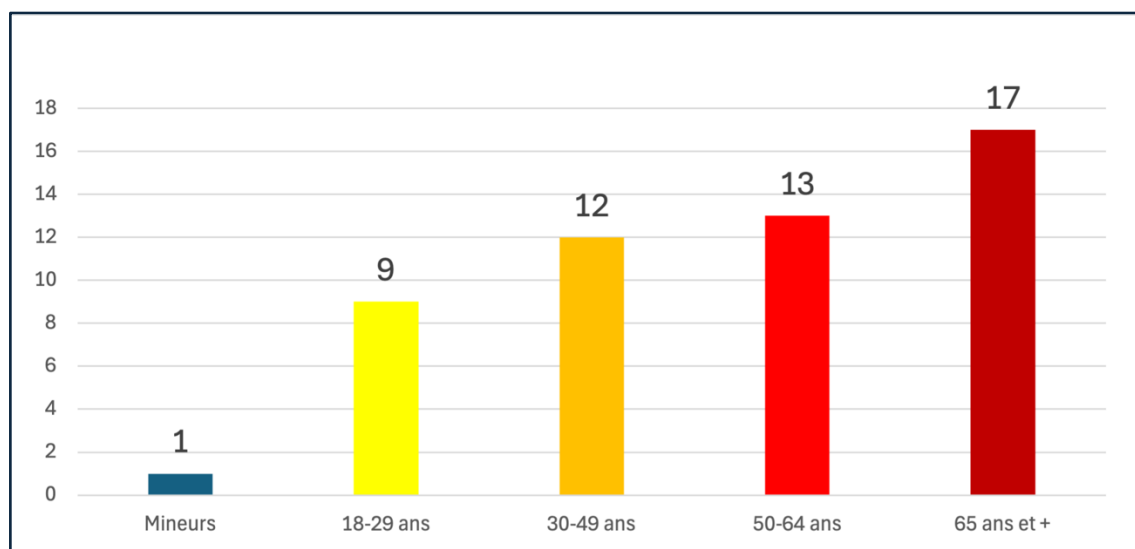


Figure 15 - Répartition des patients atteints de psoriasis en fonction de leur âge

1. Poids, taille et IMC (indice de masse corporelle)

Seize des cinquante-deux patients présentent un IMC « normal », tandis que trente-six d'entre eux, ont un IMC supérieur à 25 kg/m² correspondant à un surpoids, dont dix supérieur à 30 kg/m² correspondant à une obésité.

Ces résultats obtenus sont en accord avec l'association connue entre le syndrome métabolique et le psoriasis.

2. *Présence d'une autre maladie chronique connue*

Les réponses obtenues sont les suivantes :

- Arythmie, spondylarthrite
- **Pré-diabète**
- Syndrome de Gilbert (affection hépatique caractérisée par une augmentation de la bilirubine sanguine)
- Intolérances alimentaires (gluten, caséine)
- **Diabète**, thrombocytemie essentielle
- Sclérose en plaques, adénomyose utérine (autre forme d'endométriose, interne à l'utérus)
- Allergies
- Asthme sévère
- Colopathie fonctionnelle
- **Hypercholestérolémie**, maladie de Crohn, **hypertension artérielle**
- Allergies
- Insuffisance cardiaque
- **Hypertension artérielle**
- **Hypertension artérielle**, hypothyroïdie
- **Diabète**, arythmie, syndrome du côlon irritable

Parmi les quinze personnes ayant déclaré au moins une comorbidité, six (soit 12 % de notre échantillon) sont concernées par l'un des critères du syndrome métabolique, notamment l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie (réponses en gras et soulignées) ou par des maladies chroniques intimement liées telles que le diabète.

3. Degré d'atteinte et gêne occasionnée

D'après le graphique, la majorité des patients se considèrent moyennement atteints, soit un peu plus de la moitié de l'échantillon (56 %). En comparaison, 10 % des répondants se considèrent très atteints, et 34 % se jugent peu, voire pas atteints.

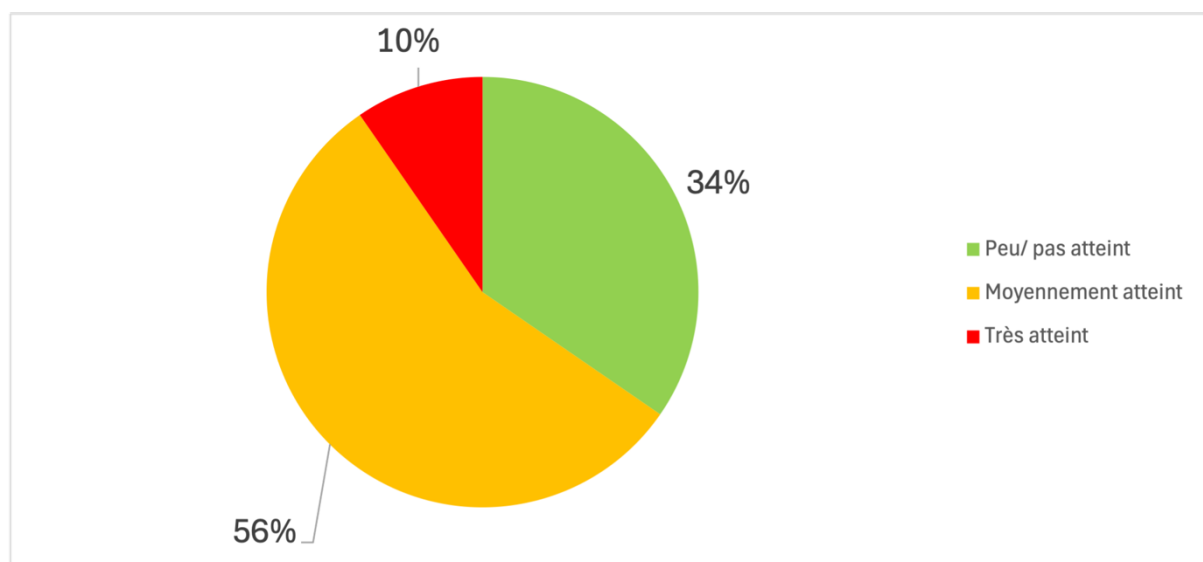


Figure 16 - Degré d'atteinte des patients psoriasiques participants à l'étude

La gêne occasionnée par le psoriasis cutané a été cotée à l'aide d'une échelle allant de 1 à 10.

En regroupant les réponses par catégories :

- De 1 à 3 : « Peu gêné »
- De 4 à 6 : « Moyennement gêné »
- Supérieure ou égale à 7 : « Très gêné ».

Tableau 1- Réponses des patients concernant leur niveau d'atteinte et de gêne

	Peu gênés	Moyennement gênés	Très gênés
Peu / pas atteints	11	5	2
Moyennement atteints	5	14	10
Très atteints	0	1	4

La gêne ressentie n'est pas directement proportionnelle au degré d'atteinte. Un patient peut se déclarer très gêné (10 sur l'échelle) tout en se considérant peu atteint : c'est notamment le cas des personnes présentant un psoriasis relativement visible (mains, visages, cuir chevelu, etc.).

À l'inverse, une personne s'estimant très atteinte peut se sentir moyennement gênée, comme c'est souvent le cas des patients sous traitements systémiques, chez qui la maladie est stabilisée (moins de poussées, donc moins de symptômes).

4. Traitements

La plupart des patients sont traités avec des traitements topiques tels que les dermocorticoïdes, les analogues de la vitamine D et les émollients. Peu de personnes, sont concernées par les traitements systémiques ou la photothérapie.

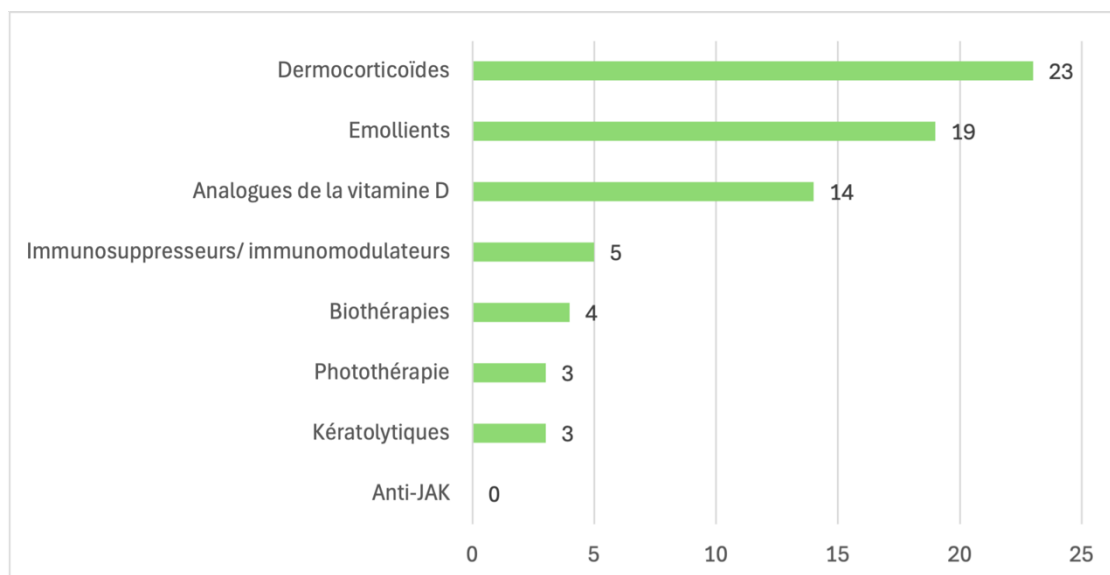


Figure 17 - Répartition des traitements chez les patients psoriasiques participant à l'étude

Il est intéressant de noter que, parmi les neuf patients traités par immunosuppresseurs, immunomodulateurs ou biothérapies, cinq se considèrent comme peu atteints. Ceci illustre l'efficacité de ces traitements sur la gêne occasionnée par le psoriasis ou le traitement.

La seconde question est une question ouverte, permettant à chaque patient de décrire librement en quoi le psoriasis ou son traitement lui est gênant, sans limite de réponse. La plupart des participants ont rédigé plusieurs réponses et ont évoqué des gênes similaires, regroupées en cinq catégories :

- Démangeaisons
- Squames importantes, notamment au cuir chevelu
- Gêne sociale, affectée par le regard des autres
- Douleurs rhumatismales
- La peau grasse induite par les traitements (traitements locaux : topiques)

La majorité des patients (38 sur 52 patients, soit 73 %), rapportent des démangeaisons au niveau de tout le corps (*cf.* tableau).

Dix-huit patients (35 %) mentionnent la présence de squames au niveau du cuir chevelu et seize d'entre eux (31 %) décrivent une gêne sociale.

Trois personnes (6 %) évoquent leurs douleurs rhumatismales, tandis que deux patients décrivent une sensation de peau grasse consécutive à l'application de leurs traitements topiques.

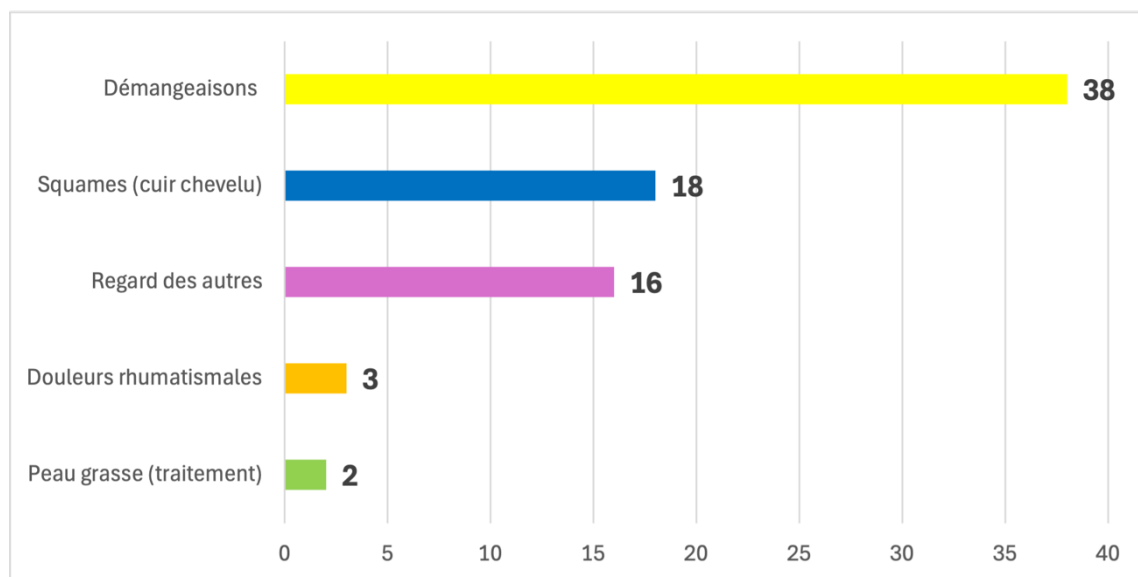


Figure 18 - Différentes gênes occasionnées par le psoriasis ou ses traitements dans l'étude réalisée

5. Atteinte articulaire et douleurs rhumatismales

Dix-neuf pour cent (19 %) des patients de l'échantillon sont concernés.

Parmi ces dix patients, la majorité se considère comme très atteints (gêne importante). C'est-à-dire que sur une échelle allant de 1 à 10 (avec 1 = peu atteint et 10 = très atteint), six d'entre eux notent leur gêne entre 7 et 9. Les autres patients se considèrent comme moyennement atteints, avec des notes comprises entre 4 et 6.

6. Informations aux patients et conseils pharmaceutiques

A la question « Vous sentez-vous assez informé concernant votre psoriasis ? », plus de la moitié des répondants (30 personnes, 58 %), déclarent se sentir bien informés sur leur pathologie, que ce soit par le biais du dermatologue, de leur médecin traitant ou encore tout autre professionnel de santé. Cependant, quinze personnes ne se sentent pas suffisamment informées et sept ne savent pas quoi en penser.

La problématique qui se pose ici est celle de la diffusion de l'information auprès des patients non informés. La question de l'information peut également être nuancée : les patients qui se sentent informés le sont-ils réellement sur tous les aspects de la maladie, ou seulement sur les éléments leur semblant nécessaires pour leur quotidien.

Sont-ils, par exemple, conscients de l'existence de nombreux facteurs de comorbidité associés, comme le syndrome métabolique, ou encore la consommation de tabac et son rôle dans l'aggravation du psoriasis.

Dans le second item, à savoir « Votre pharmacien vous a-t-il déjà conseillé pour le traitement du psoriasis ou plus généralement votre mode de vie lors de vos visites ? », 71% des patients déclarent ne pas avoir reçu de conseils de la part de leur pharmacien. Parmi les quinze en ayant reçu, la plupart des conseils concernaient le choix d'émollients, de shampoings ou de produits lavants adaptés aux psoriasis. Quelques recommandations hygiéno-diététiques ont également été rapportées : alimentation équilibrée, absence d'alcool et de tabac.

Sur le plan pharmaceutique, les conseils ont porté sur l'importance d'une bonne observance et d'un bon suivi médical, ainsi que sur les traitements eux-mêmes : explication des posologies, mode d'administration, etc.

7. *Facteurs influençant ou liés au psoriasis*

Les patients étaient invités à cocher, dans une liste, les facteurs susceptibles, selon eux, d'influencer le psoriasis :

- Diabète
- Consommation de thé
- Hypertension artérielle
- Exposition au soleil
- Stress
- Tabac
- Alcool
- Autre, à préciser.

Dans cette liste, une seule réponse est hors sujet (une réponse piège) : la consommation de thé.

La quasi-totalité des patients (48 sur 52, soit 92 %) ont indiqué que le stress a un impact sur leur psoriasis. La plupart d'entre eux n'ont d'ailleurs coché que cette case, cela suggère une méconnaissance des autres facteurs associés au psoriasis. Douze personnes ont cité le soleil comme facteur pouvant affecter leur psoriasis, la plupart précisant qu'il s'agit d'un facteur bénéfique au niveau de leurs plaques. Dix participants considèrent que l'alcool a un impact direct sur le psoriasis, tandis que seulement cinq l'attribuent au tabac.

Il est intéressant de noter que davantage de personnes perçoivent l'alcool comme facteur aggravant, alors qu'aucun lien direct de causalité n'est prouvé par les études scientifiques ⁽³⁷⁾, contrairement au tabac dont le rôle est bien établi .

Six personnes semblent avoir été informées de l'impact de l'hypertension artérielle sur le psoriasis et trois pour le diabète. Ces chiffres restent faibles au regard des connaissances actuelles sur le syndrome métabolique^{34 35 36} et de l'obésité observée chez dix patients.

Cinq personnes ont proposé d'autres facteurs pouvant influencer leur psoriasis, les réponses données sont les suivantes :

- Choc émotionnel (deux réponses) → un des patients a précisé que le choc est lié à un licenciement ayant coïncidé avec l'apparition de la maladie.
- Maladies chroniques déjà présentes → cette réponse est intéressante car elle suggère qu'il peut y avoir des liens entre les maladies chroniques, or le but de cette question est de voir l'état de connaissances des patients.
- La fatigue → cette dernière n'est pas directement un facteur influençant, mais il est pertinent d'envisager les mécanismes sous-jacents à cette fatigue qui peuvent eux l'être (infection en cours, prise de toxiques, etc...)
- Le travail du bois et de la terre → celui-ci peut être un facteur influençant puisque les frottements et les microtraumatismes cutanés répétés, dans ce cas-ci au niveau des mains, peuvent entraîner l'apparition de lésions (phénomène de Koebner).

Une seule personne est tombée dans le « piège » de la consommation de thé.

Cette question met en évidence que le niveau de connaissance des patients sur les facteurs influençant le psoriasis reste encore assez faible, et qu'un travail d'information et de sensibilisation plus approfondi serait utile.

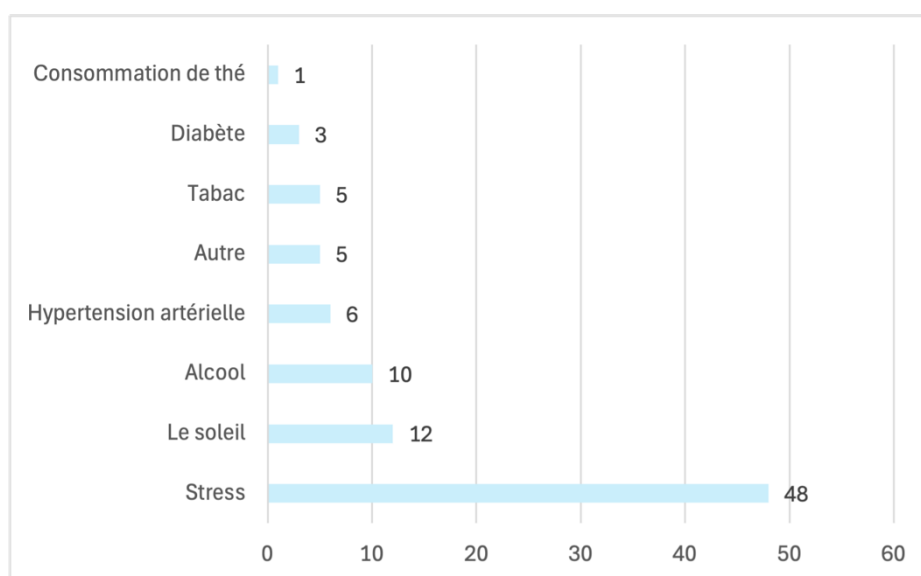


Figure 19 - Facteurs influençant le psoriasis selon les patients de l'étude réalisée

8. Gestion globale de la maladie

La question à choix multiple est « Quelles sont les méthodes qui selon vous sont efficaces pour gérer au mieux votre maladie ? »

- Médecine naturelle (phytothérapie, huiles essentielles, homéopathie, etc...)
- Cures thermales
- L'hydratation de la peau
- Gestion du stress
- Arrêt du tabac
- Régime alimentaire équilibré
- Autre : précisez ...

La réponse majoritaire est la gestion du stress, ce qui est cohérent avec le fait que 48 patients avaient déjà cité le stress comme facteur influençant leur psoriasis. Toutefois, parmi ces quarante-huit patients seulement trente-trois considèrent que sa gestion serait efficace.

Dix-huit patients considèrent que l'hydratation de la peau est utile, ce qui constitue un point essentiel du conseil pharmaceutique.

Quinze patients considèrent le régime alimentaire comme un facteur important à prendre en compte, dont huit en surpoids et trois en situation d'obésité modérée.

Une partie des patients ont choisi la réponse « autre ». La répartition des quatorze réponses est la suivante :

- Crèmes (émollients en conseil, n = 2) → Ces personnes semblent considérer que « l'hydratation de la peau », qui fait partie des réponses prédéfinies, ne signifie que « boire de l'eau », ce qui expliquerait leur réponse.
- Traitements (n = 3) → Bien qu'il s'agisse d'une bonne réponse, il s'agit d'une question visant à trouver des **méthodes complémentaires** aux traitements qui restent la méthode la plus efficace.
- Éviter l'alcool (n = 1) → Une personne considère que l'arrêt de l'alcool, a un effet bénéfique sur le psoriasis.
- Rien n'est efficace, pas même le traitement local (n = 1)
- Rien n'est efficace, sauf le traitement local (n = 1)
- Le soleil (n = 1) → le soleil favorise la synthèse de vitamine D qui a un rôle bénéfique sur le psoriasis. Toutefois les rayons UV restent dangereux il faut donc être prudent.
- Soleil et eau de mer (n = 1) → les sels minéraux contenus dans l'eau de mer peuvent servir à ramollir les plaques et éliminer les squames ainsi qu'à apaiser l'inflammation et à réduire les démangeaisons. Il est toutefois recommandé d'éviter les bains prolongés, notamment si les lésions sont fissurées.
- Magnétiseur (n = 1)

- Sport (n = 1) : le sport a un effet bénéfique global (il sera détaillé dans la partie V sur les conseils associés).
- Eau de source d'Epeigné les Bois en cas de crise (n = 1) → Après quelques recherches, et d'après un article publié dans un journal local³⁹, cette eau de source située sous une église à Saint-Aignan serait connue pour ses propriétés curatives notamment dans les maladies de peau. Le patient a détaillé dans sa réponse, qu'il s'y rend lorsqu'il est atteint de crises psoriasiques.
- UVB (n = 2) → cette méthode est considérée comme un traitement.

Neuf personnes ont répondu que les cures thermales sont bénéfiques dans le psoriasis. Parmi ces patients certains ont précisé qu'ils y allaient régulièrement et d'autres, bien qu'ils considèrent cette méthode efficace, expliquent que cela reste difficile à mettre en œuvre au quotidien.

En effet une cure se déroule généralement sur plusieurs semaines ce qui rend sa réalisation compliquée, notamment pour les patients en activité (études, travail, etc.).

Comme pour les cures thermales, peu de personnes ont recours aux méthodes naturelles (sept). Parmi les personnes qui ont choisi cette réponse, aucune n'a détaillé le type de produits ou de thérapie utilisée. Il aurait été intéressant d'approfondir cette question afin d'identifier les produits réellement employés (s'il y en a).

Enfin, seulement cinq personnes considèrent que l'arrêt du tabac est bénéfique dans le psoriasis, alors qu'il est scientifiquement démontré que ce dernier est un facteur causal du psoriasis. Ce résultat confirme que les patients manquent d'informations au sujet de leur maladie.

Ces réponses sont particulièrement intéressantes pour le pharmacien d'officine, qui occupe une place clé dans l'accompagnement des patients atteints de psoriasis. En tant que professionnel de santé de proximité, il est facilement accessible et peut apporter des conseils rapides et personnalisés sur les stratégies complémentaires aux traitements, afin d'améliorer la qualité de vie au quotidien.

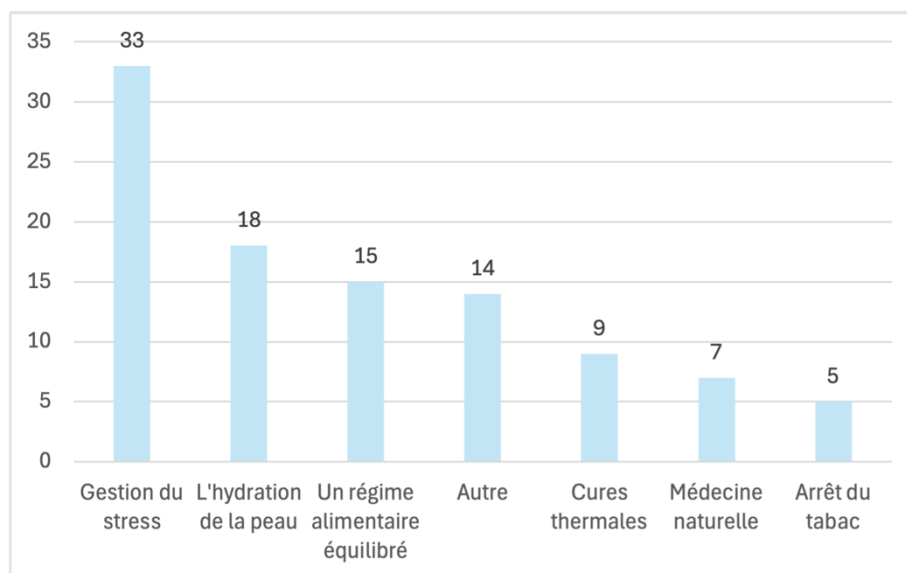


Figure 20 - Méthodes utilisées par les patients afin de gérer au mieux leur maladie

9. *Association de patients*

Ces associations ont pour but d'informer les patients sur le psoriasis : la physiopathologie, les causes, les traitements, etc.

Elles permettent également de mettre les patients en relation avec d'autres personnes confrontées aux mêmes problématiques, offrant ainsi un soutien moral précieux.

Dans l'échantillon, la grande majorité, soit quarante-huit patients, ont déclaré n'avoir jamais pris contact avec des associations.

Il aurait été intéressant d'interroger les quatre patients concernés sur les modalités et les motivations de leur prise de contact.

V. Conseils associés

L'environnement joue un rôle important dans le psoriasis qui est une maladie multifactorielle.

Il existe donc plusieurs mesures qui, en complément des traitements médicamenteux, peuvent contribuer à améliorer le quotidien du patient ainsi que la maîtrise de sa maladie. Ces mesures visent à agir sur les facteurs de comorbidité et améliorer le vécu de la maladie.

Le pharmacien est à même, lors de la délivrance des médicaments, de rappeler l'importance des facteurs de comorbidité, leur impact, les moyens d'action, et également de conseiller le patient.

A. Hygiène de vie

Le premier pilier à prendre en compte dans les maladies inflammatoires chroniques, dont le psoriasis, est l'hygiène de vie.

Cette partie s'articule autour de plusieurs sous parties : l'arrêt des toxiques, le sommeil, l'activité physique, le régime alimentaire.

1. L'arrêt des toxiques^{40, 41, 42, 43}

Le tabac a un lien de causalité direct avec le psoriasis du fait de ses effets pro-inflammatoires. Il est démontré que l'arrêt de la consommation de tabac exerce un effet bénéfique sur la maladie. L'arrêt reste toutefois un processus difficile, dans lequel le pharmacien occupe une place importante.

La consommation d'alcool est associée au psoriasis, sans être causale. Mais une réduction ou un arrêt demeure hautement souhaitable pour l'amélioration du syndrome métabolique, la gestion du stress, le moral et l'estime de soi.

En fonction du niveau de dépendance, les démarches à suivre et la prise en charge varient. En effet, dans des cas dits de « faible dépendance », le pharmacien peut directement conseiller le patient au comptoir ou engager un dialogue visant à le sensibiliser à l'impact de ces deux toxiques sur la santé globale, et plus encore chez les patients psoriasiques.

Pour amorcer la discussion, le pharmacien peut en poser quelques questions :

- Consommation d'alcool : Combien de verres par semaine ou par jour ? La prise est-elle occasionnelle ou quotidienne ?
- Le contexte : Est-ce que la prise d'alcool se fait en milieu festif ? Est-ce associé à un moment de partage entre amis ? à une dure journée ?

- Consommation de tabac - Test de Fagerström simplifié : Combien de cigarettes par jour ? Dans quel délai après le réveil la première cigarette est-elle fumée ?

Ces questions permettent d'évaluer les habitudes du patient et de discuter de l'impact de l'alcool et du tabac sur le psoriasis, et donc à terme, sur la qualité de vie.

Les patients n'ont pas toujours conscience du fait que ces substances sont des facteurs de comorbidité associés directement ou non au psoriasis. Il est donc important de leur rappeler.

Pour ce qui est du tabac, le pharmacien peut recommander des traitements de substitution nicotiques sous différentes formes : patchs, gommes à mâcher, pastilles, sprays. Ce sont des traitements qui, pour la plupart, peuvent être pris en charge sur ordonnance (médecins, infirmières, sage-femme).

Il existe également des traitements homéopathiques visant à soulager l'inconfort lié à l'arrêt du tabac : *Lobelia inflata* 5CH, *Staphysagria* 15CH, *Caladium seguinum* 5CH et *Nux vomica* 15CH. Ces souches peuvent être utilisées individuellement ou regroupées au sein d'un même produit (par exemple, au sein de la spécialité Sevameo®). Toutefois, il convient de nuancer l'usage de l'homéopathie dont l'efficacité spécifique n'est pas validée scientifiquement contrairement aux traitements de substitution nicotinique.

Dans les cas de dépendance les plus sévères (alcool et dépendance au tabac plus poussée), le rôle du pharmacien est d'orienter les patients vers des spécialistes tels que les addictologues ou les structures dédiées à la prise en charge des addictions (CSAPA, CJC, etc).

2. *Sommeil*^{44, 39, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55}

Un bon sommeil fait partie intégrante d'une bonne hygiène de vie. Le sommeil est souvent altéré chez les patients atteints de psoriasis, et il est établi que les troubles du sommeil favorisent le surpoids et l'obésité, ce qui rejoint les facteurs de comorbidité associés au psoriasis.

En pharmacie, et avant tout traitement médicamenteux, plusieurs recommandations peuvent être données aux patients présentant des difficultés de sommeil :

- Adopter des horaires de sommeil réguliers : se lever et se coucher à la même heure même pendant le week-end.
- Pratiquer une activité physique en journée (favorise l'endormissement le soir), mais éviter l'exercice physique avant d'aller dormir (favorise l'excitation cérébrale).
- Éviter les excitants après 16 heures : café, thé, sodas, produits à base de vitamine C, etc.
- Éviter les toxiques : alcool (favorise les réveils nocturnes), tabac (stimulant qui retarde le sommeil)
- Faire des siestes en début d'après-midi (15/20 minutes maximum) si le besoin se fait sentir
- Éviter les écrans avant le coucher et préférer des temps calmes (lecture, méditation, etc.)
- Ne pas surchauffer la pièce ni prendre de douche/ bain trop chauds avant d'aller se coucher.
- Se coucher dans un environnement calme, sans lumière, sans bruit, pas de distractions.
- Éviter les repas trop copieux.

Si, malgré ces mesures, des troubles légers persistent, le pharmacien peut conseiller différents produits en s'adaptant au profil du patient.

Certaines plantes médicinales peuvent être conseillées en phytothérapie pour aider à favoriser un sommeil de qualité, et présentent l'avantage d'une bonne tolérance.

Elles peuvent être utilisées seules ou en association sous forme de cures de plusieurs semaines chez l'adulte. Toutefois, leur emploi doit se faire dans le respect des précautions d'usage (grossesse, interactions médicamenteuses, pathologies chroniques), et avec un suivi pharmaceutique adapté.

Les principales plantes utilisées dans les troubles du sommeil sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2 - Conseils en phytothérapie concernant le sommeil

Plantes	Parties utilisées	Molécules d'intérêt	Propriétés d'intérêt	Illustrations
Valériane (<i>Valeriana officinalis</i>)	Rhizome	Acide valérénique Valépotriates Glutamine	Soulage les tensions nerveuses légères et les troubles du sommeil. Favorise l'endormissement	 Figure 21 - <i>Valeriana officinalis</i> ⁵⁶
Passiflore (<i>Passiflora incarnata</i>)	Parties aériennes fleuries (feuilles, tiges, fleurs)	Flavonoïdes Bêtacarbolines Alcaloïdes (Hamalines) Maltol	Sédative, anxiolytique doux, Favorise l'endormissement et améliore la qualité du sommeil	 Figure 22 - <i>Passiflora incarnata</i> ⁵⁷
Houblon (<i>Humulus lupulus</i>)	Strobiles (cônes femelles)	Lupulones Humulones Phyto-estrogènes : 8-prénylnaringénine	Favorise l'endormissement et réduit les réveils nocturnes, Effet sédatif léger	 Figure 23 - <i>Humulus lupulus</i> ⁵⁸
Eschscholtzia (<i>Eschscholtzia californica</i>)	Parties aériennes fleuries	Alcaloïdes : californidine, protopines Caroténoïdes Flavonoïdes	Sédative, anxiolytique, favorise l'endormissement et diminue les réveils nocturnes	 Figure 24 - <i>Eschscholtzia californica</i> ⁵⁹

Il est possible d'associer, dans certains cas, de la **mélatonine** qui est l'hormone impliquée dans la régulation du rythme veille-sommeil.

Il existe également des associations et complexes prêts à l'emploi, associant plantes, homéopathie et mélatonine, et qui favorisent l'endormissement rapide et le maintien du sommeil tout au long de la nuit.

Parmi les spécialités les plus couramment disponibles en pharmacie : ArkoRelax Sommeil® (Arkopharma), Euphytose Nuit® (Bayer), Phytostandard Eschscholtzia/Valériane® (PiLeJe), etc.

Certaines huiles essentielles peuvent être proposées au comptoir pour favoriser la détente et améliorer la qualité de sommeil en complément des mesures d'hygiène de vie et des traitements conventionnels.

Leur utilisation doit cependant être adaptée au profil du patient (âge, antécédents, grossesse, asthme), et toujours respecter les précautions d'emploi propres à l'aromathérapie (dilution, voie d'administration, durée d'utilisation).

Les huiles présentées ci-dessous sont parmi les plus reconnues pour leurs effets bénéfiques sur le sommeil et la relaxation :

Tableau 3 – Conseils en aromathérapie concernant le sommeil et la relaxation

Huiles essentielles	Molécules actives	Propriétés	Utilisation	Illustrations
Petit grain bigarade <i>(Citrus aurantium ssp. amara)</i>	<u>Esters terpéniques</u> : acétates de linalyle, de géranyle et de néryle <u>Monoterpénols</u> : linalol, α -terpinéol	Relaxante et sédative, favorise un sommeil de qualité	<u>Diffusion</u> : 10 à 15 min avant le coucher <u>Application locale</u> : diluée 1 à 2 gouttes dans une HV* et l'appliquer au niveau du plexus solaire ou des poignets	 Figure 25 - Citrus aurantium ssp. amara ⁶⁰
Marjolaine à coquille <i>(Origanum majorana)</i>	<u>Monoterpénol</u> : terpinène-4-ol <u>Monoterpènes</u> : α et γ -terpinènes	Calmante du SNC, favorise la relaxation musculaire et émotionnelle Aide à diminuer le stress afin de favoriser l'endormissement	<u>Diffusion</u> : seule ou en association avec de l'orange douce avant le coucher <u>Application locale</u> : 1 à 2 gouttes dans une HV* au niveau du plexus solaire ou des poignets	 Figure 26 - Origanum majorana ⁶¹
Ylang-Ylang <i>(Cananga odorata)</i>	<u>Sesquiterpène</u> : germacrène-D <u>Monoterpénol</u> : linalol <u>Ester</u> : benzoate de benzyle	Sédatrice douce, calmante cardiaque et respiratoire, favorise un bon endormissement et un bon sommeil	<u>Diffusion</u> : seule ou en association avec de l'orange douce avant le coucher <u>Application locale</u> : 1 à 2 gouttes dans une HV* au niveau du plexus solaire	 Figure 27 - Cananga odorata ⁶²

			ou poignets	des	
--	--	--	----------------	-----	--

* HV = Huile végétale

Plusieurs plantes et huiles essentielles utilisées dans les troubles du sommeil possèdent également des propriétés calmantes et apaisantes pour pallier l'anxiété (passiflore, eschscholtzia) voire apaiser les plaques de psoriasis (lavande vraie, camomille romaine).

Il existe des souches homéopathiques associés aux troubles du sommeil, c'est le cas de *l'ignatia amara*, de la *passiflora composé* ou encore de *coffea cruda*. Il existe également une spécialité qui rassemble plusieurs souches : le Sédatif PC® de chez Boiron, issues des plantes vues ci-dessus (*Valeriana officinalis*), mais également d'autres comme *Calendula officinalis* ou *Belladonna*.

Si les troubles sont plus marqués, il est nécessaire d'orienter le patient vers des professionnels de santé adaptés car cela peut cacher des troubles plus profonds et nécessiter une prise en charge médicale spécifique.

3. *Activité physique*^{62, 63, 64, 65}

En moyenne, les personnes atteintes de maladies chroniques pratiquent moins d'activité physique que la population générale non atteinte. Cette sédentarité peut aggraver la maladie et ses comorbidités (syndrome métabolique).

Or, il est démontré qu'en quantité et en intensité suffisantes, de manière régulière et adaptée à chacun, l'activité physique permet de retarder la survenue de certaines maladies et de limiter leurs conséquences sur celles déjà présentes, comme c'est le cas ici dans le psoriasis.

En effet, le sport, pratiqué de manière intensive ou modérée, contribue à réguler l'inflammation.

Il exerce un rôle préventif sur les événements cardiovasculaires fréquemment associés au psoriasis. Il a également une action bénéfique en améliorant l'anxiété, le stress ainsi que la dépression, et il favorise également la perte de poids. Or, l'obésité est plus fréquente chez les patients psoriasiques.

4. *Régime alimentaire*^{66, 67, 68}

L'obésité et le surpoids sont des facteurs régulièrement associés au psoriasis. Il est important d'adapter son régime alimentaire, tant sur le plan calorique (afin de maintenir un IMC normal), que sur le plan qualitatif.

Le régime méditerranéen (et dérivés) est riche en vitamines, en fibres ainsi qu'en antioxydants indispensables à la santé, et est également riche en oméga-3 qui veillent au bon fonctionnement de l'organisme, au maintien des fonctions cognitives, ainsi qu'à la prévention des maladies cardiovasculaires.

Ce régime consiste à limiter la consommation de produits ultra-transformés et donc à contrôler l'apport de sucre, de sel, de gras et d'additifs en favorisant le fait-maison.

Plusieurs catégories d'aliments sont mises en avant dans ce régime : fruits et légumes de saison, des poissons (gras, comme les sardines ou encore le hareng), des huiles végétales (olive, colza, lin), des féculents complets (riz complet, pâtes complètes), fruits et légumes secs, etc. À l'inverse, d'autres sont à limiter : viandes (en particulier rouges), charcuteries, produits laitiers gras (crème, beurre) ou encore produits raffinés et transformés.

Certains aliments retrouvés dans la cuisine peuvent également être retrouvés en pharmacie, c'est notamment le cas du curcuma qui a des propriétés anti-inflammatoires, ou encore des oméga-3 (Arkopharma, PiLeJe, etc).

B. Santé mentale

1. Gestion du stress/ anxiété^{69, 70}

Comme expliqué plus haut, le stress est fortement lié au psoriasis et est rapporté par les patients interrogés.

Au-delà de l'impact du stress sur l'inflammation et le déclenchement des plaques, la maladie elle-même est source de stress, contribuant à maintenir un cercle vicieux. La gestion du stress est donc un critère majeur à prendre en compte.

Pour cela, plusieurs méthodes peuvent être mises en place, à commencer par des mesures de base hygiéno-diététiques (cf. partie IV-A) : la réduction voire l'arrêt des excitants, une alimentation équilibrée, un sommeil de qualité ainsi qu'une activité physique régulière, autant de leviers qui contribuent à diminuer l'anxiété. L'hygiène de vie a donc un rôle doublement important en jouant sur la santé physique ainsi que sur la santé mentale.

Des méthodes de relaxation peuvent être proposées afin de diminuer le stress : sophrologie, cohérence cardiaque, méditation, yoga. La pratique d'une activité physique douce permet une amélioration de la gestion du stress. Des applications accessibles, comme *Petit Bambou*®, peuvent guider l'utilisateur dans des séances de méditation.

Au comptoir, le rôle du pharmacien est d'abord de rappeler toutes les consignes hygiéno-diététiques. Mais si l'anxiété persiste, il existe différentes options à conseiller aux patients en fonction de ce qu'ils recherchent.

En phytothérapie ou en aromathérapie, bon nombre de plantes hypnotiques ont également des propriétés anxiolytiques et peuvent être utilisées en cas de stress, c'est le cas par exemple de la valériane, de la passiflore ou de l'eschscholtzia. Leur intérêt est donc multiple puisqu'elles agissent sur l'anxiété et favorisent le sommeil. C'est également le cas de l'huile essentielle de lavande vraie (revue plus tard), très intéressante dans le psoriasis puisqu'au-delà de ses effets anxiolytiques et hypnotiques (diffusion ou application cutanée), elle exerce également une action cicatrisante au niveau des plaques.

En homéopathie, plusieurs souches sont associées au stress : *Aconitum napellus*, *Ignatia amara* et *arsenicum album*.

2. *Mal-être du patient*^{71, 72}

Le psoriasis est une maladie visible. De ce fait, il peut entraîner un profond mal-être chez le patient vis-à-vis du regard des autres ainsi que de leur propre image, impactant le quotidien de ces derniers (réticence à s'exposer, à oser sortir, etc).

Les patients psoriasiques décrivent une altération de leur image corporelle, avec des plaques visibles souvent au niveau des mains, du cuir chevelu et du visage qui les gênent dans leurs interactions sociales. Cela entraîne un sentiment de honte et de stigmatisation avec une crainte du jugement, liée aussi à la confusion du psoriasis avec des maladies contagieuses. C'est une maladie qui porte atteinte à la vie intime car au-delà des séquelles physiques, elle entraîne des séquelles psychologiques (manque de confiance en soi, isolement social).

Ce mal-être peut à terme conduire à des épisodes dépressifs. Il est donc important pour le pharmacien d'officine, d'apporter une écoute bienveillante et dénuée de jugement au comptoir, d'encourager les patients à l'observance des soins, mais également d'orienter les patients vers un psychologue ou un médecin traitant dès l'apparition de signes d'isolement.

L'éducation thérapeutique, quand elle est disponible, est utile pour mieux appréhender la maladie, gérer les poussées, ainsi que le regard des autres. Il existe également des groupes de paroles et des associations de patients (comme France Psoriasis), qui ont pour but de rapprocher les patients entre eux et permettre de trouver du soutien auprès de personnes qui vivent avec les mêmes problèmes. Ce genre de rapprochement crée un sentiment d'appartenance et favorise le dialogue.

C. Soins de peau adaptés^{73, 74}

Chez le patient psoriasique, le soin accordé à la peau est essentiel. A côté des traitements actifs, et en attendant la disparition des lésions, les soins d'hygiène et les émollients peuvent faciliter le quotidien des patients.

On peut délivrer les conseils suivants :

- Éviter les savons ou gels lavants agressifs.
- Éviter les lavages répétés et les lavages à l'eau trop chaude qui sont agressifs pour la peau (favorisent la sécheresse cutanée).
- Limiter la durée des bains (20 minutes maximum).
- Ne pas frotter la peau et sécher en tamponnant plutôt qu'en frottant.
- Utiliser des crèmes barrières afin d'isoler les plaques du contact de l'eau salée ou chlorée (piscine, mer), et bien se rincer.
- Utiliser du maquillage adapté et non irritant

1. *Nettoyage et hydratation de la peau* ^{75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 49, 50}

En pharmacie, il est possible de trouver des gammes conçues pour les peaux irritées par des dermatoses comme le psoriasis ou la dermatite atopique. Ces produits sont développés par des laboratoires dermatologiques, souvent à base d'eau thermales (revendiquant des propriétés anti-inflammatoires, cicatrisantes et apaisantes) et ont des pH physiologiques.

Il en existe plusieurs types : gels lavants surgras, crèmes lavantes ou encore huiles lavantes (Uriage, Bioderma, La Roche Posay, Avène, SVR)

Les huiles lavantes sont particulièrement intéressantes car elles ont une action relipidante, ce qui leur permet de restaurer la barrière cutanée (film hydrolipidique). L'application d'émollients permet d'améliorer le confort des patients et d'atténuer les démangeaisons, les tiraillements.

Il existe des gammes dédiées aux patients psoriasiques : Xemose PSO® concentré apaisant (Laboratoire Uriage), Kertyol PSO® (Laboratoire Ducray) ou encore Psoriasis Xerial DM® (laboratoire SVR). Tous ces produits sont accessibles en pharmacie.

Pour ceux qui le souhaitent, phytothérapie et huiles essentielles peuvent être proposées en association (entre elles ou avec des huiles végétales). Leur efficacité clinique spécifique n'est pas établie, et leur emploi nécessite des précautions (indications, contre-indications, interactions).

Le tableau suivant présente les principales plantes d'intérêt pour le soin de la peau chez les patients psoriasiques (améliorer le confort, soutenir la fonction cutanée, favoriser la réparation).

Tableau 4 - Phytothérapie utilisée pour ses propriétés au niveau cutané

Plantes	Parties utilisées	Molécules d'intérêt	Propriétés d'intérêt	Illustrations
Bourrache (<i>Borago officinalis</i>)	Graines (huile), feuilles	Acide linolénique/ gamma-linolénique (Oméga-6) Phytostérols Mucilages (allantoïne)	Améliore l'élasticité, la souplesse de la peau Améliore la mobilité des articulations	 Figure 28 - <i>Borago officinalis</i> ⁸²
Onagre (<i>Oenothera biennis</i>)	Graines (huile)	Acide linolénique/ gamma-linolénique (Oméga-6) Tocophérols	Anti-oxydante Nourrissante, hydratante Souplesse, élasticité et fermeté de la peau	 Figure 29 - <i>Oenothera biennis</i> ⁸³
Aloé Vera (<i>Aloe barbadensis</i>)	Feuilles (gel)	Polysaccharides Acides organiques Vitamines : A, C, E, ... Minéraux : calcium, magnésium, zinc, etc...	Hydratation de la peau, Anti-inflammatoire, Cicatrisant, anti-oxydant	 Figure 30 - <i>Aloe barbadensis</i> ⁸⁴
Calendula (<i>Calendula officinalis</i>)	Fleurs (macérât huileux)	Caroténoïdes Triterpènes Flavonoïdes Phytostérols	Anti-inflammatoire, Cicatrisant, Adoucissant et protecteur cutané	 Figure 31 - <i>Calendula officinalis</i> ⁸⁵

Ces plantes peuvent être retrouvées en gélules, c'est le cas de l'onagre et de la bourrache du laboratoire Arkopharma, mais également sous forme de gel ou d'huile végétale à appliquer directement sur la peau (*Aloe vera* et *Calendula*).

Certaines huiles essentielles peuvent également être utilisées dans le cadre du soutien cutané, en raison de leurs propriétés cicatrisantes, apaisantes et anti-inflammatoires. Le tableau ci-dessous récapitule les huiles essentielles les plus utilisées pour apaiser les plaques et améliorer le confort cutané.

Tableau 5 - Aromathérapie utilisée pour ses propriétés au niveau cutané

Huiles essentielles	Molécules actives	Propriétés	Utilisation	Illustrations
Lavande vraie <i>(Lavandula angustifolia)</i>	Esters terpéniques : acétates de linalyle et de lavandulyle Monoterpénols : Linalol et lavandulol	Cicatrisantes, apaisantes équilibrantes	Application cutanée : 2 à 4 gouttes diluées dans 5 mL d'HV* sur la zone lésée	 Figure 32 - <i>Lavandula angustifolia</i> ⁸⁶
Camomille romaine <i>(Chamomilla nobile)</i>	Esters aliphatiques Monoterpénols : pinocarvéol Cétone : pinocarvone	Anti-inflammatoire anti-prurigineuse, calmante	Application cutanée : 1 à 2 gouttes dans 5 mL d'HV* (calendula)	 Figure 33 - <i>Chamomilla nobile</i> ⁸⁷
Géranium rosat <i>(Pelargonium graveolens)</i>	Monoterpénols : citronnellol, géraniol Esters terpéniques : acétate de géranyle, formate de citronnellyle Monoterpénones Sesquiterpénols	Régénérante cutanée, anti-inflammatoire cicatrisante	Application cutanée : 1 à 2 gouttes dans 5 mL d'HV* (calendula)	 Figure 34 - <i>Pelargonium graveolens</i> ⁸⁸

Hélichryse (<i>Helichrysum italicum</i>)	Esters terpéniques : acétate de néryle			 Figure 35 - <i>Helichrysum italicum</i>⁸⁹
	Sesquiterpènes : gamma-curcumène	Cicatrisante, anti-inflammatoire	Application cutanée : 1 à 2 gouttes dans 10 mL d'HV* (calendula)	
	Béta-diones (italidiones)			
	Monoterpénol : nérol			

*HV = Huile végétale

Attention, les huiles essentielles ne doivent pas s'appliquer pures. Elles doivent également être utilisées avec précautions. Médecine naturelle ne signifie pas innocuité, il faut notamment se méfier d'interactions avec certains traitements médicamenteux.

2. Cuir chevelu^{90, 91}

L'atteinte du cuir chevelu est très fréquente et gênante, cela justifie le développement de produits adaptés pour aider à réduire l'apparence des plaques et limiter l'irritation.

Il existe donc des shampoings doux et apaisants pour se laver les cheveux ou encore des lotions pour apaiser les démangeaisons. C'est le cas de ces différents produits du laboratoire Ducray : Kertyol PSO® sous forme de concentré apaisant à laisser poser la nuit afin de diminuer les tiraillements et démangeaisons liées aux plaques de psoriasis, sous forme de shampoing traitant favorisant l'élimination des plaques, ou le spray Sensinol SOS® qui a une action apaisante directe.

Il existe également d'autres produits issus d'autres laboratoires. Ils sont plutôt utilisés comme nettoyants doux et apaisants : le shampoing Nodé A® du laboratoire Bioderma, le shampoing Ultra-apaisant® de chez Vichy Dercos.

3. Cures thermales^{92, 93, 94}

En France, il existe plusieurs centres de cures thermales : Avène-les-Bains, La Roche-Posay, Saint-Gervais-les-Bains, La Bourboule ou encore Uriage-les-Bains. Ces cures constituent un traitement médical naturel fondé sur l'utilisation d'eaux minérales thermales qui revendiquent des propriétés thérapeutiques. Chacune d'entre elles sont de composition variable (plus ou moins riche en sélénium, en bicarbonate de soude, en soufre, etc).

Ces cures sont prescrites par un médecin, quel que soit le stade de la maladie et peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance maladie sous certaines conditions (type de soin, nombre de séances).

Elles se déroulent sur trois semaines. Plusieurs soins y sont réalisés par des professionnels agréés : bains et douches locales à base d'eau thermale (effet émollient et anti-inflammatoire), jets à haute pression, brumisation, héliothérapie. Il est également possible d'y retrouver des soins complémentaires comme les ateliers d'éducation thérapeutique sur l'hygiène, la gestion du stress, ou encore la diététique, ainsi que les soins à accorder à la peau (maquillage, hydratation).

Il s'agit d'une prise en charge globale, incluant le repos, le soin de soi, avec un effet positif sur le mental des patients (*via* l'environnement apaisant, la rupture avec le stress quotidien, la rencontre avec d'autres patients).

Le rôle du pharmacien est d'informer les patients sur l'intérêt et les limites de l'efficacité de la cure ainsi que sur les conditions, de conseiller le patient sur les dermocosmétiques les plus adaptés, d'assurer le suivi thérapeutique du patient, et de conseiller l'accès à des séances d'éducation thérapeutique.

D. Atteinte articulaire^{95, 96, 97, 98, 99, 100, 101}

Le rhumatisme psoriasique est une complication possiblement handicapante s'il n'est pas traité précocement et par les traitements les plus actifs (biomédicaments anti-TNF et anti-interleukines). Des conseils peuvent aider à la prise en charge des symptômes associés, notamment la mobilité (activité douce), qui permet de préserver la souplesse des articulations et améliore la mobilité et la douleur.

Certains traitements locaux d'appoints sont disponibles sans ordonnance et peuvent être conseillés directement au comptoir.

Dans le cadre du rhumatisme psoriasique, certaines plantes sont traditionnellement reconnues pour leurs propriétés anti-inflammatoires, antalgiques ou soutenant les tissus articulaires.

Elles peuvent constituer une aide complémentaire pour réduire l'inconfort articulaire, toujours en association avec les traitements médicaux adaptés. Le tableau suivant présente les principales plantes utilisées pour le maintien du confort articulaire.

Tableau 6 - Phytothérapie utilisée dans le maintien du confort articulaire.

Plantes	Parties utilisées	Molécules d'intérêt	Propriétés d'intérêt	Illustrations
Harpagophyton (<i>Harpagophytum procumbens</i>)	Racine	Harpagosides, harpagoquinone, acide cinnamique	Anti-inflammatoires et antalgiques sur les douleurs rhumatismales	 Figure 36 - <i>Harpagophytum procumbens</i> ¹⁰²
Saule blanc (<i>Salix alba</i>)	Écorces, jeunes branches, fleurs femelles	Flavonoïdes, composés salicylés	Anti-inflammatoires et antalgiques sur les douleurs rhumatismales	 Figure 37 - <i>Salix alba</i> ¹⁰³
Curcuma (<i>Curcuma longa</i>)	Rhizome	Curcuminoïdes (curcumine)	Anti-inflammatoire sur les douleurs chroniques rhumatismales	 Figure 38 - <i>Curcuma longa</i> ¹⁰⁴
Prêle des champs (<i>Equisetum arvense</i>)	Parties aériennes	Acide silicique, silicate, flavonoïdes, saponines	Stimule la formation de collagène dans les os, les cartilages et les tendons	 Figure 39 - <i>Equisetum arvense</i> ¹⁰⁵

Il existe des laboratoires de compléments alimentaires, notamment en phytothérapie, qui ont conçu des formules spécifiquement destinées à améliorer le confort articulaire, en associant différentes plantes et parfois d'autres molécules d'intérêt.

C'est le cas notamment de la gamme Chondro-Aid® du laboratoire Arkopharma qui contient des plantes aux propriétés anti-inflammatoires (*Curcuma*), ainsi que d'autres extraits contribuant à préserver la flexibilité et la souplesse articulaire (*Boswellia* et sésame noir).

La gamme Chondrostéo® du laboratoire Granions propose également des formulations enrichies en plantes anti-inflammatoires (*Harpagophytum*, *Curcuma*), ainsi qu'en glucosamine et chondroïtine (naturellement présentes dans le cartilage) ou encore en vitamine D3.

En aromathérapie, plusieurs huiles essentielles disposent d'effets anti-inflammatoires ou antalgiques, utiles lors de douleurs liées au rhumatisme psoriasique. Elles sont majoritairement utilisées en massage, diluées dans une huile végétale, et doivent être employées avec prudence.

Le tableau ci-dessous regroupe les huiles essentielles les plus pertinentes dans le soulagement articulaire.

Tableau 7 - Huiles essentielles utilisées dans le rhumatisme psoriasique

Huiles essentielles	Molécules actives	Propriétés	Utilisation	Illustrations
Eucalyptus citronné <i>(Eucalyptus citriodora)</i>	<u>Aldéhyde terpénique :</u> citronellal <u>Monoterpénols :</u> citronellol et isopulégol <u>Ester terpénique :</u> acétate de citronellyle	Anti-inflammatoire et antalgique (rhumatismes)	Massages : 5 gouttes d'HE** diluée dans 5 mL d'HV* d'arnica → 3 fois/j, 1 à 3 semaines	 Figure 40 - Huile essentielle d'Eucalyptus citriodora ¹⁰⁶
Gaulthérie <i>(Gaultheria fragrantissima)</i>	<u>Ester aromatique :</u> salicylate de méthyle	Anti-inflammatoire et antalgique (rhumatismes)	Massages : 3 gouttes d'HE** diluée dans 10 gouttes d'HV* d'arnica → 3 fois/j	 Figure 41 - Huile essentielle de Gaultheria fragrantissima ¹⁰⁷
Genévrier <i>(Juniperus communis)</i>	<u>Monoterpènes :</u> α-pinène, myrcène <u>Sesquiterpènes</u> <u>Alcools terpéniques</u> <u>Esters terpéniques :</u> acétates de bornyle et de terpényles	Anti-inflammatoire et antalgique (rhumatismes)	Bains : 10 gouttes d'HE** diluée dans 2 cuillères à soupe de lait écrémé (ou base neutre)	 Figure 42 - Huile essentielle de Juniperus communis ¹⁰⁸
Menthe poivrée <i>(Mentha piperita)</i>	<u>Monoterpénol :</u> menthol <u>Monoterpénone :</u> menthone <u>Esters terpéniques</u>	Antalgique, Prurit	Massage : 1 goutte d'HE** diluée dans 10 gouttes d'HV* d'amande douce	 Figure 43- Huile essentielle de Mentha piperita ¹⁰⁹

	<u>Oxydes</u> <u>furaniques</u>		→ 3 fois/j, 3 à 4 j	
--	------------------------------------	--	------------------------	--

****HE** = Huile essentielle

***HV** = Huile végétale

VI. Conclusion

Le psoriasis apparaît comme une maladie chronique complexe, dont les répercussions dépassent largement le cadre dermatologique : il s'agit d'une maladie inflammatoire systémique associée à de nombreuses comorbidités. Cet aspect multifactoriel impose une prise en charge globale et coordonnée du patient, impliquant l'ensemble des professionnels de santé.

L'enquête menée pour ce travail a permis de mettre en évidence plusieurs constats essentiels. D'une part, de nombreux patients font face à une méconnaissance persistante des facteurs de comorbidité, soulignant le besoin d'information sur les mesures d'hygiène de vie, la gestion du stress ou les prises en charge des comorbidités, médicamenteuses et non médicamenteuses (alimentation, sport, arrêt du tabac). D'autre part, le rôle du pharmacien à l'égard des patients reste insuffisamment exploité, alors même que sa proximité et son accessibilité en font un interlocuteur privilégié pour le suivi des patients chroniques.

Le pharmacien d'officine a de nombreux atouts pour devenir un acteur clé de la prise en charge globale du psoriasis. Au-delà de la dispensation, il pourrait participer activement au dépistage des facteurs de comorbidité, à l'éducation thérapeutique, à l'amélioration de l'observance et au conseil quotidien, en collaboration active avec les autres professionnels de santé.

Ce travail souligne l'importance de renforcer la place du pharmacien dans la gestion des maladies chroniques, à travers la valorisation des entretiens pharmaceutiques ainsi que la promotion d'une approche centrée sur le patient, préventive, éducative et humaine.

Ce travail m'a permis de mieux appréhender la dimension humaine du métier de pharmacien d'officine, au-delà du simple conseil médicamenteux, dans l'écoute, le soutien et l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques.

VII. Références bibliographiques

- (1) *Psoriasis* . Inserm, *La science pour la santé*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/psoriasis/> (accessed 2025-03-21).
- (2) *Les formes et localisations du psoriasis* – Association France Psoriasis. <https://francepsoriasis.org/la-maladie/comprendre/psoriasis/formes-et-localisations-du-psoriasis/> (accessed 2025-07-22).
- (3) *Le psoriasis en gouttes* – Association France Psoriasis. <https://francepsoriasis.org/la-maladie/comprendre/psoriasis/le-psoriasis-en-gouttes/> (accessed 2025-07-22).
- (4) *Psoriasis pustuleux*. Elsan. <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-de-la-peau/psoriasis-pustuleux> (accessed 2025-07-22).
- (5) *Psoriasis - Troubles cutanés*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-cutanés/psoriasis-et-troubles-squameux/psoriasis> (accessed 2025-07-22).
- (6) *Psoriasis palmo-plantaire* – Association France Psoriasis. <https://francepsoriasis.org/lassociation/documentation/fiches-conseil/psoriasis-palmo-plantaire/> (accessed 2025-07-26).
- (7) *Psoriasis Visage [Causes, Symptômes & Traitement] DEXERYL*. <https://www.dexeryl-gamme.fr/psoriasis-visage-causes-symptomes-et-traitement#> (accessed 2025-07-26).
- (8) Villani, A. P.; Dehavay, F.; Richert, B. Psoriasis unguéal : diagnostic et prise en charge thérapeutique. *Ann. Dermatol. Vénéréologie - FMC* **2021**, 1 (1), 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.fander.2020.05.001>.
- (9) *Arthrite psoriasique - Définition | MSD Santé Suisse*. <https://www.msd-gesundheit.ch/fr/immunologie/arthrite-psoriasique> (accessed 2025-10-21).
- (10) Themes, U. F. O. 5: *Psoriasis et autres maladies papulosquameuses | Medicine Key*. <https://clemedicine.com/5-psoriasis-et-autres-maladies-papulosquameuses/> (accessed 2025-10-21).
- (11) *Les différentes formes de psoriasis - Service dermatologie et vénéréologie - HUG*. <https://www.hug.ch/dermatologie-venereologie/differentes-formes-psoriasis> (accessed 2025-10-23).
- (12) *Generalised pustular psoriasis image*. DermNet®. <https://dermnetnz.org/imagedetail/1855-generalised-pustular-psoriasis> (accessed 2025-10-23).
- (13) *Psoriasis - Troubles cutanés*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-cutanés/psoriasis-et-troubles-squameux/psoriasis> (accessed 2025-10-23).
- (14) *Psoriasis Visage [Causes, Symptômes & Traitement] DEXERYL*. <https://www.dexeryl-gamme.fr/psoriasis-visage-causes-symptomes-et-traitement> (accessed 2025-10-23).
- (15) *Le diagnostic* – Association France Psoriasis. <https://francepsoriasis.org/la-maladie/comprendre/psoriasis/le-diagnostic/> (accessed 2025-09-13).
- (16) *Les symptômes, le diagnostic et l'évolution du psoriasis*. <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/sante/themes/psoriasis/symptomes-diagnostic-evolution> (accessed 2025-09-13).
- (17) *Rhumatisme psoriasique - Troubles osseux, articulaires et musculaires*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles->

- osseux-articulaires-et-musculaires/maladies-articulaires/rhumatisme-psoriasique (accessed 2025-09-13).
- (18) *Le traitement du psoriasis.* <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/sante/themes/psoriasis/traitement> (accessed 2025-07-30).
 - (19) *Comment soigne-t-on le psoriasis ?.* VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/psoriasis/mesures-soin.html> (accessed 2025-07-30).
 - (20) *L'hydratation – Association France Psoriasis.* <https://francepsoriasis.org/la-maladie/soigner/le-psoriasis/lhydratation/> (accessed 2025-08-02).
 - (21) *Les traitements locaux du psoriasis.* VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/psoriasis/traitements-locaux.html> (accessed 2025-08-03).
 - (22) Snapshot. <https://ordoscopie.fr/lessentiel-sur-les-dermocorticoides/> (accessed 2025-08-02).
 - (23) *Les traitements généraux du psoriasis.* VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/psoriasis/traitements-generaux.html> (accessed 2025-08-03).
 - (24) Snapshot. <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/sante/themes/psoriasis/traitement> (accessed 2025-07-30).
 - (25) Mécanisme d'action Du Soriatane - Recherche Google. <https://francepsoriasis.org/wp-content/uploads/2016/04/france-psoriasis-traitement-soriatane.pdf> (accessed 2025-08-03).
 - (26) *La photothérapie – Association France Psoriasis.* <https://francepsoriasis.org/la-maladie/soigner/le-psoriasis/la-phototherapie/> (accessed 2025-08-03).
 - (27) *Photothérapie UVB – Association France Psoriasis.* <https://francepsoriasis.org/lassociation/documentation/traitement-du-psoriasis/phototherapie-uvb/> (accessed 2025-08-03).
 - (28) *Recommandations Psoriasis en plaques de l'adulte.* VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/psoriasis-en-plaques-de-l-adulte-1625.html> (accessed 2025-10-23).
 - (29) Ordoscopie, D. *Dermo-corticoïdes : l'essentiel à savoir.* Ordoscopie.fr. <https://ordoscopie.fr/lessentiel-sur-les-dermocorticoides/> (accessed 2025-08-02).
 - (30) *Le psoriasis et ses comorbidités.* Reso dermatologie. <https://www.reso-dermatologie.fr/le-psoriasis-et-ses-comorbidites/> (accessed 2025-08-10).
 - (31) *Les causes du psoriasis.* VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/psoriasis/causes.html> (accessed 2025-07-30).
 - (32) Nosbaum, A.; Nicolas, J.-F. *Physiopathologie du psoriasis*; EJD guide; J. Libbey Eurotext: Montrouge, 2009.
 - (33) *Pour s'éviter un bide - C'est quoi le syndrome métabolique ? · Inserm, La science pour la santé.* Inserm. <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/pour-seviter-un-bide-cest-quoi-le-syndrome-metabolique/> (accessed 2025-08-10).
 - (34) Barbieri, J. S.; Beidas, R. S.; Gondo, G. C.; Fishman, J.; Williams, N. J.; Armstrong, A. W.; Ogdie, A. R.; Mehta, N.; Gelfand, J. M. Analysis of Specialist and Patient Perspectives on Strategies to Improve Cardiovascular Disease Prevention Among Persons With Psoriatic Disease. *JAMA Dermatol.* **2022**, 158 (3), 252–259. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2021.4467>.
 - (35) Gisondi, P.; Fostini, A. C.; Fossà, I.; Girolomoni, G.; Targher, G. Psoriasis and the Metabolic Syndrome. *Clin. Dermatol.* **2018**, 36 (1), 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.09.005>.

- (36) Yang, Y.; Zheng, X.; Lv, H.; Tang, B.; Zhong, Y.; Luo, Q.; Bi, Y.; Yang, K.; Zhong, H.; Chen, H.; Lu, C. The Causal Relationship between Serum Metabolites and the Risk of Psoriasis: A Mendelian Randomization and Meta-Analysis Study. *Front. Immunol.* **2024**, *15*, 1343301. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1343301>.
- (37) Wei, J.; Zhu, J.; Xu, H.; Zhou, D.; Elder, J. T.; Tsoi, L. C.; Patrick, M. T.; Li, Y. Alcohol Consumption and Smoking in Relation to Psoriasis: A Mendelian Randomization Study. *Br. J. Dermatol.* **2022**, *187* (5), 684–691. <https://doi.org/10.1111/bjd.21718>.
- (38) *Influence of stress on the development of psoriasis* - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31592542/> (accessed 2025-08-12).
- (39) *Les secrets de la source Saint-Aignan*. lanouvellerepublique.fr. <https://www.lanouvellerepublique.fr/indre-et-loire/commune/epeigne-les-bois/les-secrets-de-la-source-saint-aignan> (accessed 2025-09-23).
- (40) *Lutte contre les addictions*. Ville de Tours. <https://www.tours.fr/page-portail-mairie/services-pratiques/action-sociale/sante/lutte-contre-les-addictions/> (accessed 2025-10-04).
- (41) *Outil_tests_fagerstrom*.Pdf. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf (accessed 2025-10-03).
- (42) *Alcool et tabac : le risque de l'engrenage* – Association France Psoriasis. <https://francepsoriasis.org/actualites/alcool-et-tabac-le-risque-de-lengrenage/> (accessed 2025-10-04).
- (43) Seuve, É.; Eyraud, A.; Desmoulière, A. Prise en charge du patient psoriasique à l'officine. *Actual. Pharm.* **2023**, *62* (624), 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2023.01.038>.
- (44) *Sommeil_un_carnet_pour_mieux_comprendre*.Pdf. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Sommeil_un_carnet_pour_mieux_comprendre.pdf (accessed 2025-10-12).
- (45) *La phytothérapie dans le traitement des insomnies*. VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/insomnie/phytotherapie-plantes.html> (accessed 2025-10-12).
- (46) *Lutter contre l'insomnie avec des huiles essentielles*. Voshuiles.com. <https://www.voshuiles.com/ressource/conseils/se-soigner/les-huiles-essentielles-pour-lutter-contre-linsomnie-et-retrouver-un-sommeil-reparateur?srsId=AfmBOor1UiAwOlZObJLZAjE-ioA3jLqISw8FFzd1V7rdxFJqZnCkJSsT> (accessed 2025-10-12).
- (47) *Mélatonine : substance active à effet thérapeutique*. VIDAL. <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/melatonine-20629.html> (accessed 2025-10-12).
- (48) *Sommeil* · Inserm, *La science pour la santé*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/> (accessed 2025-10-26).
- (49) *European Medicines Agency (EMA)*. <https://www.ema.europa.eu/en/homepage> (accessed 2025-10-27).
- (50) PACCHIONI, I. *Huiles Essentielles, Huiles Végétales et Hydrolats "Mes Indispensables,"* Editions Aroma Thera.; 2021.
- (51) *Valériane* - *Phytothérapie*. VIDAL. <https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/valeriane-valeriana-officinalis.html> (accessed 2025-10-28).

- (52) *Houblon* - *Phytothérapie*. VIDAL.
<https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/houblon-humulus-lupulus.html> (accessed 2025-10-28).
- (53) *Passiflore* - *Phytothérapie*. VIDAL.
<https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/passiflore-passiflora-incarnata.html> (accessed 2025-10-28).
- (54) *Homéopathie et sommeil: le duo gagnant pour un sommeil de qualité*.
<https://universpharmacie.fr/blog/article/homeopathie-et-sommeil-le-duo-gagnant.html> (accessed 2025-10-28).
- (55) *Sédatif PC® Comprimé Sublingual - Médicament homéopathique - Boiron*.
<https://www.boiron.fr/nos-produits/nos-medicaments/sedatif-pc-comprime-sublingual> (accessed 2025-10-28).
- (56) Ouedraogo, Z. *La Pousse Verte - Valériane officinale, conseils jardinage et cuisine*. La Pousse Verte. <https://www.lapousseverte.fr/2020/06/12/valeriane-conseils-jardinage-et-cuisine/> (accessed 2025-10-28).
- (57) *Passiflora Incarnata Seed Oil* - *Omy Laboratoires*.
<https://omycosmetics.com/pages/passiflora-incarnata-seed-oil?srsId=AfmBOOpdR-bbLe7hQ-palqfy-xACM-OGYxlGxsupZloqQcmhZPGn3Qiz> (accessed 2025-10-28).
- (58) Hamieau, C. *Le houblon | Malts & Houblons*. <https://maltsethoublons.com/le-houblon/> (accessed 2025-10-28).
- (59) *Eschscholzia: avantages, origines, propriétés et dosage*. Laboratoire THERASCIENCE. https://www.therascience.com/fr_fr/nos-actifs/plantes-et-champignons/eschscholzia (accessed 2025-10-28).
- (60) *Le point sur l'huile essentielle de Petit Grain Bigarade*. <https://www.beaute-sante.ma/fr/blog/le-point-sur-lhuile-essentielle-de-petit-grain-bigarade-n121> (accessed 2025-10-28).
- (61) *Huile essentielle Marjolaine à coquilles bio - ÔmSens, huiles essentielles bio*. ÔmSens, la Maison des huiles essentielles bio de qualité! <https://omsens.fr/produit/marjolaine-a-coquilles-bio/> (accessed 2025-10-28).
- (62) *Psoriasis et sport: beaucoup de bienfaits à condition de choisir une activité physique adaptée* - *Psoriasis-Contact ASBL*. <https://www.psoriasis-contact.be/psoriasis-et-sport-beaucoup-de-bienfaits-a-condition-de-choisir-une-activite-physique-adaptee/> (accessed 2025-10-14).
- (63) *Psoriasis cutané et sport: qu'en est-il réellement?* - *Association France Psoriasis*. <https://francepsoriasis.org/actualites/psoriasis-cutane-et-sport-quen-est-il-reellement/> (accessed 2025-10-14).
- (64) Paitraud, D. *Le sport, une arme contre le psoriasis*. VIDAL. <https://www.vidal.fr/actualites/18324-le-sport-une-arme-contre-le-psoriasis.html> (accessed 2025-10-14).
- (65) *activité physique adaptée et maladie chronique* - *Recherche Google*. <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=activit%C3%A9+physique+adapt%C3%A9e+et+maladie+chronique&ie=UTF-8&oe=UTF-8> (accessed 2025-10-14).
- (66) *Régime et psoriasis*. Reso dermatologie. <https://www.reso-dermatologie.fr/les-maladies-de-peau/psoriasis/regime-et-psoriasis/> (accessed 2025-10-17).

- (67) *Le régime anti-inflammatoire : comment ça marche et comment le pratiquer ?*. Association Française de l'eczéma. <https://www.associationeczema.fr/le-regime-anti-inflammatoire-comment-ca-marche-et-comment-le-pratiquer/> (accessed 2025-10-17).
- (68) Bouger, M. *Qu'est-ce que le régime méditerranéen ?* Manger Bouger. <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/se-faire-plaisir-en-mangeant-equilibre/s-informer-sur-les-differentes-pratiques-alimentaires/qu-est-ce-que-le-regime-mediterraneen> (accessed 2025-10-17).
- (69) *Le psoriasis : une maladie très souvent liée au stress*. Cocoon. <https://www.cocoon.fr/actualites/sante/causes-psoriasis-stress> (accessed 2025-10-21).
- (70) *Traitement des troubles anxieux de l'adulte | ameli.fr | Assuré*. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/troubles-anxieux-anxiete/traitement> (accessed 2025-10-21).
- (71) *Association France Psoriasis – Tous unis face au psoriasis et au rhumatisme psoriasique !* <https://francepsoriasis.org/> (accessed 2025-10-23).
- (72) *Canadian Psoriasis - CAPP - Psoriasis et vos émotions*. <https://canadianpsoriasis.ca/fr/psoriasis-fr/vivre-avec-psoriasis/psoriasis-et-vos-emotions> (accessed 2025-10-23).
- (73) Psoriasis, A. F. *Hygiène et hydratation – Association France Psoriasis*. <https://francepsoriasis.org/lassociation/documentation/fiches-conseil/hygiene-et-hydratation/> (accessed 2025-10-23).
- (74) *Le psoriasis au quotidien*. VIDAL. <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/psoriasis/au-quotidien.html> (accessed 2025-10-23).
- (75) *Pourquoi utiliser une huile lavante sous la douche ? | Dexeryl Gamme*. <https://www.dexeryl-gamme.fr/pourquoi-utiliser-une-huile-lavante-sous-la-douche> (accessed 2025-10-24).
- (76) *Qu'est-ce qu'un gel douche au pH neutre ? | Uriage*. <https://www.uriage.fr/blog/qu-est-ce-qu-un-gel-douche-au-ph-neutre> (accessed 2025-10-24).
- (77) Psoriasis, A. F. *L'hydratation – Association France Psoriasis*. <https://francepsoriasis.org/la-maladie/soigner/le-psoriasis/lhydratation/> (accessed 2025-10-24).
- (78) *Crème corps et lait hydratant - SVR*. <https://fr.svr.com/collections/cremes-et-laits> (accessed 2025-10-26).
- (79) *Crème et soin peau sèche - ATODERM | Bioderma FR*. <https://www.bioderma.fr/c/tous-les-produits/atoderm> (accessed 2025-10-26).
- (80) print, P. F. digital finger. *Le psoriasis | Eau Thermale Avène*. <https://www.eau-thermale-avene.fr/votre-peau/eczema-eczema-atopique-psoriasis/le-psoriasis> (accessed 2025-10-26).
- (81) *Peaux sèches, tendance à l'eczéma atopique | Uriage*. <https://www.uriage.fr/ligne-produits/corps/preoccupations/peaux-seches-tendance-a-l-eczema-atopique-corps> (accessed 2025-10-26).
- (82) *La bourrache - Propriétés et bienfaits de cette plante dépurative*. Plantes et Santé. <https://www.plantes-et-sante.fr/articles/plantes-medicinales/2085-la-bourrache-un-depuratif-et-un-elixir-de-jouvence> (accessed 2025-10-27).
- (83) *Qu'est-ce que l'onagre ?* Dieti Natura. <https://www.dieti-natura.com/plantes-actifs/onagre.html> (accessed 2025-10-27).

- (84) *Aloe vera*: bienfaits sur la peau et vertus | *Dermophil*.
<https://www.dermophil.fr/conseils/mains/les-bienfaits-de-laloe-vera-sur-la-peau/>
 (accessed 2025-10-27).
- (85) *Calendula Officinalis*. *Wikipedia*; 2025.
- (86) *Lavande officinale, lavande vraie / Lavandula angustifolia*. Pépinière Astrance.
<https://astrance-pepiniere.fr/produit/lavandula-angustifolia-lavande-vraie-officinale/> (accessed 2025-10-28).
- (87) *Camomille Romaine ou Camomille Matricaire ?* <https://www.herbes-et-traditions.fr/blog/post/camomille-romaine-matricaire.html?srsltid=AfmBOorCLOMTPH4lm1OfR6hiJgGnimoR6TBWTtYvCrIh41Pf toTHYELL> (accessed 2025-10-28).
- (88) *Géranium rosat* | *Muséum national d'Histoire naturelle*.
<https://www.mnhn.fr/fr/geranium-rosat> (accessed 2025-10-28).
- (89) *Hélichryse d'Italie*. Arômes et Fruits.
<https://aromesetfruits.fr/products/helichryse-d-italie> (accessed 2025-10-28).
- (90) *Psoriasis du cuir chevelu - symptômes et traitements*. Elsan.
<https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/maladies-de-la-peau/psoriasis-cuir-chevelu-definition-symptomes-traitements> (accessed 2025-10-24).
- (91) print, P. F. digital finger. <https://www.ducray.com/fr-fr/recherche?q=kertyol%20pso>.
<https://www.ducray.com/fr-fr/recherche?q=kertyol%20pso> (accessed 2025-10-24).
- (92) Seuve, É.; Eyraud, A.; Desmoulière, A. Prise en charge du patient psoriasique à l'officine. *Actual. Pharm.* **2023**, 62 (624), 39–44.
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2023.01.038>.
- (93) *Cure thermale psoriasis I Thermes de la Roche-Posay*.
<https://centrethermal.laroche-posay.fr/Cure-Thermale/Cure-Psoriasis> (accessed 2025-10-26).
- (94) Psoriasis, A. F. *Les cures thermales – Association France Psoriasis*.
<https://francepsoriasis.org/la-maladie/soigner/le-psoriasis/cures-thermales/>
 (accessed 2025-10-26).
- (95) *Curcuma* - *Phytothérapie*. VIDAL.
<https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/curcuma-longa.html>
 (accessed 2025-10-26).
- (96) *Harpagophyton* - *Phytothérapie*. VIDAL.
<https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/harpagophyton-harpagophytum-procumbens.html> (accessed 2025-10-26).
- (97) *Prêle des champs* - *Phytothérapie*. VIDAL.
<https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/prele-des-champs-equisetum-arvense.html> (accessed 2025-10-26).
- (98) *Saule blanc* - *Phytothérapie*. VIDAL.
<https://www.vidal.fr/parapharmacie/phytotherapie-plantes/saule-blanc-salix-alba.html> (accessed 2025-10-26).
- (99) *Le [Bambou]*. Arkopharma. <https://fr.arkopharma.com/blogs/plantes/le-bambou>
 (accessed 2025-10-26).
- (100) *Chondro-Aid® Flash Caps - Anti gaspillage*. Arkopharma.
<https://fr.arkopharma.com/products/chondro-aid%c2%ae-flash-caps-anti-gaspillage> (accessed 2025-10-26).

- (101) *Chondrostéo+ Fort*. <https://www.granions.fr/chondrosteo-fort-120-160-comprimés.html> (accessed 2025-10-26).
- (102) *L'harpagophytum : Propriétés et bienfaits (Articulations, Douleurs, ...)*. <https://www.famillemary.fr/bienfaits-harpagophytum-famille-mary> (accessed 2025-10-26).
- (103) *Saule blanc : Propriétés et utilisations – Mal de dos et arthrose*. <https://www.pharma-gdd.com/fr/les-bienfaits-du-saule-blanc> (accessed 2025-10-26).
- (104) *Curcuma (curcuma longa) : bienfaits, propriétés et contre-indications*. Santé Science. <https://www.santescience.fr/curcuma-longa/> (accessed 2025-10-26).
- (105) *Prêle des champs*. Wikipédia; 2025.
- (106) *Huile essentielle d'eucalyptus citronné : vertus et bienfaits*. <https://www.passeportsante.net/fr/Solutions/HuilesEssentielles/Fiche.aspx?doc=huile-essentielle-eucalyptus-citronne> (accessed 2025-10-26).
- (107) *Huile essentielle de gaulthérie couchée : ses bienfaits santé*. <https://www.passeportsante.net/fr/Solutions/HuilesEssentielles/Fiche.aspx?doc=huile-essentielle-gaultherie-couchee> (accessed 2025-10-26).
- (108) *Olioseptil*. Olioseptil. <https://www.olioseptil.com/fr/dossiers/infos-pratiques/les-vertus-de-l-huile-essentielle-de-genevrier> (accessed 2025-10-26).
- (109) *L'huile essentielle de menthe poivrée*. Plantes et Santé. <https://www.plantes-et-sante.fr/articles/aromatherapie/2074-lhuile-essentielle-de-menthe-poivree-digestive-et-decongestionnante> (accessed 2025-10-26).
- (110) *Structure et fonction de la peau - Troubles cutanés*. Manuels MSD pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-cutanés/biologie-de-la-peau/structure-et-fonction-de-la-peau> (accessed 2025-07-21).

VIII. ANNEXES

A. Annexe 1 – Notions de physiologie cutanée

1. *Physiologie de la peau* ¹¹⁰

La peau est un organe très important, à l'interface du monde extérieur. Il possède de nombreux rôles :

- Protection : notamment des traumatismes, mais aussi des substances chimiques extérieures, micro-organismes pathogènes, ultraviolets émis par le soleil, etc...
- Régulation thermique : elle permet de réguler la température du corps en fonction des conditions extérieures
- Maintien de l'équilibre : la peau permet de conserver une hydratation optimale et de conserver des produits chimiques et nutriments vitaux
- Organe sensoriel : remplie de récepteurs sensoriels, la peau détecte des stimuli (plaisants ou non) qui vont venir communiquer des informations sur notre environnement
- Participation à la synthèse de vitamine D : via l'exposition aux ultraviolets B.

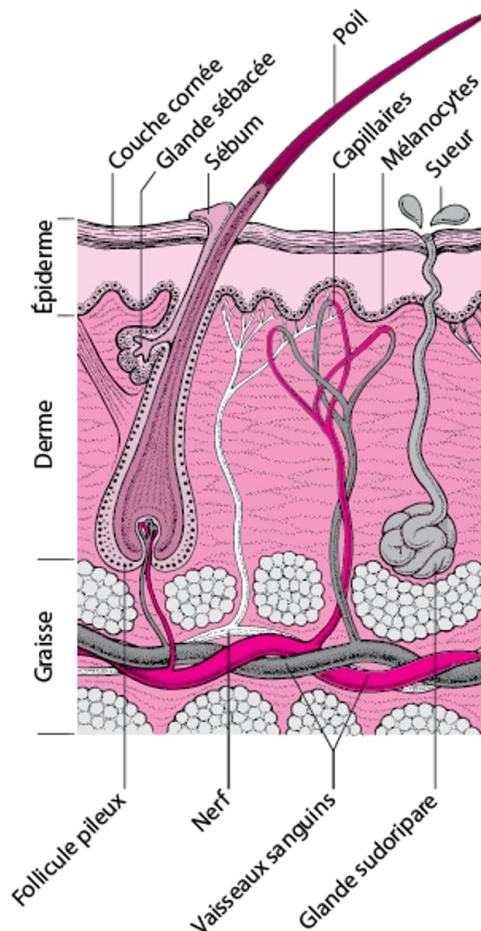


Figure 44- Les différentes couches de la peau ⁵

2. *Histologie de la peau*

La peau est composée de trois couches dont l'épaisseur varie en fonction de l'endroit du corps.

La plus profonde est l'hypoderme, c'est une couche de graisse qui a pour rôle d'isoler l'organisme des variations de température ainsi que de stocker des adipocytes qui servent de réserve énergétique. Elle est principalement composée d'adipocytes qui sont maintenus par un tissu fibreux.

La deuxième couche de peau est le derme. C'est une couche assez épaisse qui vient apporter de la résistance mais aussi de l'élasticité à la peau, notamment via la présence de fibres élastiques et de collagène plus résistant.

Cette couche contient des terminaisons nerveuses qui vont donner à la peau ce rôle d'organe sensoriel et permettre la perception de l'environnement (douleur, pression, etc...), plus ou moins développé en fonction de la localisation. Il y a par exemple de nombreuses terminaisons au niveau de la pulpe des doigts, permettant une sensibilité plus poussée au toucher.

D'autres éléments sont également présents : les glandes sudoripares qui produisent la sueur, les glandes sébacées qui sécrètent le sébum, les follicules pileux qui produisent les poils, ainsi que les vaisseaux sanguins qui apportent les nutriments et l'oxygène, remportent le gaz carbonique et contribuent à la régulation de la température corporelle.

L'épiderme est la couche la plus superficielle de la peau. Elle est composée en majorité de kératinocytes basaux qui se multiplient, mûrissent progressivement jusqu'à atteindre la surface en se transformant en cornéocytes, assurant l'imperméabilité aux micro-organismes extérieurs ainsi qu'une protection contre l'abrasion. Outre les kératinocytes, on trouve des mélanocytes qui protègent la peau des rayonnements ultraviolets du soleil qui peuvent eux-mêmes endommager l'ADN.

3. *Physiopathologie du psoriasis*

Il existe une hyperprolifération des kératinocytes et un dérèglement de la réponse immunitaire inflammatoire

a) *Dérèglement de la réponse immunitaire*³²

L'initiation du psoriasis se fait via de multiples facteurs, que nous reverrons plus tard, qui vont entraîner une activation des cellules dendritiques. Ces dernières sont d'origine

hématopoïétiques et ont un rôle de « veille immunologique ». Ce sont des cellules présentatrices d'antigènes, c'est-à-dire que lorsqu'elles rencontrent un antigène, elles le prennent en charge et l'adressent aux lymphocytes de type B et T en plus de produire des quantités importantes de cytokines pro-inflammatoires qui jouent un rôle important dans l'inflammation. Ces cellules présentatrices d'antigènes sont présentes en quantité plus importante dans des lésions de psoriasis que dans une peau saine.

Il existe trois différents types de cellules dendritiques dans le psoriasis, deux d'origine myéloïdes : les cellules dendritiques dermiques et les cellules de Langerhans de l'épiderme, ainsi qu'une d'origine myéloïde : les cellules dendritiques plasmacytoïdes, qui sont probablement impliquées dans l'initiation des lésions.

Une fois activées, ces cellules dendritiques viennent sécréter plusieurs types de cytokines (TNF- α , IFN- α , IL-12, IL-23 et IL-15) qui ont pour rôle de recruter de nouveaux lymphocytes T vers des cellules dendritiques et ainsi amplifier le signal.

Sur peau saine, les cellules dendritiques sont peu présentes, et sont impliquées dans les réponses antivirales. Dans le psoriasis, ces cellules viennent s'infiltrer précocement au niveau de la peau, elles s'activent et sécrètent de l'IFN- α . Le processus est alors en marche et est à l'origine de l'apparition des lésions cliniques.

Cette activation montre le caractère auto-immun de du psoriasis du fait que l'initiation se fait à partir d'une reconnaissance anormale de l'ADN du soi. En effet, dans cette pathologie, un peptide antimicrobien appelé LL37 va venir se fixer sur l'ADN. Ce complexe LL37/ADN du soi va venir stimuler les cellules dendritiques, ce qui va aboutir à la production des IFN- α . A l'origine du psoriasis, il y a donc une rupture de la tolérance du soi par le peptide antimicrobien qui conduit in fine à une réponse inflammatoire et auto-immune qui est responsable du psoriasis.

b) Hyperprolifération des kératinocytes³²

Physiologiquement, le renouvellement des kératinocytes se fait aux environs de 3 semaines. Les cellules de la base se divisent, et se différencient progressivement, en progressant vers les couches supérieures de l'épiderme au niveau desquelles elles entrent en apoptose dans le stratum corneum. Elles sont alors éliminées au niveau de la couche cornée sous forme de squames.

Dans le psoriasis, il y a un doublement du nombre de kératinocytes en phase de mitose, ainsi qu'une altération des signaux apoptotiques. La durée du renouvellement cellulaire est alors réduite de 8 fois, quant à la production de kératinocytes, elle est augmentée de 28 fois. Il y a donc un renouvellement accéléré des kératinocytes.

Cette hyperplasie est initiée par les lymphocytes (Th1 et Th17) via la sécrétion de cytokines qui viennent activer les cellules résidentes dans les lésions du psoriasis. Ces

kératinocytes activés vont eux aussi sécréter des chimiokines et cytokines qui vont à leur tour favoriser l'inflammation et ainsi contribuer au développement de lésions. Ils vont également permettre de recruter de nouveaux lymphocytes et déréguler leur propre prolifération, tous ces facteurs créent un « cercle vicieux ».

c) *Angiogenèse*

Le phénomène d'angiogenèse est un processus via lequel le système vasculaire tend à se modifier (remodelage, croissance, etc...), dans le but de créer un réseau plus complexe. C'est un phénomène qui est avant tout physiologique et permet un développement normal de l'organisme.

Les étapes de l'angiogenèse sont régulées par des facteurs pro et anti-angiogéniques dont un en particulier : le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF). Ce VEGF est sécrété par les kératinocytes activés. Comme son nom l'indique, il a pour rôle d'augmenter la vascularisation, seulement l'accroissement de la vascularisation entraîne une inflammation. Les kératinocytes activés entraînent donc une augmentation de l'inflammation par le biais de l'angiogenèse. De plus, l'expression du VEGF est accrue sous l'influence de la cyclo-oxygénase 2 (COX-2) qui a pour rôle la synthèse de prostaglandine au cours de l'inflammation. Il y a donc un phénomène d'inflammation qui s'entretient.

Enfin, d'autres facteurs de l'inflammation comme le monoxyde d'azote (NO) viennent agir sur les vaisseaux en augmentant leur perméabilité et en favorisant donc le passage de lymphocytes T et autres cellules sur le site atteint. Tous ces phénomènes viennent à terme, perpétuer le processus d'inflammation.

B. Annexe 2 : Questionnaire diffusé aux patients

Questionnaire destiné aux patients atteints de psoriasis

Madame, monsieur, ce questionnaire (dont le remplissage ne vous demandera que 5 minutes) et que je vous propose de remplir, servira de support à ma thèse de pharmacien, consacrée au psoriasis cutané, au retentissement pour les malades et au rôle du pharmacien dans la prise en charge de la maladie.

Je vous en remercie sincèrement.

1. Sexe : Féminin / Masculin / Ne se prononce pas
2. Quel est votre âge ?
3. Quelle est votre taille ?
4. Quel est votre poids ?
5. Avez-vous d'autres maladies chroniques connues ? Oui / Non

Si oui, lesquelles ?

Concernant votre psoriasis :

6. Considérez-vous être actuellement :
 - ☐ Pas ou peu atteint
 - ☐ Moyennement atteint
 - ☐ Très atteint
7. Si vous en avez, quel est/sont vos traitement(s) pour le psoriasis ?
8. Sur une échelle de 0 (aucune gêne) à 10 (gêne maximale), à combien estimez-vous la gêne occasionnée par votre psoriasis cutané ?
9. Pouvez-vous en quelques mots décrire la gêne causée par votre psoriasis ou par son traitement ?
10. Avez-vous une atteinte articulaire causée par votre psoriasis ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne sais pas
11. Sur une échelle allant de 0 (aucune gêne) à 10 (gêne maximale), à combien estimez-vous la gêne occasionnée par votre psoriasis articulaire ?

12. Vous sentez-vous assez informé concernant votre psoriasis ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

13. Votre pharmacien vous a-t-il déjà conseillé pour le traitement du psoriasis ou plus généralement votre mode de vie lors de vos visites ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

14. Si oui, de quels conseils s'agissait-il ?

15. Quels sont, selon vous, les facteurs pouvant influencer votre psoriasis ?

- ☐ Diabète
- ☐ Consommation de thé
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Le soleil
- ☐ Stress
- ☐ Tabac
- ☐ Alcool
- ☐ Autre, précisez....

16. Quelles sont les méthodes qui selon vous sont efficaces pour gérer au mieux votre maladie ?

- ☐ Médecine naturelle (phytothérapie, huiles essentielles, Homéopathie, etc...)
- ☐ Cures thermales
- ☐ L'hydratation de la peau
- ☐ Gestion du stress
- ☐ Arrêt du tabac
- ☐ Un régime alimentaire équilibré
- ☐ Autre, précisez....

17. Avez-vous déjà pris contact avec une association destinée aux patients atteints de psoriasis ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) Luana MINIER

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (*Décret n°92-657 du 13 juillet 1992*)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21804659

N° Thèse : 108

Nom et Prénom : MINIER Luana

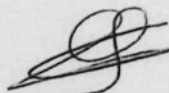
Sujet : Comorbidités associées au psoriasis : rôle du pharmacien dans la prise
en charge des patients atteints

Tours, le : 12/12/2025

Le(s) Directeur(s) de Thèse :

Nom(s) et signature(s)

C. Deresvanet



L. Machet



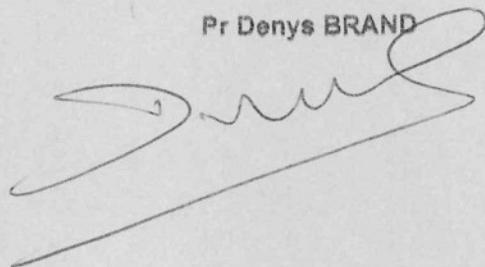
**Comorbidités associées au psoriasis : rôle du pharmacien dans la prise
en charge des patients atteints**

Vu et Transmis :

Le Doyen

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND



NOM, PRÉNOM de l'étudiant MINIER Luana

N° 108

TITRE DE LA THÈSE

Comorbidités associées au psoriasis : rôle du pharmacien dans la prise en charge des patients atteints

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau, fréquemment associée à divers facteurs de comorbidités : syndrome métabolique, consommation de tabac, etc. Ces derniers influencent le pronostic global des patients et nécessitent une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire.

Ce travail de thèse s'intéresse à l'impact des facteurs de comorbidités chez les patients atteints de psoriasis, et à définir le rôle du pharmacien d'officine dans leur suivi global ainsi que dans leur prise en charge au comptoir.

Cette recherche s'appuie sur une étude observationnelle, transversale et descriptive menée auprès de patients atteints de psoriasis. Un questionnaire élaboré pour les besoins de la thèse a été diffusé afin de recueillir des informations sur le vécu de la maladie, les traitements suivis, la perception des facteurs aggravants ou déclenchants le psoriasis, ainsi que l'opinion des patients concernant le rôle du pharmacien dans leur parcours de soins. Les réponses ont fait l'objet d'une analyse, permettant de dégager les principaux enseignements relatifs aux besoins des patients et aux perspectives d'implication du pharmacien.

Ces travaux soulignent la nécessité d'intégrer pleinement le pharmacien dans les parcours de soins des patients atteints de psoriasis, à travers la formation, le conseil, la coordination des différents soignants et la mise en place d'outils adaptés de suivi

MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY

Psoriasis, dermatologie, prise en charge officinale

JURY

PRÉSIDENT : DENEVAULT Caroline, co-directrice, Professeur, Pharmacien, Faculté de Pharmacie, TOURS

MEMBRES :

MACHET Laurent, directeur, PU PH, CHRU Trousseau, TOURS

LECOURT Guillaume, Pharmacien titulaire, ESVRES-SUR-INDRE

FRUCHARD Victor, Pharmacien titulaire, JOUE-LES-TOURS

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE... Le 5 décembre 2025, Faculté de Pharmacie « Philippe Maupas », Tours...