



HAL
open science

Prise en charge de la migraine de l'adulte en médecine générale : évaluation des pratiques thérapeutiques en aigu et en chronique à l'échelle régionale

Marie Popier

► To cite this version:

Marie Popier. Prise en charge de la migraine de l'adulte en médecine générale : évaluation des pratiques thérapeutiques en aigu et en chronique à l'échelle régionale. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00741476

HAL Id: dumas-00741476

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00741476v1>

Submitted on 12 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2012 N°

**PRISE EN CHARGE DE LA MIGRAINE DE L'ADULTE
EN MEDECINE GENERALE :**

**Evaluation des pratiques thérapeutiques en aigu et en
chronique à l'échelle régionale**

THESE DE MEDECINE

Par :

Marie POPIER

Née le 13 décembre 1982

A Le Coteau (Loire)

Présentée à l'université de Grenoble

Et soutenue publiquement le mardi 9 octobre 2012

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Diplôme d'état

Devant le jury composé de

Madame le Professeur Françoise CARPENTIER, PU-PH

Monsieur le Professeur Maurice DEMATTEIS, PU-PH

Monsieur le Docteur Olivier DETANTE, MCU-PH

Monsieur le Docteur Olivier CASEZ, Directeur de thèse



Le mal de tête.

Hola! hola! pan pan! dindrelouou - dindrelouou. hola hola hola!!

**Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGEANT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMBESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

A la présidente du Jury,

Madame le Professeur Françoise CARPENTIER, vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger notre travail. Nous vous remercions sincèrement de l'intérêt que vous portez à ce sujet. Veuillez trouver l'expression de notre profond respect pour votre disponibilité mais également accepter nos remerciements pour votre avis sur ce travail et pour votre accueil en stage.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Maurice DEMATTEIS,

Nous vous remercions d'avoir si gentiment accepté de participer à ce jury de thèse en qualité d'expert en pharmacologie-addictologie et je vous prie de croire en l'assurance de ma parfaite et respectueuse considération.

Monsieur le Docteur Olivier DETANTE,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer à ce jury, nous vous sommes très reconnaissants de nous faire bénéficier de votre expérience et de vos connaissances en qualité d'expert en neurologie et je vous prie de trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Olivier Casez,

Merci d'avoir accepté d'être mon « papa » de thèse. Je te remercie de ta disponibilité, de ton écoute, en stage d'abord puis pour ce travail. Merci de m'avoir rendu la neurologie accessible ! Tu as toute ma confiance, je passe le relai à ton fiston...

Merci à toutes les personnes ayant participé à ce travail :

A l'Union Régionale des Professions de Santé de Rhône-Alpes pour le soutien logistique,

Au Docteur Bénédicte Noëlle pour m'avoir accueillie lors de ses consultations et pour son avis d'expert en céphalées,

Au Docteur Carole Paquier pour m'avoir permis d'analyser les résultats des urgences,

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à ce travail malgré les nombreuses sollicitations,

A Annabelle, pour ses corrections millimétrées de RRH !

Le temps passe, et il fait tourner la roue de la vie comme l'eau celle des moulins. M. Pagnol

A ma famille,

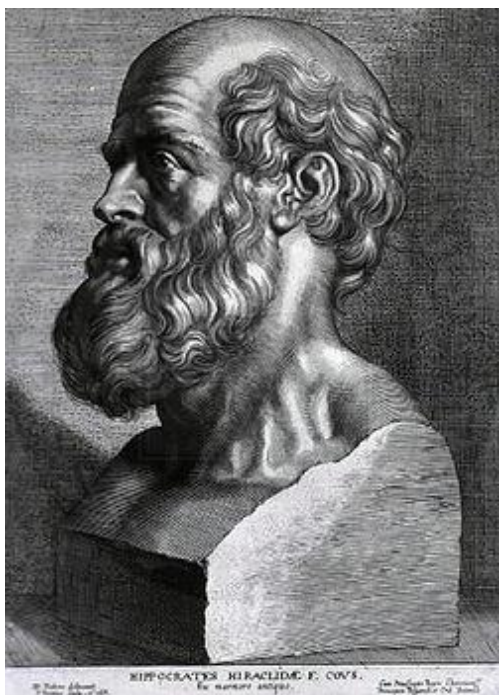
A mes parents, pour tout ce que vous me donnez et que j'espère pouvoir vous rendre, pour votre soutien jusqu'au bout de ces longues études, soyez certains de mon amour,
A ma « sister » Edith, mon modèle, partager notre existence est un vrai bonheur,
Aux absents, mes grands-parents Juliette et Jean, vos qualités humaines demeurent un exemple pour moi, à Jacqueline et mon parrain Jacky, pour ce qu'il nous restait à partager,
A mes grands-parents Marinette et Alexis, mes racines, pour votre confiance à chaque instant,
A tous les membres de ma famille, merci de votre soutien et d'avoir fait le déplacement !

A mes amis

Aux fidèles Annabelle, Claire, et Gaëlle : merci de supporter mes joies, mes peines et mes doutes... votre amitié m'est précieuse,
Aux roannais Laure, JB, Diane, Vincent, Lionel, à la nouvelle Lilloise Carole et à Samuel pour votre accompagnement durant toutes ces années
Aux little miss sunshine Charlotte et Mathilde, de nouvelles aventures nous attendent,
Aux ex-stéphanoises Aurore, Hada, et Delphine, sans vous l'externat à Saint Etienne n'aurait pas été aussi joyeux,
A mes merveilleuses rencontres durant l'internat : Elise et Oxana, Marthe, Lucie, Eva, Jean Maël, Johanna, les cointernes réunionnais, les -bientôt- neurologues Déborah et Mathieu, Lise pour avoir affronter la pneumo à mes côtés, Cathy, finis les cafés-BU, prête pour un nouveau départ ?
A Cécile, pour tes conseils thèse, URSSAF, CARMF et autres AGA !

A tous ceux qui m'ont accompagnée pendant ces études :

Aux membres de la faculté de Saint-Etienne, pour votre enseignement,
Au Docteur Besson, à Marie Pierre, Marie et toute l'équipe de neurologie générale, merci de votre accueil et de votre enthousiasme, vous êtes la preuve que de bonnes surprises peuvent arriver quand on s'y attend le moins !
Aux équipes soignantes et aux médecins de mes différents semestres en pédiatrie, aux urgences, à la Réunion et en pneumologie. A mes praticiens de stage UPL,
Aux médecins que je remplace régulièrement, merci pour vos conseils, vous poursuivez ma formation !



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME *en français*

La migraine est une pathologie fréquemment retrouvée en médecine générale. Cependant, elle reste sous-médicalisée et sous-traitée malgré un retentissement fonctionnel important. L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux des pratiques en médecine générale concernant la prise en charge aiguë et chronique de la migraine. Le but était aussi d'observer l'évaluation de la qualité de vie par les praticiens afin d'élaborer des propositions d'amélioration de celle-ci.

Pour ce faire, un questionnaire destiné aux médecins généralistes de Rhône-Alpes a été réalisé. Nous avons reçu 76 réponses au total. Parallèlement à ce recueil, nous avons effectué une analyse des passages pour migraine aux urgences du CHU de Grenoble en 2011.

Notre étude a permis de constater que les recommandations sur l'instauration d'un traitement de crise sont bien suivies. L'efficacité de ces traitements est cependant peu évaluée. Il en est de même pour les thérapeutiques préventives, les beta-bloquants étant les molécules les plus prescrites. Le recours au spécialiste n'est pas systématique et se fait essentiellement dans les situations d'incertitude diagnostique ou d'échec thérapeutique. Concernant la mesure de la qualité de vie des patients migraineux, les médecins généralistes se disent partiellement satisfaits de leur évaluation, fondée principalement sur l'écoute du patient et la consommation médicamenteuse. Ils n'utilisent pas les moyens structurés et publiés et sont demandeurs de formations sur des thérapies non médicamenteuses et de programmes d'éducation pour les patients. Au niveau du service d'urgences, on constate qu'une imagerie est fréquemment prescrite, et qu'en matière de thérapeutique, les pratiques sont en accord avec les recommandations.

L'évaluation des thérapeutiques et du retentissement fonctionnel de la migraine devrait ainsi être au centre de la prochaine révision des recommandations de l'HAS, qui devra aussi prendre en compte l'aspect socio-économique non négligeable de cette pathologie. L'utilisation de traitements recommandés dépendant du facteur « consultation médicale », il paraît enfin important de réserver à cette consultation la place qu'elle mérite.

RESUME *en anglais*

Migraine is a frequent condition in general practice. However, it remains under-medicalised despite a significant functional impact. The objective of this study was to make an inventory practices for the treatment of acute and chronic migraine in general medicine. The objective was also to observe the evaluation of the quality of life by practitioners to elaborate propositions to improve this.

A questionnaire for general practitioners (GPs) in Rhône-Alpes has been achieved. We received 76 responses. Besides, we conducted an analysis of consultation for migraine in emergency department of CHU de Grenoble in 2011.

Our study showed that the recommendations on a crisis treatment are followed. The effectiveness of these treatments, however, is poorly evaluated. It is the same for preventive therapeutic. The use of specialist is not systematic and is mainly in situations of diagnostic uncertainty or treatment failure. Concerning the measurement of the quality of life of migraine patients, GPs say they are partially satisfied with their assessment, based primarily on listening to the patient and drug consumption. They do not use the means structured and published and are seeking training on non-drug therapies and education for patients. At the emergency department, imaging is commonly prescribed, and therapeutic practices are consistent with the recommendations.

Evaluation of therapeutic and functional impact of migraine should be the focus of the next revision of the recommendations of the HAS. The use of recommended treatments depending on the factor "medical consultation", then it seems important to book this consultation the place it deserves.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
1. INTRODUCTION	2
I. <i>QUELQUES REPERES</i>	2
1.1 Généralités	2
1.1.1 La migraine en chiffres	2
1.1.2 Physiopathologie de la migraine	2
1.1.3 Migraine, critères IHS et recommandations	4
1.1.3 Migraine et facteurs déclenchants	6
1.1.4 Migraine, traitement de crise et traitement de fond	6
1.2 Qualité de vie et migraine	8
1.3 Migraine et médecine générale	9
II. <i>OBJECTIFS DE L'ETUDE</i>	10
2. MATERIEL ET METHODES	11
2.1. <i>Description de l'étude</i>	11
2.2. <i>Définition de la population de l'étude</i>	11
2.3. <i>Description du questionnaire</i>	11
2.4. <i>URPS et prise de contact avec les médecins</i>	12
2.5. <i>Recueil et analyse des données</i>	12
2.6. <i>Recueil secondaire</i>	13
2.7. <i>Chiffres des urgences du CHU de Grenoble</i>	13
3. RESULTATS	14
3.1 <i>Population de participation à l'étude</i>	14
3.2 <i>Caractéristiques socio-démographiques des médecins inclus</i>	14
3.3 <i>Fréquence des céphalées et de la migraine dans la pratique du médecin généraliste</i>	14
3.4 <i>Prise en charge de la crise migraineuse</i>	15
3.5 <i>Attitudes de prescription d'une thérapie préventive</i>	18
3.6 <i>Etude des conduites vis-à-vis du retentissement fonctionnel</i>	20
3.7 <i>Commentaires laissés par les médecins interrogés (annexe 5)</i>	23
3.8 <i>Résultats du service des urgences du CHU de Grenoble en 2011</i>	23
4. DISCUSSION	25
4.1 Analyse des résultats	25
4.1.1 <i>Epidémiologie/ caractéristiques des répondants</i>	25
4.1.2 <i>Dans la pratique du médecin généraliste</i>	26
4.1.3 <i>Prise en charge de la crise</i>	26
4.1.4 <i>Prise en charge du traitement de fond</i>	30
4.1.5 <i>Evaluation de la qualité de vie des patients</i>	33
4.2 Analyse des résultats retrouvés aux urgences	36
4.3 Devenir/propositions	37
4.4 Limites de notre étude :	38
4.4.1 <i>Liées au design de l'étude :</i>	38
4.4.2 <i>Liées au questionnaire/mode de recueil :</i>	38
4.4.3 <i>Liées à l'échantillonnage :</i>	38
4.4.4 <i>Pourquoi si peu de participation :</i>	39
4.4.5 <i>Ouverture</i>	39
CONCLUSIONS	40
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	45

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

AIS : anti-inflammatoires stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DHE : dihydroergotamine

HAD : human anxiety and depression

IHS : International Headache Society

MA : migraine avec aura

MIDAS : Migraine Disability Assessment

MSA : migraine sans aura

MSQOL : Migraine Specific Quality Of Life measure

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QVM : Qualité de Vie et Migraine

SC : sous-cutané

SDC : Spreading Depression Corticale

URPS RA : Union Régionale des Professions de Santé de Rhône-Alpes

1. INTRODUCTION

En médecine générale, la plainte « céphalées » est des plus fréquentes, néanmoins pas toujours distinguée de la « vraie » migraine. Cependant, malgré la prévalence importante, cette pathologie reste encore sous-estimée par la population générale. Pourtant, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la migraine compte parmi les 20 maladies ayant le plus d'impact pour l'ensemble de la population (1) ;

Apparaît également un aspect paradoxal de la migraine : il s'agit d'une maladie fréquente et largement tolérée qui par ailleurs se révèle très invalidante. Ce concept a amené à la rédaction par l'HAS en 2002 de recommandations pour la pratique quotidienne (2). Qu'en est-il à 10 ans de ces recommandations ?

I. Quelques repères

1.1 Généralités

1.1.1 La migraine en chiffres

La maladie migraineuse représente une situation clinique courante en soins primaires avec une prévalence dans la population générale en France évaluée à 15% (2) et aux USA à plus de 17% chez les femmes et plus de 5% chez les hommes (étude American Migraine Prevalence and Prevention en 2004) (3). L'épidémiologie de cette maladie est bien connue avec un sex ratio de 3 femmes pour un homme (2) (4) et un âge de début plutôt jeune, ce qui en fait une pathologie très fréquente en population de médecine générale. Au total, les études évaluent une moyenne de un acte par semaine et par médecin généraliste (5).

L'épidémiologie de la migraine est ainsi bien décrite mais paradoxalement elle représente peu d'actes : s'agit-il d'un sous-diagnostic ? Les patients savent-ils vraiment ce qu'est la migraine et qu'il en existe une prise en charge souvent efficace ?

1.1.2 Physiopathologie de la migraine

Historiquement il existe 2 théories physiopathologiques de la migraine, qui selon les connaissances actuelles semblent coexister :

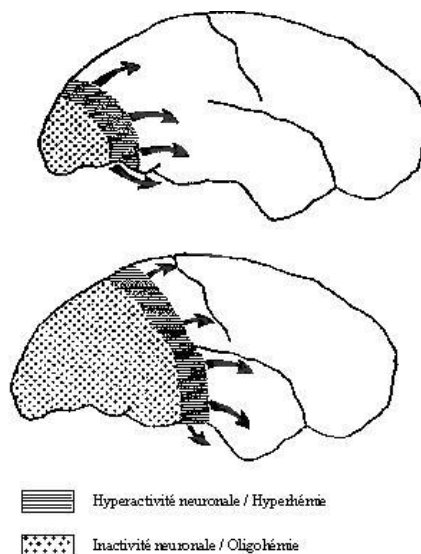
- théorie vasculaire : modification de calibre des artères lors de la crise : l'aura est déclenchée par une ischémie transitoire suite à une vasoconstriction et la céphalée résulte d'une vasodilatation « rebond » des vaisseaux intra et extra cérébraux qui active les nocicepteurs vasculaires. La pulsatilité de la céphalée et l'effet bénéfique de substances vasoconstrictrices sont également en faveur de cette hypothèse.

- théorie de dysfonctionnement neuronal « primaire » dont les modifications artérielles ne seraient que la conséquence. L'activité neuronale était évaluée par technique de tomодensitométrie par émission de positrons.

Ainsi peut-on distinguer 3 phases de déroulement de la pathologie migraineuse :

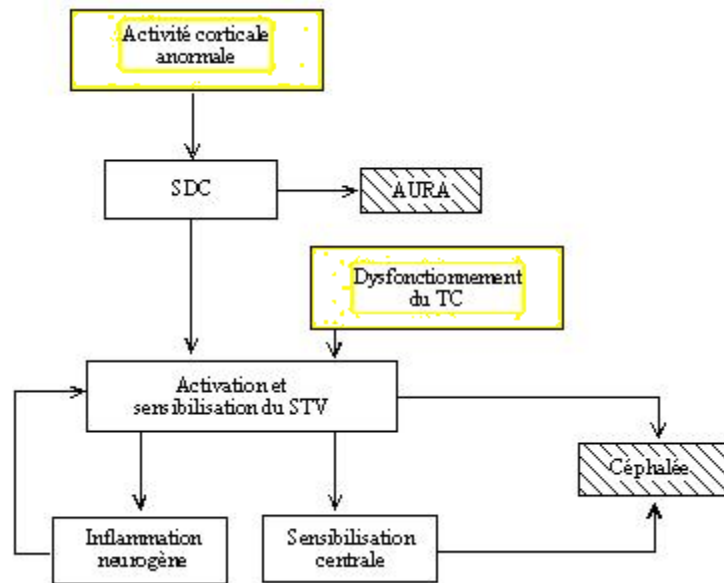
- le déclenchement de la crise par une sensibilité génétique à l'hyperexcitabilité du cortex cérébral et l'activation du tronc cérébral par augmentation du débit sanguin. Le tronc cérébral agirait comme un « centre générateur » du fait de l'implication de structures concernant la transmission nociceptive.

- l'aura migraineuse par processus de type Spreading Depression Corticale (SDC). Celui-ci résulte d'une stimulation physique ou chimique déclenchant une hyperactivité neuronale avec hyperperfusion locale brève. Survient ensuite une inactivité neuronale durable avec diminution modérée du débit sanguin cortical. Puis ce phénomène se propage à la surface du cortex, pouvant être arrêté par un sillon ou une scissure.



- la céphalée migraineuse par activation du système trigémino vasculaire qui se produit lorsque les terminaisons périphériques des neurones nociceptifs déchargent, ce qui stimule les

terminaisons centrales et provoque l'activation des neurones de second ordre dans le bulbe et la moelle cervicale. Il existe par ailleurs une double sensibilisation du système trigémino vasculaire : sensibilisation des terminaisons périvasculaires avec comme conséquence le caractère pulsatile de la douleur et l'exacerbation de la douleur lors de l'augmentation de la pression intracrânienne ; et sensibilisation centrale entraînant hyperalgésie et allodynie cutanées.(6)



Dysfonctionnement du tronc cérébral et migraine (7)

Les triptans, ou agonistes des récepteurs 5-HT_{1B/D} sérotoninergiques sont la dernière évolution majeure en matière de thérapeutique. Leur fonctionnement repose sur trois mécanismes physiopathologiques : vasoconstriction des vaisseaux sanguins cérébraux, inhibition des terminaisons périphériques du nerf trijumeau avec diminution de l'inflammation neurogène méningée, inhibition centrale des influx des neurones trigéminaux de second ordre. (8)

1.1.3 Migraine, critères IHS et recommandations

La migraine est actuellement considérée comme une maladie neurologique chronique avec épisodes aigus intermittents (9).

De par sa fréquence et l'absence de test diagnostique objectif, il a été nécessaire de mettre en place des critères de diagnostic cliniques pour une aide à la pratique ambulatoire. Ainsi ont été définis les critères de l'International Headache Society IHS (10). Ces critères

présentent des caractéristiques permettant leur large utilisation : variabilité inter-observateurs acceptable, bonne spécificité mais une sensibilité peu satisfaisante avec des critères restrictifs (2).

Les différents types de migraine selon la classification de l’IHS (10) :

Code 1.1 Migraine sans aura
Code 1.2 Migraine avec aura
Code 1.2.1 Migraine avec aura typique
Code 1.2.2 à 1.2.6 Migraine avec auras atypiques
Code 1.3 à Code 1.6 Formes rares de migraine
Code 1.7 Migraine sans aura probable, remplissant l’ensemble des critères diagnostiques à l’exception d’un seul

Critères de diagnostic de la migraine adaptés d’après l’IHS (HAS 2002)

Critères de la migraine sans aura	Critères de la migraine avec aura
<p>A. Au moins 5 crises répondant aux critères B à D</p> <p>B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement)</p> <p>C. Céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unilatérale - Pulsatile - Modérée à sévère - Aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente d’escaliers <p>D. Durant les céphalées, au moins l’un des caractères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nausée et/ou vomissement - Photophobie et phonophobie <p>E. L’examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.</p>	<p>A. Au moins 2 crises répondant au critère B :</p> <p>B. Au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un ou plusieurs symptômes de l’aura totalement réversibles - Le symptôme de l’aura se développe progressivement sur plus de 4 minutes et si plusieurs symptômes sont associés, ils surviennent successivement - La durée de chaque symptôme n’excède pas 60 minutes - La céphalée fait suite à l’aura après un intervalle libre maximum de 60 minutes, mais parfois commence avant ou pendant l’aura. <p>C. L’examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.</p>

Une fois le diagnostic posé à l'aide de ces critères, la prise en charge thérapeutique a également fait l'objet de recommandations en 2002, celles-ci étant actuellement en révision.

1.1.4 Migraine et facteurs déclenchants

Il faut tout d'abord différencier facteurs aggravants et facteurs déclenchants. Les facteurs aggravants sont susceptibles d'augmenter le nombre de crises chez certains migraineux alors que les facteurs déclenchants augmentent à court terme (moins de 48 heures) la probabilité d'une crise de migraine. Ces principaux facteurs sont résumés dans le tableau suivant, avec en gras les plus cités par les patients. (6)

<u>Facteurs psychologiques</u> : contrariété, anxiété, émotion, choc psychologique, stress
<u>Habitudes alimentaires</u> : jeûne, hypoglycémie, repas sautés ou irréguliers, arrêt ou diminution importante de la consommation de café
<u>Facteurs hormonaux</u> : puberté, règles , grossesse, contraceptifs oraux, traitement hormonal substitutif de la ménopause
<u>Modifications du rythme de vie</u> : week-end , grasse matinée, déménagement, départ en vacances, voyage , surmenage, changement de travail...
<u>Facteurs sensoriels</u> : lumière, bruit, odeurs, vibrations
<u>Facteurs climatiques</u> : vents violents, orage, chaleur, froid, changement de temps
<u>Aliments</u> : alcool , chocolat , graisses cuites, agrumes, fromages...
<u>Autres facteurs</u> : traumatisme crânien ou cervical, exercice physique , altitude, trajets en voiture

Cependant, il est difficile de connaître la participation des ces facteurs pour un individu donné. Par ailleurs, les crises gardent un caractère imprévisible, pouvant influencer la qualité de vie du patient.

1.1.5 Migraine, traitement de crise et traitement de fond

En matière de thérapeutique, la prise en charge de la crise migraineuse a connu une avancée remarquable dans les années 90 avec l'arrivée des triptans. Leur mode d'action repose sur 3 mécanismes : vasoconstriction, inhibition du trijumeau et inhibition du second neurone (8). Devant le développement de nombreuses molécules, a été réalisée une méta-analyse de 53 études (11) suggérant des caractéristiques propres à chaque triptan.

L'efficacité des triptans serait estimée à un taux entre 55 et 65% (1) et a fait l'objet de nombreuses études, mais il reste toutefois difficile d'évaluer l'effet placebo (1). Les critères d'évaluation retenus étaient les suivants :

- Critère principal : soulagement de la céphalée à 2 heures (soit passage d'une intensité modérée à sévère à une intensité minime, soit disparition de la céphalée)
- Critères secondaires : disparition de la céphalée à 2 heures, maintien de l'efficacité à 24 heures, régression des signes associés (nausées, phono et photophobie), amélioration de la qualité de vie

Il est ici important de souligner la notion de susceptibilité individuelle dans la réponse aux différents triptans (12) : cette variabilité chez un sujet donné peut justifier le changement de triptan si l'efficacité est jugée insuffisante, et donc l'essai de plusieurs traitements pour parvenir au soulagement attendu.

Il est aussi possible de classer les triptans selon leurs caractéristiques propres, les 3 premiers étant proposés comme ceux avec la meilleure probabilité de succès.

REPERTOIRE DES TRIPTANS , d'après la méta analyse de Ferrari et al. (11)

Rizatriptan 10mg : libération rapide et régulier de la douleur

Eletriptan 80mg : haute efficacité et peu de récurrence, moindre tolérance

Almotriptan 12.5mg : haute tolérance et bonne efficacité

Sumatriptan 50 et 100mg : bonne efficacité et tolérance avec longue expérience clinique + sumatriptan 6 mg en sous-cutané (SC) : traitement de crise le plus efficace mais effets indésirables plus intenses et nécessité d'autoinjections (*cependant hors AMM en SC*)

Naratriptan 2.5mg : très bonne tolérance couplée à lent début d'amélioration (utile quand migraine légère à modérée)

Zolmitriptan 2.5 et 5mg : bonne alternative (pas d'avantage spécifique, pas de critère négatif non plus)

Frovatriptan ne peut pas être jugé par manque de données mais ne semble pas offrir d'avantage particulier.

Cependant les recommandations françaises en matière de traitement de crise préconisent l'utilisation en première intention de traitements non spécifiques tels qu'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), aspirine et paracétamol. Il n'existe pas de consensus professionnel sur les triptans d'emblée dans la crise contrairement aux recommandations américaines (13). De plus, l'HAS n'évoque pas la prise dans la première demi-heure de

survenue des symptômes afin d'être le plus efficace possible. Ce concept est effectivement apparu après la rédaction des recommandations en 2002.

Parallèlement au traitement de la crise, la chronicité de la maladie migraineuse peut nécessiter une thérapie préventive. Celle-ci peut réduire la fréquence et la sévérité des crises et améliorer la réponse au traitement de crise (14) (15). Elle permet aussi de réduire le handicap et d'améliorer la qualité de vie du patient. Cependant, la thérapie préventive semble moins utilisée qu'elle ne le devrait, car l'un des résultats attendus de ces traitements serait la réduction des coûts de santé (16). Ceci ne semble pas avoir été rapporté dans la littérature. Les molécules utilisées en traitement de fond sont présentées en annexe 1.

1.2 Qualité de vie et migraine

En 1994, l'OMS définit la qualité de vie comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (17) ce qui en fait un concept hautement subjectif.

L'impact de la migraine sur la qualité de vie des patients apparaît supérieur à celui d'autres maladies chroniques invalidantes telles que l'arthrite, l'asthme (18), le diabète, l'HTA, les lombalgies chroniques (19). Cet aspect invalidant de la migraine apparaît évidemment lors des crises (intensité, signes associés) mais aussi entre les crises se manifestant par : conduites d'évitement, crainte de la crise suivante, anxiété et troubles du sommeil (20).

L'altération de la qualité de vie des patients migraineux peut aussi être liée à la présence fréquente de comorbidités dans cette population, principalement psychiatriques avec anxiété et dépression (21) (22). Le concept de self-efficacy a ainsi été avancé (23) : il s'agit de la croyance du sujet d'être ou non capable de gérer la situation avec succès. Si celle-ci est basse, cela engendre inquiétude et anxiété. D'autres comorbidités peuvent être associées à la condition migraineuse comme le somnambulisme par exemple (24)

Ainsi, l'étude de la qualité de vie des patients pourrait être une aide pour le praticien dans la gestion du traitement de crise et de fond de cette pathologie (25). L'HAS préconise dans ses recommandations une évaluation du handicap par l'intermédiaire de la tenue d'un agenda des crises, de la recherche d'un syndrome dépressif ou anxieux et de l'utilisation d'échelles de qualité de vie et de productivité.

Il existe 2 types d'échelles de qualité de vie (annexe 2) :

- Les échelles génériques type SF-36 : il s'agit de questionnaires utilisables pour évaluer le retentissement fonctionnel de n'importe quelle pathologie
- Les échelles spécifiques type QVM, MSQOL, MIDAS, HIT-6 : elles font référence à l'altération de la qualité de vie entraînée par une maladie donnée, ici la migraine.

Pour faciliter la décision clinique, médecins et patients devraient bénéficier d'un outil rapide et facile pour fournir un score précis : HIT-6 se distingue en couplant précision et brièveté et par son interprétation idéale en soins primaires (26). Son utilisation a montré que le questionnaire était complété sans difficulté par plus de 90% des patients (27). Cette échelle ne semble pas avoir été promulguée dans notre région.

1.3 Migraine et médecine générale

Malgré sa forte prévalence, la maladie migraineuse paraît sous diagnostiquée en France (2): 30 à 45% des migraineux n'ont jamais consulté pour leurs migraines et ignorent leur statut de migraineux et les possibilités de prise en charge (27). Seulement 20% des migraineux connus sont actuellement suivis par un médecin alors que 80% sont conscients de leur maladie (28).

Une étude utilisant l'échelle HIT-6 a montré que la reconnaissance de la migraine par le médecin généraliste était associée à un haut handicap (27) c'est-à-dire qu'il faut que le patient soit très gêné pour que le médecin soit informé et diagnostique la migraine. L'interrogatoire est en effet primordial et l'examen clinique pauvre. Le médecin n'a souvent pas conscience de ce handicap (5) et a tendance à sous-estimer la douleur ressentie par le patient. Ainsi, La comparaison entre le taux de reconnaissance par le médecin généraliste et la conscience des patients eux-mêmes de leur migraine serait intéressante (27). Les études réalisées montrent des différences allant de 53.4% aux USA (29) à 80% (28) de patients conscients de leur migraine.

Hormis ce problème de sous-diagnostic de la migraine, on distingue également une sous-médicalisation. En effet, elle n'est que rarement le motif principal de consultation (4). L'automédication est très répandue car 50% des médicaments utilisés ne nécessitent pas de prescription et beaucoup de patients ne considèrent pas la migraine comme une pathologie à part entière (4). Ceci risque cependant d'aboutir à des céphalées par abus médicamenteux

(CAM). En effet, la prise excessive et régulière d'antalgiques et/ou d'antimigraineux spécifiques peut aboutir à une céphalée chronique quotidienne. Il s'agit selon l'IHS de céphalées survenant au moins 15 jours par mois avec un abus médicamenteux régulier (entre 10 et 15 jours par mois selon les molécules) depuis plus de 3 mois (10). L'explication la plus simple à ces abus est l'existence de céphalées de rebond à l'arrêt brutal de la prise d'antalgiques, entraînant alors une reprise du médicament. Les CAM pourraient aussi être dues à une hypersensibilité individuelle à la prise médicamenteuse chronique et à une plus grande dépendance aux substances (avec hypométabolisme du cortex orbito-frontal similaire à celui des cocaïnomanes). Parallèlement à cette surconsommation d'antalgiques non spécifiques, il existe une sous-utilisation des traitements spécifiques (2).

Une conséquence de cette sous-médicalisation est l'importante fréquence de la migraine comme motif de consultation dans les services d'urgence, dont le rôle n'est habituellement pas dédié à ce type de pathologie, classiquement bénigne. Cela souligne l'importance d'une amélioration de la prise en charge ambulatoire de la migraine. Ceci pourrait passer par l'éducation des patients vis-à-vis du symptôme « céphalée », une sensibilisation au caractère chronique et invalidant de cette pathologie et une meilleure collaboration avec les spécialistes neurologues.

Enfin, les recommandations récentes sur le traitement de la migraine stipulent que la récupération d'un fonctionnement normal et l'amélioration de la qualité de vie devraient être parmi les objectifs principaux de la thérapeutique (2) ce qui implique directement le médecin généraliste qui assure généralement le suivi de première ligne.

II. Objectifs de l'étude

Il s'agit de savoir comment est reconnue, évaluée et traitée la migraine. Le but de cette étude est donc de réaliser dans un premier temps un état des lieux de la prise en charge à court et long terme des patients migraineux par le médecin généraliste en termes de thérapeutique (prise en charge des crises et de leur récurrence). D'autre part, nous nous sommes intéressés à l'appréciation du retentissement de cette pathologie sur la qualité de vie des patients par le médecin généraliste ainsi qu'aux attentes des praticiens quant à cette évaluation.

L'objectif secondaire était de recueillir les chiffres liés à la migraine concernant les passages aux urgences du CHU de Grenoble en 2011 afin de voir la fréquence des consultations d'urgence et si les modalités de prise en charge diffèrent de l'ambulatoire.

2. MATERIEL ET METHODES

Nous avons tout d'abord effectué une recherche bibliographique sur les connaissances actuelles en matière de prise en charge et qualité de vie des patients migraineux. Ceci a abouti à une sélection de livres et d'articles par mots-clés (migraine disorder, quality of life) sur la base de données Pubmed. Nous avons également cherché l'existence d'outil(s) de consultation guidant la conduite à tenir dans la migraine.

2.1. Description de l'étude

La problématique de ce travail reposait sur un état des lieux des pratiques concernant la migraine en médecine générale. La méthode utilisée était une étude observationnelle transversale, descriptive. Il s'agit donc d'une enquête déclarative visant à évaluer les comportements d'une cohorte de médecins généralistes par questionnaire en ligne. Ce questionnaire visait à évaluer la prise en charge globale de la migraine chez l'adulte en médecine générale.

Afin d'avoir une approche la plus générale possible, il a été décidé de ne pas faire de distinction entre migraine sans aura et migraine avec aura. En matière de diagnostic, migraine certaine et probable n'étaient pas séparées.

2.2. Définition de la population de l'étude

Nous nous sommes intéressés à la migraine chez l'adulte du côté des professionnels prescripteurs.

Les critères d'inclusion dans notre étude sont :

- Médecins généralistes installés
- Exerçant en région Rhône-Alpes
- (et/ou) dont l'URPS dispose de l'adresse de messagerie électronique

2.3. Description du questionnaire

Il s'agit d'un questionnaire d'autoévaluation (annexe 3) envoyé via courrier électronique ou par courrier postal avec une note complémentaire explicitant le sujet et la motivation de ce travail (annexe 4).

Le questionnaire comprend 4 parties :

- Place de la migraine dans la pratique du médecin généraliste
- Etat des lieux des pratiques face à la maladie migraineuse : dans la crise et face à la chronicité de la maladie
- Retentissement global et qualité de vie des patients migraineux
- Données sociodémographiques sur la population étudiée

Il comporte des questions fermées, à choix multiples, des tableaux à compléter, et des données quantitatives. La pertinence de ce questionnaire a été validée auprès des référents neurologues de notre centre hospitalier.

Un fichier informatique sur Google Documents a été créé à partir du questionnaire. Un courrier électronique avec lien internet permettant d'accéder directement au questionnaire en ligne était ainsi adressé aux médecins généralistes de l'échantillon. L'intérêt de ce type de fichier est qu'il empêche de recueillir des réponses non interprétables.

2.4. URPS et prise de contact avec les médecins

Un soutien logistique auprès de l'Union Régionale des Professions de Santé a été sollicité afin de recueillir les adresses électroniques des médecins généralistes. Cet accord a fait l'objet d'une convention garantissant des intérêts mutuels.

Par cette méthode, l'anonymat des réponses est assuré puisque les courriers électroniques étaient envoyés directement par l'URPS RA.

2.5. Recueil et analyse des données

Pour le bon déroulement de l'enquête, il a été décidé d'envoyer le questionnaire une première fois et d'effectuer une relance trois semaines après pour garantir un meilleur taux de réponses. La période de test est donc définie en trois parties :

- Premier envoi le 3 avril 2012
- Relance le 24 avril 2012

- Fin du recueil le 15 juin (nous avons estimé qu'au-delà, il s'agissait de non réponses)

Les résultats ont ensuite été intégrés dans un tableau sous forme Excel. L'analyse statistique a consisté en une description des variables réalisées à l'aide du logiciel Excel.

2.6 Recueil secondaire

Devant le peu de réponses obtenues par le biais de l'URPS, il a été décidé de sélectionner aléatoirement un échantillon de médecins en Isère au moyen de l'annuaire en ligne des pages jaunes.

Il a donc été totalisé un nombre de 986 médecins généralistes installés en Isère. A l'aide de la fonction aléatoire d'Excel, nous avons pu établir un échantillon de 100 médecins. Nous les avons ensuite contactés par téléphone ceci afin d'obtenir leur adresse électronique et leur accord pour participer à notre étude. Le recueil a ainsi eu lieu entre le 8 juillet et le 10 août 2012. Le procédé était ensuite le même avec envoi du questionnaire par mail à compléter en ligne ou par courrier postal pour les médecins en exprimant le souhait. De la même façon, il leur était adressé un courrier de relance 15 jours après.

2.7 Chiffres des urgences du CHU de Grenoble

Nous avons consulté les logiciels du CHU de Grenoble Cristalnet et DMU pour recueillir les données concernant les passages aux urgences pour migraine pour l'année 2011.

3. RESULTATS

3.1 Population de participation à l'étude

Nous avons reçu 76 réponses au total suite aux deux recueils effectués.

- via l'URPS : 46 réponses avec premier envoi à 1351 médecins généralistes en Rhône-Alpes et relance adressée à 1522 praticiens. Les motifs de non-réponse exprimés étaient : médecins à la retraite, prescriptions uniquement homéopathiques, problème de compatibilité informatique pour remplir le questionnaire.

- échantillon de 100 médecins en Isère : 4 dans structure type SOS médecins et 96 contactés. Parmi ceux-ci, nous avons reçu 30 réponses effectives pour 63 accords oraux. Sur les 33 restants, nous comptabilisons 9 échecs de prise de contact, 16 refus (pas le temps, trop de sollicitations, congé maternité), 8 messages laissés au secrétariat.

3.2 Caractéristiques socio-démographiques des médecins inclus

La moyenne de durée d'installation était de 17 ans avec une médiane à 17.5 ans. Il y avait 51.3% d'hommes et 48.7% de femmes. Parmi les médecins inclus, 28.9% étaient migraineux.

Pour ce qui est des critères concernant l'installation, 61.84% des médecins exerçaient en cabinet de groupe. Le type d'activité était dans 46.05% des cas semi-rural, dans 40.79% urbain et dans 13.16% rural.

3.3 Fréquence des céphalées et de la migraine dans la pratique du médecin généraliste

Ces items avaient pour but de quantifier l'activité des médecins généralistes dédiée à la prise en charge des céphalées :

- motif principal de consultation : 3.93 consultations en moyenne par semaine.
- requête annexe lors d'une consultation pour un autre motif : en moyenne 5.5 cas par semaine.
- le diagnostic de maladie migraineuse était posé chez 2.36 patients par mois.

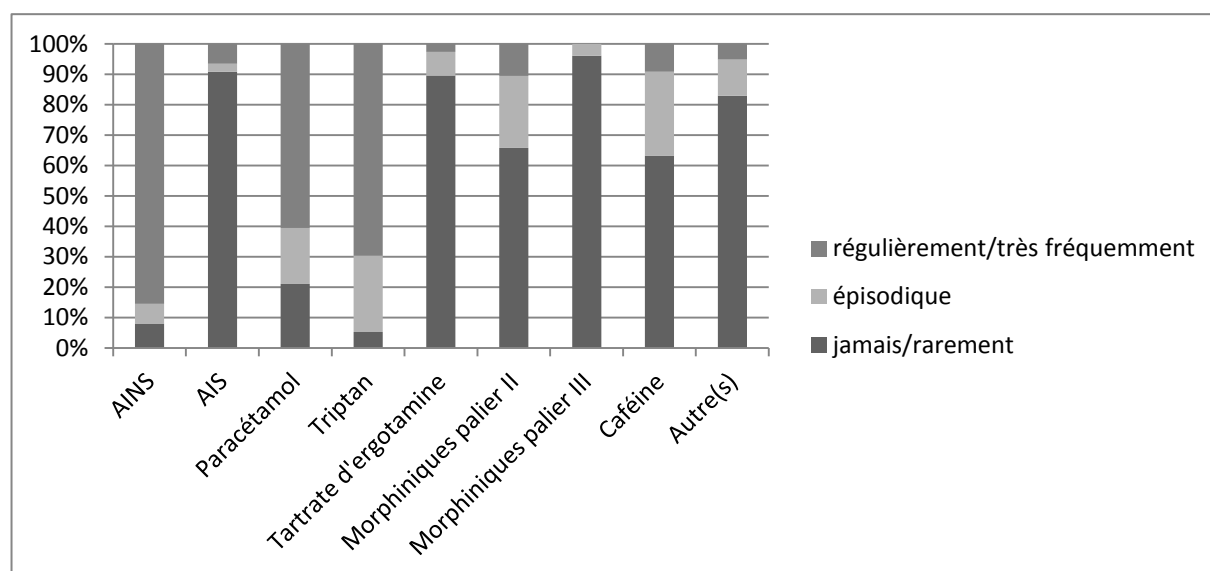
3.4 Prise en charge de la crise migraineuse

Nous nous sommes ici intéressés aux motifs de prescription d'un traitement de crise, aux molécules proposées, aux conseils accompagnant cette prescription et à l'évaluation de ce traitement.

- Les différents critères d'instauration d'un traitement de crise sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Nombre de crises	61,84%
Intensité des crises	80,26%
Signes associés (phonophobie, nausées, vomissements)	51,32%
Age de survenue	3,95%
Durée longue de la crise	42,11%
Période du cycle menstruel chez la femme	22,37%
Notion d'un facteur déclenchant	10,53%
Affirmation du diagnostic	55,26%
A la demande du patient	30,26%

- Nous nous sommes ensuite intéressés à la répartition des différentes molécules prescrites en traitement de crise :



- La question suivante portait sur les conseils prodigués par le médecin lors de la prescription d'un traitement de crise. Nous avons pu constater que 73 médecins

généralistes sur les 76 interrogés (soit 96%) ont déclaré conseiller à leur patient la prise de leur traitement de crise avec un délai bref par rapport au début de la crise.

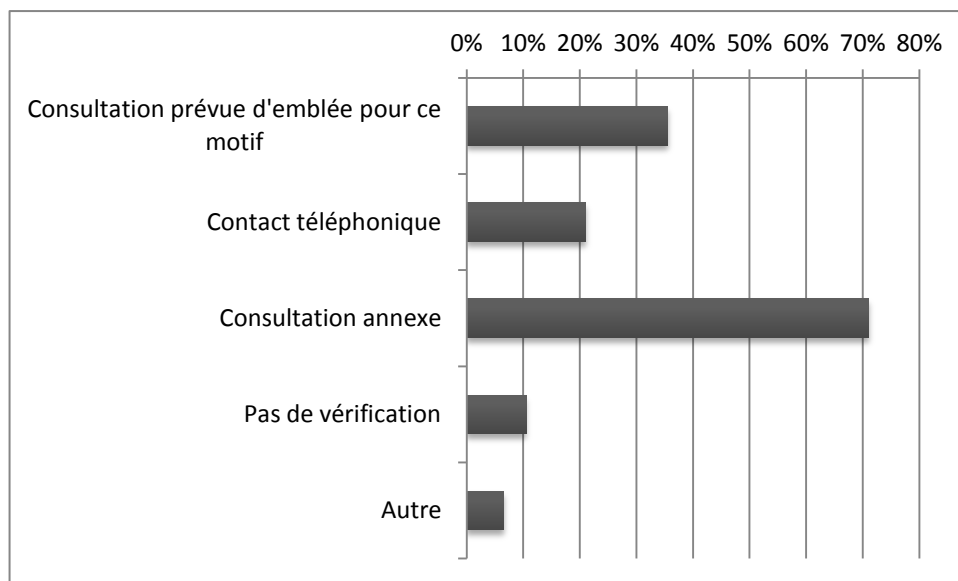
50% indiquaient associer cette prise au repos et 23.68% à un traitement anti-émétique.

Le conseil de posologie adaptée à l'intensité de la crise était donné dans 48.68% des cas.

Sept médecins précisait avoir informé leurs patients de la nécessité de renouveler la prise de leur traitement 2 heures après la première prise.

Enfin, 5 médecins ont proposé d'autres types de conseils, à savoir : possibilité d'en prendre un deuxième deux heures après si besoin maximum 2 fois par jour pour les triptans (cité par 2 médecins), recherche de facteur déclenchant (1 médecin), varier les antalgiques (1 médecin), association possible triptan et AINS (1 médecin).

- L'évaluation de l'efficacité du traitement de crise est principalement recherchée lors d'une consultation annexe (71.05%) :

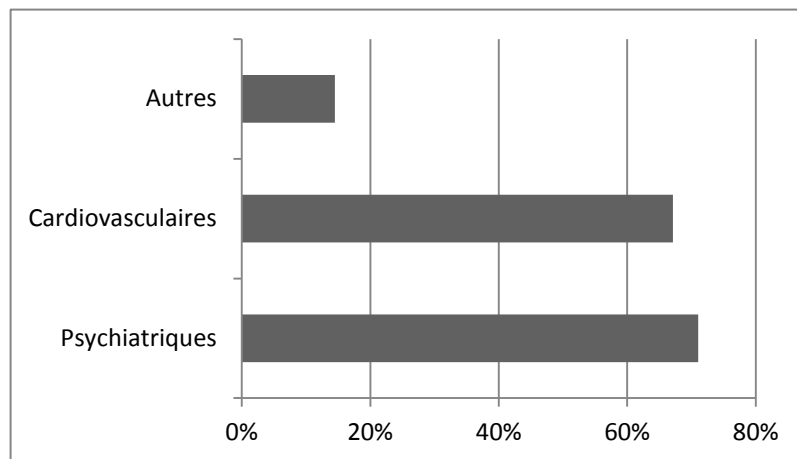


- Les différents critères utilisés pour juger de l'inefficacité d'un traitement de crise ou de son efficacité sont regroupés dans le tableau suivant :

Il apparaît dans ce tableau que l'absence de reprise des activités habituelles et la plainte du patient sont les critères majeurs d'évaluation de ce traitement.

Plusieurs prises médicamenteuses au cours d'une même crise	47,37%
Récidive d'une même crise	38,16%
Absence de reprise des activités habituelles	73,68%
Absence d'amélioration des signes associés	50%
Amélioration partielle de la douleur < 50%	56,59%
Amélioration partielle de la douleur < 75%	23,68%
Demande de renouvellement	13,16%
Plainte du patient	71,05%

- En ce qui concerne les comorbidités recherchées, les praticiens de notre échantillon ont déclaré :



Les comorbidités « autres » et autres facteurs favorisants cités étaient : hormonale/contraception par oestroprogestatifs, neurologique, rhumatologique (cervicales), ophtalmologique, et aucune.

SYNTHESE DES RESULTATS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA CRISE MIGRAINEUSE:
- Critères principaux de prescription d'un traitement de crise : intensité de la douleur et nombre de crises
- Molécules majoritairement prescrites : AINS et triptans
- Précocité de la prise du traitement recommandée par 96% des médecins
- Evaluation de l'efficacité du traitement principalement par consultation annexe
- Absence de reprise des activités habituelles et plainte du patient sont les critères les plus cités pour cette évaluation.
- Recherche des comorbidités psychiatriques et cardio-vasculaires par respectivement 54 et 51 des médecins interrogés.

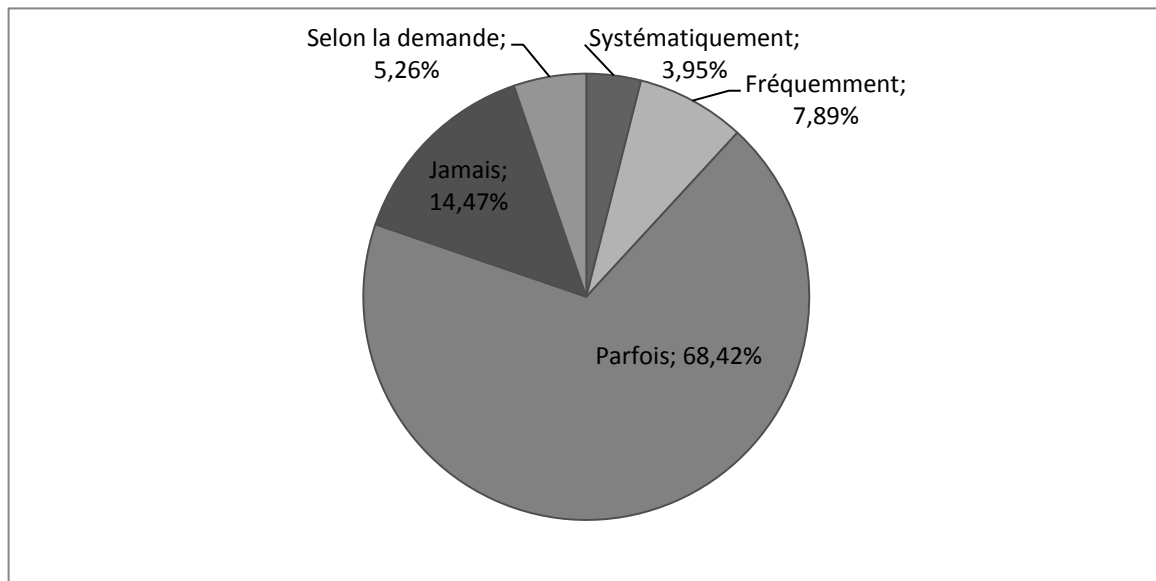
3.5 Attitudes de prescription d'une thérapie préventive

Les questions portaient ici sur les critères d'introduction d'une thérapie préventive, la fréquence et les motifs de recours à un spécialiste, et les différentes molécules utilisées en traitement de fond.

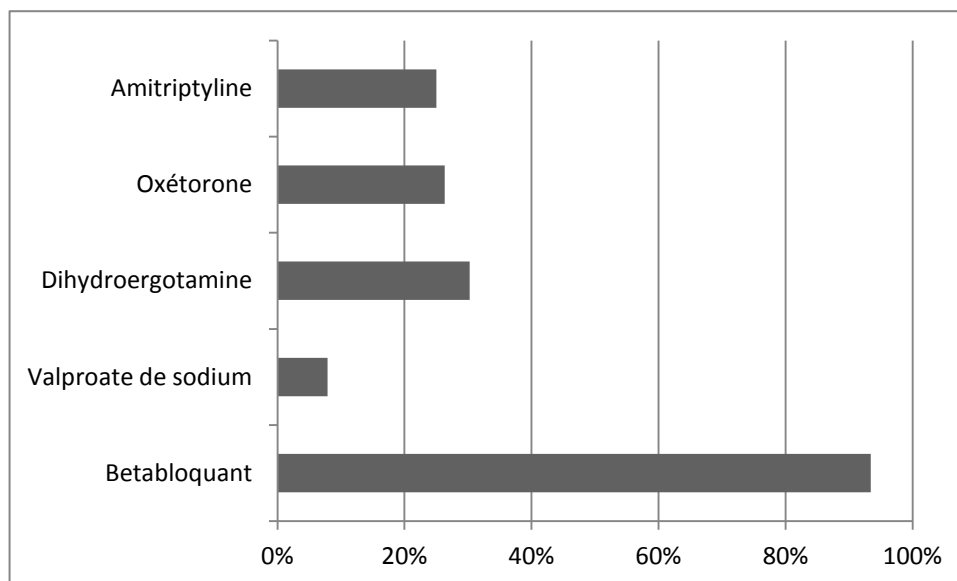
- Les réponses concernant les caractéristiques de la maladie migraineuse pour l'instauration d'un traitement de fond étaient :

Fréquence des crises	96,05%
Retentissement des crises	68,42%
Intensité des crises	43,42%
Terrain	19,74%
Conduites d'évitement	11,84%
Consommation mensuelle d'antalgiques	77,63%
A la demande du patient	10,53%

- La fréquence de recours au spécialiste se répartissait comme suit :



- Les différents arguments de recours au spécialiste comportaient la sémiologie atypique des crises et l'échec du traitement préventif et/ou de crise pour respectivement 86.84% et 77.63% des médecins interrogés. De même, 36.84% des médecins ont indiqué comme argument la demande du patient alors que celle-ci n'était signalée spontanément que dans 5.26% des cas. La forte intensité des crises était une raison de demande d'avis spécialisé dans 18.42% des cas. Enfin, 3.95% des médecins envoient systématiquement leur patient à un spécialiste.
- Le graphique suivant permet de visualiser l'utilisation des différentes molécules employées dans le traitement de fond :



SYNTHESE DES RESULTATS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA CHRONICITE DE LA MIGRAINE

- Fréquence des crises, consommation mensuelle d'antalgiques et retentissement des crises sont les indications d'une thérapie préventive principalement citées.

- La plupart des médecins interrogés a recours « parfois » à un spécialiste.

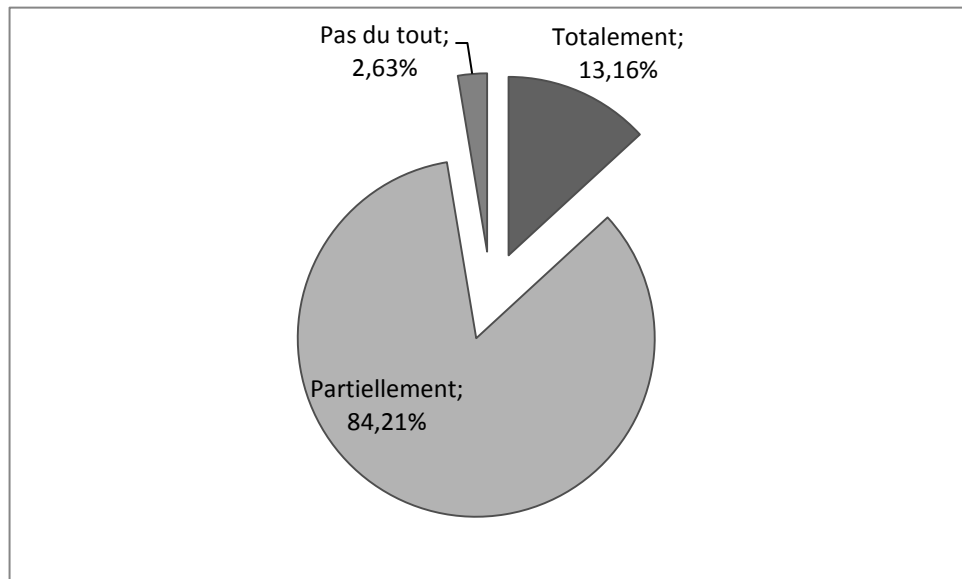
- La sémiologie atypique et l'échec des traitements sont les motifs principaux de ce recours.

- Il existe une utilisation majoritaire des beta-bloquants en traitement de fond, suivis de la dihydroergotamine, l'oxétorone et l'amitriptyline. La DHE n'est cependant pas validée dans cette indication.

3.6 Etude des conduites vis-à-vis du retentissement fonctionnel

Nous avons ici recherché la perception qu'avaient les médecins généralistes de leur évaluation de la qualité de vie de leurs patients, les moyens utilisés et les domaines étudiés pour apprécier le retentissement fonctionnel, ainsi que les attentes des praticiens pour l'amélioration de la prise en charge de la maladie migraineuse.

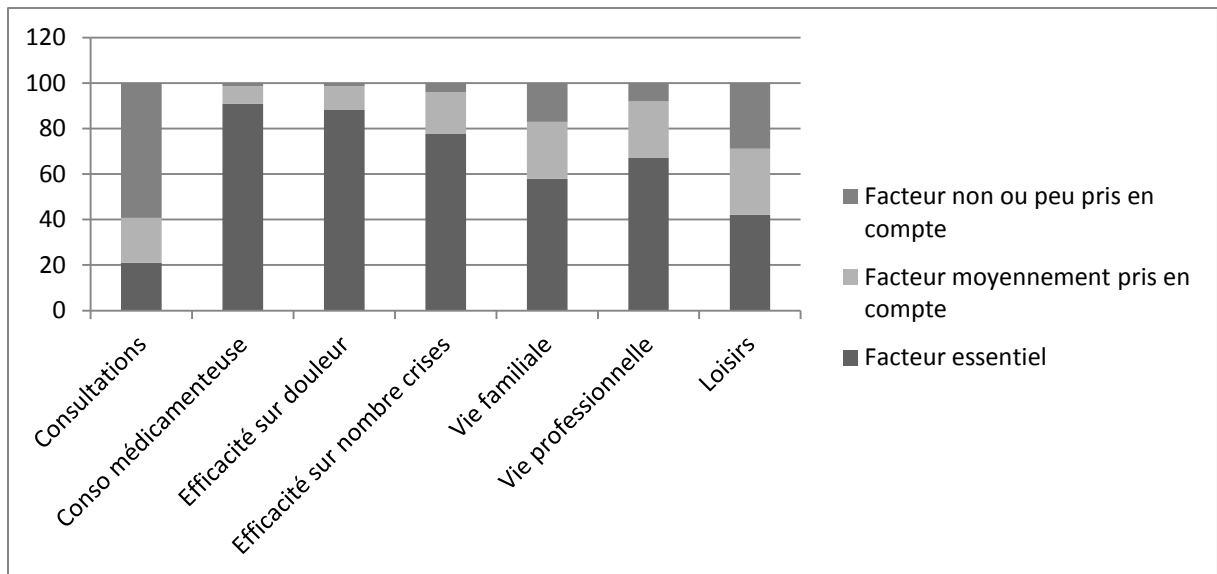
- Nous avons donc demandé aux praticiens quel était leur niveau de satisfaction quant à leur évaluation du retentissement de la migraine sur la qualité de vie de leurs patients :



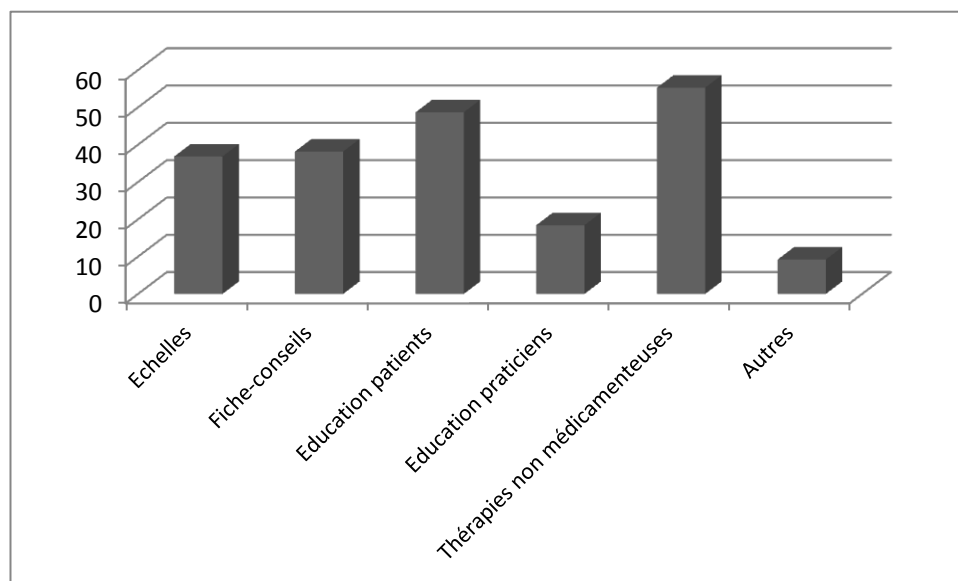
- Le tableau suivant reprend les moyens utilisés pour évaluer ce retentissement :

Ressenti exprimé	98,68%
Fréquence de consultations	51,32%
Agenda de crises	47,37%
Echelle MIDAS	0%
Autre	1,32%

- Nous avons ensuite cherché à savoir quels étaient les domaines abordés par les médecins généralistes lors des consultations de suivi :



- La question suivante proposait aux médecins interrogés différentes méthodes susceptibles de modifier les pratiques :



SYNTHESE DES RESULTATS SUR MIGRAINE ET QUALITE DE VIE :

- Une majorité (84.2%) de médecins partiellement satisfaits de la façon dont ils évaluent la qualité de vie de leurs patients.

- Une évaluation fondée essentiellement sur le ressenti exprimé des patients.

- La consommation médicamenteuse, l'efficacité des traitements sur la douleur et le nombre de crises sont les principaux critères d'évaluation du retentissement fonctionnel.

- Les attentes quant à l'amélioration de la prise en charge sont exprimées par un besoin de formations sur des thérapies non médicamenteuses et de programmes d'éducation des patients.

3.7 Commentaires laissés par les médecins interrogés (annexe 5)

3.8 Résultats du service des urgences du CHU de Grenoble en 2011

Nous nous sommes ici intéressés aux données épidémiologiques et aux modalités de sortie des patients consultant aux urgences pour migraine.

L'analyse des dossiers de patients migraineux aux urgences entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2011 mettait en évidence un diagnostic de sortie de migraine dans 111 cas. Le diagnostic de céphalées sans précision était lui porté chez 609 patients.

La répartition selon le profil des patients s'effectuait ainsi :

- Sexe : 28 hommes, 83 femmes
- Moyenne d'âge : 34.4 ans
- Migraine sans aura : 41 patients / migraine avec aura : 70 patients

Les différents critères de prise en charge à la sortie du service des urgences étaient :

- Sorties externes : 91 patients /Hospitalisation : 20 patients
- Pour les sorties externes :

- Les différents traitements prescrits étaient :

Paracétamol	37
Triptans	5
Aspirine	3
AINS	50
Antalgiques niveau II	8
Traitement de fond	2

- Les demandes d'imagerie en externe se répartissaient ainsi:
 - IRM cérébrale : 20 patients
 - TDM cérébrale : 3 patients

Enfin, il est à noter qu'un avis spécialisé neurologique était demandé chez 44 patients (il s'agit d'avis avec note écrite dans le dossier, les avis par téléphone n'étant pas évalués).

SYNTHESE DES RESULTATS RETROUVES AUX URGENCES :
- Données épidémiologiques : prédominance féminine, âge moyen de 34.4 ans, migraine avec aura plus fréquente.
- Pour 91 patients sur 111, la sortie du service se faisait en externe et pour les autres en hospitalisation.
- AINS et paracétamol sont les molécules les plus prescrites à la sortie.
- Un quart des patients sortants se voit prescrire une imagerie à réaliser en externe.

4. DISCUSSION

L'objectif de ce travail était de voir le comportement des médecins généralistes face à une pathologie fréquente et invalidante qui reste de façon surprenante sous-diagnostiquée et sous-médicalisée.

Par ailleurs, le but était de faire un état des lieux des pratiques car souvent le médecin généraliste pense mal agir, et ne pas avoir le temps de gérer tous les problèmes soulevés lors d'une consultation. Ces résultats devront donc essayer d'apporter une aide à la prise en charge en soins primaires de la migraine avec des éléments pragmatiques.

4.1 Analyse des résultats

4.1.1 Epidémiologie/ caractéristiques des répondants

Les caractéristiques de la population de médecins généralistes ayant répondu ne sont pas pleinement représentatives de la démographie médicale. En effet, dans notre étude, nous avons retrouvé une part quasiment égale d'hommes et de femmes alors que l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) (30) avance des chiffres de 29% de femmes en 2010 chez les omnipraticiens libéraux en France. En Isère en 2009, le pourcentage de femmes médecins généralistes était évalué à 34%. (31).

Cependant, en matière d'activité, les résultats de notre enquête mettent en évidence la tendance actuelle au regroupement et à l'activité plutôt urbaine et semi-rurale (31). On peut toutefois se poser la question de savoir si les médecins exerçant seuls ou en milieu rural avaient moins le temps de répondre à notre questionnaire.

Enfin, nous avons pu constater que près de 30% des médecins inclus se déclaraient migraineux contre 15% dans la population générale : nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse que la connaissance des critères diagnostiques peut influencer la reconnaissance de la migraine. Une étude a parallèlement montré que la sensibilité du médecin à la migraine (c'est-à-dire si lui ou un des membres de son entourage souffre de migraine) ne semblait pas avoir d'influence sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ses patients (32).

On peut aussi se poser la question des motivations des médecins répondants et ainsi penser que ceux qui répondent sont les migraineux, les plus intéressés ou motivés par le sujet,

ceux qui ont le plus confiance en leurs connaissances, et ceux qui ont moins de consultations et donc plus de temps pour répondre.

4.1.2 Dans la pratique du médecin généraliste

Les omnipraticiens interrogés ont déclaré devoir traiter les céphalées en général plus souvent comme requête annexe qu'en motif de consultation principal avec 5.5 cas par semaine contre 3.93. Ceci confirme les données de la littérature (33). Ses résultats ne sont cependant pas complètement en accord avec la fréquence de 1 acte (diagnostique et /ou thérapeutique) par semaine et par médecin généraliste rapportée par une étude multicentrique française (5).

4.1.3 Prise en charge de la crise

Bien reconnaître la crise de migraine fait partie des critères choisis par les médecins généralistes pour la mise en place d'une thérapeutique : en effet, l'affirmation du diagnostic et la présence de signes associés caractéristiques sont cités par un médecin sur deux.

Dans notre étude, les aspects les plus déterminants de l'instauration d'un traitement en aigu étaient pour 80% des personnes interrogées la forte intensité des crises et pour 62% le caractère répétitif des crises : on peut en déduire que le médecin ne traite que si la migraine occasionne une gêne. Cela devient problématique si le médecin ne traite que si cela gêne *beaucoup*. On peut aussi penser que les praticiens sont particulièrement sensibles et réceptifs au symptôme douleur, qui n'est cependant que l'aspect le plus « visible » de la migraine, et qu'ils peuvent estimer que ce symptôme est suffisant pour évaluer la migraine. Ceci confirmerait les travaux de De Diego et al. (27) selon lesquels le handicap occasionné par la migraine doit être important pour que le médecin en ait conscience et le prenne en charge. En effet, il existe une certaine tolérance face à la migraine, considérée souvent par les patients (et leur médecin ?) comme une fatalité.

La demande du patient incite environ 1/3 des praticiens à traiter, ce que l'on peut rapprocher en matière de thérapeutique de la requête annexe comme motif de consultation car à ce moment-là, le médecin n'endosse que le rôle de prescripteur.

Enfin, peu de médecins traitent la crise migraineuse selon un facteur déclenchant : nous pouvons donc nous demander s'ils ne traitent que la crise ou l'ensemble facteur déclenchant-crise.

En ce qui concerne les molécules utilisées pour la crise, la tendance générale suit les recommandations HAS (2):

- La majorité prescrit très fréquemment des AINS et des triptans. Près de 70% des médecins interrogés ont signalé prescrire des triptans de façon régulière ou fréquente, ce qui contraste avec les résultats recueillis auprès des patients dans les études FRAMIG 2000 (28) et MAZE (34) où respectivement 8% et 3 à 13% des patients migraineux déclaraient prendre des triptans.
- Le paracétamol arrive ensuite en troisième, inclus dans les recommandations sur des bases de moindre niveau de preuve ce qui pourrait expliquer qu'il soit moins prescrit.
- Les opioïdes, la caféine et les AIS étaient très peu prescrits en accord avec les recommandations de l'HAS
- Le tartrate d'ergotamine, bien que recommandé de grade B, n'était que très peu proposé (2.63%) : plusieurs hypothèses peuvent être émises quant à ce résultat, notamment un facteur « mode/tendance » de prescription, un critère d'ancienneté de la molécule et une certaine crainte au vu des effets secondaires.

L'étude FRAMIG 3 (33) a mis en évidence que le principal facteur influençant l'utilisation d'un traitement de crise recommandé est la consultation médicale, c'est-à-dire que si le patient consulte, il a de fortes chances de se voir allouer un traitement selon les dernières recommandations, comme le montrent nos résultats.

Pour les consignes accompagnant les prescriptions d'un traitement de crise, la quasi-totalité des médecins, soit 96% de notre échantillon, donne l'information d'un délai bref de la prise médicamenteuse par rapport au début des symptômes de la crise, comme le préconise l'HAS (2).

La moitié des médecins généralistes conseille également de prendre une posologie en fonction de l'intensité des crises alors que les posologies sont fixées par les AMM. Seuls 7 médecins donnaient comme consigne de répéter systématiquement la prise : cette attitude adaptée permettrait d'éviter les CCQ.

Les autres propositions avancées par les répondants étaient également proches des recommandations avec : possibilité d'en prendre un 2^{ème} deux heures après si besoin maximum 2 fois par jour pour les triptans, recherche de facteur déclenchant, variation des antalgiques, passage rapide au 2^{ème} traitement si le premier n'est pas efficace, association possible triptan et AINS.

La place annexe réservée à la prise en charge de la migraine en médecine générale ressort également dans le moment dévolu à l'évaluation du traitement de crise : tout comme pour le diagnostic, la question est abordée lors d'une consultation pour un autre motif pour 71% des médecins interrogés. Ceci conforte la tendance à la sous-médicalisation de la migraine (2) (4). Seul un tiers des répondants prévoit une consultation d'évaluation d'emblée et le contact téléphonique était utilisé par un médecin sur 5: cela pourrait venir du mode d'exercice de la médecine générale libérale peu compatible avec la prise de rendez-vous à l'avance, de la responsabilisation des patients par leur médecin traitant ou du peu d'intérêt porté à l'évaluation d'un tel traitement.

Enfin, 10% des praticiens interrogés n'effectuaient aucune vérification de l'efficacité du traitement de crise précédemment prescrit.

On peut ainsi insister sur les questions préconisées dans les recommandations HAS (2) pour l'efficacité des traitements de crise : soulagement significatif 2 heures après la prise, tolérance du traitement, nécessité d'une seule prise médicamenteuse et reprise normale et rapide des activités sociales, familiales et professionnelles. Ces critères simples d'évaluation permettant l'adaptation du traitement pourraient donc bénéficier d'une meilleure diffusion et d'une meilleure utilisation par les médecins généralistes.

En résumé, comme l'ont stipulé Ferrari et al. (11), le traitement idéal pour le patient est de trouver le médicament qui nécessite une seule prise pour faire cesser la crise à 2 heures et pour au moins 24 heures.

Dans les recommandations, il est précisé qu'une amélioration de 50% des symptômes est critère de bonne efficacité du traitement. L'inefficacité des traitements de crise était jugée principalement sur l'absence de reprise des activités et sur la plainte du patient : ceci démontre une certaine écoute/empathie avec conscience du handicap occasionné par la crise alors que la raison principale d'instauration d'un traitement était l'intensité de la douleur.

La moitié des praticiens justifie l'inefficacité d'un traitement par la persistance des signes associés et la répétition des prises du traitement. Seulement 56% considèrent une

amélioration des signes inférieure à 50% comme preuve de l'inefficacité d'un traitement. Environ un quart en attend une amélioration à plus de 75% pour juger un traitement comme efficace.

Du côté des attentes des patients, différentes études (35) (36) ont montré que ceux-ci souhaitent un traitement de crise offrant un soulagement rapide et complet de la douleur sans récurrence. L'absence de symptômes associés et d'événements indésirables est aussi importante pour les patients.

EN RESUME:
- Traitement de crise instauré quand migraine bien reconnue et crises de forte intensité
- Bonne utilisation des différentes molécules du traitement de crise
- Bonne assimilation de l'importance de la précocité de la prise du traitement
- Place annexe de l'évaluation de l'efficacité du traitement : communication sur les 4 questions de l'HAS
- Bonne prise en compte du handicap généré par les crises dans les critères d'inefficacité du traitement en aigu

4.1.4 Prise en charge du traitement de fond

De façon générale dans notre étude, les critères recommandés d'instauration d'un traitement de fond sont bien suivis, à savoir : fréquence et intensité des crises, handicap familial, social et professionnel et consommation de 6 à 8 prises de traitement de crise par mois depuis 3 mois (2). Le seuil de consommation de médicaments de crise est abaissé à 4 prises par mois au Royaume-Uni (37). Cependant, les médecins généralistes auraient tendance à traiter pour des seuils inférieurs en comparaison avec les spécialistes neurologues (15).

Par ailleurs, une thérapie préventive est également justifiée quand il existe un usage abusif des traitements de crise avec risque de Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ) ou des troubles contre-indiquant l'utilisation des molécules de traitement de la crise d'où l'intérêt de rechercher les comorbidités associées (pathologies vasculaires par exemple) (38).

L'Académie Américaine de Neurologie (13) va même plus loin en suggérant comme indications de traitement de fond : les préférences des patients, l'aspect économique avec le rapport des coûts des thérapeutiques de crise et de prévention, et des conditions pathologiques non communes (migraine hémiplégique, migraine basilaire, migraine avec aura prolongée et infarctus migraineux).

La fréquence des crises était dans notre étude le principal critère d'indication de traitement de fond tout comme dans la littérature (81% des omnipraticiens mais aussi des neurologues (15)).

Enfin, les médecins de notre enquête incluaient à presque 70% le retentissement comme critère de thérapeutique préventive, et ont ainsi bien compris que ce traitement pourrait améliorer significativement les capacités fonctionnelles et la qualité de vie perçue, comme le présente une étude italienne avec cependant des réserves sur la méthodologie (pas de placebo ni de groupe contrôle) (39).

Néanmoins, il existe un paradoxe car une étude française a montré qu'un grand nombre de médecins (généralistes et neurologues) prenait comme critère principal d'évaluation l'amélioration de la qualité de vie du patient alors qu'un faible pourcentage indiquait le retentissement fonctionnel comme critère principal d'indication du traitement de fond (15), ce qui ne semble pas être le cas d'après nos résultats. Il existe un décalage entre la période purement algique de la crise migraineuse et la période de retentissement sur les activités de la vie quotidienne : cette altération globale de la qualité de vie ne serait donc pas prise en charge si la prescription médicale n'est que purement antalgique.

Pour le recours au spécialiste, un praticien sur 10 a signalé faire appel fréquemment voire systématiquement à un confrère pour la gestion de la thérapeutique préventive. La plupart soit 68.42% se classe dans la catégorie « parfois ». Ces résultats montrent que les médecins généralistes se sentent capables d'instaurer un traitement de fond et d'effectuer le suivi du patient.

Les situations de demande d'avis spécialisé étaient principalement la sémiologie atypique de la migraine (et donc doute sur le diagnostic) et l'échec du traitement (préventif ou de crise). En cela, l'échantillon étudié correspondait à ce qui avait été mis en évidence dans la littérature, à savoir que la prise en charge était effectuée par un spécialiste quand il existait une incertitude diagnostique ou des difficultés thérapeutiques (5). En revanche, on peut se poser la question du type de spécialité impliquée puisque notre questionnaire ne précisait pas s'il s'agissait d'un neurologue, d'un médecin en centre de douleur ou autre.

Une étude française (15) (16) a parallèlement montré qu'il n'existait pas de différence significative entre médecins généralistes et neurologues français en ce qui concerne les principes généraux du traitement de fond de la migraine.

Concernant les différentes molécules utilisées en traitement de fond, nous avons pu noter une nette prépondérance des beta-bloquants sachant qu'ils sont inclus dans les recommandations avec un fort niveau de preuves (2). Bien qu'aucun de ces traitements n'ait montré de supériorité d'efficacité (2), les beta-bloquants sont donc très largement prescrits.

Un tiers des médecins interrogés a déclaré prescrire dans cette indication la DHE alors que son efficacité n'est pas confirmée dans les études selon les recommandations (2). On retrouve ensuite dans une moindre mesure les molécules Oxétorone et Amitriptyline, sans doute moins connues des médecins généralistes. Enfin, le valproate de sodium n'était prescrit que par 7.89% des médecins, sachant qu'il est recommandé de ne l'utiliser qu'en seconde intention (2).

On peut penser que les beta-bloquants sont les plus fréquemment prescrits du fait d'une meilleure connaissance de ces molécules par les médecins généralistes. En effet, comme le précise la revue Prescrire (38), lors de l'instauration d'un traitement préventif, il est important de bien peser la balance bénéfico-risque et de donner une information la plus claire possible sur l'efficacité attendue et les effets secondaires potentiels. Selon une enquête parue en 2000 (15) évaluant les attitudes de prescription d'un traitement de fond par les généralistes et neurologues français, 37% des médecins choisissaient les beta-bloquants souvent et 72% les dérivés ergotés souvent. Dans cet article, les résultats montraient également une utilisation

majoritaire de la DHE (première pour les médecins généralistes, deuxième pour les neurologues), ce qui diffère là aussi de nos résultats et montre depuis cette étude une bonne communication sur l'absence de supériorité de cette molécule.

En somme, le recours au spécialiste est utile pour le diagnostic et parfois la thérapeutique. La prise en charge de la plupart des patients ne semble pas le nécessiter. Il semble cependant important de mettre en avant l'intérêt de l'évaluation d'une efficacité des traitements (de crise ou préventif). Cette évaluation passe par le recueil de l'effet sur les crises et la qualité de vie des patients, et par les quatre questions de l'HAS. Cette prise en charge du retentissement fonctionnel pourrait par exemple se généraliser à l'aide de fenêtres de suivi intégrées aux logiciels médicaux...

EN RESUME :
- Bonne application des critères d'indication d'un traitement de fond : principalement fréquence des crises et retentissement fonctionnel
- Recours non systématique au spécialiste pour prise en charge de la chronicité : principalement dans les situations atypiques (doute diagnostic et/ou échec du traitement)
- Utilisation majeure des beta-bloquants de façon adaptée aux recommandations, DHE toujours prescrite bien que n'ayant pas démontré d'efficacité, peu d'autres molécules sont employées : nécessité d'une communication sur ces autres thérapies préventives ?
- Question de l'évaluation du traitement : fenêtres de suivi dans logiciels médicaux ?

4.1.5 Evaluation de la qualité de vie des patients

Une étude de 2005 (40) avait retrouvé une proportion de 30% de médecins qui signalaient ne pas évaluer la qualité de vie chez le patient migraineux et aucun n'avait recours aux questionnaires d'évaluation de la qualité de vie. La plupart de nos répondeurs adopte la bonne attitude thérapeutique, mais reconnaît qu'il y a des possibilités d'amélioration de cette prise en charge au niveau du retentissement fonctionnel de la pathologie. Ceci va également dans le sens de nos résultats puisque l'échelle MIDAS, citée comme outil d'évaluation de référence (41) n'était citée par aucun des répondants. On peut donc s'interroger sur le manque d'information ou de communication à propos de ces échelles.

Cependant, nous avons retrouvé dans la littérature que la majorité des neurologues aux Etats-Unis n'utilise pas non plus les outils validés comme MIDAS (67% des neurologues interrogés ne l'utilise pas) ou HIT-6 (95% des neurologues interrogés ne l'utilise pas) et que seulement 2% ont exprimé un intérêt pour en apprendre plus sur ces outils (42). Ceci met en doute la faisabilité de ces tests en consultation voire leur intérêt en dehors des études. La question de l'absence d'information des praticiens pouvait aussi se poser pour l'agenda de crises utilisé par moins de la moitié des médecins inclus alors qu'il est intégré dans les recommandations. En revanche, la quasi-totalité se fonde sur l'écoute du patient et son ressenti : la communication « non dirigée » reste donc prépondérante dans l'évaluation globale du patient, comme le souligne une étude française (5).

Dans notre étude, pour plus de 90% des répondants le retentissement des crises migraineuses est évalué par la consommation de médicaments antimigraineux, ainsi que par l'efficacité des traitements sur la douleur et sur le nombre de crises. Pour ce qui est du retentissement sur la vie quotidienne, les médecins inclus étaient plus sensibilisés à l'interférence sur la vie professionnelle que sur la vie familiale et les loisirs : on peut émettre l'hypothèse qu'il existerait en effet un moyen pour eux d'agir dans ce domaine par la délivrance d'arrêt de travail. Ceci pourrait être amélioré en utilisant les échelles HIT 6 ou MIDAS, pour obtenir une image raisonnable de comment la migraine affecte la qualité de vie de leurs patients et sélectionner un plan de traitement optimal (14). Cependant ces questionnaires mesurent le handicap en relation seulement avec les crises et pas en termes de souffrance intercritique.

Sur le plan des comorbidités, un terrain psychiatrique était recherché par plus de 2/3 des médecins : toutefois, il est parfois difficile de distinguer retentissement émotionnel de la migraine et comorbidité psychiatrique intrinsèque (1). Cependant, si le vécu des crises douloureuses peut être affecté par cette comorbidité, ni la fréquence des consultations, ni les interactions médicamenteuses, ni la prise en charge thérapeutique spécifique ne viennent interférer avec la prise en charge de la migraine elle-même (21).

Pour ce qui est des autres comorbidités, la présence de facteurs cardiovasculaires était citée dans 67% des cas : ceci montre que les praticiens étaient attentifs aux éventuelles contre-indications aux triptans, et aux effets possibles des beta-bloquants.

Les autres domaines mentionnés concernaient soit les diagnostics différentiels pour ce qui est des pathologies ophtalmologiques et rhumatologiques (cervicalgies associées) soit les facteurs déclenchants (« hormonal »). La prise de contraceptif oestroprogestatif apparaissait également.

Quant aux besoins pour l'amélioration de la prise en charge de leurs patients, les médecins interrogés étaient demandeurs de formations sur des thérapies non médicamenteuses dans 55% des cas. Ces méthodes ont déjà montré qu'elles pouvaient être efficaces mais il s'agissait d'études à faible niveau de preuves (2) (37). Elles présentent toutefois un aspect intéressant : celui d'une balance bénéfice-risque favorable étant donné l'absence d'effet indésirable. Cela souligne également le fait que les médecins ont confiance dans leurs connaissances sur la prise en charge médicamenteuse de la migraine.

Par ailleurs, près d'un praticien sur 2 pensait qu'un programme d'éducation pour les patients migraineux serait utile pour améliorer leur qualité de vie. Ainsi un programme a été expérimenté aux Etats-Unis (43) : le Mercy Migraine Management Program (MMMP). Il s'agissait d'un programme d'éducation de 2 heures portant sur 4 concepts : l'impact de la reconnaissance du diagnostic, le bénéfice d'une intervention précoce sur la crise par un traitement spécifique, une stratégie de prévention efficace et la gestion non pharmacologique de la maladie migraineuse. L'acquisition de connaissances par les patients apporterait une meilleure confiance dans la capacité à gérer leur migraine et donc diminuerait leur anxiété. Ceci pourrait alors réduire l'impact fonctionnel de la migraine.

En revanche, seulement 1 médecin généraliste sur 5 souhaitait un complément de formation, les autres estimant probablement que les moyens mis à leur disposition étaient suffisants. Enfin les échelles de qualité de vie et les fiches-conseils patients récoltaient 37 et

38% des suffrages : ce mode d'évaluation serait donc peu connu des médecins généralistes, qui le voient peut-être comme pas encore « à la mode ». Il se pourrait aussi qu'ils soient suffisamment satisfaits de leur appréciation de la qualité de vie et craignent un moyen d'évaluation trop standardisé.

Une bonne stratégie serait donc d'éduquer les patients, d'initier une thérapie précocement et d'évaluer l'efficacité du traitement (14) (37). Il serait utile de retravailler sur chacun de ces trois éléments en proposant une communication sur le maintien de la formation médicale continue, sur des outils de consultation existant comme l'agenda de crises et les échelles de qualité de vie. Des moyens informatiques type site internet d'information des patients ou fenêtre de suivi automatique dans les logiciels médicaux seraient également intéressants à étudier.

Ainsi, l'évaluation de l'efficacité du traitement devra rendre compte du quotidien du patient. Tout cela se jouera sur une consultation et sur la programmation d'un suivi adapté. Mais pour cela le praticien doit saisir l'opportunité du premier contact au cabinet. Ceci semble difficile car la migraine est le plus souvent une requête annexe et la consultation suivante est rarement programmée.

EN RESUME :
- Satisfaction partielle des médecins interrogés quant à l'évaluation de la qualité de vie des patients migraineux
- Non utilisation d'échelles validées : manque d'information ? manque d'intérêt ?
- Evaluation principalement sur l'écoute du patient et sur la consommation médicamenteuse
- Retentissement professionnel plus recherché que l'impact familial ou l'interférence sur les loisirs.
- Attentes principales des praticiens : formations sur thérapies non médicamenteuses et programme d'éducation des patients.

4.2 Analyse des résultats retrouvés aux urgences

L'épidémiologie des cas de migraine recensés aux urgences du CHU de Grenoble était en accord avec les chiffres nationaux : âge moyen plutôt jeune et prédominance féminine. 63% des patients migraineux consultant aux urgences présentaient une migraine avec aura : on peut alors penser que les symptômes de l'aura sont plus inquiétants pour le patient et l'amènent donc à consulter rapidement. De même, le taux d'hospitalisation pourrait s'expliquer par des crises plus sévères et donc plus difficiles à gérer à domicile pour le patient de par l'anxiété générée.

Le diagnostic codé CCAM de migraine était environ 6 fois moins fréquent que celui de « céphalées sans précision » : cela venait peut-être du fait que dans le logiciel DMU le code CCAM de la pathologie migraineuse est moins accessible que celui des céphalées et que la démarche de clôture du dossier en est ainsi allongée. On peut ainsi se poser la question de savoir si le diagnostic est codé quand l'avis neurologique a confirmé la migraine. Cette demande d'avis spécialisé confirme les données d'un travail précédent (44) dans ce même service mettant en évidence la difficulté d'élimination d'une étiologie secondaire. La possibilité d'une cause secondaire fait réfléchir sur l'intérêt d'examen complémentaires et d'une surveillance particulière des patients, ceci allongeant la durée d'hospitalisation.

En ce qui concerne les sorties en externe, nous avons pu constater que là aussi, tout comme chez les médecins généralistes, les traitements de crise prescrits étaient en accord avec les recommandations, bien que les triptans soient peu représentés. Cependant, ceci pourrait s'expliquer du fait de la forte proportion de diagnostics de migraine avec aura aux urgences et de la non-indication des triptans lors de l'aura.

Enfin, ce qu'il faut retenir de cette analyse est le nombre d'examen d'imagerie prescrits à la sortie des patients : la réalisation d'une imagerie pourrait avoir un effet « anxiolytique » pour le patient *et* le médecin et ainsi répondre aux avis spécialisés et autres interrogations.

En somme, nous n'avons pas constaté de différence majeure entre les prises en charge libérale et d'urgence. Le recours au spécialiste semble plus fréquent, sans doute de par l'atypie des crises des patients se présentant aux urgences et par la disponibilité de neurologues au CHU.

4.3 Devenir/propositions

Les recommandations de l'HAS publiées en 2002 (2) sont donc globalement bien suivies par les médecins généralistes de notre étude en matière de prise en charge de crise et de fond. Par ailleurs, le texte de ces recommandations se termine par la notion d'actualisation à 5 ans compte tenu de l'évolution thérapeutique. Qu'en est-il aujourd'hui ?

L'étude FRAMIG 3 en 2004 (33) avait ensuite mis en évidence des facteurs pouvant influencer la poursuite d'un suivi médical par les patients : il s'agissait en premier lieu des caractéristiques du premier contact médical. Ainsi, 3 critères ont été désignés comme déterminants : l'annonce du diagnostic de migraine lors de la première consultation, la prescription d'un traitement spécifique de crise et/ou de fond et la satisfaction du sujet de cette première consultation. Notre travail ne s'orientait pas sur ce premier contact pour migraine, il serait potentiellement intéressant d'analyser comment les praticiens guident cette consultation.

De plus, les attentes des patients en ce qui concerne les soins et les traitements ont été beaucoup étudiées dans les maladies cardiovasculaires, l'arthrite, l'asthme et le diabète mais peu dans la migraine (18) (19). Aussi ces attentes pourraient-elles également faire l'objet d'un travail ultérieur, bien qu'il semble difficile de les évaluer au vu du sous-diagnostic par les médecins et de l'indifférence des patients pour leur migraine.

L'impact médico-économique de la migraine semble aussi un aspect à prendre en compte dans les prochaines recommandations. En effet, le coût global est faible par patient mais élevé pour la population totale du fait de la prévalence de la migraine. Il convient aussi de distinguer les coûts directs (prise en charge et traitement de la maladie), des coûts indirects (perte de productivité professionnelle causée par la maladie : absentéisme, réduction de productivité, non-emploi par mise en invalidité ou retraite anticipée) et des coûts intangibles (souffrance du patient, réduction de qualité de vie du fait de la pathologie). La migraine touchant une population professionnellement active, les répercussions économiques en termes d'absentéisme et de productivité ne semblent pas négligeables. Il reste toutefois difficile d'apprécier ce que coûte la migraine, la plupart des études étant transversales et rétrospectives. Les médicaments de la migraine comptent peu dans les coûts médicaux du fait de la fréquence de l'automédication. Bien que plus chers que les médicaments non spécifiques, les triptans ont un bon ratio coût/efficacité et améliorent ainsi la productivité.

Ceci pourrait être un argument pour leur utilisation en première intention dans les crises modérées à sévères. Cependant, les recommandations actuelles en France préconisent les AINS en première intention, l' aspect socio économique sera donc à prendre en compte pour la révision de ces recommandations (45).

4.4 Limites de notre étude :

4.4.1 Liées au design de l'étude :

Il s'agissait d'une enquête déclarative et rétrospective donc à faible niveau de preuves.

4.4.2 Liées au questionnaire/mode de recueil :

Malgré une validation auprès de différents praticiens, on peut se poser la question de la bonne formulation des questions, certains répondants ayant précisé dans les commentaires ne pas avoir compris le sens de certains items.

Par ailleurs, nous pensions que cette méthode assurait l'anonymat des réponses mais certains médecins ont donné leurs coordonnées dans les commentaires afin de bénéficier des résultats de cette étude.

Enfin, le principe de l'auto-évaluation reste subjectif et influencé par l'envie de bien faire.

4.4.3 Liées à l'échantillonnage :

On peut également s'intéresser à l'échantillon proposé par l'URPS : l'anonymat concernant cet échantillon ne permettait pas de savoir à qui correspondent les médecins ayant reçu le questionnaire. En effet, parmi eux, certains ont répondu qu'ils étaient en retraite ou n'exerçaient que l'homéopathie. On peut donc se demander par quels moyens nous aurions pu améliorer cet échantillon.

De plus, on peut penser que seules les personnes que le sujet intéressait ont répondu car le questionnaire est soumis au volontariat. Ce procédé sélectionne aussi ceux qui souhaitent améliorer leur pratique.

4.4.4 Pourquoi si peu de participation :

Plusieurs raisons peuvent expliquer le faible taux de participation parmi lesquelles la sollicitation importante des médecins pour les travaux de thèse. Certains ont aussi pu penser qu'il s'agissait d'évaluer leurs connaissances. Le questionnaire a donc pu être perçu comme une « auto-critique » et ainsi gêner certains praticiens.

4.4.5 Ouverture

Malgré ce type de limites, notre étude a cependant permis de montrer une bonne adéquation des pratiques avec les recommandations de l'HAS. Nos résultats mettent également en avant l'intérêt d'une formation ciblée ou de la mise à disposition d'outils de suivi des céphalées sous forme d'agenda de crises ou de fenêtres pop-up de suivi dans les logiciels médicaux. Ainsi, l'évaluation de la fréquence et du retentissement des crises permettrait l'ajustement des thérapeutiques de crise et préventive. Enfin, des mesures de communication sur la maladie migraineuse auprès de la population générale favoriseraient la demande auprès du médecin traitant et donc le diagnostic de migraine.

CONCLUSIONS

Thèse soutenue par : Marie POPIER

TITRE : Prise en charge de la migraine de l'adulte en médecine générale : Evaluation des pratiques thérapeutiques en aigu et en chronique à l'échelle régionale

La migraine est une pathologie bien connue et définie par des critères diagnostiques validés (International Headache Society). Sa physiopathologie fait encore l'objet de différentes théories. Les traitements de crise et de fond ont fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques en 2002. Cependant, l'aspect invalidant de cette maladie semble moins connu et surtout moins reconnu par les professionnels de santé.

Nous avons ainsi réalisé une enquête déclarative et rétrospective auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes afin d'observer leurs pratiques face à la crise, à la chronicité et au handicap généré par la migraine. 76 médecins ont effectivement répondu.

Notre étude retrouve dès lors une utilisation des différentes molécules du traitement de crise en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et une bonne assimilation de l'importance de la précocité de la prise du traitement. Cependant, malgré la prise en compte du handicap généré par les crises dans les critères d'inefficacité du traitement en aigu, son évaluation de manière structurée et reproductible occupe une place annexe. Ceci reste donc un point non suivi des recommandations.

En matière de thérapeutique préventive, nos résultats montrent une prescription en adéquation avec les critères recommandés d'indication d'un traitement de fond : principalement fréquence des crises et retentissement fonctionnel. La molécule la plus prescrite est un beta-bloquant. Viennent ensuite de la dihydroergotamine (non validée), l'oxétorone et l'amitriptyline. Un avis spécialisé n'est sollicité que dans les situations de difficulté diagnostique ou d'échec thérapeutique.

Les praticiens interrogés sont partiellement satisfaits de l'évaluation qu'ils font de la qualité de vie de leurs patients migraineux. Aucun ne déclare utiliser une échelle de qualité de vie publiée. Le retentissement fonctionnel est mesuré par la consommation médicamenteuse et par le ressenti exprimé du patient au cours d'une consultation non dirigée. L'aspect le plus recherché par les médecins est le retentissement professionnel. Les comorbidités associées

sont relativement bien dépistées. Les attentes les plus citées sont l'accès à des formations de thérapies non médicamenteuses et des programmes d'éducation pour les patients.

Les pratiques thérapeutiques des médecins semblent donc conformes aux recommandations de l'HAS éditées en 2002. Le retentissement sur la qualité de vie n'est cependant pas étudié de façon structurée par les médecins alors que la migraine peut être très invalidante. Cet élément semble intéressant pour optimiser la prise en charge de cette pathologie chronique. Le développement d'aides pour ce type d'évaluations (implémentation spécifique sur outil informatique de gestion des malades, communication sur la pathologie par exemple) pourrait être une piste à suivre.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 25/9/2012

LE DOYEN

PROFESSEUR J.P ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR F.CARPENTIER

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a vertical stroke.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lantéri-Minet M. Migraine de l'adulte : diagnostic, évaluation et traitement. EMC 2011, Elsevier Masson 5-1131;
2. [Recommendations for clinical practice. Review of diagnosis and treatment of migraine in the adult and child October 2002. Professional recommendations and references: economic evaluation service]. Rev. Neurol. (Paris). 2003 juill;159(6-7 Pt 2):S5-15.
3. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. Neurology. 2007 janv 30;68(5):343-9.
4. Michel P, Pariente P, Duru G, Dreyfus JP, Chabriat H, Henry P, et al. MIG ACCESS: a population-based, nationwide, comparative survey of access to care in migraine in France. Cephalalgia. 1996 févr;16(1):50-55; discussion 4.
5. Fabre N, Nachit-Ouinekh F, Becq J-P, Chastan G, Sénard J-M, El Hasnaoui A. [Migraine in general practice. A French multicenter study]. Rev. Neurol. (Paris). 2005 oct;161(10):949-56.
6. MG.BOUSSER | A.DUCROS | H.MASSIOU. Migraine et céphalées. DOIN; 2005.
7. Pietrobon D, Striessnig J. Neurobiology of migraine. Nat. Rev. Neurosci. 2003 mai;4(5):386-98.
8. Goadsby PJ. The pharmacology of headache. Prog. Neurobiol. 2000 déc;62(5):509-25.
9. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. Pain. 2003 nov;106(1-2):81-9.
10. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24 Suppl 1:9-160.
11. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D} agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. Lancet. 2001 nov 17;358(9294):1668-75.
12. Géraud G, Lantéri-Minet M, Lucas C, Valade D. French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children. Clin Ther. 2004 août;26(8):1305-18.
13. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2000 sept 26;55(6):754-62.
14. Freitag FG. The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks. Clin Ther. 2007 mai;29(5):939-49.
15. Lantéri-Minet M, Alchaar H, Besson G, Billé-Turc F, Bouillat J, Brudon F, et al. [Pharmaco-epidemiological study on the prophylactic treatment of migraine. National inquiry on attitude to prescription practices by primary care physicians and neurologists in France]. Rev. Neurol. (Paris). 2000 déc;156(12):1106-12.
16. Silberstein SD, Winner PK, Chmiel JJ. Migraine preventive medication reduces resource utilization. Headache. 2003 mars;43(3):171-8.
17. Leplege A et Coste J. Mesure de la sante perceptuelle et de la qualite de vie : methodes et applications Editions ESTEM 2001.

18. Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M, Groenen SM, Picavet HS, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study. *Neurology*. 2000 sept 12;55(5):624-9.
19. Solomon GD. Evolution of the measurement of quality of life in migraine. *Neurology*. 1997 mars;48(3 Suppl 3):S10-15.
20. Boardman HF, Thomas E, Millson DS, Croft PR. Psychological, sleep, lifestyle, and comorbid associations with headache. *Headache*. 2005 juin;45(6):657-69.
21. Lantéri-Minet M, Radat F, Chautard M-H, Lucas C. Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management. *Pain*. 2005 déc 5;118(3):319-26.
22. Pompili M, Di Cosimo D, Innamorati M, Lester D, Tatarelli R, Martelletti P. Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk. *J Headache Pain*. 2009 août;10(4):283-90.
23. Nicholson RA, Houle TT, Rhudy JL, Norton PJ. Psychological risk factors in headache. *Headache*. 2007 mars;47(3):413-26.
24. Casez O, Dananchet Y, Besson G. Migraine and somnambulism. *Neurology*. 2005 oct 25;65(8):1334-5.
25. Litaker DG, Solomon GD, Genzen JR. Using pretreatment quality of life perceptions to predict response to sumatriptan in migraineurs. *Headache*. 1997 déc;37(10):630-4.
26. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res*. 2003 déc;12(8):963-74.
27. De Diego EV, Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). *Cephalalgia*. 2005 mars;25(3):184-90.
28. Lucas C, Chaffaut C, Artaz M-A, Lantéri-Minet M. FRAMIG 2000: medical and therapeutic management of migraine in France. *Cephalalgia*. 2005 avr;25(4):267-79.
29. Lipton RB, Stewart WF, Liberman JN. Self-awareness of migraine: interpreting the labels that headache sufferers apply to their headaches. *Neurology*. 2002 mai 14;58(9 Suppl 6):S21-26.
30. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES (Institut de Recherche en Economie de la Santé)
<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en région Rhône-Alpes. Situation au 1er Janvier 2009.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Rhone%20Alpes.pdf?download=1>.
32. Weber M, Daurès JP, Fabre N, Druais PL, Dardenne J, Slama A, et al. [Influence of general practitioners' personal knowledge on migraine in medical attitudes towards their patients suffering from migraine]. *Rev. Neurol. (Paris)*. 2002 avr;158(4):439-45.

33. Lucas C, Géraud G, Valade D, Chautard M-H, Lantéri-Minet M. Recognition and therapeutic management of migraine in 2004, in France: results of FRAMIG 3, a French nationwide population-based survey. *Headache*. 2006 mai;46(5):715-25.
34. Brandes JL. Global trends in migraine care: results from the MAZE survey. *CNS Drugs*. 2002;16 Suppl 1:13-8.
35. Lipton RB, Stewart WF : Acute migraine therapy : do doctors understand what patients with migraine want from therapy? *Headache* 1999; 39(suppl 2): S20-S26.
36. Davies GM, Santanello N, Lipton R. Determinants of patient satisfaction with migraine therapy. *Cephalalgia*. 2000 juill;20(6):554-60.
37. Dowson AJ, Lipscombe S, Sender J, Rees T, Watson D. New guidelines for the management of migraine in primary care. *Curr Med Res Opin*. 2002;18(7):414-39.
38. Prescrire - avril 2006/tome 26 N° 271; 276-281
39. D'Amico D, Solari A, Usai S, Santoro P, Bernardoni P, Frediani F, et al. Improvement in quality of life and activity limitations in migraine patients after prophylaxis. A prospective longitudinal multicentre study. *Cephalalgia*. 2006 juin;26(6):691-6.
40. Duplay F. Evaluation de la qualité de vie du patient migraineux en médecine générale : Etude prospective menée auprès de 43 médecins généralistes du Rhône. FACULTE DE MEDECINE LYON SUD; 2005.
41. Lantéri Minet M, Alchaar H, Besson G et al. The migraine disability assessment (midas) questionnaire : reliability of the frenchversion. *Cephalalgia* 2003; 23 : 750.
42. Purdy RA. Migraine: the doctor-patient link. results of a needs assessment. *Can J Neurol Sci*. 2002 juin;29 Suppl 2:S3-7.
43. Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. *Headache*. 2010 avr;50(4):600-12.
44. Roncoroni C. Les facteurs cliniques prédictifs dans la prise en charge des céphalées aux urgences. Faculté de Grenoble; 2008.
45. lantéri-minet, michel, 'qualite de vie et impact de la migraine' (john libbey eurotext, 2007) -

ANNEXES

Annexe 1 : molécules utilisées en traitement de fond

Annexe 2 : questionnaire adressé aux médecins généralistes

Annexe 3 : courrier accompagnant les questionnaires

Annexe 4 : commentaires laissés par les médecins généralistes interrogés

Annexe 5: différents exemples d'échelles de qualité de vie

Annexe 6 : résultats complets

Annexe 1 : molécules utilisées en traitement de fond

PRINCIPE ACTIF	POSOLOGIE QUOTIDIENNE	EFFETS INDESIRABLES	CONTRE-INDICATIONS
Propranolol Métoprolol Timolol (hors AMM) Aténolol (hors AMM) Nadolol (hors AMM)	40-240 mg 100-200 mg 10-20 mg 100 mg 80-240 mg	Fréquents : asthénie, mauvaise tolérance à l'effort Rares : insomnie, cauchemars, impuissance, dépression	Asthme, insuffisance cardiaque, bloc auriculo-ventriculaire, bradycardies NB : possibilité d'aggravation des migraines avec aura
Oxétorone	60-180 mg (1-3 cp) en une prise le soir	Fréquent : somnolence Rare : diarrhée nécessitant l'arrêt du traitement	-
Amitriptyline	10-50 mg le soir	Sécheresse buccale, somnolence, prise de poids	Glaucome, adénome prostatique
Pizotifène	3 comprimés par jour à doses progressives	Sédation, prise de poids Rares : troubles digestifs, vertiges, douleurs musculaires, asthénie	Glaucome, troubles uréthro-prostatiques
Valproate de sodium (hors AMM)	500-1000 mg	Nausées, prise de poids, somnolence, tremblement, alopecie, atteinte hépatique	Pathologies hépatiques
Méthysergide	2-6 mg (1-3 cp) Arrêt nécessaire 1 mois tous les 6 mois	Fréquents : nausées, vertiges, insomnie Rare : fibrose rétropéritonéale	HTA, insuffisance coronarienne, artériopathies, ulcère gastrique, insuffisance hépatique et rénale
Flunarizine	10 mg (1 cp le soir) Pas plus de 6 mois consécutifs	Fréquents : somnolence, prise de poids Rares : dépression, syndrome extra-pyramidal	Syndrome dépressif, syndrome extra-pyramidal
Gabapentine (hors AMM)	1200-2400 mg	Nausées, vomissements, convulsion, somnolence, ataxie, vertiges	Hypersensibilité à la gabapentine
Indoramine	50 mg/jour	Somnolence, congestion nasale, sécheresse de la bouche, troubles de l'éjaculation	Hypersensibilité à l'un des composants du produit, maladie de Parkinson, insuffisance cardiaque, hépatique et rénale sévère

D'après Géraud G, Fabre N. Guide pratique des migraines et des céphalées, Paris : MMI ; 2001.

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE

PLACE DE LA MIGRAINE CHEZ L'ADULTE DANS LA PRATIQUE DU MEDECIN GENERALISTE

1- A combien évaluez-vous en termes de fréquence la plainte « céphalées » dans votre activité :

a- Comme motif de consultation par semaine :

b- Comme requête annexe par semaine :

2- Sur ces consultations, à combien estimez-vous le nombre de nouveaux cas de patients migraineux par mois :

FACE A LA MALADIE MIGRAINEUSE : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES

DANS LA CRISE

1- Quelles sont les situations qui vous font préférentiellement instaurer un traitement de la crise ?

- Nombre de crises décrites
- Intensité de la ou des crise (s)
- La présence de signes associés (phonophobie, nausées, vomissements)
- L'âge de survenue
- Durée longue de la crise
- La période du cycle menstruel chez la femme
- La notion d'un facteur déclenchant
- À la demande du patient
- L'affirmation du diagnostic

2- Quelles sont vos habitudes en matière de prescription de traitement de la crise ?

a- en termes de molécules

	Jamais prescrit	Rarement	De façon épisodique	Régulièrement	Très fréquemment
Anti inflammatoires non stéroïdiens					
Anti inflammatoires stéroïdiens					
Paracétamol					
Triptan					
Tartrate d'ergotamine					
Antalgiques morphiniques de palier II					
Antalgiques morphiniques de palier III					
Caféine					
Autres					

b- quels conseils donnez-vous à vos patients lors de cette prescription :

- Posologie adaptée à l'intensité
- Association au repos
- Délai bref de la prise par rapport au début de la crise
- Répétition systématique de la prise à 2 heures
- Association avec un anti-émétique
- Autre :

3 – Comment évaluez-vous l'efficacité de ce traitement de la crise :

a- Par quel (s) moyen (s) :

- Consultation prévue d'emblée pour ce motif
- Contact téléphonique
- A l'occasion d'une consultation annexe (patient venant pour un autre motif)
- Pas de vérification
- Autre ; précisez :

b- Sur quel(s) critère(s) jugez-vous ce traitement de crise inefficace ?

- Plusieurs prises médicamenteuses au cours de la même crise
- La récurrence d'une même crise (c'est-à-dire si la période libre de douleur est inférieure à 4 h)
- L'absence de reprise des activités habituelles (professionnelles, familiales ou de loisirs)
- L'absence d'amélioration des signes associés (phonophobie, nausées, vomissements)
- L'amélioration partielle de la douleur (moins de 50% d'amélioration)
- L'amélioration partielle de la douleur (moins de 75% d'amélioration)
- La demande du patient pour renouvellement de son traitement
- La plainte du patient (« le traitement ne marche pas »)

SUR LA CHRONICITE DE LA MALADIE

4- Quelles sont vos habitudes par rapport à la mise en place d'un traitement de fond ?

a- sur quels éléments instaurez-vous un traitement de fond ?

- Fréquence des crises
- Retentissement des crises
- Intensité des crises
- Terrain
- Conduites d'évitement
- Consommation d'antalgiques mensuelle
- À la demande du patient

b- pour l'introduction d'un tel traitement, faites-vous appel à un spécialiste :

- Systématiquement
- Fréquemment
- Parfois
- Jamais
- Selon la demande du patient

c- quelles sont les situations où vous recourrez à un spécialiste ?

- Forte intensité des crises
- Échec du traitement
- Sémiologie atypique
- De façon systématique
- À la demande du patient

d- si vous devez instaurer un traitement de fond, quelle(s) molécule(s) choisissez-vous parmi celles-ci ?

- Betabloquant
- Valproate de sodium
- Dihydroergotamine
- Nocertone
- Amitriptyline

RETENTISSEMENT GLOBAL ET QUALITE DE VIE DES PATIENTS MIGRAINEUX

1 - Votre évaluation du retentissement de la migraine sur la qualité de vie de vos patients vous satisfait-elle ?

- Totalement
- Partiellement
- Pas du tout

2 - Comment évaluez-vous ce retentissement ?

a - De quelle(s) façon(s) ?

- Sur le ressenti exprimé du patient
- Par la fréquence de consultation pour ce motif
- Par l'observation d'un agenda des crises
- Par l'échelle de qualité de vie MIDAS
- Autre (précisez)

b - Quel type de retentissement abordez-vous lors des consultations de suivi ? (cases à cocher : de facteur non pris en compte à facteur essentiel, mettre une note de 0 à 4)

	Facteur non pris en compte = 0	1	2	3	Facteur essentiel = 4
Nombre de consultations/passage aux urgences					
Consommation de médicaments antimigraineux					
Efficacité des traitements (de crise et de fond) sur la douleur					
Efficacité des traitements (de crise et de fond) sur le nombre de crises					
Interférence avec la vie familiale					
Interférence avec la vie professionnelle					
Interférence sur les loisirs					

3-Quelle(s) comorbidité(s) recherchez-vous ?

- Psychiatriques
- Cardiovasculaires
- Autres

4 – Pensez-vous pouvoir être aidé par la mise à disposition de :

- Échelles de qualité de vie
- Fiche-conseils
- Programmes d'éducation pour les patients
- Programmes d'éducation pour les praticiens
- Formation sur thérapies non médicamenteuses (relaxation, thérapies cognitivo-comportementales, hypnose)
- Autres (précisez)

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE : un peu d'épidémiologie....

1- Exercez-vous une activité :

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine

2 – Exercez-vous en cabinet de groupe :

- Oui
- Non

3 – Depuis combien d'années êtes-vous installé :

4 – Etes – vous :

- Un homme
- Une femme

5 – Etes-vous migraineux vous-même ?

- Oui
- Non

MERCI DE VOS REPONSES

Commentaires éventuels :

Annexe 3 : courrier accompagnant les questionnaires

Bonjour,

Actuellement médecin remplaçant en médecine générale sur la région grenobloise, j'ai pour objectif de réaliser ma thèse sur la prise en charge de la migraine en médecine générale et plus précisément sur l'évaluation de la qualité de vie des patients par les praticiens.

En effet, les données de la littérature montrent une prévalence et un impact fonctionnel importants de la migraine parmi la population générale.

Cet aspect étant peu enseigné à la faculté, il m'a paru intéressant de l'évaluer en pratique quotidienne ambulatoire.

Pour cela, nous avons réfléchi avec mon directeur de thèse (Dr CASEZ Olivier, Service de Neurologie Générale, CHU Grenoble) à un questionnaire adressé aux médecins généralistes de la région Rhône-Alpes et demandé à l'URPS de le faire parvenir par mail.

Les résultats de cette étude seront bien entendu à votre disposition si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance de prendre part à ce travail,

Cordialement,

Annexe 4 : commentaires laissés par les médecins généralistes interrogés

« Je pense que pour interpréter la fréquence des consultations pour le motif "céphalée" ou "migraine", il aurait été judicieux de demander le nombre de 1/2 journées travaillées en cabinet de médecine générale par le médecin interrogé (pour ma part: 6 demi-journées par semaine) »

« Bon courage pour la suite, j'espère que nous aurons des retours! »

« "Maladie " passée de mode remplacée par d'autre pathologies douloureuses, canal carpien; TMS »

« Je n'ai pas bien saisi la tournure de la question 1 sur le retentissement. »

« je n'ai pas coché que je souhaiterais des formations sur les techniques non médicamenteuses de ttt de la migraine, non par manque de curiosité intellectuelle ni de manque de conviction de leur efficacité potentielle, bien au contraire mais car je suis convaincue, dans la migraine ou toute autre application, qu'une ""formation aux techniques non médicamenteuse type TCC, hypnose, etc"" ne peut être proposée à des MG libéraux à moins qu'ils souhaitent pleinement s'investir ds ce domaine, et cela ne peut se faire décemment en une petite formation de qq heures ou jours... Par ailleurs, je refuse de me former ds ces techniques car elles ne sont pas rémunérées, très chronophages, et bien mieux réalisées par des psychologues récemment formés et éprouvés par eux. A chacun son job! »

« JE PRATIQUE DE L HYPNOSE AVEC BON RESULTAT »

« Pour info j'ai fait ma thèse sur la migraine et la prise en charge de la qualité de vie du migraineux en 2005 Lyon 1. Vous l'avez lu ? »

« Je veux bien savoir les résultats de votre thèse: Dr GOIRAND-ODEON 57 route d'Heyrieux 69800 St Priest merci »

« Quel est votre objectif? Tester les connaissances du médecin ? Améliorer la prise en charge du patient? »

« C'est une consultation qui prend du temps en particulier pour éviter de prescrire des examens inutiles, mais aussi pour ne pas passer à coté d'autre chose....et on peut aussi avoir des migraines et une autre pathologie associée, une tumeur de l'HTA, des névralgies

d'Arnold..... Bref il faut qu'on fasse notre job... (Et pas seulement avec un soucis ""protocolaire"") »

« la question sur les situations qui font prescrire me parait mal formulée, en tous cas je n'ai pas compris l'item ""confirmation du diagnostic" d'ou la question => Comment avez vous validé votre questionnaire ? »

« bon courage pour votre thèse, c'est un sujet bien choisi et très intéressant pour notre pratique de tous les jours. En espérant que cela pourra vous aider ,en attendant d' avoir les résultats de cette étude. Cordialement Dr ROUCHOUSE »

« Merci de me faire parvenir vos résultats et bon courage pour la fin de votre travail »

« Médecin du sport => migraines d'effort, betabloquants »

Annexe 5: différents exemples d'échelles de qualité de vie

ECHELLE QVM (Richard,1993)

Durant les 3 derniers mois, à quel point votre vie a-t-elle été perturbée :

1. parce que vos crises de migraine ont été douloureuses ?
2. parce que vos crises de migraine ont duré longtemps ?
3. parce que vos crises de migraine ont été fréquentes ?
4. parce que vous avez eu d'autres troubles dus à la migraine (gêne à la lumière ou au bruit, nausées, vomissements...)?
5. parce que vous avez dû consulter un médecin pour votre migraine ?
6. parce que vous avez dû éviter certaines choses ou activités à cause de votre migraine (exemple : boire de l'alcool, fumer ou aller dans des lieux enfumés, manger certains aliments, se coucher ou se lever tard, voyager, faire du sport...)?
7. par le traitement de votre migraine ?
8. par la crainte d'avoir une crise de migraine ?
9. par le sentiment d'être différent des autres à cause de votre migraine ?
10. par le sentiment d'être mal compris à cause de votre migraine ?
11. par un sentiment de tristesse dû à votre migraine ?
12. par une irritabilité due à votre migraine ?
13. par une perte d'énergie, une fatigue due à votre migraine ?

Durant les 3 derniers mois, à quel point votre migraine a-t-elle perturbé :

14. votre travail ?
15. vos activités quotidiennes ?
16. vos relations avec votre famille, votre entourage, vos amis ?
17. votre activité sexuelle ?
18. votre sommeil ?
19. votre alimentation ?
20. vos loisirs ?

Modalités de réponse :

1. Pas du tout
2. Un peu
3. Modérément
4. Beaucoup
5. Enormément

ECHELLE MIDAS (Lantéri-Minet, 2003)

Instructions : nous vous demandons de répondre aux questions suivantes sur toutes les céphalées dont vous avez souffert pendant les 3 derniers mois. Indiquez la réponse dans la case prévue en regard de chaque question.

Indiquez 0 si :

- La question ne s'applique pas pendant les 3 mois
- L'activité ne vous concerne pas pendant ces 3 mois

1. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois n'avez-vous pas pu vous rendre à votre travail ou à l'école à cause de vos céphalées ?

.... Jours

2. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois votre rendement professionnel ou scolaire a-t-il été réduit de moitié ou davantage par vos céphalées ? (ne pas inclure les journées d'absentéisme professionnel ou scolaire visées par la question 1)

.... Jours

3. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois n'avez-vous pas accompli vos tâches domestiques à cause de vos céphalées ?

.... Jours

4. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois votre activité domestique a-t-elle été réduite de moitié ou davantage par vos céphalées ? (ne pas inclure les journées de non activité domestique visées par la question 3)

...jours

5. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois avez-vous dû renoncer à des activités familiales, sociales ou récréatives à cause de vos céphalées ?

...jours

TOTAL (questions 1 à 5) :jours

A. Pendant combien de journées au cours des 3 derniers mois avez-vous souffert de céphalées ? (si un épisode de céphalées a duré plus d'une journée, comptez chaque journée)

....jours

B. Sur une échelle de 0 à 10, quel score moyen de gravité attribuez-vous à ces céphalées ? (0 équivaut à l'absence de douleur, et 10 à la douleur la plus intense)

ECHELLE GÉNÉRIQUE SF-36 (Leplège et al., 1995)

1. En général, diriez-vous que votre santé est : (cochez ce que vous ressentez)

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Satisfaisante
- Mauvaise ?

2. Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ? (cochez ce que vous ressentez)

- Bien meilleure qu'il y a un an
- Un peu meilleure qu'il y a un an
- A peu près comme il y a un an
- Un peu moins bonne qu'il y a un an
- Pire qu'il y a un an

3. Pourriez-vous vous livrer aux activités suivantes le même jour ? Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? Cochez entre oui, très limité, oui, plutôt limité, pas limité du tout

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

d. Monter plusieurs étages à la suite.

e. Monter un seul étage.

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

h. Marcher plus de 500 mètres.

i. Marcher seulement 100 mètres.

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller

4. Au cours de quatre dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (mettez oui ou non à chaque ligne)

- Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?
- Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?
- Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?
- Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort ?

5. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (mettez oui ou non à chaque ligne)

- Limiter le temps passé au travail ou à d'autres activités ?

- Faire moins de choses que vous n'espérez ?

- Ces activités ont-elles été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?

6. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état physique ou mental a-t-il perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ? Pas du tout/très peu/assez fortement/énormément

7. Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des quatre dernières semaines ?

Pas du tout/très peu/assez fortement/énormément

8. Au cours des quatre dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

Pas du tout/un peu/modérément/assez fortement/énormément

9. Ces neuf questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti : tout le temps/très souvent/parfois/peu souvent/jamais.

Comment vous sentiez-vous au cours de ces quatre dernières semaines ?

a. Vous sentiez-vous très enthousiaste ?

b. Etiez-vous très nerveux ?

c. Etiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

d. Vous sentiez-vous au calme, en paix ?

e. Aviez-vous beaucoup d'énergie ?

f. Etiez-vous triste et maussade ?

g. Aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

h. Etiez-vous quelqu'un d'heureux ?

i. Vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

10. Au cours des quatre dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

Tout le temps/très souvent/parfois/peu souvent/ jamais

11. Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

Réponse par tout à fait vrai/assez vrai/ne sais pas/plutôt faux/faux

a. Il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

b. Ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

c. Je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

d. Mon état de santé est excellent.

ECHELLE HIT-6 (Bayliss et al., 2003)

1. Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?

Jamais/rarement/de temps en temps/très souvent/tout le temps

2. Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?

Jamais/rarement/de temps en temps/très souvent/tout le temps

3. Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?

Jamais/rarement/de temps en temps/très souvent/tout le temps

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?

Jamais/rarement/de temps en temps/très souvent/tout le temps

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, avez-vous éprouvé un sentiment de « ras-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?

Jamais/rarement/de temps en temps/très souvent/tout le temps

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?

Jamais/rarement/de temps en temps/très souvent/tout le temps

Annexe 6 : résultats complets

Activité : Rurale : 10/76 = 13.16% Semi rurale : 35/76 = 46.05% Urbaine : 31/76 = 40.79%

Cabinet de groupe : Oui : 47/76 = 61.84% Non : 29/76 = 38.16%

Années d'installation : moyenne = 16.99, médiane = 17.5

Sexe : Homme : 39/76 = 51.32% Femme : 37/76 = 48.68%

Migraineux : Oui : 22/76 = 28.95% Non : 54/76 = 71.05%

Motif consultation : Moyenne = 3.93, médiane = 3

Requête annexe : Moyenne = 5.5, médiane = 5

Nouveaux cas/mois : moyenne = 2.36, médiane = 1

Instauration traitement de crise

- Nombre de crise : 47/76 = 61.84%
- Intensité : 61/76 = 80.26%
- Signes associés : 39/76 = 51.32%
- Age de survenue : 3/76 = 3.95%
- Durée longue de la crise : 32/76 = 42.11%
- Cycle menstruel : 17/76 = 22.37%
- Facteur déclenchant : 8/76 = 10.53%
- Affirmation diagnostic : 42/76 = 55.26%
- A la demande : 23/76 = 30.26%

Molécules en traitement de crise : jamais/rarement = 0, épisodique = 1, régulièrement/très fréquemment = 2

- AINS : 0 = 6/76 = 7.89%, 1 = 5/76 = 6.58%, 2 = 65/76 = 85.53%
- AIS : 0 = 69/76 = 90.79%, 1 = 2/76 = 2.63%, 2 = 5/76 = 6.58%
- Paracétamol : 0 = 16/76 = 21.05%, 1 = 14/76 = 18.42%, 2 = 46/76 = 60.53%
- Triptan : 0 = 4/76 = 5.26%, 1 = 19/76 = 25%, 2 = 53/76 = 69.74%
- Tartrate d'ergo : 0 = 68/76 = 89.47%, 1 = 6/76 = 7.89%, 2 = 2/76 = 2.63%
- Morph palier II : 0 = 50/76 = 65.79%, 1 = 18/76 = 23.68%, 2 = 8/76 = 10.53%
- Morph palier III : 0 = 73/76 = 96.05%, 1 = 3/76 = 3.95%, 2 = 0/66 = 0%
- Caféine : 0 = 48/76 = 63.16%, 1 = 21/76 = 27.63%, 2 = 7/76 = 9.21%
- Autres : 0 = 63/76 = 82.89%, 1 = 9/76 = 11.84%, 2 = 4/76 = 5.26%

Conseils lors de la prescription :

- Posologie adaptée : 37/76 = 48.68%
- Repos : 38/76 = 50%
- Délai bref : 73/76 = 96.05%
- Répétition de la prise : 7/76 = 9.21%
- Anti-émétique : 18/76 = 23.68%
- Autre : 5/76 = 6.58% (possibilité d'en prendre un 2^{ème} deux heures après si besoin maxi 2/jour pour les triptans, recherche des facteurs déclenchants, varier les antalgiques, passage rapide au 2^{ème} traitement si le premier n'est pas efficace, association possible triptan AINS)

Moyens d'évaluation de l'efficacité du traitement de crise :

- Consultation prévue d'emblée : $27/76 = 35.53\%$
- Contact téléphonique : $16/76 = 21.05\%$
- Consultation annexe : $54/76 = 71.05\%$
- Pas de vérification : $8/76 = 10.53\%$
- Autre : $5/76 = 6.58\%$ (carnet de crises, à la demande du patient, nouvelle consultation si pas d'amélioration, au renouvellement de l'ordonnance, pour tartrate d'ergotamine patient revu à 3 mois)

Critères d'inefficacité :

- Plusieurs prises : $36/76 = 47.37\%$
- Récidive d'une même crise : $29/76 = 38.16\%$
- Pas de reprise des activités : $56/76 = 73.68\%$
- Pas d'amélioration signes associés : $38/76 = 50\%$
- Amélioration $< 50\%$: $43/76 = 56.59\%$
- Amélioration $< 75\%$: $18/76 = 23.68\%$
- Renouvellement : $10/76 = 13.16\%$
- Plainte : $54/76 = 71.05\%$

Critères d'instauration traitement de fond :

- Fréquence : $73/76 = 96.05\%$
- Retentissement : $52/76 = 68.42\%$
- Intensité : $33/76 = 43.42\%$
- Terrain : $15/76 = 19.74\%$
- Conduites d'évitement : $9/76 = 11.84\%$
- Consommation mensuelle d'antalgiques : $59/76 = 77.63\%$
- A la demande : $8/76 = 10.53\%$

Recours à un spécialiste :

- Systématiquement : $3/76 = 3.95\%$
- Fréquemment : $6/76 = 7.89\%$
- Parfois : $52/76 = 68.42\%$
- Jamais : $11/76 = 14.47\%$
- Selon la demande : $4/76 = 5.26\%$

Situations de recours au spécialiste :

- Forte intensité : $14/76 = 18.42\%$
- Echec du traitement : $59/76 = 77.63\%$
- Sémiologie atypique : $66/76 = 86.84\%$
- Systématique : $3/76 = 3.95\%$
- A la demande du patient : $28/76 = 36.84\%$

Molécules pour traitement de fond :

- Betabloquant : $71/76 = 93.42\%$
- Valproate : $6/76 = 7.89\%$
- DHE : $23/76 = 30.26\%$
- Nocertone : $20/76 = 26.32\%$
- Amitriptyline : $19/76 = 25\%$

Satisfaction :

- Totalement : $10/76 = 13.16\%$
- Partiellement : $64/76 = 84.21\%$
- Pas du tout : $2/76 = 2.63\%$

Evaluation du retentissement :

- Ressenti exprimé : $75/76 = 98.68\%$
- Fréquence des consultations : $39/76 = 51.32\%$
- Agenda de crises : $36/76 = 47.37\%$
- Echelle MIDAS : $0/76 = 0\%$
- Autre : $1/76 = 1.32\%$ (par la quantité d'antalgiques réclamée sur les ordonnances)

Retentissement pris en compte

- Nombre de consultations/passage aux urgences : 0 = 23, 1 = 22, 2 = 15, 3 = 7, 4 = 9
Soit 0 + 1 = $45/76 = 59.21\%$, 2 = $15/76 = 19.74\%$, 3 + 4 = $16/76 = 21.05\%$
- Consommation de médicaments antimigraineux : 0 = 0, 1 = 1, 2 = 6, 3 = 18, 4 = 51
Soit 0 + 1 = $1/76 = 1.32\%$, 2 = $6/76 = 7.89\%$, 3 + 4 = $69/76 = 90.79\%$
- Efficacité des traitements sur la douleur : 0 = 1, 1 = 0, 2 = 8, 3 = 23, 4 = 44
Soit 0 + 1 = $1/76 = 1.32\%$, 2 = $8/76 = 10.53\%$, 3 + 4 = $67/76 = 88.16\%$
- Efficacité des traitements sur le nombre de crises : 0 = 1, 1 = 2, 2 = 14, 3 = 13, 4 = 46
Soit 0 + 1 = $3/76 = 3.98\%$, 2 = $14/76 = 18.42\%$, 3 + 4 = $59/76 = 77.63\%$
- Interférence avec la vie familiale : 0 = 5, 1 = 8, 2 = 19, 3 = 27, 4 = 17
Soit 0 + 1 = $13/76 = 17.11\%$, 2 = $19/76 = 25\%$, 3 + 4 = $44/76 = 57.89\%$
- Interférence avec la vie professionnelle : 0 = 2, 1 = 4, 2 = 19, 3 = 32, 4 = 19
Soit 0 + 1 = $6/76 = 7.89\%$, 2 = $19/76 = 25\%$, 3 + 4 = $51/76 = 67.11\%$
- Interférence sur les loisirs : 0 = 7, 1 = 15, 2 = 22, 3 = 18, 4 = 14
Soit 0 + 1 = $22/76 = 28.95\%$, 2 = $22/76 = 28.95\%$, 3 + 4 = $32/76 = 42.11\%$

Comorbidités :

- Psychiatriques : $54/76 = 71.06\%$
- Cardiovasculaires : $51/76 = 67.11\%$
- Autres : $11/76 = 14.47\%$ (oestroprogestatifs, neurologique, rhumato(cervicales) et ophtalmo, rhumato et neuro, aucune x 2, hormonale, aucune, prise de contraceptif, rhumato)

Aide par mise à disposition de :

- Echelles de qualité de vie : $28/76 = 36.84\%$
- Fiche-conseils : $29/76 = 38.16\%$
- Education patients : $37/76 = 48.68\%$
- Education praticiens : $14/76 = 18.42\%$
- Thérapies non médicamenteuses : $42/76 = 55.26\%$

Autres : $7/76 = 9.21\%$ (psychothérapie, qu'est-ce que MIDAS ?, RIEN, un site internet fiable où il y aurait tout cela car parfois les patients ne nous font pas confiance et ne lisent pas les papiers !, je ne sais pas, rien)