



HAL
open science

Prise en charge des patients migraineux en 2015 par les médecins généralistes de Picardie : à partir d'une enquête auprès de 212 médecins généralistes

Clémentine Cordier

► To cite this version:

Clémentine Cordier. Prise en charge des patients migraineux en 2015 par les médecins généralistes de Picardie : à partir d'une enquête auprès de 212 médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01228018

HAL Id: dumas-01228018

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228018>

Submitted on 12 Nov 2015

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2015

N° 2015-112

**Prise en charge des patients migraineux en 2015
par les médecins généralistes de Picardie.
A partir d'une enquête auprès de 212 médecins généralistes.**

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 22 SEPTEMBRE 2015
PAR
Clémentine CORDIER

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Pierre KRYSTKOWIAK

JUGES : Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE

Monsieur le Professeur Johann PELTIER

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Ludovic DOUAY

**Prise en charge des patients migraineux en 2015
par les médecins généralistes de Picardie.
A partir d'une enquête auprès de 212 médecins généralistes.**

THESE
POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE GENERALE
(DIPLÔME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 22 SEPTEMBRE 2015
PAR
Clémentine CORDIER

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Pierre KRYSTKOWIAK

JUGES : Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE

Monsieur le Professeur Johann PELTIER

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Ludovic DOUAY

REMERCIEMENTS :

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Pierre KRYSTKOWIAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Neurologie)

Assesseur du 2^{ème} cycle

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse,
Veuillez recevoir mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Anesthésie-réanimation)

Vous me faites l'honneur d'accepter de participer à ce jury,
Recevez à l'occasion de ce travail mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Johann PELTIER

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du Service de Neurochirurgie

(Anatomie)

Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury,
Soyez assuré de ma respectueuse gratitude.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Ludovic DOUAY

Praticien Hospitalier Centre d'étude et de Traitement de la Douleur (CETD)

CHU Amiens-Picardie

Praticien Hospitalier Département Médecine d'Urgence (DMU) CHU Amiens-Picardie

Président CLUD CHU Amiens-Picardie

Merci pour ce travail enrichissant réalisé ensemble, pour votre aide et vos corrections,
Merci pour votre disponibilité, toujours dans la bonne humeur et vos encouragements.

A Monsieur le Docteur Ariski Taleb

Merci pour le temps passé, les calculs effectués et les corrections.

A mes parents,

MERCI pour votre amour,

Merci pour l'éducation que vous m'avez apportée, les valeurs inculquées,

Merci pour votre investissement, votre soutien dans mes études, dans ce travail, dans ma vie,

Vous êtes mes piliers

MERCI

A Juliette et Hugo,

Merci d'être là, pour votre soutien, pour tous ces moments partagés

Je vous adore !!

A mémé,

Merci pour ton amour, pour tous ces dimanches en famille

A Mickaël,

Merci d'être arrivé dans ma vie et d'en avoir fait un conte de fée

Merci pour ton soutien, tes encouragements

Je t'aime

A mes amis,

Ceux du groupe, plus de 15 ans d'amitié et c'est loin d'être fini :

Crevette, Laurette, Mathilde, Thibaut, Damien, les M&M's, Claire, Thierry et Noémie

A mes copines de la fac, devenues des amies pour la vie :

Cécile, Camille, Laure, Marion, Myriam, Marie-Laure, Simone et Sonia

TABLE DES MATIERES :

ABREVIATIONS

INTRODUCTION

I- GENERALITES

- 1) Historique
- 2) Physiopathologie
- 3) Epidémiologie et diagnostic clinique
- 4) Recommandations professionnelles
- 5) Migraine et médecine générale

II- MATERIEL ET METHODE

- 1) Description de l'étude
- 2) Définition de la population
- 3) Description du questionnaire
- 4) Méthode de recueil et analyse des données
 - 4.1. Description générale de la population
 - 4.2. Croisements des données
 - 4.3. Variables mises en œuvre

III- RESULTATS

- 1) Population étudiée
- 2) Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée
- 3) Description des patients migraineux
- 4) Diagnostic de la migraine
- 5) Réalisation d'examens complémentaires
- 6) Evaluation du handicap généré par la migraine
- 7) Prise en charge thérapeutique des patients migraineux
 - 7.1. Traitement de la crise migraineuse
 - 7.2. Critères d'instauration d'un traitement de fond
 - 7.3. Traitement de fond pour les patients migraineux

- 7.4. Evaluation du traitement de fond
- 8) Attitude des médecins migraineux
 - 8.1. Médecins migraineux et diagnostic de la migraine
 - 8.2. Médecins migraineux et demande d'avis à un confrère
 - 8.3. Le médecin migraineux face au traitement de crise
 - 8.4. Critères d'instauration d'un traitement de fond pour le médecin migraineux
 - 8.5. Le médecin migraineux face au traitement de fond
 - 8.6. Suivi du patient migraineux par les médecins eux-mêmes migraineux
- 9) Prise en charge des patients migraineux en fonction du nombre d'année d'exercice

IV- DISCUSSION

- 1) Discussion de la méthode
 - 1.1. Type d'étude retenu et mode de recueil
 - 1.2. Limites de notre étude
- 2) Epidémiologie et caractéristiques des médecins interrogés
- 3) Caractéristiques des patients migraineux au sein de la patientèle
- 4) Prise en charge diagnostique de la migraine
- 5) Réalisation d'examens complémentaires
- 6) Médecins généralistes seuls face aux patients migraineux ?
- 7) Evaluation du handicap et suivi du patient migraineux
- 8) Prise en charge thérapeutique des patients migraineux
 - 8.1. Traitement de la crise migraineuse
 - 8.2. Critères d'instauration d'un traitement de fond
 - 8.3. Traitement de fond de la migraine
 - 8.4. Evaluation du traitement de fond

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

- 1) Critères IHS
- 2) Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

LISTE DES ABREVIATIONS :

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

EEG : Electro-encéphalogramme

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IHS : International Headache Society

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFEMC : Société Française d'Etude des Migraines et des Céphalées

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professions de Santé de Picardie

INTRODUCTION:

En médecine générale, le motif de consultation « céphalée » est fréquent. Il est important de distinguer la migraine des autres formes de céphalées primaires telles que la céphalée de tension et l'algie vasculaire de la face.

Les médecins généralistes sont des médecins de 1^{er} recours, connaissant leur patient dans leur vie quotidienne. Ils ont pour mission d'établir un premier contact devant un patient céphalalgique, de poser le diagnostic de migraine, de cerner l'impact des céphalées sur le patient, son entourage et son mode de vie. Ils se doivent de fixer des objectifs thérapeutiques réalistes tout en rassurant le patient et en lui apportant le maximum d'information sur sa pathologie.

Malgré une prévalence importante de la migraine, cette pathologie reste encore sous-estimée par la population générale et sous-diagnostiquée. Pourtant selon l'OMS, la migraine fait partie des 20 maladies qui ont le plus d'impact sur la qualité de vie (1).

Devant ce constat de sous-diagnostic et de sous-médicalisation des patients migraineux, nous avons décidé de réaliser une étude qui avait pour objectif d'établir un état des lieux, de connaître la pratique des médecins généralistes de Picardie dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients migraineux.

L'objectif secondaire était de savoir si cette pratique était en adéquation avec les dernières recommandations de 2013 publiées par la SFEMC et si celles-ci étaient applicables dans leur totalité en médecine de ville.

I- GENERALITES :

1) Historique :

La migraine est apparue très tôt dans les écritures, et fut décrite par des civilisations très anciennes. Des maux de tête douloureux en hémicrânie ont été relatés dans des papyrus égyptiens dès 1500 avant notre ère (2). *Hippocrate*, en 377 avant JC, décrit avec une remarquable précision une crise migraineuse « dans certain cas, la tête toute entière est douloureuse. D'autres fois, la douleur siège à droite ou à gauche, parfois elle naît dans le front. ».

C'est au 1^{er} siècle de notre ère, qu'un médecin grec, *Arétée de Cappadoce*, fera entrer cette affection dans le monde médical jusqu'alors considérée comme un mal relevant du surnaturel. Le terme de migraine, ayant pour étymologie latine « hemicrania », a été retrouvé dès le XVII^{ème} siècle dans la littérature. La première monographie moderne sur la migraine fut écrite par Thomas Willis, considéré comme un des fondateurs de la neurologie.

2) Physiopathologie :

La migraine repose sur un trépied clinique qui associe :

- une évolution par crises récurrentes, séparées par des intervalles libres de toute douleur,
- des caractéristiques sémiologiques propres
- un examen clinique normal en dehors des crises.

La crise migraineuse est précédée ou non de manifestations appelées « aura » qui sont des troubles neurologiques lentement progressifs, transitoires et totalement réversibles (3).

L'aura se retrouve chez 15 à 20% des patients migraineux. Il existe 3 types d'auras typiques : visuelles, sensitives et aphasiques. Plus de 90% sont purement visuelles.

Pendant une grande partie du XX^{ème} siècle, la migraine a été considérée comme d'origine purement vasculaire, avec une douleur qui proviendrait d'un « orage vaso-moteur » c'est-à-dire une vasoconstriction des vaisseaux cérébraux suivie d'une vasodilatation et d'une inflammation de la paroi artérielle qui irrigue les méninges.

Cette théorie reste en partie exacte, mais elle a été complétée et l'on parle depuis les années 1980 d'une origine neuro-vasculaire.

Le point de départ de la crise est probablement provoqué par un dysfonctionnement transitoire du cortex cérébral (4). En effet, pour une raison encore inconnue, il a été constaté une activation de la région de l'hypothalamus, cette activation déclenche une sécrétion de molécules messagères type noradrénaline, sérotonine etc... et est responsable d'une diminution du débit sanguin dans toute la partie postérieure du cerveau chez les migraineux. La chute du débit sanguin entraîne une excitation neuronale. Cette onde d'excitation est suivie d'une onde de dépression dite « dépression corticale envahissante » à l'origine très probablement de l'aura migraineuse. Au passage de l'onde de dépression, des fibres nerveuses, notamment des nerfs trijumeaux, sont stimulés et déclenchent une inflammation et une vasodilatation des vaisseaux qui irriguent les méninges (5). Ceci correspond à la céphalée migraineuse. Nous ignorons encore pourquoi les structures cérébrales que l'on suppose être à l'origine de la crise migraineuse s'activent. En revanche, il est très probable que l'hyperexcitabilité des neurones des migraineux soit due à une prédisposition génétique (3).

3) Épidémiologie et diagnostic clinique :

La prévalence de la migraine, chez l'adulte de 18 à 65 ans, est estimée entre 17 et 21% selon les critères diagnostiques utilisés (6). Nous parlerons de migraine stricte pour 8 à 11% de la population générale et de migraine probable pour 9 à 10%.

Le sex ratio de cette maladie est de 3 femmes pour 1 homme (7) et l'âge de début est plutôt jeune ce qui en fait une pathologie très fréquente dans la population de médecine générale (8).

La migraine est considérée comme une maladie neurologique paroxystique et en 1988 un consensus d'experts de l'IHS (International Headache Society) a publié des critères diagnostiques précis et homogénéisés permettant, par le biais de questions simples, leur large utilisation et notamment dans la pratique quotidienne (9).

Il a donc été établi des critères diagnostics pour la migraine sans aura, pour la migraine avec aura typique et pour la migraine sans aura probable, les autres formes de migraine sont plus rarement rencontrées (annexe 1).

Il est appelé « migraine probable » une céphalée remplissant l'ensemble des critères diagnostiques à l'exception d'un seul.

4) Recommandations professionnelles :

Le diagnostic clinique étant établi par ces critères IHS, l'ANAES en 2002 a publié des recommandations intitulées « Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques » (6).

Une révision de ces recommandations professionnelles a été élaborée en 2013 à la demande de l'HAS. Mais devant des liens d'intérêts des membres du groupe de travail, la SFEMC (Société Française d'Etude des Migraines et des Céphalées) a décidé de les produire en son nom propre (10). Ces recommandations sont destinées aux professionnels impliqués dans la prise en charge des patients migraineux : médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens d'officine.

Une première partie de ces recommandations nous rappelle l'intérêt de recourir aux critères diagnostics de l'IHS afin d'homogénéiser les pratiques (8).

La place des examens complémentaires dans la prise en charge de la migraine a fait l'objet de recommandations strictes. Il n'y a pas d'indication à réaliser un scanner ou une IRM cérébrale :

- devant une migraine définie selon les critères IHS
- pour différencier une migraine de toute autre céphalée primaire

Il est recommandé de réaliser un scanner ou une IRM cérébrale :

- devant des crises migraineuses apparues après l'âge de 50 ans
- devant une aura atypique (début brutal, prolongée au-delà d'une heure, survenant toujours du même côté, et/ou sans symptômes visuels)
- une anomalie à l'examen clinique

L'EEG n'a aucune indication devant une migraine définie selon les critères IHS, ainsi que la radiographie des sinus, radiographie du rachis cervical, un examen ophtalmologique, un examen orthoptique ou une échographie abdominale.

L'impact de la migraine sur la qualité de vie familiale, sociale et professionnelle a été de nombreuses fois étudié (11), et il en est ressorti que la migraine est une pathologie handicapante qui altère la qualité de vie en raison de la fréquence des crises, de leur durée, de leur intensité et des signes d'accompagnement digestifs.

Il est donc préconisé, de mettre en place la tenue d'un agenda de crise afin de mieux percevoir la sévérité de la migraine, d'en évaluer le handicap, de permettre la mise en place d'un traitement adapté et de détecter rapidement un abus médicamenteux.

L'agenda précisera le nombre de jours par mois avec une céphalée migraineuse, la durée et l'intensité de la douleur, les facteurs déclenchants et les médicaments utilisés à chaque crise. L'utilisation d'échelle de qualité de vie (12) (13) et la recherche d'un syndrome dépressif (14) permettent également d'évaluer le retentissement des crises migraineuses.

Devant une étude française montrant l'importance de l'automédication et une surconsommation d'antalgiques non spécifiques (15), les recommandations sont claires quant à la pratique à suivre dans la prise en charge thérapeutique.

Dans le traitement de la crise migraineuse, l'utilisation de certains traitements non spécifiques a fait la preuve de leur efficacité :

- les AINS avec notamment le kétoprofène qui a une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le « traitement de la crise de migraine avec ou sans aura » et l'ibuprofène qui a une AMM dans le « traitement de la crise de migraine légère à modérée avec ou sans aura ».
- d'autres traitements non spécifiques tels que l'association acide acétyl salicylique-métoclopramide ont l'AMM dans le « traitement symptomatique de la crise de migraine et des troubles digestifs associés ».
- le paracétamol n'a pas d'AMM spécifique dans le traitement de la crise migraineuse et est de bas grade dans les recommandations.

Il est recommandé d'éviter les opioïdes (codéine, tramadol, morphine et autres opioïdes forts), seuls ou en association, qui peuvent induire un abus médicamenteux, voire un comportement addictif (16) responsable de l'évolution de la maladie migraineuse vers la céphalée chronique quotidienne par abus médicamenteux.

L'arrivée des triptans dans les années 1990 a permis une amélioration fulgurante dans la prise en charge de la crise migraineuse (17) puisque leur efficacité porte aussi bien sur la céphalée que sur les symptômes associés (digestifs, photophobie, phonophobie) (18).

Il existe 7 triptans ayant une AMM dans le « traitement de la phase céphalalgique de la crise migraineuse » : almotriptan, eletriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan et zolmitriptan.

Il est précisé que des différences minimales d'efficacité et de tolérance entre les triptans sont mises en évidence mais, qu'en pratique, il existe une grande variabilité interindividuelle (19). En effet, un patient non répondeur à un triptan à la première crise pourra ensuite l'être (intérêt d'évaluer l'efficacité du traitement de crise sur 3 épisodes). De plus, un patient non répondeur à un triptan pourra l'être à un autre.

Afin d'aider les professionnels à établir ce traitement de crise, une stratégie thérapeutique a été mise au point et est recommandée, en posant 4 questions essentielles.

Lors de la prise de votre traitement habituel :

- êtes-vous suffisamment soulagé 1 à 2 heures après la prise de ce traitement ?
- utilisez-vous une seule prise de ce traitement dans la journée ?
- ce traitement est-il efficace sur au moins 2 crises sur 3 ?
- ce traitement est-il bien toléré ?

Si le patient répond oui aux 4 questions, pas de modification de traitement de crise. En revanche, si le patient répond non à au moins une des 4 questions, il est recommandé de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan. Le médecin devra expliquer qu'en cas de crise migraineuse, il faudra prendre d'abord l'AINS et ne prendre le triptan qu'en cas d'inefficacité au bout de 2 heures après la prise de l'AINS. Si cette stratégie est inefficace, il est préconisé de prendre d'abord le triptan puis l'AINS, et enfin si persistance de l'inefficacité il est recommandé de demander au patient d'utiliser l'association AINS et triptan en prise simultanée (17).

Afin d'éviter des céphalées chroniques par abus médicamenteux (20), fréquentes chez les migraineux, il est demandé aux praticiens de comptabiliser le nombre de jours avec prise de traitement de crise par mois et de demander aux patients de consulter dès qu'un traitement de crise est utilisé régulièrement 2 jours ou plus par semaine depuis plus de 3 mois. Dans ce dernier cas, un traitement de fond devra être envisagé (21).

Par accord professionnel, il est entendu qu'en cas de crise avec aura, un AINS devra être pris dès le début de l'aura pour prévenir et limiter l'intensité de la céphalée ultérieure et d'attendre le début de la céphalée pour prendre un triptan.

Différentes molécules sont proposées pour le traitement de fond de la migraine, celles disposant l'AMM sont: le propranolol (Avlocardyl®), topiramate (Eptomax®), pizotifène (Sanmigran®), flunarizine (Sibelium®), indoramine (Vidora®), dihydroergotamine (Seglor®), métoprolol (Lopressor®), methysergide (Desernil®) et l'oxétorone (Nocertone®).

Récemment, l'indoramine et la dihydroergotamine ont été retiré du marché, et les molécules : flunarizine et methysergide, ont été réévaluées par la commission de transparence avec un rapport bénéfice/risque très peu favorable.

Il est important de préciser qu'aucune molécule n'a démontré de supériorité d'efficacité par rapport aux autres, mais au vu du niveau de preuve d'efficacité, de la balance bénéfice/risque et de l'existence d'une AMM, les molécules à privilégier en première intention sont le propranolol et le métoprolol en l'absence de contre-indication à l'utilisation d'un bêta-bloquant. En cas de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité de ces bêta-bloquants, le choix de la molécule repose sur le terrain, la comorbidité et la sévérité de la migraine ainsi que sur l'existence d'une AMM.

L'instauration du traitement de fond doit se faire selon les recommandations, en monothérapie, à faible dose, progressivement croissante et en tenant compte des effets indésirables pour obtenir une posologie optimale.

La tenue de l'agenda de crise est indispensable pour évaluer l'efficacité du traitement de fond, efficacité jugée obtenue lorsque la fréquence des crises a diminué d'au moins 50% au bout de 3 mois de traitement.

Il est accordé qu'en cas de succès du traitement de fond, celui-ci sera poursuivi à dose efficace pendant 6 mois à 1 an, puis diminué progressivement et lentement avant d'être arrêté.

D'autres traitements non médicamenteux ont fait preuve d'efficacité tels que la relaxation, le bio feed back (rétrocontrôle) et les thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress. Les données de la littérature conduisent à ne pas recommander l'homéopathie et les manipulations cervicales dans la prévention de la migraine (10).

5) Migraine et médecine générale :

Comme nous l'avons vu, la migraine est une pathologie fréquente, 12 à 21% de la population (soit 7 à 12 millions de personnes en France) (6). Elle reste malgré tout une pathologie sous diagnostiquée et sous traitée puisqu'une étude française nous apprend que 30 à 45% des migraineux n'ont jamais consulté pour ce motif et que 60% ignorent leur statut de migraineux (22).

La migraine est donc sous-diagnostiquée mais elle est le plus souvent également sous-traitée, avec une automédication très répandue chez les patients migraineux.

Dans les études sur les comportements thérapeutiques des patients migraineux (15), nous voyons bien une surconsommation des antalgiques non spécifiques. Le risque principal étant d'aboutir à des céphalées par abus médicamenteux (9). Il s'agit selon l'IHS de céphalées survenant au moins 15 jours par mois avec un abus médicamenteux régulier et qui durent depuis plus de 3 mois (20).

Parallèlement à cette surconsommation d'antalgiques non spécifiques, il existe une sous-utilisation des traitements spécifiques.

II- MATERIEL ET METHODE :

1) Description de l'étude :

Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale. Il s'agit d'une enquête déclarative visant à évaluer les comportements d'une cohorte de médecins généralistes par un questionnaire papier. Ce questionnaire visait à évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients migraineux par les médecins généralistes de Picardie.

Nous n'avons pas fait de distinction entre migraine avec et sans aura, ni entre migraine certaine et probable.

2) Définition de la population :

Nous nous sommes donc intéressés à la pratique des médecins généralistes de Picardie.

Pour ce faire, les critères d'inclusion dans notre étude étaient des médecins généralistes installés, exerçant dans la région Picarde, et ayant répondu au questionnaire entre fin janvier et mi-avril 2015.

3) Description du questionnaire :

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme d'autoévaluation, envoyé par courrier postal ou recueilli lors d'une formation médicale continue (FMC) accompagné d'une note complémentaire expliquant le sujet de ce travail.

Le questionnaire comprenait 22 questions réparties en 6 items :

- généralités (descriptif de la patientèle migraineuse)
- diagnostic
- examens complémentaires
- évaluation du handicap
- traitements
- épidémiologie.

Il était constitué de questions fermées, ouvertes et à choix multiples.

4) Méthode de recueil et analyse des données :

Nous avons sollicité un soutien logistique auprès de l'Union Régionale des Professions de Santé de Picardie qui n'a pas été accordé.

Nous avons donc recueilli les adresses postales des médecins généralistes de Picardie via les pages jaunes afin de leur envoyer le questionnaire. A l'occasion d'une formation médicale continue sur Senlis (CEMPU Creil-Senlis), quelques questionnaires ont pu être distribués et ramassés de manière anonyme.

L'envoi postal des questionnaires a été effectué, en une fois, fin janvier 2015 et le recueil des données s'est poursuivi jusque mi-avril 2015. Nous n'avons pas inclus les répondants au-delà de cette date.

4.1. Description générale de la population :

Nous avons procédé dans un 1^{er} temps à l'analyse descriptive des répondants (des médecins généralistes interrogés) puis à l'analyse des patients migraineux de leurs patientèles.

Pour cela, nous avons représenté les variables qualitatives par des pourcentages, et les variables quantitatives par la moyenne et médiane.

4.2. Croisements de données :

Nous avons ensuite croisé plusieurs données entre elles.

- Plusieurs croisements ont concerné les médecins migraineux :
 - sont-ils des hommes ou des femmes ?
 - adressent-ils leurs patients à un confrère ? A qui ?
 - utilisent-ils un agenda de crise ?
 - quelles molécules utilisent-ils dans le traitement de crise en 1^{ère} et 2^{ème} intention ?
 - utilisent-ils la fréquence des crises pour instaurer un traitement de fond ?
 - quelles molécules utilisent-ils dans le traitement de fond en 1^{ère} et 2^{ème} intention ?
 - à partir de quelle diminution de fréquence de crise considèrent-ils un traitement de fond efficace ?
 - arrêtent-ils un traitement de fond ?

- Croisements entre le nombre d'années d'exercice et :
 - les réponses aux critères diagnostics
 - l'instauration d'un agenda de crise
 - type de molécules utilisées en 1^{ère} et 2^{ème} intention dans le traitement de fond
- Nous avons croisé les médecins qui instaurent un agenda de crise et ceux qui évaluent l'efficacité du traitement de fond.
- Egalement si les médecins évaluant le traitement de fond l'arrêtent et au bout de combien de temps ?
- Nous avons cherché sur quel(s) critère(s) les médecins instaurent un traitement de fond.
- Egalement le lien qui pourrait exister entre les médecins qui n'ont pas répondu à la question sur le traitement de fond de 2^{ème} intention et ceux qui adressent à un confrère.
- Et finalement, pour qui et devant quels critères les médecins prescrivent-ils une imagerie cérébrale ?

4.3. Variables mises en œuvre :

Afin de faciliter la mise en place de ces croisements, nous avons convenu de certaines variables pour obtenir une définition claire et simple de chaque donnée.

Ces variables nous ont permis de définir dans la population étudiée :

- les médecins ayant retrouvés tous les critères IHS diagnostiquant une migraine indépendamment de ce qu'ils avaient répondu aux critères que nous avons proposé qui ne correspondaient pas à l'IHS (nous les appelleront critères hors IHS).
- les médecins ayant retrouvés tous ces critères IHS avec une tolérance d'un oubli et toujours indépendamment ce qu'ils avaient répondu aux critères hors IHS.
- le nombre d'erreurs commises lors de la reconnaissance des critères IHS.
- le nombre de critères hors IHS qui ont été cochés par la population de médecins.
- les médecins ayant bien reconnu les critères IHS sans retenir les critères hors IHS avec une tolérance d'une erreur possible.

Nous avons également défini 2 variables pour identifier les traitements de crise et ceux de fond considérés comme valides (en accord avec les recommandations).

- Pour le traitement de crise, était admis comme réponse juste si elle contenait : AINS et/ou aspirine et/ou aspirine+métoclopramide et/ou paracétamol et/ou triptan/ergot de seigle. En effet nous avons décidé d'inclure le paracétamol malgré l'absence d'AMM et le bas grade de recommandation, il nous a semblé excessif de ne pas valider un traitement connu de tous et utilisé de façon régulière.
- Pour le traitement de fond, nous avons admis comme traitement valide : amitriptyline et/ou oxétorone et/ou pizotifène et/ou propranolol et/ou topiramate.

Nous avons intégré les résultats dans un tableur type Excel®. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS Statistics 22®. Nous avons utilisé le test de KHI-2 et de Fisher, pour les croisements ont été utilisés le test « t » de Student et l'analyse de variance.

III- RESULTATS :

1) Population étudiée :

Nous avons distribué au total 561 questionnaires :

- 14 lors d'une séance de formation médicale continue
- 547 par envoi postal (231 dans l'Oise, 102 dans l'Aisne et 214 dans la Somme).

Notre taux de réponse a été de 38.8%, avec 14 réponses lors de la FMC, et 204 questionnaires reçus par voie postale. Nous avons donc obtenu 218 questionnaires à exploiter.

Parmi ces 218 questionnaires, 6 ont été exclus :

- 3 reçus après la clôture des résultats
- 3 retournés sans réponse exprimée car : 1 médecin scolaire, 1 médecin à la retraite et 1 médecin remplaçant.

Nous n'avons pas pu savoir de quel département provenaient les réponses en raison de l'anonymat du questionnaire.

2) Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée :

A partir de 4 questions épidémiologiques, nous avons pu caractériser la population de médecins généralistes ayant répondu aux questionnaires.

Le sex ratio (H/F) de notre étude est de 3/1.

Nous retrouvons une population à peu près équivalente de médecins exerçant en zone rurale (52.5%) et en zone urbaine (47.5%).

Le nombre d'années d'exercice moyen de notre population de médecins interrogés est de 22 ans avec une médiane de 24 ans.

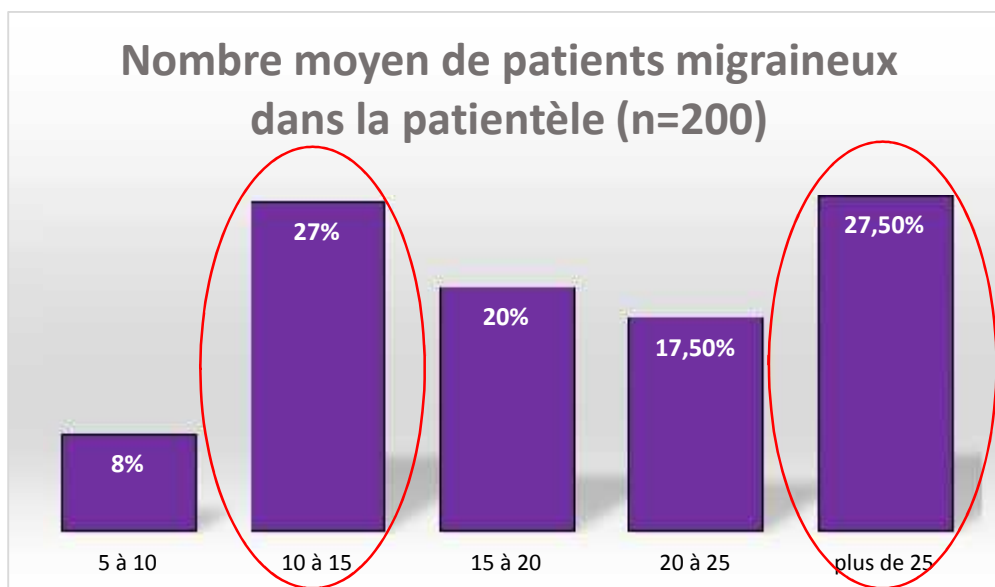
Une des questions épidémiologiques demandait aux médecins généralistes s'ils souffraient eux-mêmes de migraine : sur la population de médecins interrogés 22% sont migraineux.

Détaillons les résultats en fonction des 5 autres items abordés dans le questionnaire.

3) Description des patients migraineux:

⇒ Nombre de patients :

Figure 1 : Nombre moyen de patients migraineux dans la patientèle des médecins répondeurs.



Nous relevons 2 pics (10 à 15 et > à 25) dans le nombre de patients migraineux dans la patientèle des médecins généralistes interrogés.

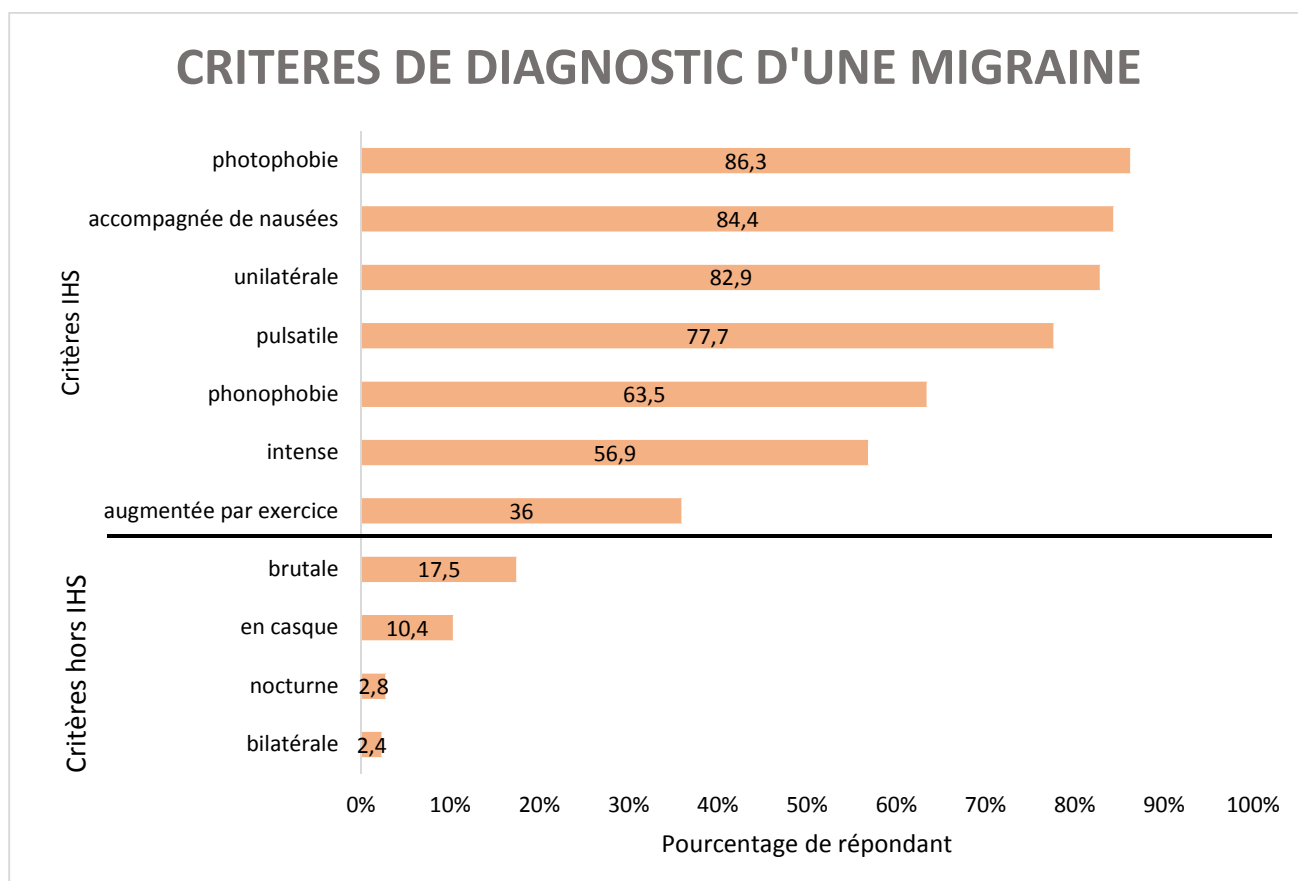
⇒ Age du diagnostic :

A la question posée sur l'âge moyen de diagnostic de la migraine dans la patientèle des médecins interrogés, $\frac{3}{4}$ répondront entre 20 et 30 ans (73.2%).

4) Diagnostic de la migraine :

Nous avons interrogé les médecins généralistes sur les critères qui devant une céphalée leur font poser le diagnostic de migraine (figure 2).

Figure 2 : Critères retenus pour établir le diagnostic de migraine.



Rappelons, que nous avons utilisé différentes variables afin de détailler les connaissances des médecins interrogés sur les critères diagnostic IHS de la migraine. Une des variables a permis de mettre en valeur les médecins ayant reconnu tous les critères IHS de la migraine **indépendamment de ce qu'ils avaient répondu aux critères hors IHS.**

- Seulement 17% des médecins interrogés reconnaissent l'ensemble des critères IHS (7 critères IHS/7).
- pour 37%, il manque 1 critère IHS (au moins 6 critères IHS /7).

98% des médecins ont bien reconnu les critères hors IHS en ne les cochant pas ou au maximum, ont fait 1 erreur.

Au total, 31% des répondants n'ont commis qu'une seule erreur, soit en oubliant un critère IHS, soit en cochant un critère hors IHS.

5) Réalisation d'examens complémentaires :

Place des examens complémentaires dans la pratique des médecins interrogés :

- 54% de ces praticiens prescrivent de façon rare une imagerie médicale que ce soit un scanner ou une IRM cérébrale.
- 42% des médecins prescrivent une imagerie médicale de manière régulière ou systématique.

A qui bénéficient ces imageries :

- 71% des médecins prescrivent lors d'une crise inaugurale après 50 ans,
- 61% lors de présence d'une aura atypique,
- 82% lorsque l'examen neurologique est anormal,
- 16% lorsque la crise migraineuse dure plus de 4 heures.
-

Chez les praticiens qui prescrivent régulièrement (33%) une imagerie:

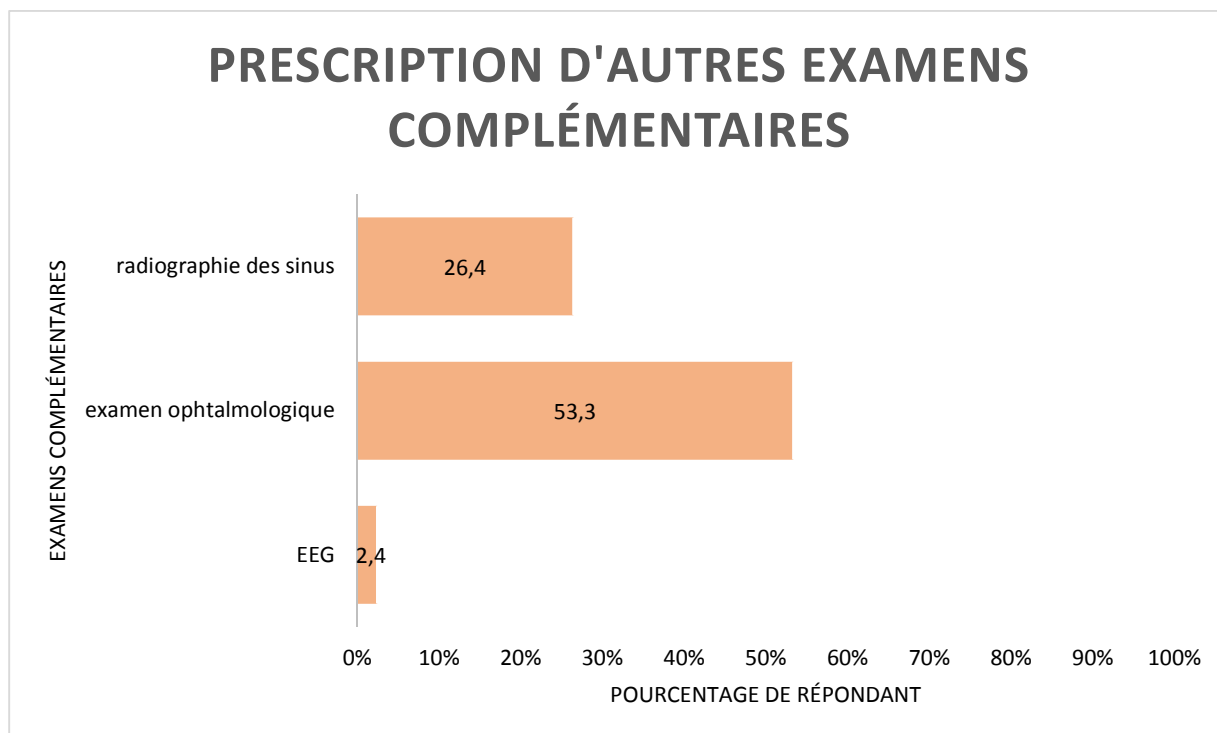
- 80% prescrivent cette imagerie lors d'une crise inaugurale après 50 ans,
- 75% lors d'une aura atypique,
- 75% si l'examen neurologique est anormal ($p < 0.001$).

Chez les médecins généralistes qui ne prescrivent que rarement une imagerie médicale, plus de la moitié ont à chaque fois précisé réaliser tout de même un scanner ou une IRM cérébrale :

- 72% devant une crise inaugurale chez un patient de plus de 50 ans,
- 59% devant une aura atypique,
- 94% devant un examen neurologique anormal.

Nous avons également posé la question si d'autres examens complémentaires étaient prescrits devant un patient migraineux (figure 3).

Figure 3 : Réalisation d'autres examens complémentaires devant un patient migraineux.



D'autres examens sont prescrits tels que : la réalisation d'un bilan biologique, d'une radiographie du rachis cervical, d'un scanner des sinus, d'un avis neurologique, une IRM cérébrale, et examens en fonction du contexte clinique.

⇒ Avis à un confrère :

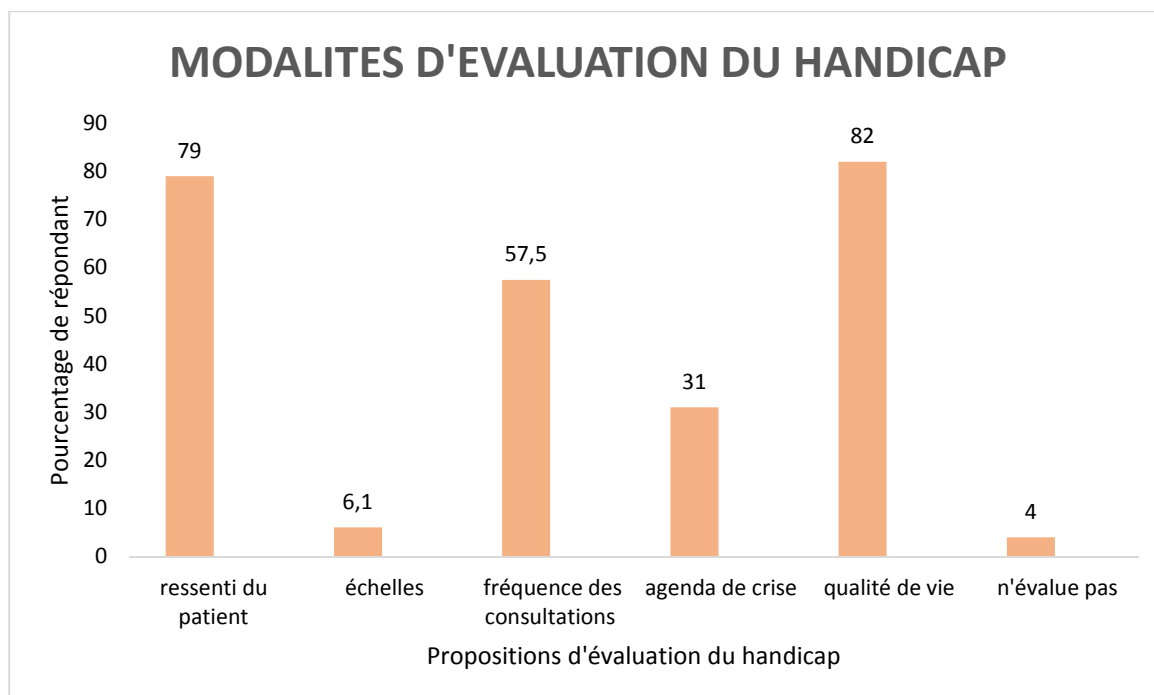
- $\frac{3}{4}$ des médecins interrogés (72%) ne prennent que rarement un avis.
- Aucun des médecins ne prend systématiquement un avis auprès de confrère
- 4% ne prennent jamais d'avis.

En grande majorité (92%), cet avis est pris auprès d'un confrère neurologue, 10% des médecins interrogés prennent l'avis d'un médecin de la douleur. Des avis sont également pris dans les centres de la migraine, chez des confrères généralistes, des gynécologues, ophtalmologues et enfin ORL.

6) Evaluation du handicap généré par la migraine :

36% des médecins généralistes interrogés ont répondu utiliser un agenda de crise pour effectuer un suivi de la migraine.

Figure 4 : Modalités d'évaluation du handicap.



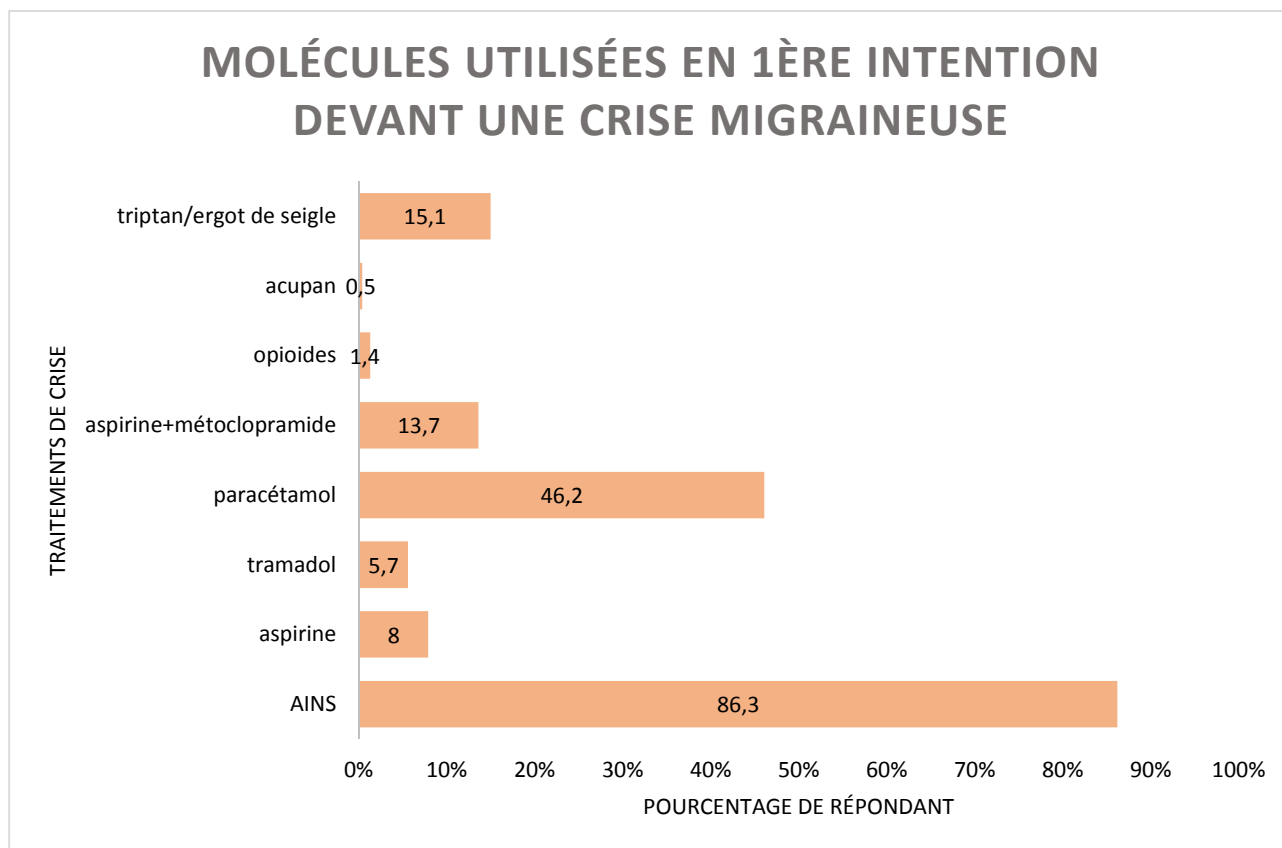
Les échelles d'évaluation spécifique de la migraine ne sont pas utilisées par les médecins généralistes interrogés et 4% n'évaluent pas le handicap.

7) Prise en charge thérapeutique des patients migraineux :

7.1. Traitement de la crise migraineuse :

Nous avons demandé aux médecins généralistes quel(s) traitement(s) ils instaurent en 1^{ère} intention devant une crise migraineuse (figure 5).

Figure 5 : Molécules utilisées en 1^{ère} intention devant une crise migraineuse.



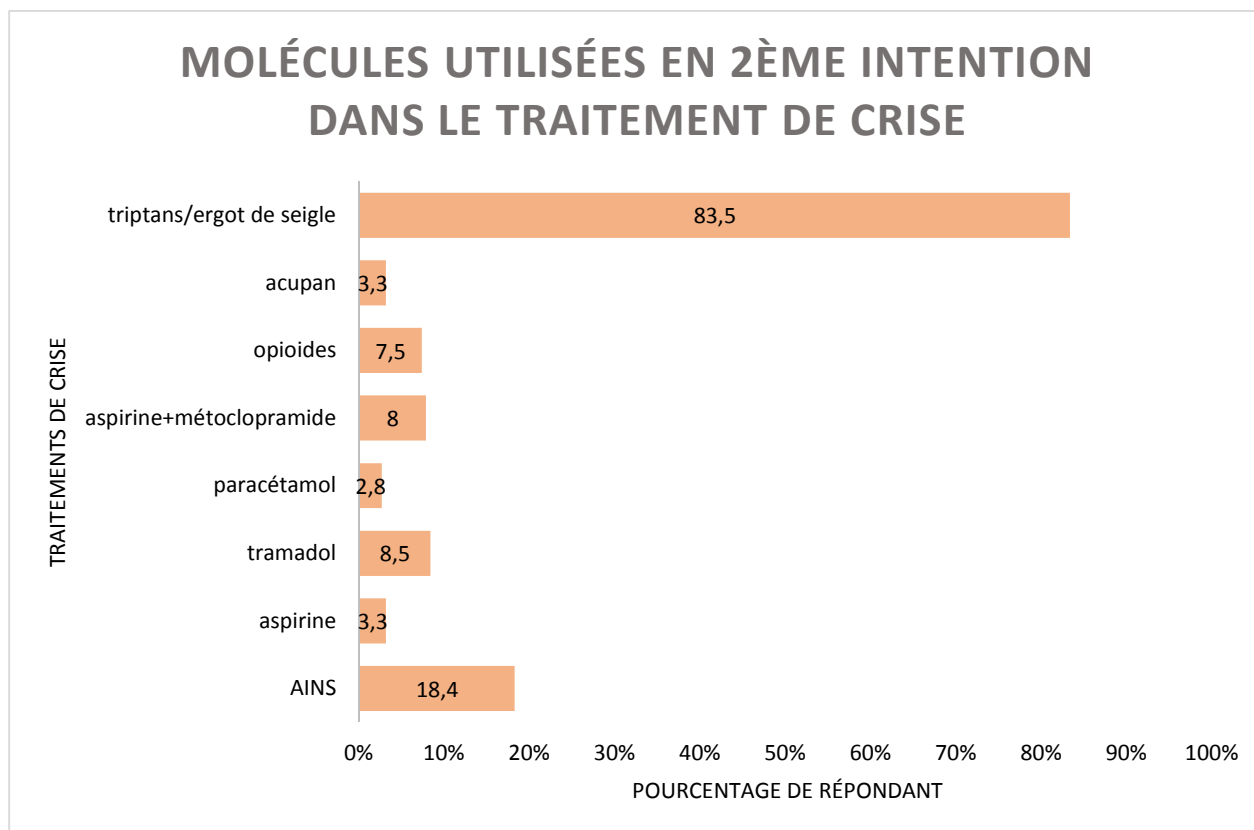
86% des médecins généralistes utilisent un AINS en 1^{ère} intention devant une crise migraineuse et 46% le paracétamol.

Nous avons décidé pour analyser ce critère, qu'un traitement de crise était considéré comme valide devant la réponse par: AINS et/ou aspirine et/ou aspirine-métoclopramide et/ou paracétamol et/ou triptan/ergot de seigle. Ont été considérées comme réponses fausses toutes celles comprenant : opioïdes, nefopam ou tramadol.

La grande majorité des médecins (93%) utilise comme traitement de crise de 1^{ère} intention, une molécule recommandée.

Nous nous sommes également intéressés à leur attitude thérapeutique en cas d'échec du traitement de 1^{ère} intention et donc de connaître quel(s) traitements(s) étaient prescrit en 2^{ème} intention (figure 6).

Figure 6 : Molécules utilisées en 2^{ème} intention devant une crise migraineuse.



83.5% des médecins prescrivent un triptan ou ergot de seigle en 2^{ème} intention dans le traitement d'une crise migraineuse.

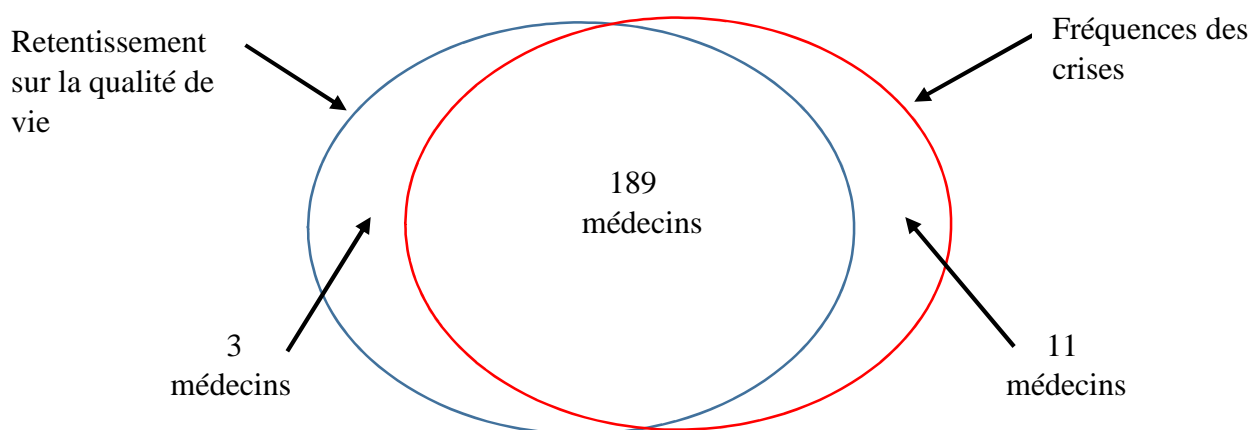
7.2. Critères d'instauration d'un traitement de fond :

Nous avons demandé aux médecins interrogés sur quels critères ils instaurent un traitement de fond. Pour 98.5%, le traitement de fond est instauré en fonction de la fréquence des crises migraineuses. Parmi ce pourcentage, 66% estiment qu'une fréquence de 3 à 6 crises migraineuses par mois nécessite un traitement de fond.

Le retentissement sur la vie quotidienne est un critère d'instauration de traitement de fond pour 95% des répondants.

Sur les 203 médecins qui utilisent la fréquence des crises comme critère d'instauration d'un traitement de fond, 189 (93%) se basent également sur le retentissement sur la vie quotidienne (Figure 7).

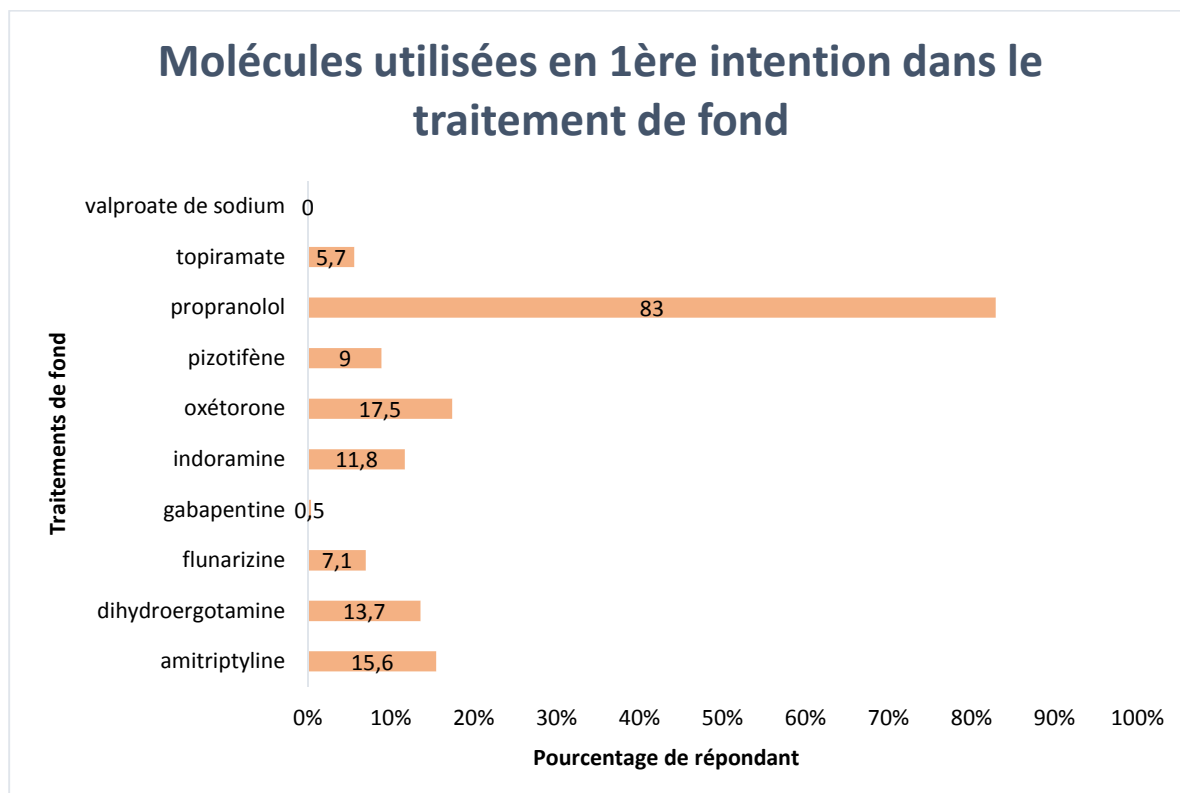
Figure 7 : Critères d'instauration d'un traitement de fond (n = 203).



7.3. Traitement de fond pour les patients migraineux :

Après avoir interrogé les médecins généralistes sur les molécules utilisées lors d'une crise migraineuse et les critères d'instauration d'un traitement de fond, nous leur avons posé la question de la ou les molécule(s) utilisée(s) dans ce dernier cas (figure 8).

Figure 8 : Molécules utilisées en 1^{ère} intention lors de l'instauration d'un traitement de fond.



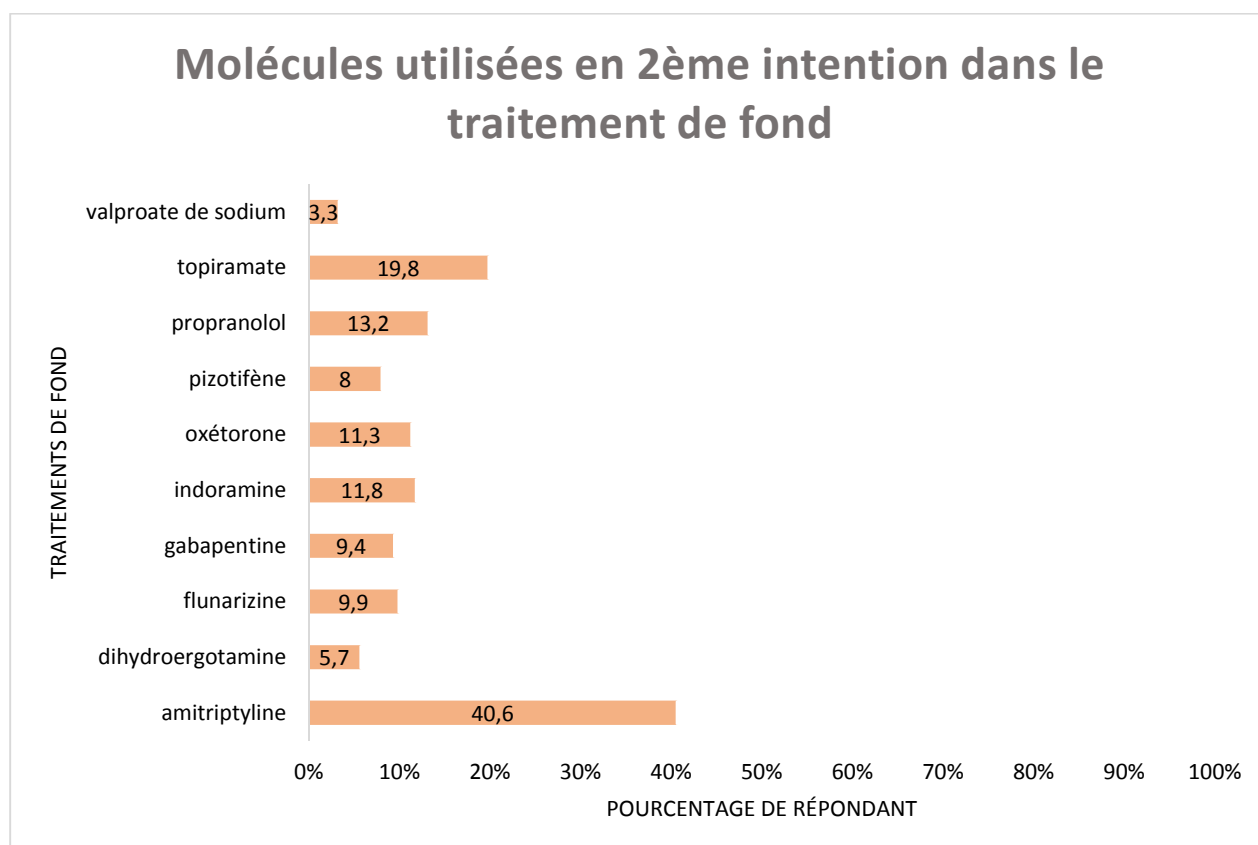
Nous observons que 83% des praticiens interrogés utilisent le propranolol comme traitement de fond de 1^{ère} intention alors que 17.5 % utilisent de l'oxétorone et 15.6 % l'amitriptyline. Aucun des médecins interrogés ne prescrivent du valproate de sodium.

De même que pour le traitement de crise, nous avons considéré comme réponses bonnes celles comprenant : amitriptyline et/ou oxétorone et/ou pizotifène et /ou propranolol et/ou topiramate, et comme fausses celles présentant : indoramine, dihydroergotamine, gabapentine, valproate de sodium.

Les 3/4 des médecins généralistes interrogés utilisent un traitement recommandé comme traitement de fond en 1^{ère} intention.

La question suivante portait sur l'utilisation de molécules en 2^{ème} intention (figure 9).

Figure 9 : Molécules utilisées en 2^{ème} intention pour un traitement de fond.



L'amitriptyline est utilisée par 41% des praticiens en 2^{ème} intention lors de l'instauration d'un traitement de fond.

Notons que 62.5% des médecins qui n'ont pas répondu à cette question sur le traitement de fond de 2^{ème} intention, n'adressent que rarement leurs patients migraineux à un confrère ($p=0.342$).

7.4. Evaluation du traitement de fond :

Nous avons demandé aux médecins généralistes à partir de quelle diminution de la fréquence des crises ces derniers considéraient le traitement efficace. 90% des praticiens évaluent l'efficacité du traitement de fond, pour 79% cette évaluation s'effectue à 3 mois de l'instauration et pour 69% d'entre eux le traitement de fond est efficace lorsque la fréquence des crises diminue de moitié.

Sur la question de l'arrêt du traitement de fond, 20% n'arrêtent jamais le traitement de fond une fois instauré alors que 67% l'arrêtent à 1 an ou plus.

De plus, l'ensemble des médecins interrogés qui mettent en place un carnet de migraine évaluent ensuite l'efficacité du traitement de fond, mais 84% des médecins qui eux ne le mettent pas en place évaluent tout de même l'efficacité du traitement de fond ($p<0.001$).

De même, nous avons retrouvé que chez ces médecins qui évaluent ce traitement de fond : 69% l'arrêtent à 1 an ou plus et 18% ne l'arrêtent jamais.

8) Attitude des médecins migraineux :

Nous avons vu au début des résultats que dans notre population de médecins généralistes, 22% se sont présentés comme étant migraineux. Il nous a semblé nécessaire de savoir quelle était leur attitude de prise en charge face à des patients eux-mêmes migraineux.

Rappelons que dans notre étude 66% des médecins migraineux sont des hommes ($p=0.568$).

8.1. Médecins migraineux et diagnostic clinique de la migraine :

Parmi les médecins interrogés qui sont migraineux :

- 17.4% ont reconnu tous les critères IHS, **indépendamment** de la réponse aux critères hors IHS (p=0.585)
- 39% n'ont commis qu'une erreur sur ces critères IHS (p=0.429).

Au total, 30.5% des médecins migraineux ont répondu correctement en retrouvant les critères IHS sans retenir les critères hors IHS avec une tolérance de 1 erreur (p=0.552).

8.2. Médecins migraineux et demande d'avis à un confrère :

83% des médecins migraineux prennent rarement l'avis d'un confrère. Mais lorsqu'ils adressent leur patient à un spécialiste dans 91.5% des cas ce spécialiste a tendance à être un neurologue (p=0.550), et dans 2% des cas à un médecin de la douleur (p=0.023).

8.3. Le médecin migraineux face au traitement de crise :

91.5% des médecins migraineux utilisent un traitement de crise considéré comme valide (présence d'AINS et/ou aspirine et/ou aspirine + métoclopramide et/ou paracétamol et/ou triptan/ergot de seigle).

Nous constatons que le traitement par AINS est celui privilégié par les médecins migraineux (tout comme la population générale), le nefopam et les opioïdes ne sont pas utilisés.

Les médecins migraineux ont tendance à prescrire plus d'aspirine que la population générale (p=0.054).

En 2^{ème} intention dans le traitement de crise, il n'y a pas de molécules utilisées de façon significative par les médecins migraineux, même si les triptans et ergot de seigle ressortent à 85% (p=0.465).

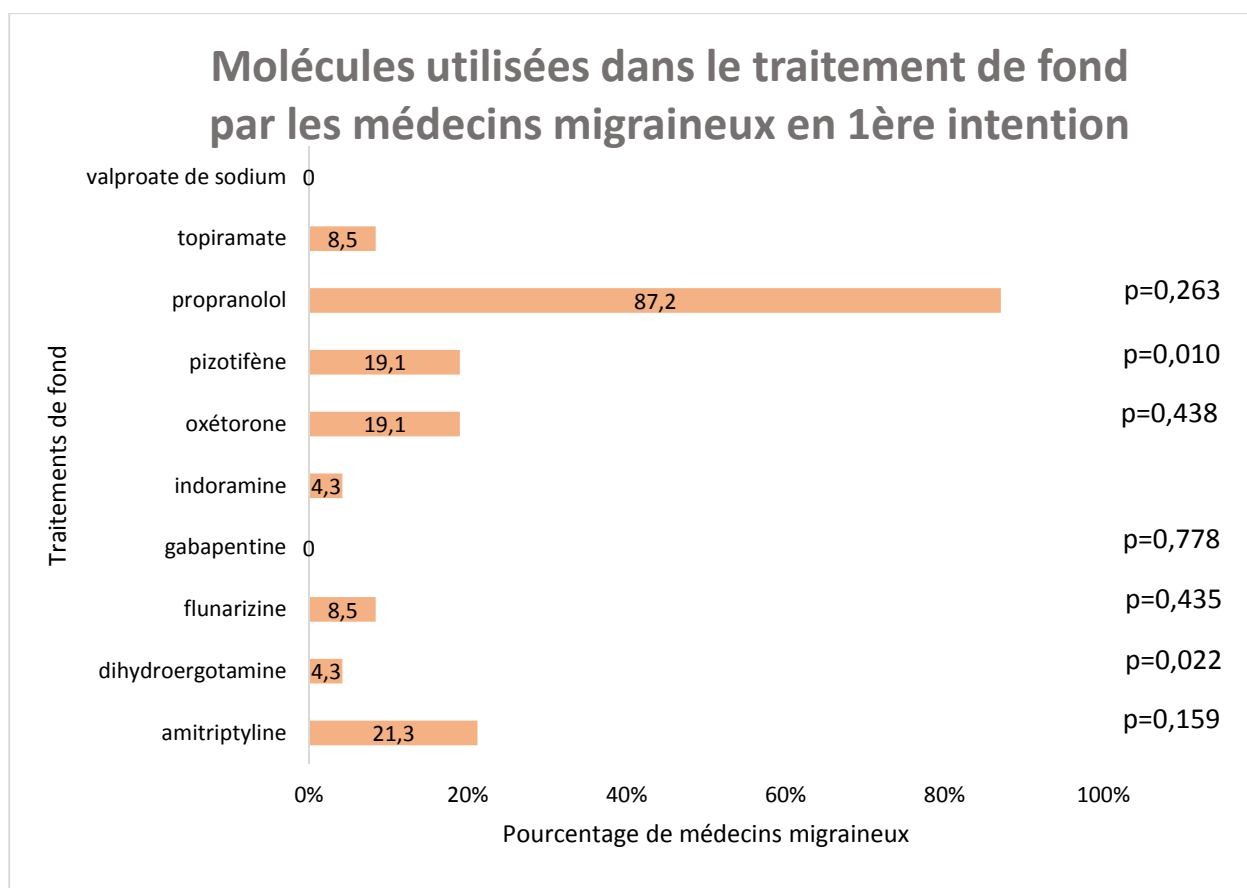
8.4. Critères d'instauration d'un traitement de fond pour le médecin migraineux :

L'ensemble des médecins généralistes qui sont migraineux aurait tendance à se baser sur la fréquence des crises pour instaurer un traitement de fond ($p=0.470$).

8.5. Le médecin migraineux face au traitement de fond :

Comme pour le traitement de crise, la grande majorité des médecins migraineux (89.5%) proposent un traitement de fond considéré comme valide (présence d'amitriptyline et/ou oxétorone et/ou pizotifène et/ou propranolol et/ou topiramate) ($p=0.04$).

Figure 10 : Molécules utilisées dans le traitement de fond par les médecins migraineux en 1^{ère} intention.

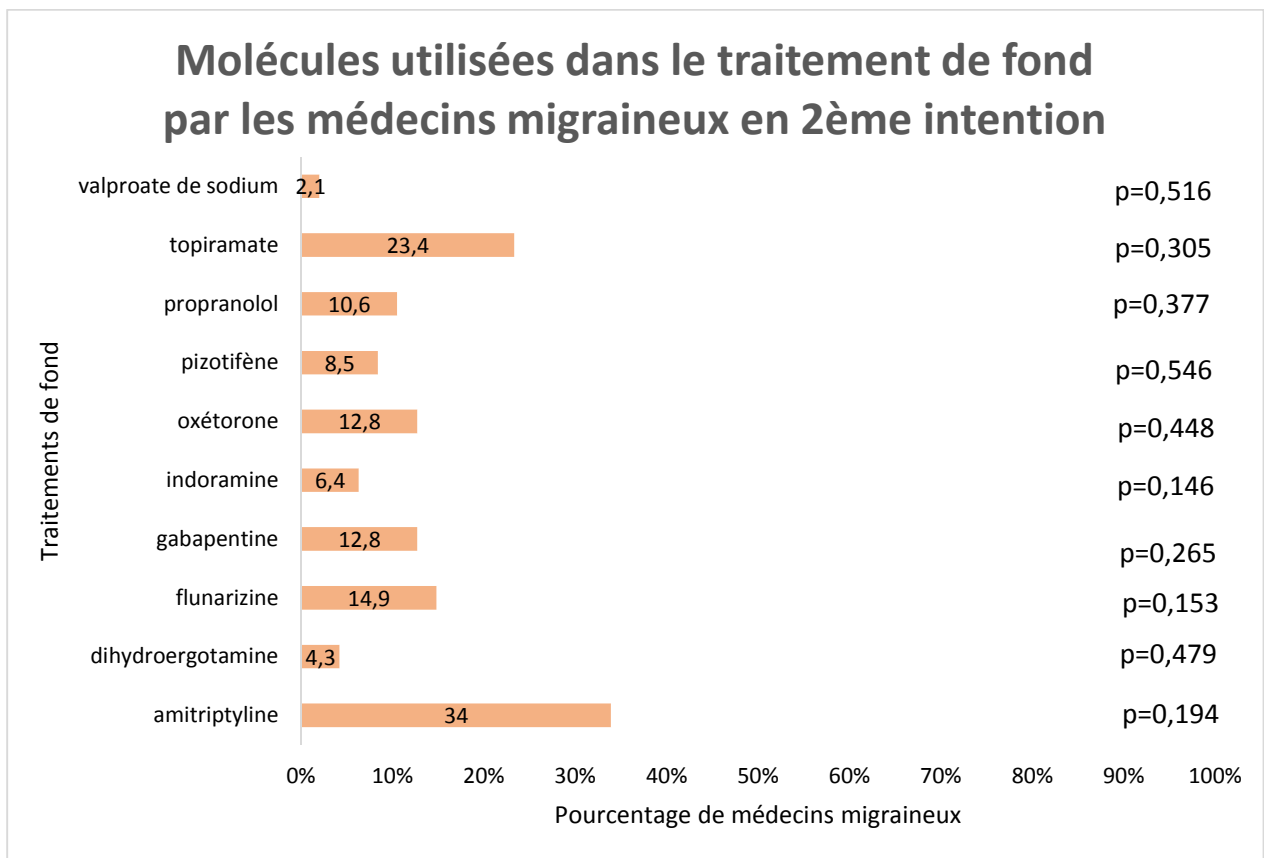


Le propranolol a tendance à rester la molécule de prédilection des médecins interrogés migraineux ($p=0.263$) (figure 10).

Mais, les médecins migraineux prescrivent de manière significative plus de pizotifène en 1^{ère} intention que la population générale (p=0.010), et moins de dihydroergotamine (p=0.022).

Concernant les traitements de fond utilisés en 2^{ème} intention par ses médecins migraineux (figure 11).

Figure 11 : Molécules utilisées dans le traitement de fond par les médecins migraineux en 2^{ème} intention.



L'amitriptyline aurait tendance à rester un traitement également de 2^{ème} intention (p=0.194).

8.6. Suivi du patient migraineux par les médecins eux-mêmes migraineux :

De façon non significative, nous aurions tendance à constater que :

- 32% des médecins généralistes migraineux interrogés mettent en place un carnet de suivi de crise (p=0.470).

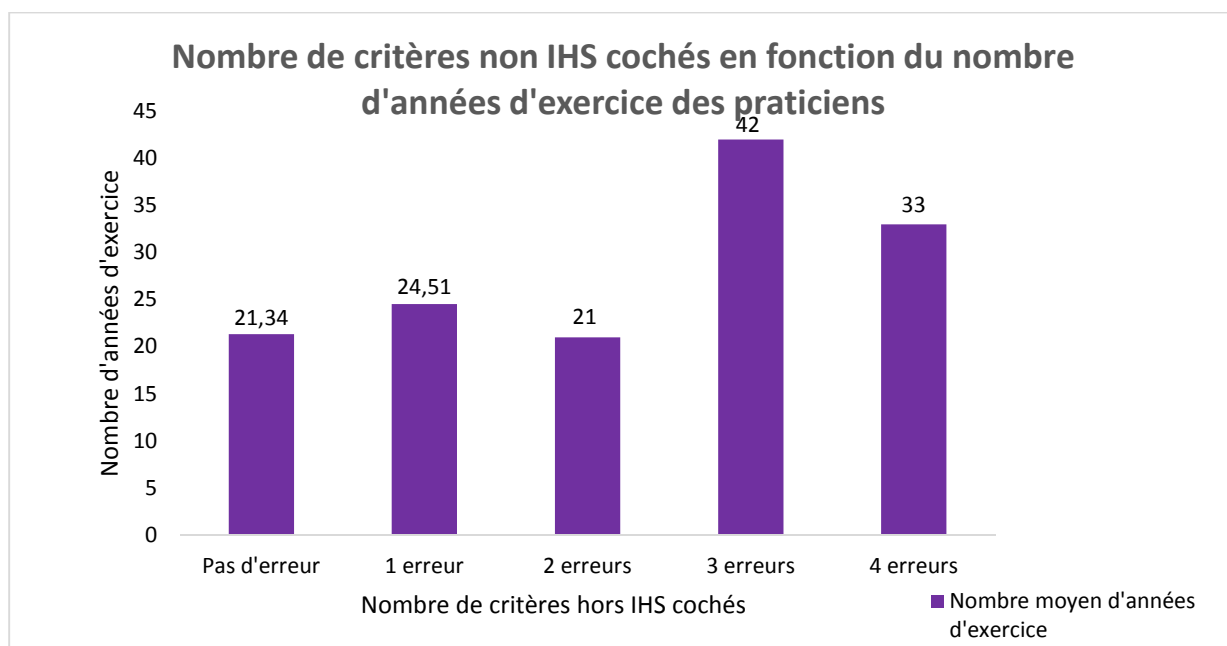
- Une fois le traitement de fond instauré, la majorité des médecins attendent une diminution de 50% des crises pour juger de son efficacité (p=0.274).
- Ce traitement est arrêté par 64% des médecins migraineux à 1 an ou plus de son introduction (p=0.319).

9) Prise en charge des patients migraineux en fonction du nombre d'année d'exercice :

Il nous a semblé intéressant de connaître la pratique des médecins en fonction de leur nombre d'années d'exercice (pour rappel la moyenne du nombre d'années d'exercice est à 22.36 ans). Les médecins ayant correctement reconnu les critères IHS (indépendamment de ce qu'ils ont répondu pour les critères hors IHS) auraient en moyenne 21.57 ans (p=0.647) et ceux qui ont répondu juste avec une tolérance de 1 erreur auraient en moyenne 22.32 ans (p=0.996).

Nous avons voulu savoir quel était le lien entre les médecins qui ont retenu des critères hors IHS à la question sur le diagnostic clinique de la migraine et leur nombre d'années d'exercice (figure 13).

Figure 13 : Nombre de critères non IHS cochés en fonction du nombre d'années d'exercice des praticiens.



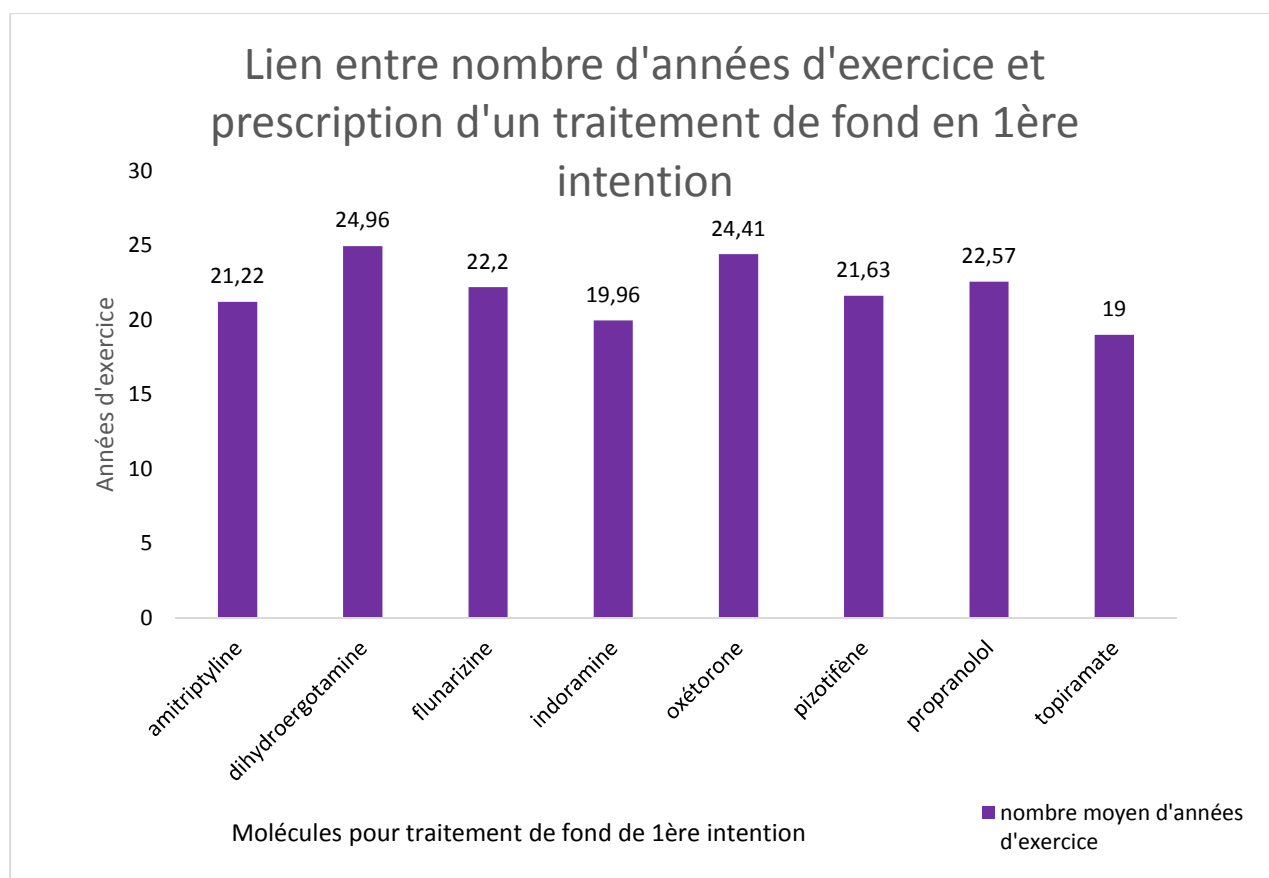
Les praticiens ayant fait le plus grand nombre d'erreur lors de la reconnaissance des critères non IHS sont globalement des praticiens plus âgés que la moyenne de notre population ($p=0.112$).

Les 31% de médecins ayant bien retrouvé les critères IHS sans retenir les critères hors IHS en acceptant une erreur ont en moyenne 20.82 années d'exercice ($p=0.185$).

En ce qui concerne le suivi de la migraine, les médecins qui proposent un carnet de suivi sont en moyenne plus jeune que la population de médecins de notre étude ($p=0.096$).

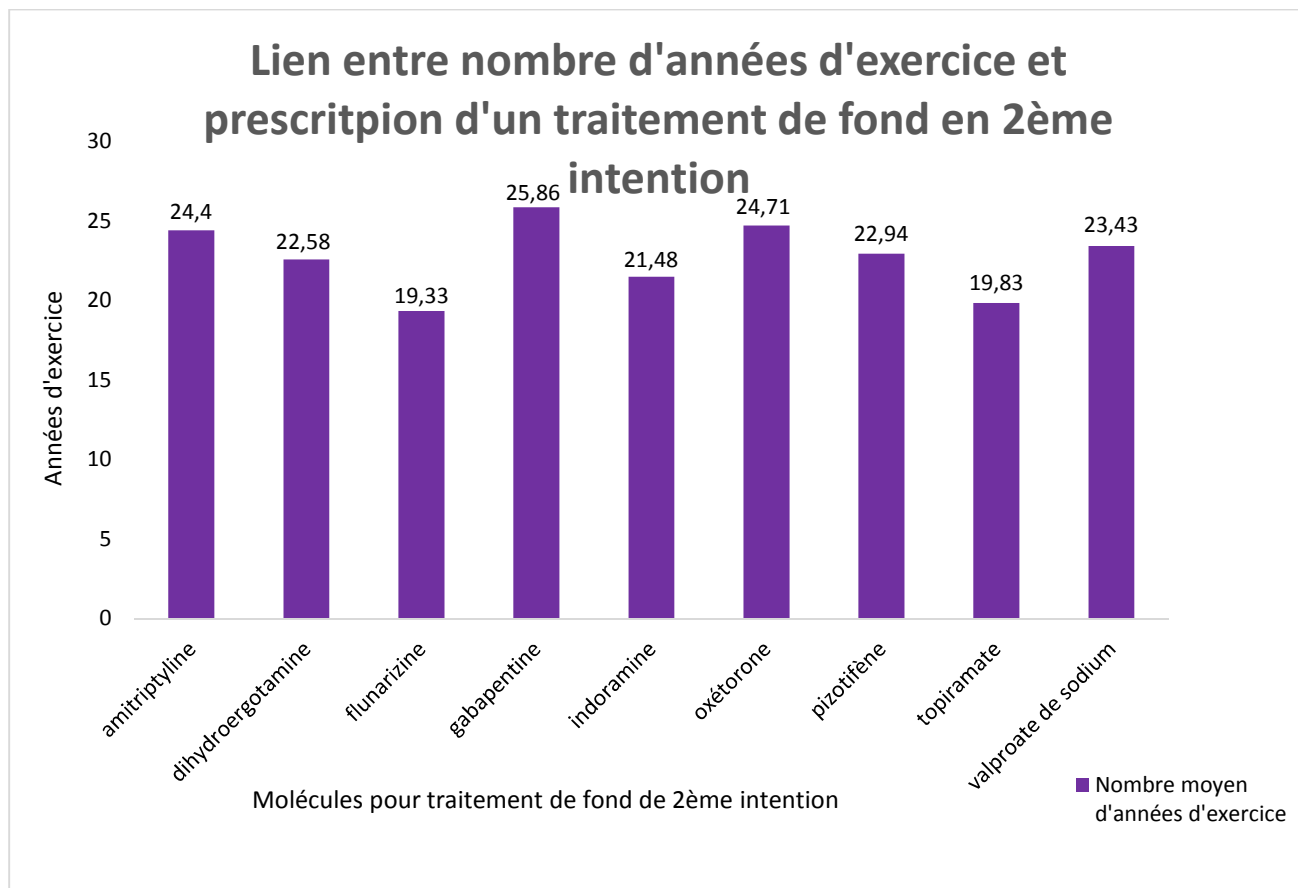
Nous allons enfin, observer le lien entre le type de traitement de fond introduit en 1^{ère} intention et le nombre d'années d'exercice des praticiens (figure 14).

Figure 14 : Lien entre nombre d'années d'exercice et prescription d'un traitement de fond en 1^{ère} intention.



La dihydroergotamine ($p=0.180$) et l'oxétorone ($p=0.214$) sont 2 molécules qui ont tendance à être utilisées en 1^{ère} intention par des praticiens globalement plus âgés que la population générale de notre étude.

Figure 15 : Lien entre nombre d'années d'exercice et prescription d'un traitement de fond en 2^{ème} intention.



En ce qui concerne le traitement de fond en 2^{ème} intention (figure 15), l'amitriptyline est plus fréquemment prescrite par des médecins ayant un nombre d'années d'exercice plus élevé que la moyenne ($p=0.025$).

De même, la tendance nous orienterait vers le fait que le topiramate est prescrit de façon plus fréquente par des médecins généralistes avec une moyenne d'années d'exercice plus faible ($p=0.098$).

IV- DISCUSSION :

L'objectif de notre étude était de connaître la pratique des médecins généralistes de Picardie devant cette pathologie fréquente, handicapante qu'est la migraine, que ce soit dans la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des patients migraineux.

D'autre part, nous avons pour but de comparer cette pratique des médecins généralistes aux dernières recommandations de 2013 publiées par le SFEMC. Ces résultats permettront d'établir des voies d'amélioration dans la prise en charge de ces patients qui restent de façon étonnante sous-diagnostiqués et sous-traités.

Nous allons également évaluer si ces recommandations sont toujours réalisables et adaptées à la médecine de ville.

1) Discussion de la méthode :

1.1. Type d'étude retenu et mode de recueil :

Afin de connaître cette pratique des médecins généralistes de Picardie dans la prise en charge des patients migraineux, nous avons choisi la méthode quantitative puisque nous étudions des données chiffrables.

Le but de cette méthode était, à travers des pourcentages ou des moyennes, de pouvoir établir un état des lieux de la pratique des médecins généralistes mais également de comparer les résultats obtenus aux données de la littérature.

La plus grande difficulté dans cette méthode de recueil a été l'envoi postal des questionnaires, n'ayant pas eu l'accord pour l'aide logistique par l'URPS.

Nous avons dû recueillir par nous même les noms des médecins généralistes de Picardie, et répartir les envois de façon équitable entre les 3 départements en fonction de leur démographie médicale. Le fait que ces envois soient par nos propres moyens a limité le nombre d'envoi possible.

Malgré tout, nous avons pu recueillir 38.8% de réponses ce qui semble intéressant mais parfois insuffisant pour prétendre à une significativité de l'ensemble de nos résultats.

1.2. Limites de notre étude :

Il s'agissait d'une enquête déclarative sur des pratiques.

De plus au vu de l'anonymat de notre questionnaire, nous n'avons pu différencier les répondants venant de l'Oise, de la Somme et de l'Aisne et ainsi comparer les résultats.

Par ailleurs, le principe de l'auto-évaluation reste subjectif, influencé par l'envie de répondre correctement. Nous pourrions penser que seuls les praticiens intéressés par le sujet ont répondu à ce questionnaire basé sur le volontariat.

Nous avons probablement sélectionné par la même occasion les médecins souhaitant s'améliorer sur ce sujet. Au vu du nombre de réponses, il s'agit ici d'une pathologie fréquente avec un intérêt marqué par les médecins généralistes.

Nous allons analyser les résultats en fonction des différents items proposés dans le questionnaire distribué aux médecins généralistes.

2) Epidémiologie et caractéristiques des médecins interrogés :

La population de médecins généralistes interrogés se répartie sur les 3 départements de la Picardie. Malheureusement, il nous a été impossible de différencier les retours et de savoir la proportion de médecins répondants dans chaque département. Notre population est toutefois représentative de la démographie médicale picarde, puisque nous retrouvons 66% d'hommes interrogés pour 34% de femmes et une durée moyenne d'exercice de 22.36 ans. En Picardie en 2013, l'âge moyen des praticiens en médecine générale est de 53 ans avec une répartition 69% d'hommes et de 31% de femmes (23).

Dans notre étude, nous retrouvons une part quasiment égale de praticiens exerçant en milieu rural (commune de moins de 2000 habitants) et de praticiens exerçant en milieu urbain (47.5% en milieu rural pour 52.5% en milieu urbain). Dans les enquêtes réalisées en Picardie notamment par l'URML en 2009, le pourcentage de médecins généralistes en milieu rural était de 30% et de 33% pour le milieu urbain, dans cette étude était différencié le milieu semi-rural qui comptabilisait 37% des médecins généralistes en Picardie (24).

Il est donc difficile de conclure sur la représentativité des médecins généralistes en fonction de leur milieu d'exercice puisque nous avons décidé de ne proposer que ces 2 items.

Enfin, nous avons constaté que 22% des médecins interrogés se déclaraient migraineux contre une prévalence de 17 à 20% dans la population générale (25). L'hypothèse que nous pourrions émettre est que la connaissance des critères diagnostiques de la migraine favorise le diagnostic de celle-ci. Nous la mettrons à l'épreuve plus loin lors du paragraphe sur la prise en charge diagnostique de la migraine. Contrairement aux études de prévalence de la migraine, 2/3 des médecins migraineux de notre étude sont des hommes (26), en sachant que notre population de médecins interrogés a un sex ratio (H/F) de 3/1.

Une étude française concernant la population migraineuse en fonction de la catégorie socio professionnelle montrait en premier lieu l'éducation nationale à 25%, et tout de suite derrière la population médicale et paramédicale (20 à 25%).

3) Caractéristiques des patients migraineux au sein de la patientèle :

L'âge moyen de diagnostic de la migraine est, pour 73% des médecins interrogés, entre 20 et 30 ans ce qui correspond tout à fait aux données de la population générale.

L'étude FRAMIG 3 a mis en évidence que pour la migraine stricte, la prévalence et la distribution selon le sexe et l'âge était en faveur des femmes (3 femme pour 1 homme), entre 20-40 ans (26).

4) Prise en charge diagnostique de la migraine :

Les praticiens interrogés ont globalement bien reconnus les critères en faveur d'un diagnostic de migraine établis par l'IHS (9). Notamment le caractère unilatéral (83%), pulsatile (78%) de la crise migraineuse et associé à une photophobie (86%), phonophobie (63.5%) et des nausées (84.5%).

Malgré tout, nous observons que seulement 1/3 des médecins interrogés ont su reconnaître tous les critères IHS sans retenir les critères hors IHS, que nous avons proposé dans le questionnaire, avec la tolérance d'une erreur possible.

Par ailleurs, une étude publiée en 2002 avait montré que la sensibilité d'un médecin à la migraine (si ce dernier souffre lui-même de migraine ou un membre de son entourage) ne semblait pas avoir d'influence sur la prise en charge diagnostique de ses patients migraineux (27). De même pour les médecins migraineux de notre étude, la tendance nous amène vers 1/3 des médecins répondants correctement.

La plupart des études s'appuyant sur les critères diagnostiques de l'IHS font l'impasse sur une population plus importante se plaignant de céphalées dont les caractéristiques s'écartent de 2 critères ou plus de la définition de l'IHS, mais où le diagnostic de migraine ne peut être exclu. Il s'agit possiblement de sujet ayant simultanément ou successivement des accès migraineux et d'autres types de céphalées tels que des céphalées de tension. Cette population pose le problème de la continuité possible entre crise migraineuse et céphalées d'allure tensives (28).

Il est intéressant d'observer que ce sont les praticiens ayant un nombre moyen d'années d'exercice supérieur à 27 ans qui ont commis le plus d'erreurs en retenant des critères hors IHS pour le diagnostic de la migraine. C'est-à-dire des praticiens qui ont débuté leur exercice avant la publication de la classification IHS (en 1988).

Nous aurions donc tendance à conclure que le fait d'avoir une définition avec des critères simples, permettant de poser des questions aux patients dans un ordre logique et structuré est un atout qui facilite leur connaissance et leur utilisation par les médecins généralistes. Et après accord professionnel, les recommandations de 2013 demandent de les utiliser de façon systématique dans la pratique quotidienne (10).

Les critères IHS sont donc un outil diagnostique précieux en médecine de 1^{er} recours.

5) Réalisation d'examens complémentaires :

Nous remarquons que 42% des médecins généralistes de notre étude prescrivent une imagerie médicale (scanner ou IRM cérébrale) de manière régulière ou systématique devant un patient migraineux. Les dernières recommandations sont formelles vis-à-vis de la prescription d'examens complémentaires devant un patient migraineux : aucun examen n'a de place (3).

Se pose la question de l'origine d'une telle différence entre les recommandations et la pratique. Une hypothèse pourrait-être que ce recours à des examens complémentaires est lié à une crainte du médecin permettant ainsi d'éliminer tout autre diagnostic de céphalées secondaires potentiellement grave (tumeur cérébrale, hémorragie, etc...) ou à une certaine pression de la part des patients.

Pour appuyer cette hypothèse, nous observons que pour plus de 53% des médecins généralistes interrogés le diagnostic de migraine est un diagnostic d'exclusion après qu'un examen ophtalmologique, biologique, un EEG ou qu'une imagerie soit réalisée (scanner cérébral, IRM cérébrale ou radiographie des sinus).

En détaillant pour savoir à quels patients ces imageries sont réservées, nous nous rendons compte que les recommandations sont correctement suivies, notamment par les médecins qui prescrivent régulièrement un scanner ou une IRM cérébrale. Ces examens sont alors réservés pour des patients ayant une crise migraineuse apparaissant après 50 ans, la présence d'une aura atypique ou devant un examen neurologique anormal.

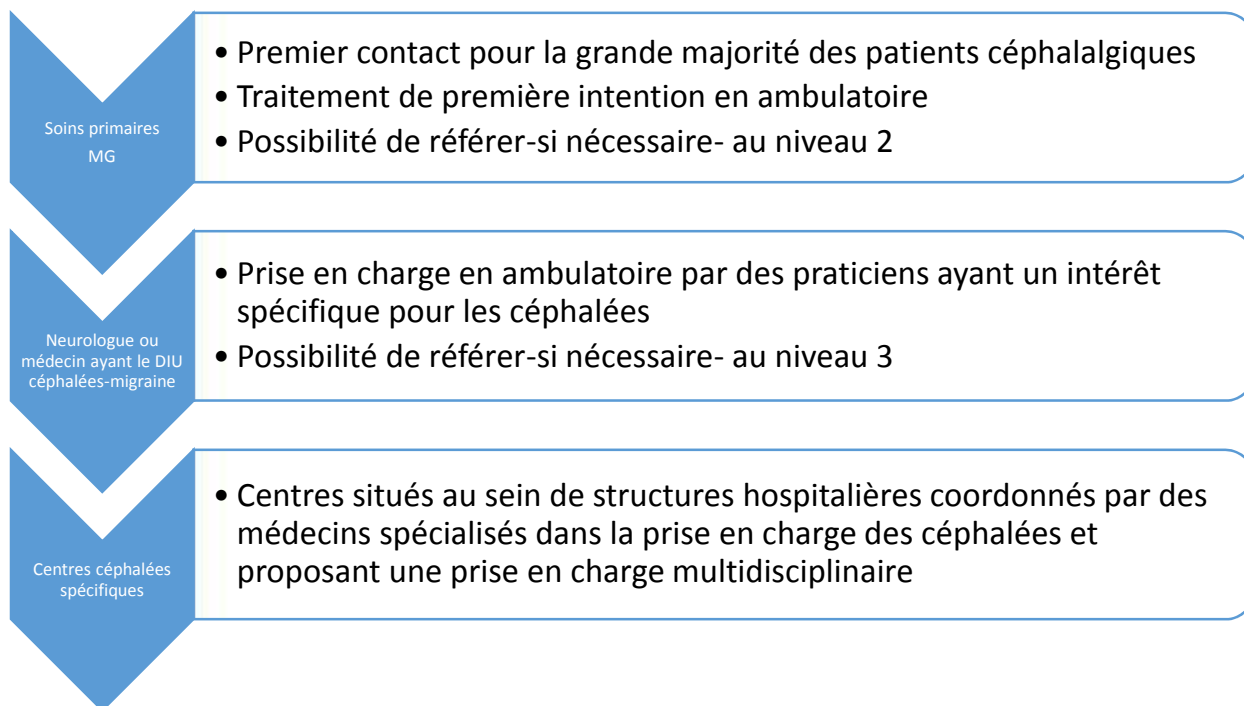
Par contre seul 16% des médecins interrogés prescrivent une imagerie lorsque la crise migraineuse dure plus de 4 heures, alors que ce critère fait partie des critères IHS de diagnostic de la migraine (9).

6) Médecins généralistes seuls face aux patients migraineux ?

Le médecin généraliste est majoritairement le premier contact pour la grande partie des patients céphalalgiques et en particulier des patients migraineux (29). En 2011, des recommandations européennes ont été publiées pour la prise en charge de ces patients céphalalgiques suite à la collaboration de l'EHF (European Headache Federation) et Lifting the Burden the global campaign against Headache. Ces derniers ont mis au point une proposition de modèle à 3 niveaux, le premier concerne les soins primaires et donc les médecins généralistes qui ont pour mission d'établir un premier contact avec les patients céphalalgiques, de proposer un traitement de 1^{ère} intention en ambulatoire et ont possibilité de référer si nécessaire au niveau 2, c'est-à-dire à des médecins ayant un intérêt spécifique dans la prise en charge des céphalées (neurologues, médecins ayant le DIU céphalées-migraine ou médecins de la douleur).

Ceux-là même ont la possibilité de référer si nécessaire au niveau 3 qui correspond à des centres situés au sein de structures hospitalières coordonnés par des médecins spécialisés dans la prise en charge des céphalées et proposent une prise en charge multidisciplinaire (30).

Figure 9 : Proposition de modèle d'identification des structures céphalées-migraines (31).



En corrélation avec ce modèle de filière de soins des patients céphalalgiques, nous observons dans notre étude que 72% des médecins qui se réfèrent de façon rare au niveau 2, le font le plus souvent à un neurologue (92%) et dans 10% des cas à un médecin de la douleur.

Un seul médecin s'est référé à un centre de la migraine, celui-ci nous avait mentionné qu'il détenait un DIU céphalées-migraine.

Nous n'avons pas demandé la raison qui poussait les médecins généralistes à envoyer leurs patients migraineux vers un confrère : désarroi face à un 1^{er} traitement inefficace ? Volonté d'éliminer un diagnostic différentiel ? Manque de formation concernant la prise en charge ?

Le recours à un confrère est rare de la part des médecins migraineux. Et ces derniers ont tendance à adresser plus facilement à un neurologue ($p=0.550$) et moins à un médecin de la douleur ($p=0.023$) par rapport aux médecins non migraineux.

7) Evaluation du handicap et suivi du patient migraineux:

La migraine est un problème de santé publique majeur du fait de sa fréquence, de son impact sur la qualité de vie et du coût qu'elle entraîne en arrêt de travail et en consommation médicale (32).

En effet, elle touche une population jeune et professionnellement active, ce qui amène donc à un absentéisme et une perte de productivité. Il y a pour l'instant que peu d'études françaises sur ce sujet, par contre, des études américaines existent.

Sur une année aux USA, 5% des patients hommes migraineux et 3% des patientes migraineuses ont eu recours aux urgences (33).

Avant l'utilisation des triptans, le coût direct aux USA était de 100\$ par migraineux et le coût indirect de 690\$ par an pour un homme migraineux et 1127\$ pour une femme (34).

En France, le coût indirect est estimé à 240€ par migraineux et par an (35).

Dans notre étude, l'agenda de crise n'est mis en place que dans 36% des cas. Cet outil permet d'optimiser la prise en charge du patient migraineux en mettant en exergue la sévérité de la migraine, l'altération de la qualité de vie ainsi que l'orientation vers un choix thérapeutique adapté, des modalités de suivi et le dépistage d'abus médicamenteux. La tendance irait à une proportion identique de médecins généralistes migraineux mettant en place ce type de carnet ($p=0.470$), mais en moyenne plus jeune que la population générale ($p=0.096$). Il serait intéressant de savoir pourquoi ce type de moyen de suivi est plus prisé chez les médecins plus jeunes. Moyen plus moderne de suivi que le « simple » interrogatoire ? Ressemblance avec le carnet de suivi du diabétique ?

L'étude FRAMIG 2000 met bien en évidence cette insuffisance de prise en charge des patients migraineux, et notamment l'importance de la relation médecin-patients migraineux (36).

Les échelles génériques et spécifiques ne sont pas utilisées par les médecins de notre étude. Une étude similaire en 2012 dans la région Rhône-Alpes (37) va également ce sens, puisque l'échelle MIDAS, citée comme outil d'évaluation de référence (13) n'était nommée par aucun des répondants. Ces échelles semblent peu adaptées à la pratique quotidienne du médecin généraliste.

La littérature nous apprend qu'aux Etats-Unis, la majorité des neurologues n'utilise pas non plus ces échelles que ce soit l'échelle MIDAS ou HIT-6 (38). Ceci permet de mettre en doute la faisabilité de ces tests en consultation et leur intérêt en dehors des études.

Nous nous posons devant ces résultats aussi la question de l'absence de formation des praticiens sur l'utilisation des agendas de crise, alors qu'il fait partie intégrante des recommandations. Difficulté de mise en place en ville ? Manque d'intérêt aux yeux des médecins ? Rôle des délégués médicaux des laboratoires pharmaceutiques qui distribuent ces carnets?

Malgré tout, la quasi-totalité des médecins se base sur l'écoute du patient, son ressenti et l'interroge sur sa qualité de vie. Cette communication « non dirigée » reste importante dans l'évaluation globale du patient, comme souligné dans une étude française (8).

8) Prise en charge thérapeutique des patients migraineux :

Les recommandations nous le rappellent : la migraine est une maladie sous-diagnostiquée et les études nous montrent que si 40 % des patients migraineux n'ont jamais consulté pour ce motif, seulement 28% des patients diagnostiqués sont pris en charge.

Les hypothèses concernant ce manque de diagnostic et de prise en charge de la migraine pourraient être liées à une importante automédication des patients migraineux associée à une certaine tolérance face à la migraine, trop souvent considérée par les patients comme une fatalité. Des travaux publiés en 2005 mettaient également en évidence que le handicap occasionné par la migraine devait être important, pour que le médecin en ait conscience et le prenne en charge (39).

8.1. Traitement de la crise migraineuse :

En ce qui concerne les molécules utilisées dans le traitement de la crise migraineuse, les praticiens interrogés suivent globalement les recommandations HAS (6).

En effet, les AINS restent le traitement de 1^{ère} intention devant une crise migraineuse pour les médecins de notre étude. Le paracétamol qui ne possède pas d'AMM spécifique est cependant utilisé par 46% des médecins en 1^{ère} intention. Les opioïdes, acupan et tramadol sont peu prescrits en accord avec les recommandations de l'HAS et aux vus des dernières études (40). Ces molécules sont à proscrire afin d'éviter tout comportement addictif et abus médicamenteux source des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux.

Comme nous le rappelle l'étude FRAMIG 3, toute migraine peut évoluer vers des céphalées chroniques quotidiennes et inciter le patient à un abus médicamenteux (prise d'un traitement plus de 10 jours par mois). La prévalence de cette surconsommation est de 0.8% dans la population générale adulte et elle concerne tous les traitements avec une prédominance pour les traitements non spécifiques (41). Ces abus évoluent avec le temps, il y a 10 ans abus préférentiel pour AINS et paracétamol, aujourd'hui l'abus en triptans n'est pas rare.

Les traitements non spécifiques de la crise migraineuse sont donc bien connus par les médecins généralistes, indépendamment que le praticien soit migraineux ou non. Nos résultats tendent à montrer que les médecins migraineux prescrivent plus d'aspirine comme traitement de crise de 1^{ère} intention que les médecins non migraineux ($p=0.054$).

Les traitements spécifiques de la crise migraineuse sont utilisés par 83.5% des médecins en 2^{ème} intention. Nos résultats ont tendance à mettre en valeur que ces traitements spécifiques sont également prisés par les médecins migraineux (42).

Nous n'avons pas différencié les triptans (AMM et méthodologie grade A) des ergots de seigle (AMM et méthodologie grade B pour le tartrate d'ergotamine associé à la caféine et pour la dihydroergotamine par voie per-nasale). Ces derniers semblent de moins en moins utilisés.

Cette utilisation des traitements spécifiques correspond aux recommandations quant à la stratégie thérapeutique de la crise migraineuse. L'étude FRAMIG 2000-II confirme que les utilisateurs de triptans sont proportionnellement plus nombreux à estimer leur traitement plus rapide et plus efficace que lors de la prise de traitement de crise autre en 2^{ème} intention (43).

8.2. Critères d'instauration d'un traitement de fond :

Globalement dans notre étude, la stratégie thérapeutique d'instauration d'un traitement de fond est bien suivie, à savoir que la grande majorité des médecins instaurent un traitement de fond en fonction de la fréquence des crises ainsi qu'en fonction du retentissement sur la vie quotidienne.

Plus de la moitié des praticiens estiment nécessaire l'introduction d'un traitement préventif lorsque la fréquence des crises se situe entre 3 à 6 par mois, ce qui correspond aux recommandations puisqu'elles soulignent l'intérêt de mettre en place ce type de traitement dès que le patient est entre 6 à 8 prises médicamenteuses par mois.

Cependant les médecins généralistes en comparaison avec les neurologues auraient tendance à instaurer un traitement de fond pour des seuils plus faibles (21).

Notre étude aurait également tendance à montrer que les médecins migraineux se basent toujours sur la fréquence des crises pour introduire un traitement de fond. Le fait d'être migraineux pourrait être alors un caractère discriminant dans l'instauration d'un traitement préventif en fonction du nombre de crise.

De plus, précisons qu'une thérapie préventive est également justifiée lorsqu'il existe un usage excessif des traitements de crise avec un risque de céphalées chroniques quotidiennes ou qu'il existe des comorbidités (pathologies vasculaires par exemple), contre-indiquant l'utilisation des molécules de traitement de crise notamment spécifiques (44).

8.3. Traitement de fond de la migraine :

Concernant les molécules utilisées en traitement de fond de 1^{ère} intention, nous avons relevé une nette prépondérance des bêta-bloquants, sachant qu'ils sont inclus dans les recommandations avec un haut niveau de preuve (grade A) et que le propranolol, qui était la molécule proposée, possède l'AMM. Il est important de rappeler que les recommandations indiquent qu'aucun de ces traitements préventifs n'a montré de supériorité d'efficacité (6).

Toutefois les bêta-bloquants sont très largement prescrits, sûrement du fait d'une bonne connaissance de ces molécules par les médecins généralistes. En effet, la revue Prescrire (44) nous précise l'importance de bien peser la balance bénéfice-risque lors de l'instauration d'un traitement de fond, ainsi que de donner une information la plus claire possible sur l'efficacité attendue et les potentiels effets indésirables.

Nous retrouvons ensuite dans une moindre mesure les traitements tels que l'oxétorone et l'amitriptyline, probablement moins connues par les médecins généralistes. Enfin en accord avec les recommandations, aucun médecin n'a prescrit de valproate de sodium en traitement de fond de 1^{ère} intention.

De même, que la population générale des médecins questionnés, les médecins migraineux ont tendance à prescrire largement le propranolol en 1^{ère} intention, la molécule pizotifène se place au même titre que l'oxétorone ($p=0.010$).

Nous aurions tendance à dire que les médecins migraineux connaissent un plus grand nombre de molécules et leur indication dans le traitement de fond, le pizotifène ayant l'AMM malgré un niveau de preuve modéré.

La molécule dihydroergotamine est très peu prescrite par les médecins migraineux, de manière significative en 1^{ère} intention et nos résultats tendent à montrer qu'elle est majoritairement instaurée par des médecins plus âgés que la moyenne ($p=0.180$). Ceci s'explique par le fait que c'est une molécule ancienne mais ne possédant pas l'AMM avec une efficacité restant douteuse (méthodologie de grade B ou C) (10).

Globalement dans notre étude, les médecins généralistes interrogés utilisent un traitement recommandé comme traitement de fond de 1^{ère} intention. Cette tendance est significativement marquée ($p=0.04$) chez les médecins migraineux, du fait probablement d'une meilleure connaissance de ces traitements.

Pour le traitement de fond de 2^{ème} intention, l'amitriptyline est le traitement le plus utilisé par les médecins généralistes, ainsi que par les médecins migraineux de manière moins probante. Par contre, elle est prescrite de façon significative ($p=0.025$) par des médecins plus âgés que la moyenne.

Rappelons que son efficacité est décrite comme probable par les recommandations et qu'elle ne possède pas d'AMM.

La question que nous pouvons nous poser et si les médecins plus âgés ont remarqué un possible syndrome dépressif associé à la migraine motivant cette prescription (45).

Au total, nous nous apercevons que les médecins prescrivent les molécules qu'ils ont probablement l'habitude de manipuler. Les médecins ayant le plus grand nombre d'années d'exercice gardent les molécules anciennes comme référence et inversement, les médecins exerçant depuis moins longtemps, les molécules plus récentes, sorties pendant leurs études ou le début de leur exercice.

Nous nous sommes posé la question de savoir si les médecins généralistes n'ayant pas répondu à la question de l'instauration d'un traitement de fond en 2^{ème} intention étaient ceux-là même qui adressaient leurs patients migraineux à un confrère. Mais 2/3 des médecins interrogés qui n'ont pas répondu à cette question, n'adressent que rarement à un confrère.

Nous évoquerons donc ici le modèle de filière de soins avec le médecin généraliste au 1^{er} niveau, permettant la prescription d'un traitement de fond de 1^{ère} intention. La possibilité d'adresser à un confrère (niveau 2) en cas de doute, notamment sur l'instauration d'un traitement de fond de 2^{ème} intention. Mais pourquoi ce relais au niveau 2 s'avère difficile ? Problème d'accessibilité à une consultation spécialisée ? Difficulté de passer la main ?

8.4. Evaluation du traitement de fond :

Pour la grande majorité des praticiens questionnés, l'évaluation du traitement de fond était corrélé aux recommandations : c'est-à-dire réalisée 3 mois après son introduction et il était considéré comme efficace si la fréquence des crises avait diminué de moitié.

Nos résultats tendent à montrer que pour également la majorité des médecins migraineux, le traitement de fond est jugé efficace pour une diminution de la fréquence des crises de 50%.

L'intérêt de la mise en place d'un carnet de migraine se reflète lorsque l'on fait correspondre cette donnée avec l'évaluation du traitement de fond. Il s'avère que les médecins mettant au point un carnet de suivi, évaluent également le traitement mis en place. Ceci en rapport avec la stratégie de suivi préconisée par les recommandations et probablement une certaine rigueur de la part des médecins généralistes impliqués. Mais nos résultats montrent aussi que le traitement de fond est tout de même évalué par plus de 80% des médecins qui ne mettent pas en place de carnet de suivi.

Une étude publiée en 2013, nous affirme que l'arrêt du traitement de fond doit se faire entre 8 à 12 mois après une diminution de 50% des crises (46). Ceci étant le reflet des dernières recommandations.

La population de médecins généralistes de notre étude suit les recommandations et pour 70% arrêtent le traitement de fond à 1 an ou plus.

Globalement dans notre étude, le fait qu'un médecin soit migraineux n'est pas un facteur discriminant pour notre population de médecins généralistes, en ce qui concerne la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine. Exception faite de la mise en place d'un traitement préventif valide. Meilleure connaissance des molécules ainsi que leurs indications dans la mise en place d'un traitement de fond.

CONCLUSION :

Nous avons cherché à travers ce travail, à connaître les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des médecins généralistes de Picardie devant leurs patients migraineux et, l'adéquation de ces pratiques aux dernières recommandations de 2013.

Les médecins interrogés connaissent les principaux critères IHS permettant de poser le diagnostic de migraine comme le préconise les recommandations.

En revanche, les examens complémentaires tels que scanner, IRM, examen ophtalmologique restent régulièrement prescrits s'éloignant ainsi de ces recommandations.

Nous avons mis en évidence que seulement 1/3 des médecins interrogés instaurent un agenda de crise. Une formation spécifique sur l'intérêt de ce type d'outil de suivi semble indispensable pour améliorer la prise en charge des patients migraineux et évaluer le handicap que cette pathologie entraîne.

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, les AINS restent le traitement de 1^{ère} intention dans la crise migraineuse et l'utilisation des traitements spécifiques en cas d'inefficacité, en accord avec les dernières recommandations.

De même dans le traitement de fond, les bêta-bloquants sont largement utilisés en 1^{ère} intention. L'amitriptyline est plus fréquemment prescrit en 2^{ème} intention, par des médecins ayant un nombre d'années d'exercice plus important que la moyenne, malgré des recommandations jugeant son efficacité comme seulement probable.

Il semble donc que certaines recommandations soient difficilement applicables à la médecine de ville. Notamment en ce qui concerne la prescription d'examens complémentaires, ainsi que l'utilisation d'échelle d'évaluation de la qualité de vie des patients migraineux. En revanche, la mise en place de l'agenda de crise semble quant à lui indispensable.

Ainsi, il serait intéressant à l'avenir d'observer l'évolution des pratiques thérapeutiques et du suivi de celles-ci, d'analyser si les dernières recommandations de 2013 ont un impact au long cours sur la prise en charge des patients migraineux et si, l'utilisation de l'agenda de crise tend à se développer.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1- Lantéri-Minet M. Migraine de l'adulte : diagnostic, évaluation et traitement. EMC 2011, Elsevier Masson 5-1131.
- 2- Ananya Mandal M, DM. Histoire de migraine. News medical life sciences and medicine. 2014 mars.
- 3- Boureau F, Fabre N, Tzourio C. Exploration de la migraine. In : la migraine, connaissances descriptives, traitements et préventions. Edition Inserm 1998. 141-161
- 4- Pietrobon D, Striessnig J. Neurobiology of migraine. Nat. Rev. Neurosci. 2003 mai; 4(5):386-98.
- 5- Goadsby PJ. The pharmacology of headache. Prog. Neurobiol. 2000 déc;62(5):509-25.
- 6- 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.
- 7- 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 fevr;16(1):50-55;discussion 4.
- 8- Fabre N, Nachit-Ouinekh F, Becq J-P, Chastan G, Sénard J-M, El Hasnaoui A. Prise en charge de la migraine en médecine générale. Une étude multicentrique Française. Rev. Neurol. (Paris). 2005 oct;161(10):949-56.
- 9- The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (beta version) Cephalalgia 2013;33(9):629-808.
- 10- Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant. Rev. Neurol. (Paris) 2013;169(1):14-29.
- 11- Duru G, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Henry P, Lantéri-Minet M, Lucas C, Pradalier A, Chazot G, El Hasnaoui A. Impact of headache on quality of life in a general population survey in France (GRIM2000 Study). Headache 2004;44:571-80.
- 12- Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, et al. Six-item short-form survey for measuring headache impact : the HIT-6. Qual Life Res 2003;8:963-74.
- 13- Lantéri-Minet M, Alchaar H, Besson G, et al. The migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire : reliability of the french version. Cephalalgia 2003;23:750.

- 14- Radat F, Swendsen J. Psychiatric comorbidity in migraine : a review. *Cephalalgia* 2005;7:519-22.
- 15- Lucas C, Lantéri-Minet M, Leroy L. Comportements thérapeutiques des migraineux : à partir de FRAMIG 99. *La lettre du neurologue* 2000;IV(suppl.5):14-16.
- 16- Taimi C, Navez M, Perrin AM, Laurent B. Céphalées induites par abus des traitements symptomatiques antalgiques et antimigraineux. *Rev. Neurol. (Paris)* 2001;157:1221-34.
- 17- Sénard JM, Nachit-Ouinekh F, Becq JP, Chastan G, Fabre N, El Hasnaoui A. Etude pharmacoépidémiologique française de l'utilisation des triptans en médecine générale. *Thérapie* 2004;59:533-9.
- 18- Ferrari MD, Ronn 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.
- 19- Mick G, Baud P. Crises migraineuses. Que savons-nous vraiment des triptans ? *Neurologies* 2002;5:468-72.
- 20- Creac'h C. Céphalées quotidiennes chroniques par abus de médicaments antalgiques : diagnostic et prise en charge thérapeutique. *Medecine Therapeutique.* 200 ;9(4):169-80.
- 21- 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.
- 22- 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.
- 23- http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf.
- 24- URML Picardie. Enquête « démographie des médecins libéraux de Picardie » <http://www.urml-picardie.org/index.php?M=2&N1=524&N2=525>.
- 25- Dousset V, Henry P, Michel P. Epidémiologie des céphalées. *Rev. Neurol.* 2000(Paris).Tome 156(suppl.4):4s24-29.
- 26- Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Chautard MH, Lucas C. Migraine and Probable migraine—results of FRAMIG 3, a french nationwide survey carried out according to the 2004 IHS classification. *Cephalalgia.*2005 dec;25(2):1146-58.
- 27- Weber M, Daurès JP, Fabre N, Druais PL, Dardenne J, Slama A, et al. Influence of general practitioners' personnel knowledge on migraine in medical attitudes towards their patients suffering from migraine. *Rev. Neurol.(Paris).*2002 avr;158(4):439-45.

- 28- Michel P, Henry P, Letenneur L, Jogeix M, Corson A, Dartigues JF. Diagnostic screen for assessment of the IHS criteria for migraine by general practitioners. *Cephalalgia*. 1993;13(suppl.12):54-59.
- 29- Lucas c, Lantéri-Minet M, Chautard MH. FRAMIG III. Prise en charge des patients migraineux: importance de la première consultation. *Douleurs*. 2014 nov;5(suppl.1);11-12.
- 30- Steiner TJ et al. Diagnosis, prevalence estimation and burden measurement in population surveys of headache :presenting the HARDSHIP questionnaire. *Headache and Pain*. 2014,15:3.doi:10.1186/1129-2377-15-3.
- 31- http://www.sante.gouv.fr/IMG/ppt/12_Ane_Donnet_Filiere_de_soins_des_patients_cephalalgiques.ppt.
- 32- Pradalier A. et al. *Pharmacoeconomics* 2004;26:1305-1318.
- 33- Linet M et al. Epidemiologic study among adolescents and young adults. *JAMA* 1989;261:2211.
- 34- Hu XH et al. Disability and economic costs of migraine in the United States : a population-based approach. *Arch Intern Med* 1999;159:813-8.
- 35- Michel P et al. Incremental absenteeism due to headache in migraine :results from Mig-Access French national cohort. *Cephalalgia* 1999;19:503-10.
- 36- Lucas C, Lantéri-Minet M, Chaffaut C. Les relations médecins-migraineux. FRAMIG 2000-III. *Douleurs* 2001;2:244-246.
- 37- Popier M. 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. Faculté de médecine de Grenoble 2012.
- 38- Purdy RA. Migraine: the doctor-patient link. Results of a needs assessment. *Can J Neurol Sci*. 2002 juin;29(suppl.2):S3-7.
- 39- De Diego EV, Lantéri-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.
- 40- Levin M. Opioids in headache. *Headache* 2013 oct 15.doi:10.1111/head.12266.
- 41- Lantéri-Minet M et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. *Pain*.2003 mar;102(1-2):143-9.
- 42- Lucas C. Etat des lieux de l'utilisation des triptans en France. *Douleurs* June 2004.vol5(issue 3);144-148.

- 43- Lucas C, Lantéri-Minet M, Chaffaut C. Comportements thérapeutiques des migraineux. FRAMIG 2000-II. Douleurs 2001;2:240-6.
- 44- Prescrire-avril 2006/tome 26 N°271;276-281.
- 45- Lucas C. Dépression et migraine. 2012 fev vol.15,141.
- 46- Silva-Neto RP, Almeida KJ, Bernardino SN. Analysis of the duration of migraine prophylaxis. J Neurol Sci.2013 nov 19.doi:10.1016/j.jns.2013.11.013.

ANNEXE 1 :

Critères de la migraine sans aura (ICHD-III beta) :

- A- Au moins 5 crises répondant aux critères B à D
- B- Crises de céphalées durant de 4 à 72Heures (sans traitement)
- C- Céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes :
 - unilatérale
 - pulsatile
 - modérée ou sévère
 - aggravation par les activités physiques de routine, telle que la montée ou descente d'escalier.
- D- Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants :
 - Nausées et/ou vomissements
 - Photophobie et phonophobie
- E- L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, une céphalée secondaire doit être éliminée par les investigations complémentaires appropriées.

Critères de la migraine avec aura typique (ICHD-III beta) :

- A- Au moins 2 crises répondant aux critères B et C
- B- Aura consistant en au moins l'un des caractères suivants, mais sans déficit moteur :
 - symptômes visuels totalement réversibles incluant des phénomènes positifs (lumières scintillantes, tâches ou lignes) et/ou négatifs (perte de la vision)
 - symptômes sensitifs totalement réversibles, incluant des phénomènes positifs (sensation de piquûre d'épingle) et/ou négatifs (engourdissement)
 - troubles phasiques totalement réversibles
- C- Au moins 2 des caractères suivants :
 - symptômes visuels homonymes et/ou symptômes sensitifs unilatéraux
 - au moins un des symptômes se développant progressivement sur 5 minutes ou plus et/ou plusieurs des symptômes survenant successivement sur 5 minutes ou plus
 - durée de chaque symptôme d'au moins 5 minutes n'excédant pas 60 minutes
- D- L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, une autre étiologie doit être éliminée par les investigations complémentaires appropriées.

ANNEXE 2 :

Prise en charge des patients migraineux par les médecins généralistes :

Généralités :

- 1- Combien de patients migraineux compte votre patientèle ?
 5-10 10-15 15-20 20-25 + de 25
- 2- Age moyen de diagnostic de la migraine dans votre patientèle ?
 - de 20 ans 20-30 ans 30-40 ans + de 40ans

Diagnostic :

- 3- Quels critères, devant une céphalée, vous font poser le diagnostic de migraine ?
- pulsatile brutale unilatérale
 - intense bilatérale en casque
 - accompagnée de nausées/vomissements nocturne
 - présence d'une photophobie
 - présence d'une phonophobie
 - aggravation par l'exercice

Examens complémentaires :

- 4- Prescrivez-vous un scanner cérébral ou une IRM cérébrale devant un patient migraineux ?
 jamais rarement régulièrement systématiquement
- 5- Si oui, à qui ? (plusieurs réponses possibles)
- tous les patients migraineux
 - crise migraineuse inaugurale après 50 ans
 - une aura atypique (début brutal ou durant + d'une heure ou survenant toujours du même côté)
 - examen clinique anormal
 - migraine durant plus de 4 heures
- 6- Prescrivez-vous d'autres examens ? (plusieurs réponses possibles)
- EEG examen ophtalmologique Radio des sinus
 - autres :
- 7- Prenez-vous l'avis de confrères devant un patient migraineux ?
 jamais rarement régulièrement systématiquement
- 8- Si oui, auprès de qui ? (Plusieurs réponses possibles)
- neurologue médecin de la douleur psychiatre
 - autres :

Evaluation du handicap :

9- Proposez-vous un carnet de suivi de la migraine?

- oui non

10- Comment évaluez-vous le handicap engendré par la migraine? (plusieurs réponses possibles)

- ressenti exprimé par le patient échelles spécifiques
 fréquence des consultations pour ce motif observation de l'agenda
 répercussion sur la qualité de vie je n'évalue pas cette donnée

Traitements :

11- Quel(s) traitement(s) de la crise migraineuse instaurez-vous en 1^{ère} intention ?

- AINS aspirine tramadol paracétamol
 aspirine + métoclopramide opioïdes acupan
 triptans/ergot de seigle

12- Quel(s) traitement(s) de la crise migraineuse instaurez-vous en 2^{ème} intention ?

- AINS aspirine tramadol paracétamol
 aspirine + métoclopramide opioïdes acupan
 triptans/ergot de seigle

13- Quels sont vos critères pour instaurer un traitement de fond de la migraine?

Fréquence des crises : oui non

si oui : 1 à 2/mois 3 à 6/mois 6 à 8/mois

Retentissement sur la vie quotidienne : oui non

14- Quelle(s) molécule(s) utilisez-vous en 1^{ère} intention en traitement de fond ?

- amitriptyline (laroxyl®) dihydroergotamine (seglor®)
 flunarizine (sibelium®) gabapentine (neurontin®)
 indoramine (vidora®) oxétorone (nocertone®)
 pizotifène (sanmigran®) propranolol (avlocardyl®)
 topiramate (epitomax®) valproate de sodium (depakine®)

15- Quelle(s) molécule(s) utilisez-vous en 2ème intention en traitement de fond ?

- amitriptyline dihydroergotamine flunarizine gabapentine
 indoramine oxétorone pizotifène propranolol
 topiramate valproate de sodium

16- A partir de quelle diminution de la fréquence des crises le traitement est efficace selon vous ? 25% 50% 75%

17- Réalisez-vous une évaluation de l'efficacité du traitement de fond ?

- oui non

- si oui, combien de temps après l'instauration de ce traitement de fond?

- 1 mois 3 mois 6 mois 9 mois

18- Le traitement de fond instauré étant efficace, vous l'arrêtez au bout de combien de temps ?

- jamais 3 mois 6 mois 1 an > 1 an

Quelques questions vous concernant :

=> Exercez-vous une activité : rurale urbaine

=> Etes-vous : un homme une femme

=> Quelle est l'année de votre début d'exercice ?

=> Etes-vous migraineux vous-même ? oui non

Prise en charge des patients migraineux en 2015 par les médecins généralistes de Picardie. A partir d'une enquête auprès de 212 médecins généralistes.

En médecine générale, le motif de consultation « céphalée » est fréquent. Malgré une prévalence importante, 12 à 21% de la population générale, cette pathologie reste encore sous-estimée, sous-diagnostiquée et sous traitée. Une révision des recommandations professionnelles concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine de 2002, a été élaborée en 2013. L'objectif de notre étude était de connaître la pratique des médecins généralistes de Picardie dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients migraineux. Le but également était de savoir si cette pratique est en adéquation avec les dernières recommandations. Afin de réaliser cette enquête épidémiologique transversale, un questionnaire destiné aux médecins généralistes de Picardie a été envoyé. Sur les 547 questionnaires envoyés, 212 ont été remplis et ont pu être exploités. Notre travail a montré que les critères IHS sont globalement bien connus par les médecins généralistes. Malgré cela 42% d'entre eux prescrivent une imagerie cérébrale. Le handicap engendré par la migraine est évalué par 36% des médecins interrogés grâce à la mise en place d'un agenda de crise. Nous constatons au niveau thérapeutique que l'utilisation des AINS prédomine dans le traitement de crise en 1^{ère} intention et que le traitement par bêta-bloquant reste celui le plus utilisé dans le traitement de fond. La pratique des médecins généralistes concernant la prise en charge diagnostique des patients migraineux semble en corrélation avec les recommandations avec toutefois une difficulté dans la prise en charge thérapeutique notamment dans le traitement de fond de 2^{ème} intention. Le handicap engendré par la migraine reste un point crucial dans la prise en charge de ces patients.

MOTS CLES : migraine, médecine générale, recommandations, évaluation traitements.

Management of migrainous patients in 2015 by the general practitioners of Picardie. Through a survey of 212 general practitioners.

In general medical practice, consultations for headache occur quite frequently. In spite of high prevalence rate (12 to 21% of the population), this pathology remains underestimated, under diagnosed and not well treated. A revision of the professional recommendations concerning the diagnosis and therapeutical headache management of 2002 has been drawn up in 2013. The purpose of this study was to determine the uses of general practitioners of Picardie in the management of migraine patients. The aim was also to know if their practices were matching the last recommendations. A questionnaire was sent to the general practitioners of Picardie in order to realize this transverse epidemiological investigation. Over the 547 sent questionnaires, 212 were completed and could be used. Our work has put in light that the IHS criteria were well-known by the general practitioners overall, nevertheless 42% of them still prescribe a brain imaging. The disabilities caused by migraine is assessed by 36% of the interviewed doctors through a headache episode agenda. We notice to the therapeutical level that the use of NSAIDs prevails as a first-line treatment to seizures and that beta-blockers remain the most used background therapy. The practice of GPs concerning the diagnosis management of migraine patients sounds consistent with recommendations, however difficulties appear in the therapeutical management especially concerning the second-line background therapy. The handicap brought by migraine remains a key point of the management of these patients.

KEYWORDS : migraine, general medicine, recommendations, assessment, treatment.

