



HAL
open science

Prise en charge de la migraine chez l'adulte en médecine générale dans la région de Rouen et son agglomération

Flore Geerlandt

► **To cite this version:**

Flore Geerlandt. Prise en charge de la migraine chez l'adulte en médecine générale dans la région de Rouen et son agglomération. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01664753

HAL Id: dumas-01664753

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664753>

Submitted on 15 Dec 2017

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 ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2017

N°

THESE
pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2017

par

Geerlandt Flore

Né(e) le 18/05/1987 à Lille

Prise en charge de la migraine chez l'adulte en
médecine générale dans la région de Rouen et son
agglomération

Président du jury : *Joly Luc-Marie, Professeur en médecine d'urgence.*

Membres du jury : *Laudenbach Vincent, Professeur en Anesthésie-Réanimation chirurgicale de l'enfant*

Guegan-Massardier Evelyne, Docteur en Neurologie.

Directeur de thèse : *Joulakian Mher, Docteur en Santé Publique.*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016
- 2017

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE
DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel
GUERBET Professeur
Benoit VEBER
Professeur Pascal
JOLY Professeur
Stéphane MARRET**

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>sumombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre **DECHELOTTE**

HCN Nutrition

Mr Stéphane **DERREY**

HCN Neurochirurgie

Mr Frédéric **DI FIORE**

CB Cancérologie

Mr Fabien **DOGUET**

HCN Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtítia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
-------------------------	-----	---------------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Benedetta CORNELIO	Chimie organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la
santé Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III - MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar 1096)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET orthophonie	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique
DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle
GUILLAUME*

HB - Hôpital de BOIS

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier

*Spécialisé du Rouvray CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ -
Saint Julien Rouen*

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Le Professeur Luc-Marie Joly d'avoir accepté de participer à ce jury, de juger de ce travail, d'avoir été un fil conducteur, un excellent professeur et un très bon médecin lors de mon passage aux urgences.

- Monsieur Le Professeur Vincent Laudenbach d'avoir accepté de participer également à ce jury et de juger ce travail.

- Docteur Evelyne Guegan-Massardier, neurologue au CHU spécialisée dans les migraines pour son aide précieuse et sa disponibilité pendant ce travail et d'avoir accepté de participer à ce jury.

- Docteur Mher Joulakian, pour m'avoir guidé et conseillé tout au long de cette thèse en étant mon Directeur de thèse.

Je tiens tout d'abord à remercier mes parents, mes grands parents qui m'ont aidé, encouragé, consolé, félicité, aimé. Merci pour leur soutien, leur aide, leur amour et la liste pourrait être longue mais j'arrête car c'est à la fin qu'il faut pleurer.

Merci à ma sœur pour son amour évidemment, mais surtout pour m'avoir supporté lors de ma P1 à Nice, elle doit souffler aujourd'hui.

Merci à mon Grand Amour Martin, qui me soutient depuis 7 ans dans toute circonstance, toujours là pour moi, toujours les mots justes, un mot : Merci, ah non mince ce n'est pas une déclaration, bon de toute façon il sait déjà tout.

Merci à Coco Dfr, il y a deux semaines c'était ta thèse, à laquelle je n'ai pu assister malheureusement car je préparais justement la mienne mais le cœur y était, 9 ans que nous connaissons les mêmes galères, les études interminables mais qui m'ont fait connaître cette fille extraordinaire que je ne peux m'empêcher de remercier.

Merci à Tati Caro, à Parrain qui me supportent même l'été quand je n'ai qu'un seul mot à la bouche : la thèse. « c'est un beau roman, c'est une belle histoire, c'est une romance d'aujourd'hui ».

Merci à Alex et Matthieu mes cousins toujours là pour me remonter le moral et me faire rire même dans les pires moments. Bon ce soir c'est pas le planétarium.

Merci à Ma tante Martine, mes cousin(e)s (Francois, Julie, Aurore, Kévin) pour leur soutien par téléphone, par sms, par messenger des conseils, de leur aide, leurs conseils pour éviter

de déprimer : «prends un Godet» , merci car ce petit godet qui en entraîne un autre n'était pas mauvais. J'espère ne pas me casser le pied ce soir....

Merci à ma voisine Anastasia qui a permis de me faire gagner du temps dans ma préparation, ma rédaction et le temps c'est important, mais c'est avant tout aussi une amie, de bon conseil également, une amie que je remercie aujourd'hui et que je félicite également pour son courage, sa patience et sa gentillesse.

Merci à Lagie pour tes appels, tes messages même si quelques kilomètres nous séparent, merci de rester toi même depuis que je te connais, ne change pas je t'aime comme ça.

Merci à « Pino » Devilder pour les soirées pause, où l'on ne touche à rien: fini les cours du soirs, ce soir c'est kolantha, c'est un peu ce que j'ai fait pour en arriver là mais ce kolantha là ne fait pas maigrir. Oups.

Merci à Emilie V, mon acolyte d'elbeuf , mon amie pour ses conseils, que ce soit pour la thèse ou autre, merci et bientôt nous nous retrouverons ma poulette.

Merci à Berge, et oui un jour Directeur, un Jour fêtard, un jour covoitreur, j'avoue que je te préfère en fêtard, après la soutenance on va bien rigoler mais merci d'avoir accepté malgré toi de diriger ma thèse. Je pense que t'es la personne qu'il fallait choisir , c'est pas comme si t'avais été président de l'internat.

Merci à Megh Ryann qui à chaque soirée à toujours de quoi me faire sourire sans oublier que toi aussi t'aurais pu faire mes statistiques car toi même tu sais mais zéro + zéro ca fait combien déjà ?

Merci à Jéjé de m'avoir motivée à m'inscrire dans une salle de sport, au moins je rentre dans ma robe ce soir, mais merci à elle d'être une amie de confiance depuis trois ans.

Merci aux radiologues les plus cools du CHU: Merci aux MGM :Martin, Ghislain (surtout pour ses barbecue dans la bois de quat'sous) et Mickael, merci à Morgane et Tatiana (avec qui on a des sacrés fou rires : Tatiana un verre et c'est fini ; Morgane un peu plus), Slim , Sofiane , Etienne , David , Claire et Lucas (pas de licorne ce soir) et tous les autres. Abde si tu n'es pas en jet lag ou train d'acheter des trucs louches: merci aussi car grâce à toi on a toujours un sujet de discussion.

Merci à ma copine Marie-Ange pour sa fidélité en amitié depuis trois ans.

Je remercie quand même Anne , même si tu m'oublies en ce moment , moi non.

Merci à Alex Auger d'être rester fidèle avec Martin et moi même en amitié, on t'offrira un bon pinar ce soir.

Merci à Nico et Aurore qui me font oublier à chaque vacances que j'ai une thèse à préparer, même si y'aura pas de LShow comme à Prague, je vous enverrai des photos les amis.

Merci à Agathe Lemarchand de m'accompagner au sport, ca me permet de voir du monde vu que je ne sors plus depuis le 4/09/17 mon retour de vacances pour écrire ces foutus remerciements .

Je remercie aussi Niaz et Petruchka (Alex et julie) pour leur soutien et amitiés.

Merci aux Urgentistes de Rouen qui m'on soutenu et encouragés quand j'avais beau leur parler encore une fois de ma thèse.

Merci à Thérèse , Mounir, Hervé , Magalie et Claude du Samu 76 pour leur soutien durant mes 6 mois de stage passé avec eux. Merci à Cindy pour ton aide qui me sauve en dernière minute.

SOMMAIRE

<u>Liste des Abréviations</u>	1
<u>I - Introduction</u>	3
1 <u>Généralités</u>	3
2 <u>Eléments épidémiologiques</u>	4
3 <u>Physiopathologie de la migraine</u>	4
4 <u>Recommandations professionnelles</u>	5
14- a) <u>Définitions et critères cliniques</u>	5
14- b) <u>Diagnostics différentiels</u>	6
14-c) <u>Indications des examens complémentaires</u>	7
14-d) <u>Traitements de la crise migraineuse</u>	8
14-e) <u>Traitement de fond de la migraine</u>	10
14-f) <u>Migraine et qualité de vie</u>	11
5 <u>Cas particulier : la migraine chez l'enfant</u>	12
6 <u>Le parcours patient idéal</u>	12
7 <u>Objectifs de l'étude</u>	13
<u>II - Matériel et méthodes</u>	14
1 <u>Description générale de l'étude</u>	14
2 <u>Modalités d'inclusion des médecins généralistes</u>	14
3 <u>Description du questionnaire</u>	15
4 <u>Analyse statistique des données</u>	16
<u>III - Résultats</u>	17
1 <u>Caractéristiques socio démographiques des médecins inclus</u>	17
2 <u>Fréquence annuelle de migraineux en médecine générale</u>	19
3 <u>Prise en charge diagnostic de la crise migraineuse</u>	21
4 <u>Place des examens complémentaire dans la prise en charge de la migraine</u>	24
5 <u>Evaluation du handicap et de la qualité de vie des patients</u>	26
6 <u>Traitements de la migraine</u>	27
- <u>Traitement de crise de la migraine</u>	27
- <u>Traitement de fond de la migraine</u>	30
- <u>Thérapies non médicamenteuses</u>	32

<u>7 Suivi du patient migraineux</u>	33
<u>8 Synthèse d'évaluation des connaissances</u>	36
<u>IV - Discussion</u>	40
4-1 <u>Forces de l'étude</u>	40
4-2 <u>Limites de l'étude</u>	41
4-3 <u>Confrontations et discussion des résultats</u>	41
- <u>Caractéristiques socio-démographiques</u>	41
- <u>Fréquence annuelle d'actes migraineux</u>	43
- <u>Prise en charge diagnostique de la crise migraineuse</u>	43
- <u>Migraine et examens complémentaires</u>	45
- <u>Handicap et qualité de vie du migraineux</u>	46
- <u>Traitement de la crise migraineuse</u>	47
- <u>Traitement de fond de la migraine</u>	48
- <u>Thérapies non médicamenteuses</u>	50
- <u>Suivi du patient migraineux</u>	50
- <u>Analyse statistique</u>	51
<u>V - Conclusion</u>	53
<u>VI- Ouverture et changements à proposer</u>	55
<u>Bibliographique</u>	56
<u>Annexes</u>	59
<u>Annexe 1 : questionnaire thèse</u>	59
<u>Annexe 2 : questionnaire MIDAS</u>	66
<u>Annexe 3 : Echelle HIT-6</u>	67
<u>Annexe 4 : Agenda migraineux</u>	68

Liste des abréviations :

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien

AIT : accident ischémique transitoire

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANAES : agence nationale d'accréditation

AVC : Accident vasculaire cérébral

BAV : bloc atrio-ventriculaire

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

CCQ : céphalée chronique quotidienne

CGRP : calcitonine gène related peptide

CQT : céphalée quotidienne de tension

DCE : dépression corticale envahissante

DHE : dihydroergotamine

EEG : électro encéphalogramme

EHPAD : établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FMC : formation médicale continue

HAS : haute autorité de santé

HIT-6 : headache Impact Test

HTA : hypertension artérielle

HTIC : hypertension intracrânienne

IHS : international headache society

IRM : imagerie par résonance magnétique

MAA : migraine avec aura

MAV : malformation artério-veineuse

MIDAS : migraine disability assessment

MSA : migraine sans aura

OMS : organisation mondiale de santé

ORL : oto-rhino-laryngologie

QVM : qualité de vie du migraineux

RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

SEP : sclérose en plaques

SFEMC : société française d'étude des migraines et des céphalées

SSR : soins de suite et de réadaptation

STV : système trigemino vasculaire

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

TDM : tomodensitométrie

URPS : union régionale des professionnels de santé

I) Introduction :

1) Généralités

En dépit de sa haute prévalence et de ses répercussions, tant individuelles que collectives, la migraine reste sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée en médecine générale (1,2).

Elle fait partie des céphalées primaires les plus fréquentes à travers le monde (3,4) et comprend deux variétés : la migraine sans aura (MSA) et la migraine avec aura (MAA) dans laquelle la céphalée est précédée ou accompagnée de symptômes neurologiques transitoires (1,3).

Il s'agit d'une maladie bénigne mais handicapante qui peut altérer la qualité de vie des patients, perturber les relations affectives et retentir sur les activités socio-professionnelles (5,6). Ainsi donc, la migraine engendre un coût économique majeur pour la société (2). Les principes de la prise en charge sont basés sur une diminution de la fréquence des crises, ainsi que de leurs intensités.

La migraine est majoritairement prise en charge en soins primaires (4). Dans sa forme commune, le diagnostic reste clinique (3,6,7) avec des critères IHS(International Headache Society) clairement définis depuis 1988 (8). Les examens complémentaires, ainsi que l'avis d'un spécialiste, ne sont nécessaires qu'en cas d'une expression clinique atypique (1,6).

Une prise en charge optimale repose sur (4,9) :

- Une bonne connaissance des traitements disponibles,
- Une information complète donnée au patient,
- Un suivi et une évaluation réguliers.

Comme déjà dit précédemment, ces connaissances diagnostiques et thérapeutiques semblent comporter quelques lacunes parmi les médecins généralistes.

2) Eléments épidémiologiques de la migraine

La migraine est une pathologie très répandue dans le monde, sa prévalence est globalement constante autour de 10% de la population générale sauf en Afrique et au Moyen-Orient où la prévalence semble être approximativement de 5% (4).

La migraine est une maladie majoritairement diagnostiquée chez l'adolescent et le jeune adulte, sa prévalence chez l'adulte de 18 à 65 ans est estimée entre 17 et 21% selon les critères diagnostiques utilisés, avec un sex-ratio de 3 femmes pour 1 homme (1).

Nous retrouvons dans les études, un acte migraineux en moyenne par semaine en médecine générale(10). Les études françaises estiment que 40% des migraineux n'ont jamais consulté pour cette pathologie et que 60% s'ignorent encore, ainsi que les possibilités de prise en charge existantes pour la maladie (1), conduisant à une automédication importante. En 2008, la Revue Médicale Liège avait estimé que le coût total de la migraine représentait 27 milliards d'euros à l'échelle européenne (coûts directs et indirects) (2). L'organisation mondiale de la santé(OMS) classe la migraine au dixième rang mondial des pathologies les plus invalidantes, tout sexe confondu et au cinquième rang pour les femmes (7).

L'ensemble de ces caractéristiques épidémiologiques font de la migraine un problème de santé publique majeur.

3) Physiopathologie de la migraine

Les mécanismes de la migraine commencent à être bien connus même si il reste encore de nombreuses questions non résolues.

La douleur de la crise migraineuse est secondaire à une inflammation et à une dilatation des vaisseaux cérébraux ainsi que des artères méningées, provoqué par une activation du STV (système trigémino-vasculaire) , il s'agit d'un phénomène neuro-vasculaire (2).

L'aura migraineuse est attribuée à la mise en jeu d'un phénomène de dépression corticale envahissante (DCE), c'est à dire qu'il y aurait en même temps que l'aura une diminution du flux sanguin cérébral dans la zone du cortex affectée, à début postérieur qui s'étendrait progressivement (3,11,12,13). Le cortex occipital est plus sensible à ce phénomène, expliquant que l'aura est le plus souvent visuelle.

Ces phénomènes transitoires ont la capacité de se répéter de façon récurrente chez les migraineux du fait d'une prédisposition génétique (différent de la forme héréditaire) (11,12).

La maladie migraineuse serait donc due à une excitabilité neuronale anormale sous tendue par une prédisposition génétique complexe et modulée par des facteurs intrinsèques et extrinsèques propres à chaque patient (3,11,12).

Bien connaître les mécanismes fondamentaux du processus migraineux permettra d'optimiser les options et stratégies thérapeutiques.

4) Recommandations professionnelles

14-a) Définitions et critères cliniques

Les critères diagnostiques de la migraine sont une aide à la pratique en ambulatoire et il est recommandé de les utiliser dans la pratique quotidienne (2).

Ces critères ont été établis en 1988, révisés en 2002 et confirmés en 2013 par l'IHS (International Headache Society) 3ème édition (1,14) :

Les critères diagnostiques de la MSA sont les suivants :

- **A** : Au moins 5 crises répondant aux critères B à D,
- **B** : Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (sans traitement).
- **C** : Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : unilatérale, pulsatile, modérée ou sévère, aggravation par les activités physiques de routine (descente ou montée des escaliers),
- **D** : Durant les céphalées, au moins l'un des caractéristiques suivant : nausée et ou vomissement, photophobie et phonophobie,
- **E** : L'examen clinique doit être normal entre les crises.

Les critères diagnostiques de la MAA sont les suivants :

- **A** : Au moins deux crises répondant aux critères B et C,
- **B** : Aura remplissant au moins un des caractères suivants :
 - Symptômes visuels totalement réversibles incluant des phénomènes positifs (lumières scintillantes , taches ou lignes) et/ou négatifs (perte de vision).
 - Symptômes sensitifs totalement réversibles incluant des phénomènes positifs (sensation de piqûre d'épingle) et/ou négatifs (engourdissement),

- Troubles phasiques totalement réversibles,
- **C** : Au moins deux des caractères suivants :
 - Symptômes visuels homonymes et ou symptômes sensitifs unilatéraux,
 - Au moins un des symptômes se développant progressivement sur cinq minutes ou plus et, ou plusieurs des symptômes survenant successivement sur cinq minutes ou plus,
 - Durée de chaque symptôme : de 5 minutes ou moins jusqu'à 60 minutes ou moins,
- **D** : L'examen clinique doit être normal entre les crises.

L'aura peut être accompagnée d'une céphalée ayant ou pas les caractéristiques de la MSA ou peut être isolée.

Que ce soit avec ou sans aura, on parle de « migraine probable » pour toute céphalée d'allure migraineuse respectant l'ensemble des critères IHS moins un critère (1). La prise en charge reste identique à celle de la migraine.

Les auras atypiques (basilaires, motrices et rétiniennes) ont aussi leurs critères IHS (15), mais ne font pas parties de notre étude.

La migraine chronique, qui faisait partie des complications de la migraine en 2004 (2), est devenue une entité nosologique à part en 2013(15) et a ses propres critères IHS :

- au moins 15 jours par mois de crises migraineuses pendant au moins 3 mois, dont 8 crises respectent les caractéristiques de la MSA ou MAA (3,15).

I4-b) Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels de la migraine (MSA et MAA) sont, parmi les plus fréquents(3):

- Les pathologies vasculaires cérébrales,
- Les processus expansifs intracrâniens,
- La crise d'épilepsie,
- Toute céphalée de tension épisodique,
- L'algie vasculaire de la face,
- La névralgie du trijumeau.

La MAA est un facteur de risque indépendant d'infarctus cérébral (3).

I4-c) Indications des examens complémentaires

Comme nous l'avons vu précédemment, le diagnostic de la migraine est clinique, il existe cependant des éléments qui doivent conduire à la réalisation d'examens paracliniques en urgence (6,7,16).

Les signaux d'alerte suivants doivent conduire à la réalisation d'une imagerie cérébrale en urgence :

- Âge > 50 ans
- Céphalée à caractéristiques inhabituelles
- Examen clinique anormal entre les crises
- Aura atypique

Il n'y a pas d'indication à réaliser une imagerie cérébrale devant (2):

- ◆ Une migraine typique définie selon les critères IHS de la MAA et MSA.
- ◆ Pour différencier une migraine d'une céphalée de tension.
- ◆ Un examen clinique normal entre les crises.

Une migraine typique ne doit pas non plus conduire à la réalisation d'un EEG (électroencéphalogramme), d'une radiographie des sinus, d'une radiographie du rachis cervical, d'un examen orthoptique ou d'une échographie abdominale (1,6).

En l'absence de signes d'alerte, la prise en charge peut se faire en ambulatoire (1) et repose sur trois grands axes (7):

- L'éviction des facteurs déclenchants (variations hormonales, changements de rythme au niveau des activités personnelles ou professionnelles ou du sommeil ou encore des repas, environnementaux),
- Le traitement de la crise par des antalgiques simples et/ou des Triptans,
- Le traitement de fond sous certaines conditions, avec des anti hypertenseurs, des anti épileptiques ou des anti déprimeurs et avec comme clé de voute des soins : «la bonne relation médecin patient».

Il est important de bien connaître la migraine pour comprendre comment agissent les traitements et permettre une explication claire et appropriée au patient afin d'optimiser leur prise en charge (18).

I4-d) Traitements de la crise migraineuse

Le traitement repose sur deux volets : (1,3)

- Le traitement de crise : proposé à tous les patients pour soulager la céphalée migraineuse et les signes associés par des traitements non spécifiques (anti-inflammatoires) et spécifiques (Triptans et dérivés ergotés).
- Le traitement de fond qui vise à diminuer la fréquence des crises.

Les médicaments ayant l'AMM (autorisation de mise sur le marché) pour la crise migraineuse sont :(1,3,7,19).

◆ Pour les traitements non spécifiques: Kétoprofène, Ibuprofène, Migpriv (aspirine 900mg + Métoclopramide 10 mg).

◆ Pour les traitements spécifiques: Almotriptan, Elétriptan, Frovatriptan, Naratriptan, Rizatriptan, Sumatriptan, Zomitriptan, Tartrate d'ergotamine associé à la caféine, DHE (Dihydroergotamine) par voie per-nasale.

D'après une étude Canadienne de 2002, seulement 8% de la population utilisent les Triptans (20).

En cas de pathologie vasculaire du fait de leurs effets vasoconstricteurs, les Triptans et Dérivés Ergotés sont contre indiqués (1).

Pour un patient déjà traité par des traitements non spécifiques, il est recommandé, lors de la première consultation, d'interroger le patient sur leur traitement habituel et sur le soulagement que leur apporte ce (accord professionnel) :

- ◆ Êtes-vous soulagé de manière significative 2 heures après la prise ?
- ◆ Ce médicament est-il bien toléré ?
- ◆ Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?
- ◆ La prise de ce médicament vous permet-elle une reprise normale et rapide de vos activités sociales, familiales, professionnelles ?

Si le patient répond non à au moins 1 des 4 questions ci-dessus, il est recommandé:

- De prescrire sur la même ordonnance : un Triptan et un AINS (Anti-inflammatoire non stéroïdien),
- Le patient prendra d'abord uniquement l'AINS,

- Il prendra le Triptan si et seulement si deux heures après la prise de l'AINS, il n'est toujours pas soulagé,
- Il faut répéter cette stratégie thérapeutique trois fois de suite avant de parler : «d'échec thérapeutique»,
- Si échec de cette stratégie, il faut alors prendre le Triptan d'emblée très précocement (1,7) et si cela ne marche toujours pas il faut alors prendre un autre Triptan et/ou associer le Triptan et l'AINS d'emblée (1,3).

Un patient non répondeur à un Triptan peut répondre à un autre Triptan, il faut prendre maximum 8 jours par mois de Triptans (1).

Il y a des différences minimales en termes d'efficacité et de tolérance entre les différents Triptans (1,3).

L'action du traitement de crise repose sur (7):

- Une diminution de l'inflammation neurogène induite par le STV,
- Une inhibition la réponse inflammatoire.

L'association du Sumatriptan et du Naproxène sodique est plus efficace que chacun des deux pris séparément (1).

Le paracétamol, les antalgiques de palier 2, seuls ou associés à la caféine ne sont pas recommandés à cause de l'abus médicamenteux (1,3).

Les opiacés en France sont cependant utilisés chez 23 % des migraineux (18).

Le praticien dispose de nombreux médicaments pour la crise mais les Triptans ont montré de meilleurs résultats (17).

I4-e) Traitement de fond de la migraine

La plupart des molécules proposées comme traitement de fond dans la migraine sont des molécules anciennes n'ayant pas été évaluées dans des études thérapeutiques contrôlées de qualité méthodologique suffisante(exemples : Amitriptyline, Candésartan) (1,7) et son représentées dans le tableau suivant :

Tableau1: Molécules proposées dans le traitement de fond de la migraine :			
Traitement de fond :	Posologie :	Contre indication :	Effets indésirables :
1. Propranolol	40-240 mg/j	Asthme, BAV, bradycardie,insuffisance cardiaque	Asthénie,mauvaise tolérance à l'effort
2. Métoprolol	100-200 mg/j	Asthme, BAV,bradycardie, insuffisance cardiaque	Asthénie, mauvaise tolérance à l'effort
3. Topiramate	25-200 mg/j	Grossesse, allaitement	Colique néphrétique , parasthésies , perte de poids
4. Valproate de sodium	500-1000 mg/j	Grossesse, allaitement, hépatite	Somnolence , prise de poids , perte capillaire , hépatite

tableau 1

Seuls, le Propranolol, le Métoprolol et le Topiramate de méthodologie grade A ont l'AMM dans le traitement de fond de la migraine (1). Les autres molécules avec AMM ont au contraire une efficacité peu démontrée (Flunarizine, Oxétorone, Pizotifène, DHE, Indoramine).

Il est important pour une prise en charge optimale, comme dit précédemment, de bien connaître ces traitements et pour le traitement de fond, savoir qu'il est recommandé de le prescrire en cas de fréquence des crises > 2-3/mois depuis plus de 3 mois ou si la crise répond mal au traitement (3), tout en expliquant au patient qu'aucun traitement ne fait disparaître complètement la migraine.

La tenue d'un agenda migraineux permet donc de mieux apprécier l'efficacité du traitement (3).

Un traitement de fond est efficace lorsqu'il réduit la fréquence des crises d'au moins 50%. Il faut également pour juger de l'efficacité d'un traitement de fond, tenir compte de l'intensité des crises et de la consommation des traitements de la crise (1,7).

En cas d'échec du traitement de fond au bout de 3 mois, la posologie peut être augmentée en l'absence d'effets indésirables ou un autre traitement de fond peut être proposé (1).

L'association de deux traitements de fond à plus faibles doses peut être envisagée dans le but de réduire les effets indésirables si ils existent. (1)

Nous manquons actuellement d'études pour les thérapies non médicamenteuses (7), mais des études ont montré, que la relaxation, le rétrocontrôle et les thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress ont fait preuves d'efficacité (1).

14-f) Migraine et qualité de vie

Il existe des outils simples d'évaluation concernant l'impact des céphalées du migraineux sur la qualité de vie permettant d'améliorer la prise en charge de la maladie migraineuse dans sa globalité (1,5,21,22):

→ **QVM** (qualité de vie et migraine) : échelle évaluant le retentissement de la migraine sur la qualité de vie des patients,

→ **HIT-6** (Headache Impact Test) : outil permettant d'évaluer le handicap qu'engendre la migraine ,

→ **MIDAS** (Migraine Disability Assessment) :outil permettant également d'évaluer le handicap causé par la migraine.

Plusieurs études montrent que l'anxiété et la dépression sont présentes chez la plupart des migraineux , l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) permet quant à elle d'évaluer le retentissement émotionnel de la migraine (1,17). L'évaluation de la qualité de vie du patient permet d'établir une meilleure relation médecin/patient et donc d'optimiser la prise en charge des migraines (18).

Cette collaboration médecin/patient commence par le conseil d'un agenda migraineux qui est recommandé (1,6).

5) Cas particulier : La migraine chez l'enfant

Devant la prise en charge différente et plus compliquée concernant la migraine chez l'enfant, nous avons décidé de traiter uniquement la migraine chez l'adulte dans cette étude, mais il m'a semblé pertinent de mettre en exergue quelques éléments.

La migraine de l'enfant touche environ 5 à 10 % d'entre eux sans différence de sexe avant la puberté (3).

Chez les enfants et les adolescents les symptômes visuels peuvent être bilatéraux (1,6).

En ce qui concerne les symptômes associés à la migraine, les troubles digestifs sont au premier plan, une pâleur inaugurale est très fréquente (1,6).

La place des examens complémentaires est la même que chez l'adulte (6).

Chez l'enfant le traitement médicamenteux de fond ne sera institué qu'après échec des traitements non pharmacologiques (1,6).

Des études pédiatriques ont montrés que le rétrocontrôle réduisait de 30 à 40 % la fréquence des crises (8).

6) Le parcours patient idéal

◆ La première étape du parcours patient migraineux est d'établir le diagnostic dès l'interrogatoire, en commençant par identifier les facteurs déclenchants (3,10).

◆ La deuxième étape est : de rassurer le patient en lui expliquant (3) :

- L'inutilité des examens complémentaires en cas de migraine typique,
- La bénignité de la maladie, en l'absence de complications,
- L'handicap important engendré par la maladie, d'où l'importance d'identifier le retentissement socio-professionnel, la fréquence des crises, le nombre de traitements pris sur trois mois.

L'étude FRAMIG 3 en 2004 soulignait l'importance de la première consultation en montrant que la qualité des informations données par le médecin lors de la première consultation joue un rôle déterminant dans le succès de la prise en charge (9).

L'explication du traitement est donc nécessaire afin d'améliorer la prise en charge de la migraine mais également de limiter l'abus médicamenteux (prévalence de 1%) (7) qui est un facteur déclenchant des céphalées chroniques quotidiennes.

◆ La troisième étape est de prescrire le bon traitement, le plutôt possible, à bonne posologie et avec la meilleure voie d'administration (3),

◆ La quatrième et dernière étape du patient migraineux est le suivi par son médecin généraliste, qui peut si besoin, adresser son patient à un spécialiste en cas de migraine rebelle à un traitement de crise bien conduit et ou après échec d'un traitement de fond de première ligne (3).

Une prise en charge adaptée permettra ainsi d'éviter les complications de la migraine, rares mais graves telles que (17):

- L'infarctus migraineux,
- L'état de mal migraineux,
- L'aura persistante sans infarctus migraineux,
- L'épilepsie déclenchée par des accès répétés d'auras.

7) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude a donc consisté à évaluer les connaissances des médecins généralistes installés dans la ville de Rouen et son agglomération, dans la prise en charge des migraines chez l'adulte.

L'objectif secondaire était d'identifier les difficultés de prise en charge pouvant être rencontrées dans la pratique quotidienne de ces médecins.

II) MATERIEL ET METHODES :

1) Description générale de l'étude

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale, décrivant quantitativement et qualitativement les connaissances des médecins généralistes dans la prise en charge des migraines chez l'adulte.

Pour ce faire, nous avons élaboré un questionnaire balayant l'ensemble des éléments qui nous ont semblé pertinents. Nous nous sommes basés sur les dernières recommandations de la SFMEC (Société Française d'Etude des Migraines et des Céphalées) (12): «Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant» pour établir notre questionnaire. Ces recommandations sont la version réactualisée des toutes les premières recommandations françaises de l'ANAES(Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) devenue, ensuite HAS (6).

2) Modalités d'inclusion des médecins généralistes

La population de l'étude était constituée de l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans la métropole Rouennaise et ses environs.

→ Les critères d'inclusion dans notre étude étaient:

Les médecins généralistes identifiés par les données publiques (open data du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé RPPS).

→ Les critères d'exclusion étaient :

- Médecins généralistes de formation exerçant exclusivement de la médecine du sport, de l'acupuncture, de l'angiologie et de l'homéopathie.
- Les travailleurs en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), en établissement hospitalier ou médico-social qui seront identifiés par le code du FINESS (Fichier National des établissements sanitaires et sociaux) décrit dans le RPPS.

Le nombre de médecins, après recherche sur l'open data du RPPS, s'est élevé à 474.

Un premier contact a été établi par téléphone avec le médecin généraliste pour l'explication du sujet et les prévenir de l'envoi du questionnaire.

Un auto-questionnaire au format papier a été envoyé aux 474 médecins généralistes respectant les critères d'inclusion. Une enveloppe timbrée retour était fournie.

L'anonymat des réponses était spécifié à l'entête du questionnaire et a été respecté.

Nous n'avons pas effectué de procédure de rappel pour les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire.

3) Description du questionnaire (Annexe1)

Le questionnaire évaluait les connaissances afin de pouvoir reconnaître les difficultés de prise en charge dans la migraine chez l'adulte qu'avaient les médecins généralistes, aussi bien sur le plan diagnostique, thérapeutique, que du suivi.

Le questionnaire comportait trente six questions.

La première partie du questionnaire traitait les caractéristiques socio-démographiques des médecins.

La deuxième partie portait sur la fréquence de la pathologie dans leur cabinet.

La troisième partie était rattachée à des éléments cliniques et paracliniques dans la prise en charge des migraines chez l'adulte.

Une partie était consacrée au handicap.

La dernière partie concernait la thérapeutique et le suivi.

Nous avons opté pour une majorité de questions fermées afin de permettre une rapidité de réponse et d'exploitation des données. Il y'avait quelques questions ouvertes avec réponses libres et des tableaux à compléter.

Après analyse des questionnaires, nous avons attribué une note à chaque médecin accordant arbitrairement un point par réponse correcte attendue et zéro point en cas d'absence ou de réponse fausse. Au total, nous avons, dans les différentes thématiques abordées, 36 points possibles. Nous avons converti cette note sur 36 en note sur 100 afin d'en avoir une lecture plus intuitive.

4) Analyse statistique des données:

Nous avons d'abord procédé à une description globale des résultats à l'aide de pourcentages pour les variables catégorielles et par calcul des moyennes et d'écart types pour les variables quantitatives.

Nous avons ensuite cherché à évaluer les relations entre les notes globales des médecins et leurs caractéristiques propres (âge, lieu d'exercice, structure d'exercice, fréquence de prise en charge de la migraine). Pour la relation entre la note globale et les variables catégorielles, nous avons utilisé un test de Student. Pour ce faire nous avons simplifié les résultats en deux catégories. Pour la relation entre la note globale et l'âge, nous avons calculé un coefficient de corrélation de Pearson.

Nous avons terminé l'analyse en étudiant les relations entre la note globale et les autres variables en multivarié à l'aide d'un modèle linéaire général.

Les données ont été décrites à l'aide d'un tableur Excel et les analyses statistiques, réalisées sur le logiciel R 3.4.1.

III) - Résultats :

1) Caractéristiques socio-démographiques des médecins inclus

184 médecins généralistes ont répondu à l'appel téléphonique concernant l'avertissement de l'envoi du questionnaire. Nous n'avons pas insisté à plus de deux

appels. Nous avons réussi à obtenir entre le mois d'avril 2017 et le mois de mai 2017 : 142 questionnaires remplis ce qui représente un taux de réponse de 29,9%. L'âge moyen des répondants était de 51,7 ans avec une distribution asymétrique comportant plus de médecins âgés de plus de 50 ans (figure1) :

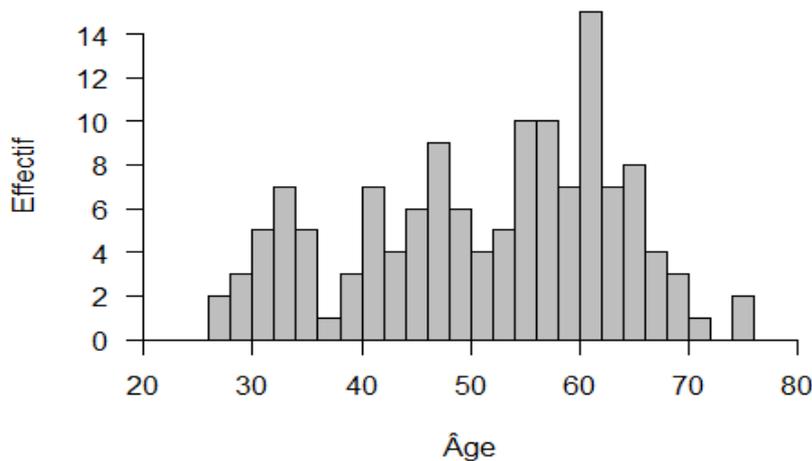


figure 1 Distribution de l'âge des médecins généralistes inclus dans notre étude

La figure 1 montre que la plupart des répondants de notre étude se situe dans une fourchette d'âge entre 50 et 65 ans.

78,4% des médecins ont répondu exercer en milieu urbain contre 19,7% en semi rural et 1,9% en rural.

Concernant leur structure d'installation, 69,4% ont signalé travailler en cabinet de groupe, 30,6% en cabinet individuel et aucun de nos répondants ne travaillaient en hôpital.

Afin d'avoir des résultats plus robustes, nous avons classé nos répondants en deux groupes :

- ◆ Groupe urbain: 78,4%,
- ◆ Groupe non urbain: 21,6%.

Nous avons comparé dans le tableau 2 les moyennes d'âge de nos répondants grâce à un test T de Student, en fonction de leur lieu d'exercice et de leur structure d'exercice de nos répondants :

- La moyenne d'âge des médecins du groupe urbain et des non urbains présente une différence non significative ($p= 0,901(>0,05)$) avec respectivement une moyenne de 51,7 ans (écart type=11,39) et de 52,03 ans (écart type =11,31).
- Pour ce qui est de la structure d'exercice, nous avons retrouvé une différence significative ($p=0,0001(<0,05)$), avec une moyenne d'âge de 49,44 ans (écart type=12,19) pour les médecins travaillant en cabinet de groupe et de 57,05 ans (écart type=8,87) pour ceux travaillant en individuel

Tableau 2: Croisement de l'âge des médecins avec leurs caractéristiques d'exercices:				
Moyenne d'âge des médecins en fonction du lieu d'exercice :				
	Effectif :	Moyenne d'âge (années) :	Ecart type :	p value :
Urbain :	105/142	51,7	11,39	p: 0,901 (>0,05)
Non urbain :	29/142	52,03	13,31	
Moyenne d'âge des médecins en fonction de la structure d'exercice :				
Cabinet de groupe :	93/142	49,44	12,19	P : 0,0001 (<0,05)
Individuel :	41/142	57,05	8,87	

2) Fréquence annuelle des migraines en médecine générale

La fréquence annuelle d'actes migraineux est représentée dans les figures 2 et 3 :

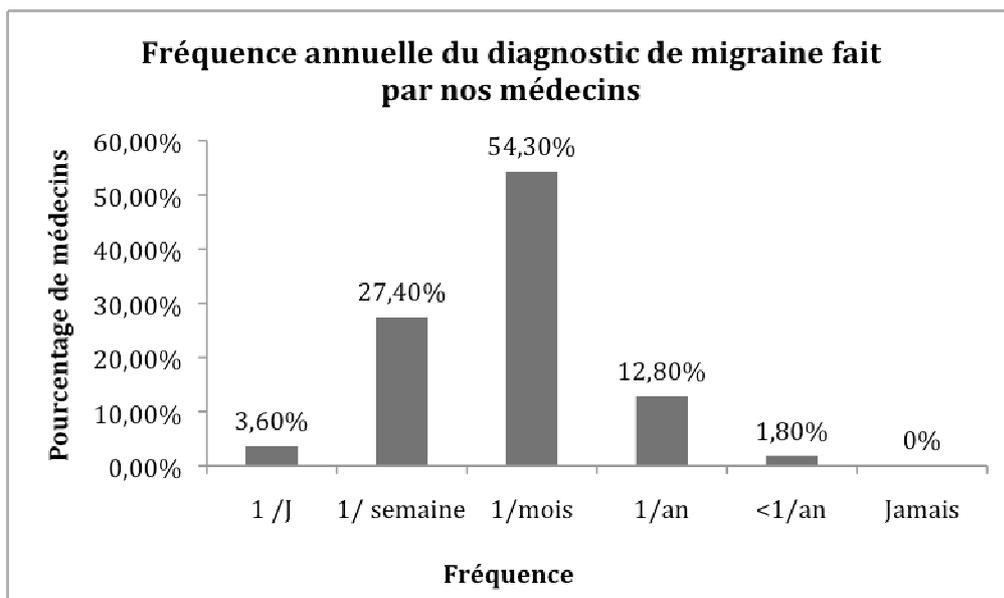


figure 2

On a pu constater que la très grande majorité des médecins diagnostiquent la migraine entre une fois par semaine et une fois par mois.

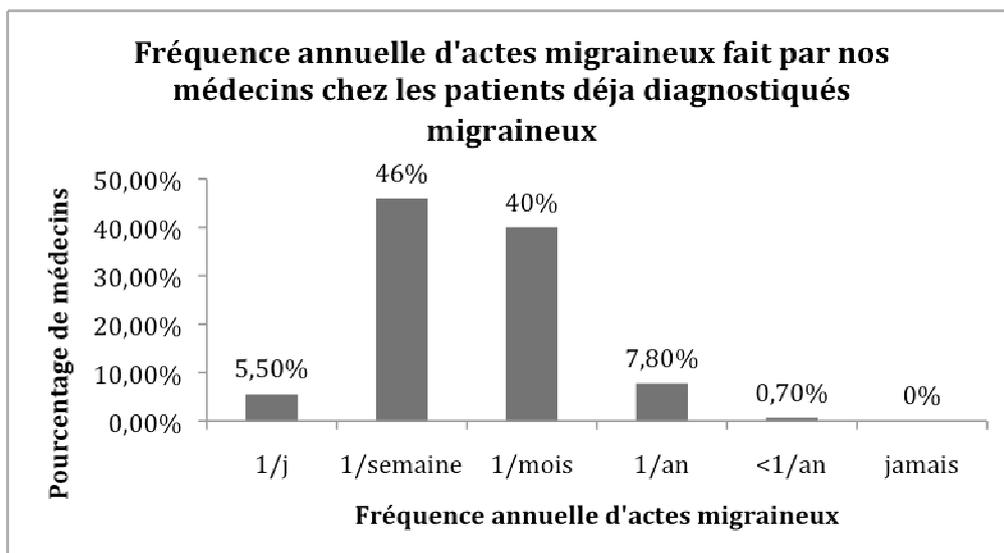


figure 3

Nous pouvons voir que la majorité d'actes migraineux réalisés en médecine générale chez des patients déjà diagnostiqués migraineux se fait également entre une fois par semaine et une fois par mois.

Les différentes variables de fréquence ont été regroupées en deux sous groupes :

- Fréquent : pour les fréquences de 1/jour et 1/semaine,

- Rare : pour les autres fréquences (1/mois, <1/an, 1/an, jamais).

Ces sous-groupes nous ont permis de décrire et croiser statistiquement chaque variable (l'âge pour le tableau suivant) de façon plus robuste, via un test t de Student (tableau 3) :

Tableau 3 : Croisement de l'âge des médecins avec la fréquence d'actes migraineux :				
Moyenne d'âge des médecins en fonction de la fréquence annuelle du diagnostic de migraine:				
	Effectif :	Moyenne d'âge (années) :	Ecart type :	P value :
Rare :	91/142	51,41	11,82	P : 0,5882 (>0,05)
Fréquent :	41/142	52,63	12,09	
Moyenne d'âge des médecins en fonction de la fréquence annuelle d'acte migraineux (sans diagnostic) :				
Rare :	64/142	52,3	12,49	P : 0,6354 (>0,05)
Fréquent :	68/142	51,31	11,32	

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux sous-groupes :

- Il n'y a pas de lien entre la fréquence de prise en charge de la migraine et l'âge des médecins.

3) Prise en charge diagnostic de la crise migraineuse

Nous nous sommes ensuite intéressés aux critères IHS de la MSA et aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'application de ces critères en médecine

générale:

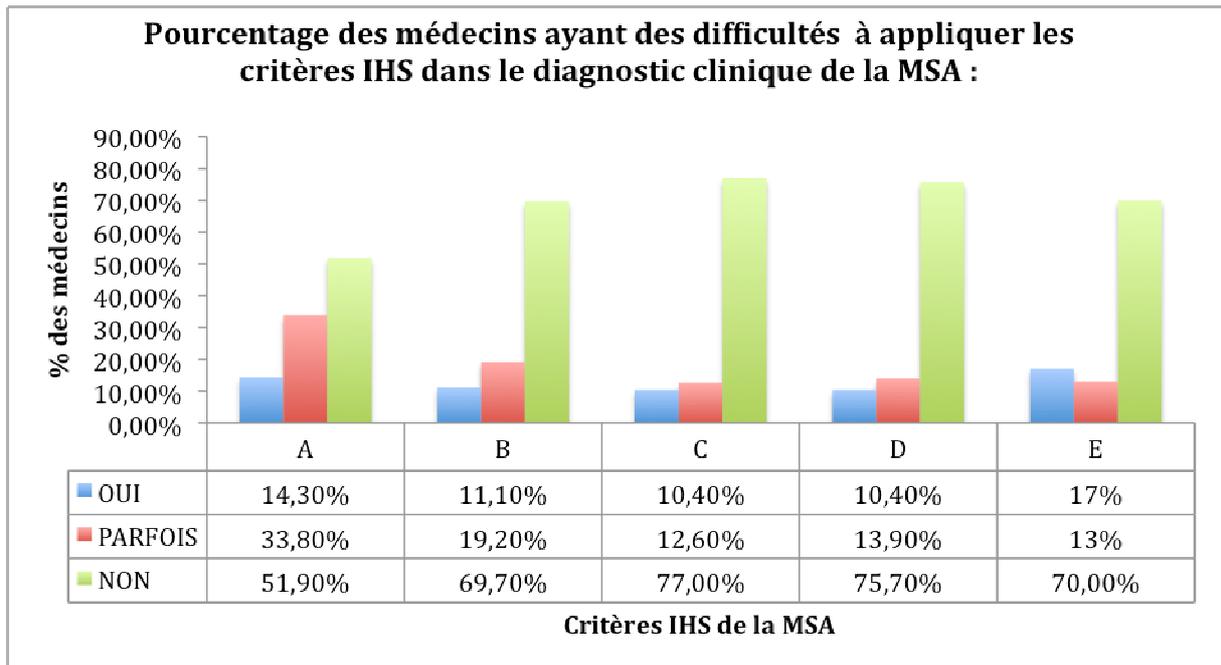


figure 4

Critère A: « au moins cinq crises répondant aux critères B et D »; **Critère B**: « crises de céphalées durant de 4 à 72 heures sans traitement »; **Critère C**: « céphalées ayant au moins l'une des caractéristiques suivantes: unilatérale, pulsatile, modérée ou sévère, aggravation par les activités physiques de routine »; **Critère D**: « durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants: nausées et/ou vomissements, photophobie et phonophobie »; **Critère E**: « l'examen clinique doit être normal entre les crises », en cas de doute, une céphalée secondaire doit être éliminée par des investigations complémentaires appropriées .

Globalement, trois-quarts des médecins n'ont pas de difficultés pour appliquer les critères IHS sauf pour le critère A qui semble engendrer une difficulté pour près de la moitié de nos répondants (48,1%).

Concernant l'expression : «Migraine probable», 43 % ont répondu qu'ils n'avaient jamais entendu parler de cette expression, ce qui ne facilite pas la prise en charge.

Nous nous sommes ensuite demandés si les médecins étaient à l'aise avec le diagnostic de MAA typique et atypique et d'exprimer ainsi leurs difficultés pour ce diagnostic si ils en avaient:

- 48,6% nous ont répondu qu'ils se sentaient à l'aise avec le diagnostic de MAA typique et atypique.
- 51,4% (>1/2) n'étaient pas à l'aise :
 - 47% ne l'étaient pas complètement
 - 4,4% ne l'étaient pas du tout.

Les difficultés rencontrées lors du diagnostic différentiel de MAA typique et atypique, sont retranscrites telles quelles dans le tableau ci-dessous (réponses libres multiples):

Tableau 4 : Difficultés des médecins rencontrées avec le diagnostic de MAA typique et atypique	
→ Réponse des médecins	→ Pourcentage des répondants
«Difficultés avec aura atypique»	57,8%
«Tout problème neurologique»	15,4%
«Processus expansif intracrânien»	15,4%
«AVC»	3,8%
«CQT»	3,8%
«La plainte du patient est parfois subjective»	3,8%

tableau 4

57,8% de nos répondants avaient comme difficulté les: «Difficultés avec aura atypique ». Les problèmes neurologiques et les processus expansifs intracrâniens représentaient 15,4% de réponses. Les autres problèmes étaient d'une fréquence anecdotique.

La question suivante portait sur les diagnostics différentiels à évoquer devant des symptômes de MAA, nous avons retranscrit leurs réponses dans le tableau 5:

Tableau 5: Différents diagnostics différentiels de MAA évoqués par les médecins généralistes Rouen et son agglomération:	
→ Réponses des médecins	→ Pourcentage des répondants
«AVC»	23,10%
«Tumeur cérébrale»	14,60%
«Autres»	8,90%
«Epilepsie partielle»	8,80%
«AIT»	8,50%
«Céphalées primaires»	8,50%
«Cause ophtalmologique»	7,60%
«HTA»	3,80%
«Cause psychogène»	3,20%
«Méningite virale»	2,50%
«HTIC»	2,20%
«Anévrisme cérébral»	2,20%
«SEP»	1,90%
«ORL»	1,30%
«MAV»	1,30%
«Processus expansif intracrânien»	1,00%
«Aucun»	0,60%

tableau 5

Parmi les réponses citées, les diagnostics différentiels attendus selon les recommandations étaient :

- Les causes vasculaires (AVC/AIT),
- La MAV,
- L'épilepsie partielle.

Les causes vasculaires sont les plus fréquemment citées dans le classement mais ces fréquences restent très insuffisantes, respectivement 23,10% et 8,50%. La MAV était un diagnostic différentiel très largement inconnu de la part de nos répondants.

4) Place des examens complémentaire dans la prise en charge de la migraine

Les figures 5 et 6 décrivent les pourcentages des médecins en accord avec les affirmations concernant les recommandations professionnelles en lien avec les indications d'une imagerie dans la prise en charge des migraines chez l'adulte:

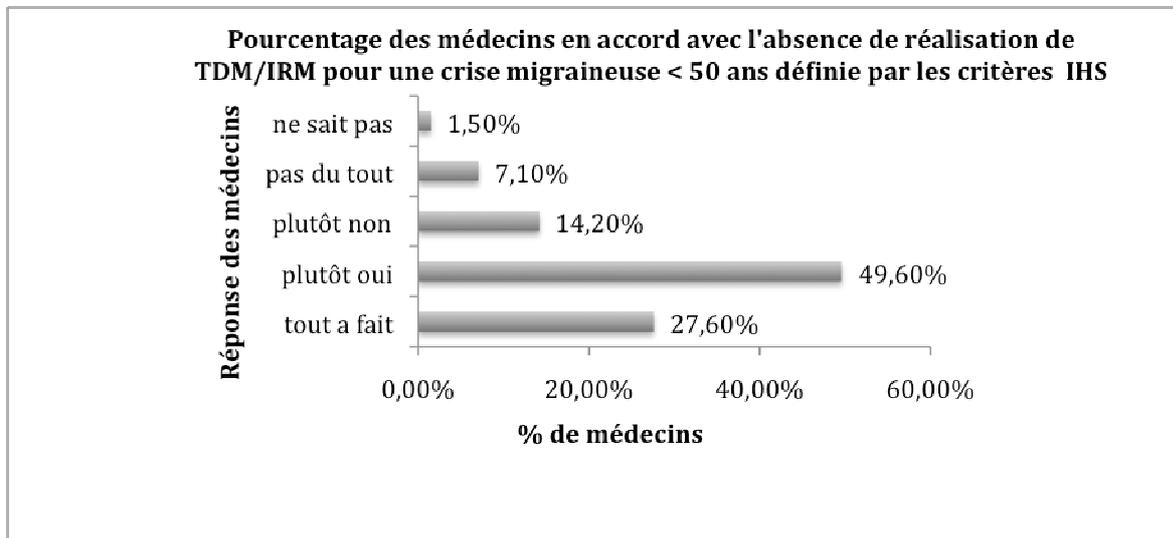


figure 5

La première question sur l'imagerie était la suivante : «êtes vous d'accord avec le fait qu'il n'y a pas d'indication à réaliser un scanner ou une IRM cérébrale devant une MSA définie selon les critères IHS chez l'adulte avant 50 ans» ?, et plus de trois-quarts des médecins sont globalement en accord avec cette recommandation professionnelle.

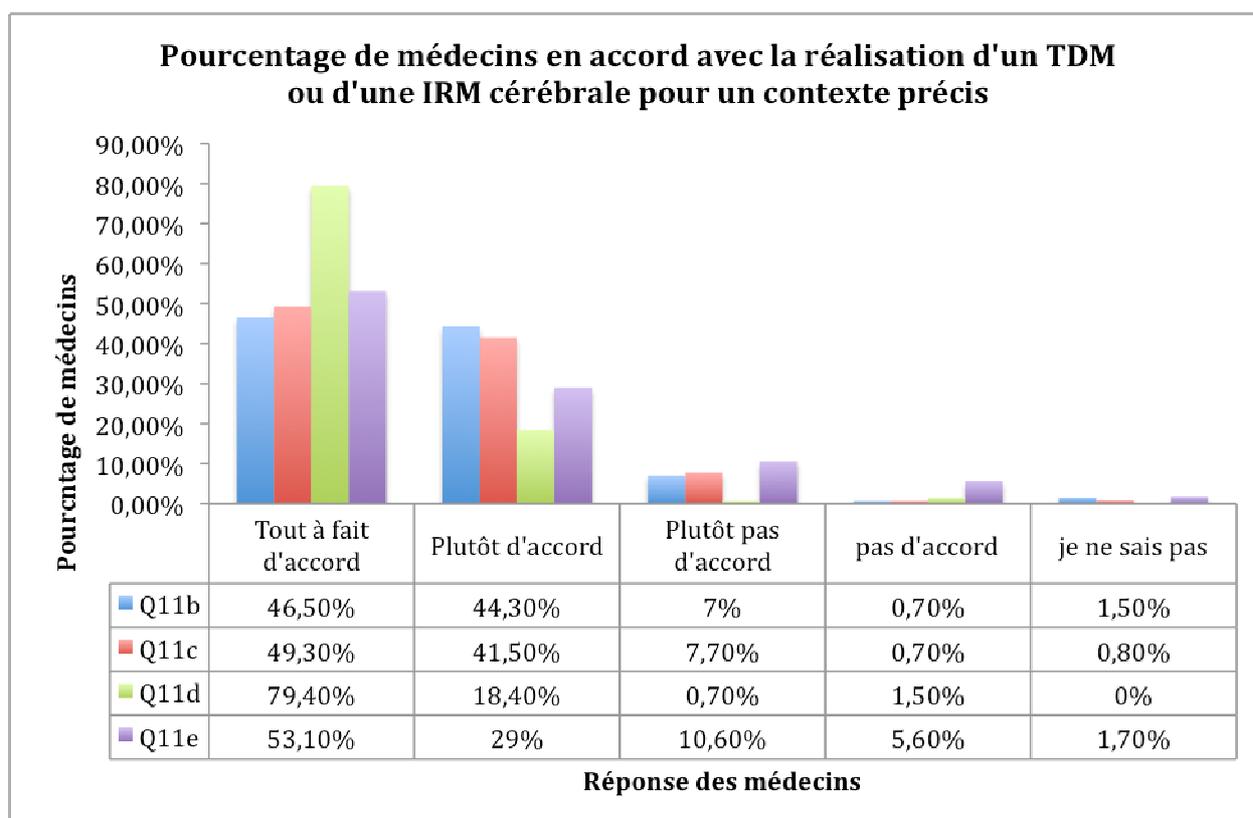


figure 6: Q11b: «Il est recommandé de réaliser une imagerie cérébrale (TDM ou une IRM) en cas de crise migraineuse survenue après 50 ans» Q11c: «Il est recommandé de réaliser un TDM ou une IRM cérébrale devant une crise de MAA atypique». Q11d: «Il est recommandé de réaliser un TDM ou une IRM cérébrale devant une anomalie à l'examen clinique lors d'une crise migraineuse» Q11e: «L'EEG n'a pas d'indication devant une migraine définie selon les critères IHS».

Globalement, les médecins sont d'accord avec les recommandations professionnelles concernant les examens paracliniques ci-dessus.

5) Evaluation du handicap et de la qualité de vie des patients

Nous avons ensuite demandé aux médecins si ils évaluaient la qualité de vie de leurs patients lors d'une consultation de migraine, en recherchant un éventuel syndrome anxio-dépressif et en se servant d'outils simples en consultation pour apprécier les conséquences de la migraine sur la qualité de vie du patient (figure 7):

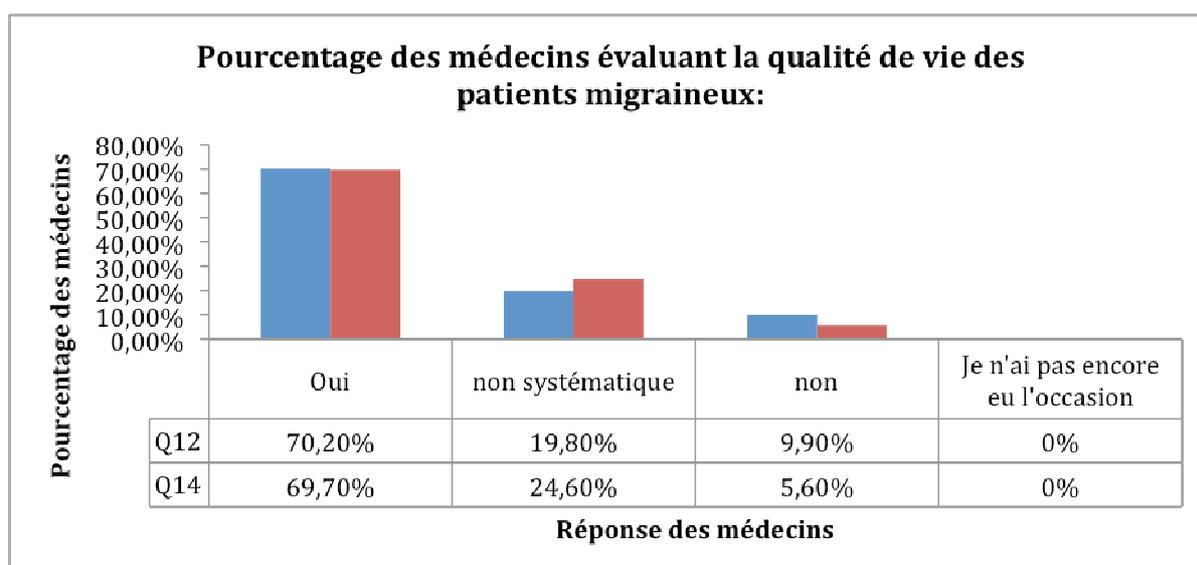


figure 7 Q14 : Recherche d'un éventuel syndrome anxio-dépressif ; Q12 :Utilisation d'un agenda de crise.

D'après notre étude, nos répondants recherchent pour près de 70% un syndrome anxio-dépressif lors d'une consultation de migraine et 70% conseillent un agenda de crise à leurs migraineux et ces éléments respectent les recommandations professionnelles.

Nous nous sommes ensuite demandé si les patients s'étaient déjà servi des échelles HIT-6 et MIDAS et 79,6% nous ont répondu que non, 14% ont répondu «non systématique», 3,5% nous ont dit que «oui», 2,1% ont signalé qu'ils «n'en n'avait pas encore eu l'occasion» et 0,7% ont répondu qu'ils utilisaient d'autres échelles mais sans préciser lesquelles. Nous pouvons observer que nos répondants n'utilisaient donc pas les échelles recommandées.

6) Traitements de la migraine

Traitement de crise de la migraine

Nous avons demandé aux médecins en dehors des Triptans et des Dérivés Ergotés, quel(s) traitement(s) prescrivait ils en première intention, la question était non exclusive (tableau 6).

Tableau 6: Traitements prescrits en première intention par les médecins généralistes pour le traitement de crise migraineuse :	
→ Réponse des médecins	→ Pourcentage de répondants
AINS	26,1%
Antalgiques palier 2 ou palier 3	25,4%
Paracétamol	14,7%
Ibuprofène	12%
Kétoprofène	5,7%
Triptan	2,4%
Association AINS-antalgiques	2,4%
Naproxène	2,1%
Caféine	2,1%
Migpriv	1,7%
Bêta-bloquant	1,3%
Oxétorone	1%
Repos	0,7%
Acupuncture	0,3%
Voltarène	0,3%
Chrononutrition	0,3%
Avis neurologue	0,3%
Seloken (bêta-bloquant)	0,3%
Traitement de fond	0,3%
Epitomax	0,3%
Gabapentine	0,3%

Nous voyons que les antalgiques sont encore très largement utilisés dans le traitement de la crise migraineuse malgré l'absence d'efficacité prouvée et l'absence d'AMM pour la migraine, bien plus que la prescription d'AINS qui est recommandée.

Nous nous sommes ensuite demandés si les médecins étaient à jour sur les dernières recommandations professionnelles concernant l'usage des Triptans et d'autres médicaments, nous avons représenté leurs réponses dans la figure 8 :

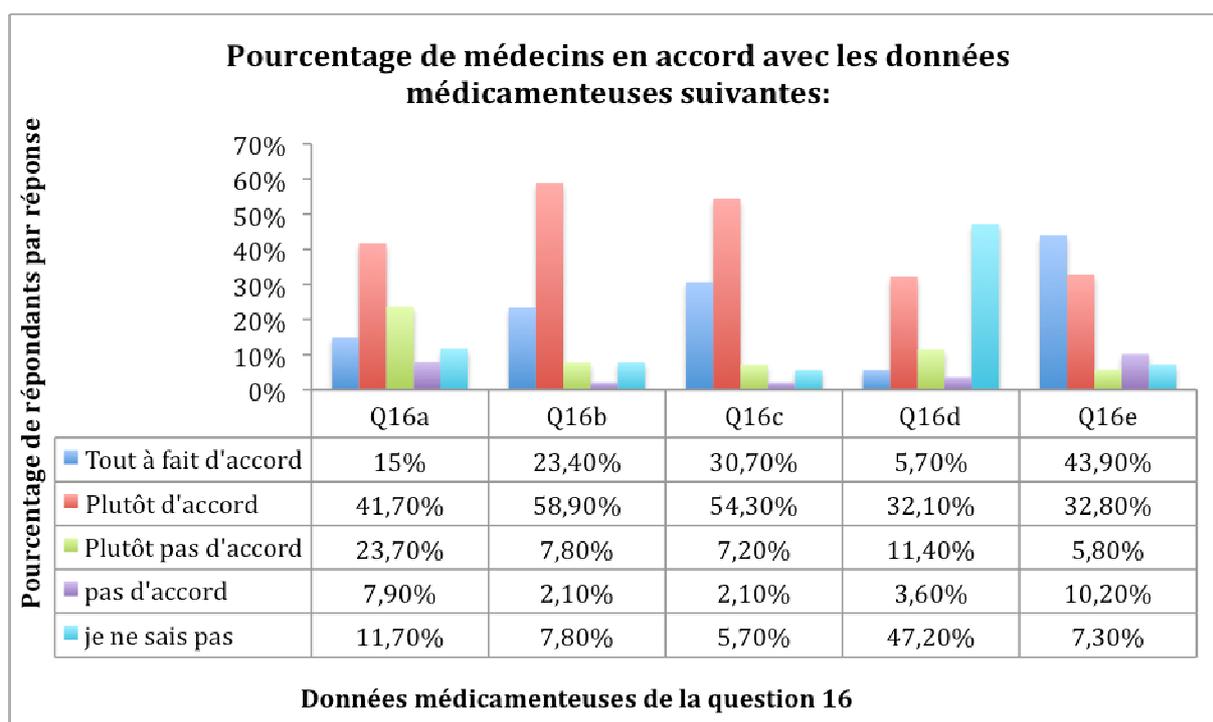


figure 8 : Données médicamenteuses de la question 16 : Q16a « Il y a des différences minimales en terme d'efficacité et de tolérance entre les différents Triptans » Q16b: « Sauf mauvaise tolérance, avant de conclure à l'inefficacité d'un Triptan, il faut le tester sur au moins trois crises » ;Q16c: « Un patient non répondeur à un Triptan, peut répondre à un autre Triptan » ; ; Q16d: « L'association du Naproxène sodique + Sumatriptan est plus efficace que chacun des deux pris individuellement ». Q16e: « La prise précoce d'un Triptan au stade de la céphalée légère est plus efficace que la prise alors que la céphalée est d'intensité majeur »;

Les connaissances des médecins sur les Triptans sont inégalement maîtrisées. Seulement 56,7% de nos répondants sont d'accord avec le fait qu'il existe des différences minimales en terme d'efficacité et de tolérance entre les différents triptans et

37,8% sont d'accord avec le fait que l'association Naproxène sodique et le Sumatriptan est plus efficace que chacun des deux pris séparément. Par contre, concernant le reste des affirmations sur les Triptans, les connaissances des médecins sont plutôt maîtrisées.

Concernant les recommandations professionnelles suivantes, elles, sont bien maîtrisées

→ **« la DHE peut être utilisée par voie per nasale »**: 36,2% sont «tout à fait d'accord»; 29% sont «plutôt d'accord»; 24% ont répondu «je ne sais pas»; 5,8% sont «plutôt pas d'accord» et 5% ne sont «pas d'accord».

→ **«Le Tartrate d'Ergotamine peut être associé à la Caféine»**: 38,6% ont répondu «je ne sais pas»; 20,6% sont «tout à fait d'accord»; 19% sont «plutôt d'accord»; 11% sont «pas d'accord» et 10,2% sont «plutôt pas d'accord».

→ **« Il faudrait éviter les opioïdes seuls ou en association »**: 45,3% sont «plutôt d'accord»; 24,5% sont «tout à fait d'accord»; 13,6% sont «plutôt pas d'accord»; 13% ont répondu «je ne sais pas» et 3,6% sont «pas d'accord».

Nous nous sommes ensuite intéressés aux critères d'instauration d'un traitement de fond. Les différentes réponses obtenues par nos répondants concernant les critères d'instauration d'un traitement de fond sont résumées dans le tableau ci – dessous:

Tableau 7 : Critères d'instauration d'un traitement de fond des répondants :	
→ Critères d'instauration d'un traitement de fond	→ Pourcentage de réponses
«Fréquence des crises»	70%
«Retentissement socio-professionnel»	12%
«Efficacité du traitement»	9,5%
«Intensité des crises»	4%
«Tolérance des crises»	2%
«Chrononutrition»	0,5%
«Rien sans avis d'un neurologue»	0,5%
«Pas urgence»	0,5%
«Examens complémentaires»	0,5%
«Au moins 5 MSA et 2 MAA»	0,5%

Cette question était à réponse non exclusive. La fréquence des crises est le critère bien connu et le plus fréquemment cité par nos répondants, suivi du retentissement socio-professionnel mais dont la fréquence de citation reste très faible.

Le tableau suivant permet de visualiser le traitement de fond prescrit le plus souvent par les médecins généralistes de Rouen et son agglomération:

Tableau 8 : Traitement de fond des médecins prescrits en première intention:	
→ Réponse des médecins :	→ Pourcentage des répondants :
«Propranolol »	31,7%

«Bétabloquant»	30,1%
«Oxétorone »	22%
«Laroxyl»	8,5%
«Métoprolol »	2,8%
«Sanmigran» (Pizotifène)	2,8%
«DHE»	1,4%
«Epitomax » (Topiramate)	0,7%

tableau 8

Les bêta-bloquants restent la molécule de prédilection des médecins généralistes de notre étude (64,6%) dont 31,7% ont précisés prescrire du Propranolol, 2,8% du Métoprolol et 30,1% ont répondu :« le bêta-bloquant » sans préciser quel bêta-bloquant. L'Oxétorone aurait tendance à rester le traitement prescrit (22%) majoritairement après les bêta-bloquants mais cette dernière après accord professionnel est d'efficacité probable (1).

Les antidépresseurs restent encore trop fréquemment prescrits (11,3%) pourtant sans AMM et sans efficacité prouvée. L'Epitomax semble être une molécule inconnue des médecins (prescrite par 0,7% des répondants).

Thérapies non médicamenteuses de la migraine

Nous avons ensuite demandé aux praticiens si ils prescrivaient des traitements non médicamenteux pour la prise en charge d'une migraine ainsi que leur niveau de satisfaction de ces derniers :

La relaxation, l'acupuncture et les TCC sont les thérapies les plus proposées par nos répondants comme le montre l'histogramme ci-dessous :

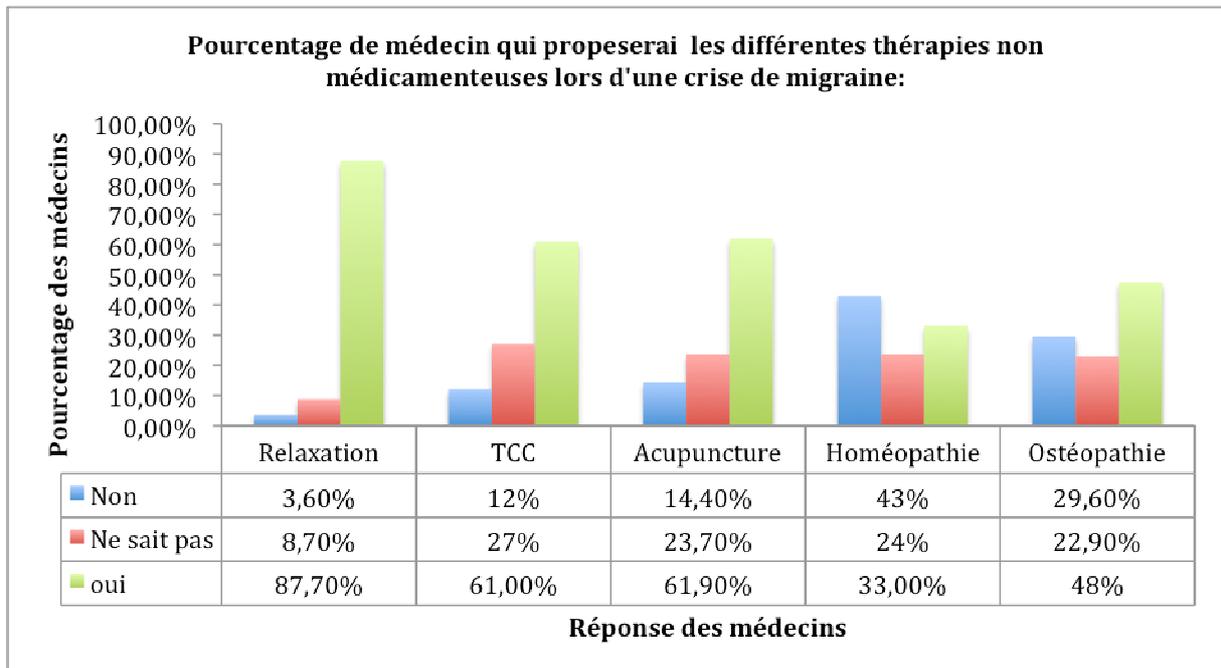


figure 8

L'acupuncture est largement proposée par nos médecins mais ne fait pas partie des recommandations professionnelles.

Nous avons ensuite demandé aux médecins de mettre une note d'efficacité aux thérapies non médicamenteuses. Ces notations attribuent une note de 5,6/10 en moyenne pour la relaxation, les TCC et l'acupuncture, une note de 4/10 pour l'homéopathie et de 4,8/10 pour l'ostéopathie.

Aucun médecin n'a évoqué d'autres possibilités de thérapies non médicamenteuses.

7) Suivi du patient migraineux

Cette question portait sur l'évaluation du traitement de crise et essayait d'évaluer les difficultés rencontrées dans le recueil de la fréquence de sa prise, de son efficacité et de sa tolérance :

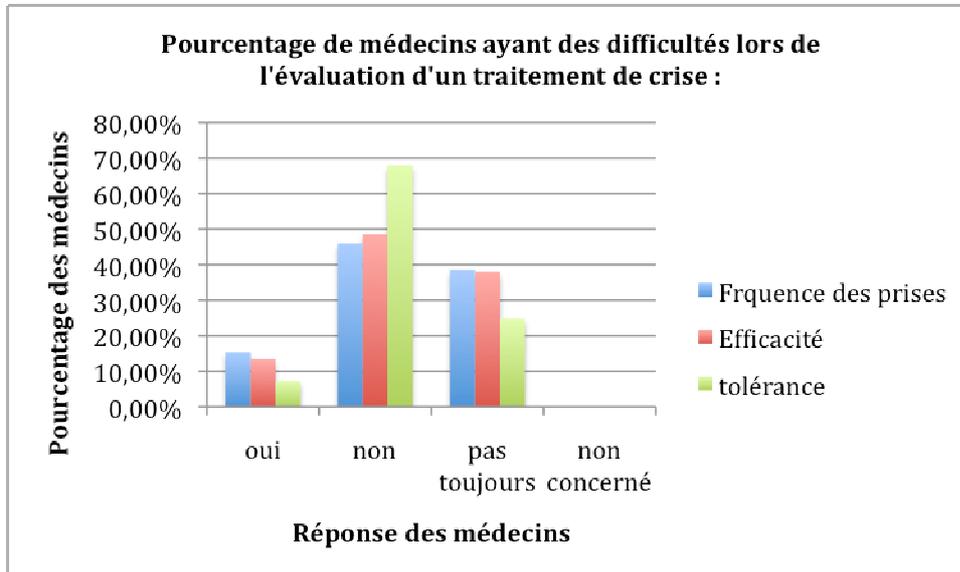


figure9

Globalement, les médecins ayant des difficultés majeures d'évaluation du traitement de crise, restent marginaux. Presque la moitié d'entre eux ne rencontrent jamais de difficultés pour évaluer la fréquence des prises et l'efficacité. 68% n'ont jamais de difficultés pour l'évaluation de la tolérance.

Les conseils des médecins donnés aux patients en cas d'inefficacité de l'AINS ou de mauvaise tolérance de celui-ci sont représentés dans le tableau suivant:

Tableau 9 : Conseils des médecins aux patients en cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance de l'AINS:

→ Conseils des médecins	→ Pourcentage de médecins
«Prendre le Triptan d’emblée»	31,3%
«Autres méthodes»	16,2%
«Palier 1»	15,1%
«Arrêt des AINS»	12,2%
«Association AINS+Triptan simultanément »	10,1%
«Palier 2 ou 3»	9,1%
«Traitement de fond »	5%
«Changer de Triptan »	1%

Tableau 9 : Conseils des médecins en réponse à la question 18 : «La stratégie AINS+Triptan(si non soulagé par l’AINS 2 heures après prise du Triptan) est généralement évaluée après 3 crises. Que conseillez-vous si inefficacité ou mauvaise tolérance de l’AINS ?»

Les conseils recommandés sont très peu maîtrisés par les médecins. La prise de Triptan d’emblée est citée par 31,3% des médecins. L’association d’emblée de l’AINS et du Triptan n’est citée que par 10,1% et 1% changerait de Triptan. Il reste encore beaucoup de conseils qui sont donnés mais qui ne font pas partie des recommandations.

Nous avons ensuite demandé aux médecins comment ils évaluaient l’efficacité d’un traitement de fond, la réponse était non exclusive. Les deux critères explicitement attendus étaient : la réduction de la fréquence des crises d’au moins 50% et la diminution de l’intensité et de la durée des crises.

64% des médecins ont donnés ces deux réponses, 27% des médecins ont répondu uniquement la première et 2,1% des médecins ont répondu uniquement la deuxième.

Une réponse libre «Autre» était possible dont voici les résultats les plus fréquents retrouvés dans notre étude:

- « Les crises disparaissent dans 99 % des cas et sont liées à un problème psychiatrique »
- « Amélioration globale du patient »
- « Demande d'avis spécialisé »
- « Diminution de la consommation des médicaments »
- « Amélioration de la qualité de vie ».

Lors de l'échec d'un traitement de fond, en supposant une bonne observance des patients et en dehors de tout abus médicamenteux, les médecins ont proposé les alternatives suivantes :

- L'augmentation de posologie pour 29% des médecins,
- la prescription d'un autre traitement de fond pour 43,7%,
- L'ajout d'un autre traitement de fond pour 6,2%,
- 1,9% ont décidé d'arrêter le traitement.

La case : « autre » pour 19,2% des médecins.

8) Synthèse d'évaluation des connaissances

Pour évaluer les connaissances des médecins généralistes, nous leur avons attribué une note sur 100 en fonction de leurs réponses au questionnaire. La moyenne générale de cette note était de 64,7/100 avec un écart type de 11,51, un minimum de 25/100 et un maximum de 89/100. On voit que la distribution de cette note se rapproche d'une courbe gaussienne.

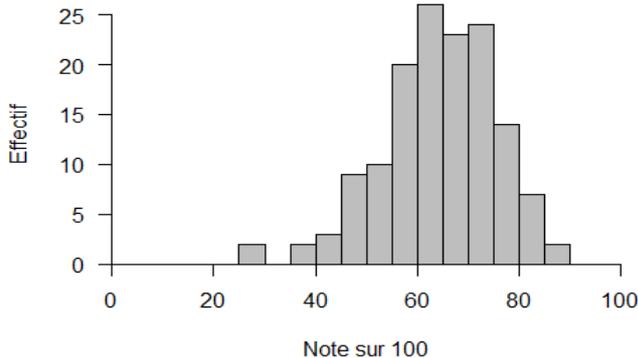


figure 10 Distribution des notes obtenues par les médecins généralistes

Nous avons ensuite comparé les notes des médecins en fonction du lieu d'exercice et de la structure d'exercice via un test de Student (tableau 10) :

Tableau 10 : Croisement entre les caractéristiques des médecins et leurs notes sur 100 :				
Moyenne sur 100 des connaissances des médecins en fonction du lieu d'exercice :				
	Effectif :	Moyenne :	Ecart type :	P value :

Urbain :	110/142	64,41	11,51	P : 0,6141 (>0,05)
Non Urbain :	32/142	65,59	11,66	
Moyenne sur 100 des connaissances des médecins en fonction de la structure d'exercice:				
Cabinet de groupe :	100/142	66,25	10,97	P : 0,016 (<0,05)
Individuel :	42/142	60,93	12,04	

La moyenne des médecins généralistes concernant leurs connaissances dans la prise en charge de la migraine chez l'adulte en médecine générale en fonction du lieu d'exercice diffère peu, avec 64,41/100 pour les urbains et 65,59% pour les non urbains mais sans différence significative entre les deux groupes (P=0,6141(>0,05)). Par contre, il existe une différence significative (p =0,016(<0,05)) pour ceux travaillant en cabinet de groupe et ceux en individuel avec respectivement une moyenne de 66,25 /100 (écart type=10,97) et 60,95/100 (écart type=12,04).

Un test T de student a été réalisé également pour comparer les moyennes des connaissances des médecins, en fonction de la fréquence d'actes migraineux annuel (tableau 11) :

Tableau 11 : Croisement des actes migraineux annuel et des notes des médecins :				
Moyenne des connaissances des médecins en fonction de la fréquence annuelle du diagnostic de migraine:				
	Effectif :	Moyenne:	Ecart type :	P value :
Rare :	96/142	64,59	12,16	P : 0,6481 (>0,05)
Fréquent :	44/142	65,45	9,37	
Moyenne de connaissances des médecins en fonction de la fréquence annuelle d'acte migraineux (sans diagnostic):				

Rare :	68/142	64,24	13,1	P : 0,5292 (>0,05)
Fréquent :	72/142	65,46	9,43	

La moyenne obtenue par les médecins en fonction de la fréquence d'actes migraineux qu'ils font en médecine générale est d'environ 65/100 pour tous les sous-groupes et il n'existe pas de différence significative pour chacune des variables étudiées.

Devant ces résultats, nous avons dû analyser la relation entre la note sur 100 et l'âge des médecins :

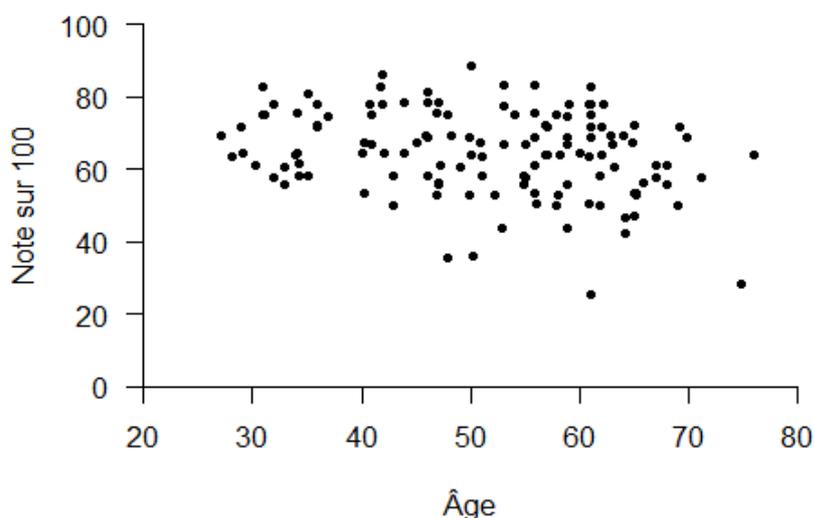


figure 11 : Croisement des notes/100 et de l'âge des médecins

L'analyse de cette relation montre qu'il existe une faible relation entre l'âge et la note des médecins, le coefficient de corrélation de Pearson est à -0,25 et est significatif ($p=0,002$). Cette relation est surtout la conséquence de meilleures notes avec une moindre variabilité chez les médecins <50 ans et de quelques médecins >50 ans ayant des notes très basses.

Nous avons terminé notre analyse en réalisant une évaluation multivariée, à travers un modèle linéaire généralisé, afin de connaître les relations des variables analysées en bivarié précédemment, avec un ajustement

Analyse des relations entre la note et les variables inhérentes aux médecins après ajustement :		
Variables	Coefficient:	Pvalue:
Age des médecins :	-0,2	0,0154
Lieu d'exercice: Urbain	-0,22	0,9216
Structure d'exercice: Individuel	-4,24	0,0532
Fréquence du diagnostic de migraine:	-1,85	0,3753

Nous constatons que chaque année d'âge baisse la note en moyenne de 0,2 points et cette relation est significative ($p=0,0154 < 0,05$). Le lieu d'exercice et la fréquence de la migraine restent très largement non significatifs comme vu en analyse bi-variée ($P > 0,05$). La structure d'exercice quant à elle, perd sa significativité en analyse multivariée mais la tendance de la baisse de la note par le fait d'être en cabinet individuel reste très forte ($p=0,0532$). Le travail en structure individuel baissant la note de 4,24 points en moyenne.

4) Discussion :

L'objectif de ce travail était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes dans la prise en charge de la migraine chez l'adulte car, en dépit de sa prévalence importante, elle reste sous diagnostiquée, sous médicalisée et donc très handicapante. Le but de notre étude était aussi de faire un état des lieux des pratiques des médecins de la région afin de reconnaître leurs difficultés dans cette prise en charge. Nous avons pu ainsi comparer aussi la pratique des médecins généralistes de notre étude aux dernières recommandations de 2013 publiées par la SFMEC (12).

4-1) Forces de l'étude :

L'élaboration de ce questionnaire était l'occasion pour les médecins généralistes de la région de Rouen et de son agglomération de se mettre à jour sur les dernières recommandations en remettant à niveau leurs connaissances et qu'ils puissent se poser les questions nécessaires à leur pratique quotidienne.

Les médecins généralistes nous ont permis de mettre en exergue leurs points forts et leurs points faibles concernant la prise en charge de cette maladie et ainsi essayer de connaître leurs difficultés dans la prise en charge des migraines.

L'avantage du questionnaire était que chaque médecin pouvait répondre à son rythme en choisissant le moment qu'il lui convenait le mieux. Il n'y avait pas de présence de l'enquêteur donc aucune influence de celui-ci sur l'enquêté. Afin d'obtenir un taux de réponse le plus important possible, notre questionnaire ne comportait qu'une vingtaine de questions. Le questionnaire avait été adressé à l'ensemble des médecins généralistes de la zone spécifiée et le taux de réponse de 29,9% était globalement satisfaisant et correspondait à ceux généralement obtenus dans ce type d'étude.

4-2) Limites de l'étude :

Il s'agissait d'une enquête descriptive sur les pratiques des médecins généralistes.

Le principe de l'auto-questionnaire reste subjectif par l'envie de répondre correctement avec comme biais principal : le biais de désirabilité sociale. Ce biais est une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de l'évaluateur. Les connaissances des médecins ont donc pu être surévaluées. Pour affirmer la pertinence du questionnaire il fallait donc compter sur la bonne foi des répondants.

Nous pouvons aussi penser que les médecins intéressés par le sujet ont pu avoir plus de probabilité de nous répondre.

Malgré l'implication de méthodologistes dans la construction du questionnaire, on peut se poser la question de la bonne construction de certaines questions. Certaines questions pouvaient surévaluer les connaissances des médecins en suggérant les bonnes réponses.

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

4-3) Confrontation et discussion des résultats :

Caractéristiques socio-démographiques:

Dans notre étude les répondants sont représentatifs de la démographie médicale Française de 2016 pour ce qui est de l'âge avec respectivement un âge moyen de 51,3 ans pour la démographie médicale Française en 2016(23) et 51,7 ans tout sexe confondu pour notre étude.

78,4% de nos répondants travaillaient en urbain et 69,4% en cabinet de groupe, ce qui suit en matière d'activité la tendance actuelle d'une activité plutôt urbaine et de regroupement (23):

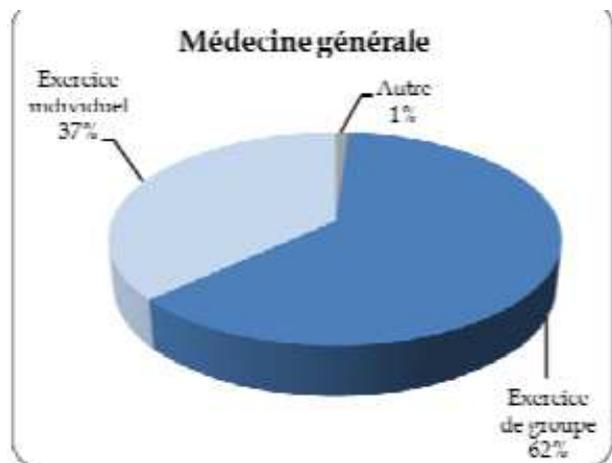


Figure 12 : Répartition des médecins actifs libéraux ou mixtes selon le type de structures d'exercice. Atlas de démographie médicale Française de 2016.

Une différence significative (($p=0,0001 < 0,05$)) a été retrouvée dans notre étude en ce qui concerne l'âge des médecins travaillant en individuel (moyenne d'âge= 57,05 ans) que ceux travaillant en cabinet de groupe (moyenne d'âge= 49,44 ans) avec respectivement un écart type de 8,87 et 12,19. En effet, les jeunes médecins ont tendance à s'installer plutôt en groupe quand ils commencent à rentrer dans la vie active.

Cette surreprésentation de l'activité en milieu urbain peut être expliquée par le fait que notre périmètre de sélection était limité à Rouen et son agglomération.

On peut aussi se demander si les médecins exerçant seuls ou en milieu non urbain n'avaient pas moins de temps pour nous répondre.

Fréquence annuelle d'actes migraineux :

Dans notre étude, les actes migraineux chez les patients déjà diagnostiqués sont plus fréquentes que les actes migraineux posant le diagnostic de migraine avec respectivement 46% de migraineux par semaine contre 27,4%. Nous pouvons constater qu'il y a moyenne un acte par semaine à un acte par mois d'acte migraineux par médecin généraliste.

Il n'y a pas de différence significative entre l'âge des médecins que ce soit pour les médecins faisant rarement ou fréquemment le diagnostic de migraine d'après notre test T de Student ($p=0,5882$). De même, il n'y a pas de différence significative chez les médecins faisant un acte migraineux chez les migraineux connus ($p=0,6354$).

Prise en charge diagnostique de la crise migraineuse :

En 2013, après un accord professionnel, les recommandations (1) demandent d'utiliser ces critères de façon systématique dans la pratique quotidienne. Les critères IHS étaient et sont un outil précieux en médecine de premier recours. C'est pourquoi nous avons demandé aux médecins s'ils présentaient des difficultés dans l'application de ces critères en médecine de ville.

Les médecins interrogés ont majoritairement exprimé qu'ils n'avaient pas de mal à reconnaître l'ensemble des critères IHS, mais il persiste encore des difficultés dans l'application du critère A (51,9% n'ayant pas éprouvé de difficultés). Des difficultés sont tout de même présentes quant à l'application des critères B,C,D,E avec respectivement 30,3% , 23% , 24,3% , 30% de difficultés exprimées par nos répondants.

Cette insuffisance diagnostique se retrouvait dans l'étude de Clémentine Cordier en Picardie en 2015 où seulement 17% des médecins connaissaient parfaitement les critères (24). Nous pouvons être amenés à penser que ceux qui avaient plus de difficultés avec ces critères étaient les médecins installés avant 1988, date où est arrivée la première classification IHS.

Devant ces critères parfois difficile à réunir, est arrivé en 2004, l'expression : «migraine probable» (7). 43 % n'avaient jamais entendu parlé de cette expression dans notre étude, ce qui explique l'insuffisance diagnostique de la migraine et donc la sous médicalisation de cette dernière comme dans l'étude FRAMIG de 2006 qui montrait que 60% des migraineux s'ignoraient (22).

Dans notre étude, la moyenne d'âge étant de 51,7 ans, on peut se demander si les médecins connaissant l'expression de migraine probable sont ceux s'étant installés à partir de 2004.

Aujourd'hui, 13 ans après l'arrivée de l'expression « migraine probable », persiste encore une sous médicalisation de cette pathologie, peut-être dû à un manque de temps en consultation, ou un manque de temps pour la mise à jour des connaissances. Le manque d'intégration de la migraine probable, conduit certainement à une sous médicalisation des patients migraineux, ce qui peut expliquer le recours connu de l'automédication (18).

Concernant les connaissances sur les diagnostics différentiels de la MAA, dans notre étude, moins de un tiers (31,6%) des répondants ont évoqué une cause vasculaire comme diagnostic différentiel de MAA, 8,8% ont évoqués l'épilepsie partielle et nous avons eu 1,30% des répondants qui ont parlés de MAV, pourtant tout trois des diagnostics différentiels à évoquer en première intention devant une MAA. Ces derniers sont les diagnostics différentiels les plus difficile à différencier de la MAA (3). Le collègue des enseignants de neurologie mentionne qu'une affection organique peut rarement provoquer des céphalées paroxystiques, cependant, les tumeurs cérébrales sont évoquées pour 14,3% de nos répondants (3). L'analyse des questions de cette thématique montre une lacune de connaissance des diagnostics différentiels.

Comme dit précédemment, 60% des migraineux s'ignorent, ce qui pourrait expliquer que la prévalence ne fait qu'accroître, que ce soit en France ou dans les autres pays (22). La migraine est sous médicalisée car sous diagnostiquée du fait de difficultés clinique comme nous l'avons vu précédemment dans notre étude. Il y a une insuffisance de diagnostic de la part des médecins généralistes en 2017 dans la région de Rouen, ce qui concorde avec les données de la littérature (25).

Migraine et examens complémentaires

Comme préalablement cité, depuis 2002, selon les recommandations de l'ANAES (2), il est recommandé chez un migraineux connu de pratiquer un scanner ou une IRM cérébrale devant:

- Une céphalée d'apparition brutale (céphalée dite «en coup de tonnerre»);
- Une céphalée récente se différenciant de la céphalée habituelle;
- Une anomalie à l'examen clinique en dehors des crises.

Les données de la littérature insistent sur le fait que l'imagerie n'a pas de place dans le diagnostic de migraine, que le diagnostic est clinique (1) et si il y a une indication à réaliser une imagerie, comme le disait une étude de 2010 du journal de radiologie (26), il faudrait préconiser d'emblée une IRM cérébrale en raison de sa supériorité pour détecter les ischémies punctiformes et de sa supériorité au niveau sous-tentorial par rapport au TDM cérébral.

Dans notre étude, nous nous rendons compte que les recommandations concernant l'imagerie sont correctement suivies avec plus de trois quart de bonnes réponses mais 22,8% de nos répondants ne sont pas entièrement d'accord avec l'absence d'indication de réalisation d'une imagerie cérébrale pour une crise de migraine <50 ans définie selon les critères IHS. La thèse d'Ombeline Laude, réalisée en 2016 dans la région de Lille, montrait que 5% des médecins réalisaient de façon systématique une imagerie pour confirmer un diagnostic de migraine alors qu'après la formation sur les migraines réalisée dans son étude, aucun ne réalisait d'imagerie cérébrale pour la confirmer (27).

Il y a donc encore des prescriptions probablement en excès d'imagerie cérébrale de la part de nos répondants pour une crise de migraine <50 ans définie par les critères IHS, afin d'être rassurés par la normalité de l'examen et de faire de la migraine un diagnostic d'exclusion.

Après un accord professionnel, chez un migraineux connu, il est recommandé de pratiquer un scanner cérébral sans injection en cas de céphalée inhabituelle, et de toute façon, si ce scanner est normal, une IRM cérébrale, avec angio-IRM artérielle et veineuse, dans un délai à apprécier en fonction du contexte devra être réalisée (1).

Handicap et qualité de vie du migraineux

Si l'on s'intéresse maintenant à l'évaluation du handicap chez le patient migraineux de la part de nos répondants, la majorité a conseillé un agenda de crise à leurs patients migraineux et cela suit les recommandations professionnelles. Cela, n'était pas le cas dans l'étude Gineys de 2014 sur les consultations dédiées à la migraine (25) où une minorité des médecins utilisaient l'agenda de crise mais pourtant prescrivaient un traitement de fond.

Une gestion de la migraine optimale exige également l'utilisation d'autres outils spécifiques simples en consultation tel que MIDAS et HIT-6 pour évaluer le handicap qu'engendre la migraine (annexe 2 et 3), comme le mettaient en évidence plusieurs études (5,17). Pourtant plus de trois quart de nos répondants ne se sont jamais servi de ces échelles alors qu'elles sont citées comme outils d'évaluation de référence (28). Aucun de nos répondants n'a rapporté utiliser l'échelle QVM .

Les autres études plus ou moins récentes de 2012 à 2016(24,27,29), montraient que ces outils n'étaient pas utilisés dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. On peut donc s'interroger sur le manque d'information à propos de ces échelles, ce qui ne favorise pas leur adoption. Certains auteurs avaient proposé d'utiliser le score MIDAS pour stratifier les patients auxquels il fallait prescrire en première intention des antimigraigneux non spécifiques pour les grades 1 et 2 du score MIDAS et des antimigraigneux spécifiques pour les grade 3 et 4. Même si cette stratégie thérapeutique n'a pas été retenue par les recommandations de l'ANAES, l'utilisation de ces outils dans la prise en charge des patients migraineux est évidente (17).

On peut donc conclure que dans notre étude nos répondants n'évaluent pas le handicap qu'engendre la migraine en consultation, puisque moins de 20% de nos répondants disent utiliser les outils HIT-6 et MIDAS, outils fiables et valables pouvant aussi les aider dans l'évaluation de l'efficacité du traitement, comme le montrait l'étude Céphalalgia de 2010 sur la validation de l'outil HIT-6 (31). Cependant, d'après la littérature, dans une étude de 2002 aux Etat-Unis, les neurologues n'utilisaient pas les échelles citées ci-

dessus et seulement 2% des neurologues avaient exprimé un intérêt pour ces échelles (20).

L'éventuel syndrome anxio-dépressif chez les patients migraineux a, quant à lui, été recherché pour la plupart des répondants comme recommandé actuellement (1).

Il est pourtant parfois difficile de faire la part des choses entre la comorbidité psychiatrique du patient et le retentissement émotionnel de la migraine (30) mais il est fondamental d'explorer l'état émotionnel des sujets migraineux consultant afin d'éviter l'enfoncement du patient dans un sentiment d'impuissance, un abus médicamenteux ou un isolement social (5).

Les outils diagnostics et d'évaluation de la migraine sont donc importants pour le médecin généraliste et lui permettent d'assurer, comme le neurologue, un diagnostic précis de migraine, de mettre en place des traitements adaptés et d'organiser un suivi adéquat. Si la prise en charge s'avère compliquée, c'est à ce moment qu'une coordination spécialiste/généraliste doit être envisagée.

Traitement de la crise migraineuse

Le traitement de la crise migraineuse représente un enjeu important et fait encore l'objet de certaines controverses, mais un consensus se dessine dans de nombreux pays comme en Suisse, où des recommandations thérapeutiques sont régulièrement publiées par la Société Suisse Pour L'Etude Des Céphalées (7).

Près de la moitié de nos répondants n'ont pas évoqué l'AINS en première intention mais celui-ci reste tout de même le traitement qui ressort le plus en prescription de première intention dans notre étude (50,3% (tout AINS confondu). 26,1% de nos répondants ont prescrit des «AINS» sans précision, on ne peut donc pas savoir si il s'agit d'un AINS ayant l'AMM dans la migraine du fait du biais dans la question posée. Les antalgiques qui ne possèdent pas d'AMM dans la migraine, restent prescrit par 42,5% de nos répondants, tout antalgique confondu. Ces derniers étant à proscrire afin d'éviter toute céphalée chronique par abus médicamenteux (2,3,6,14).

Le Migpriv n'a été prescrit que par 1,7% des médecins. On peut conclure pour cette question que la moitié de nos répondants ne suivent pas les recommandations HAS pour le traitement de la crise migraineuse (6).

Concernant la stratégie thérapeutique à adopter lors du traitement de crise migraineuse après échec sur trois crises de l'association d'un AINS et d'un Triptan, beaucoup de conseils ont été donnés alors qu'ils ne sont pas recommandés.

On peut donc conclure que le niveau de satisfaction des patients migraineux dans la région de Rouen et son agglomération pourrait ne pas être satisfaisant car moins de la moitié de nos répondants connaissent la stratégie thérapeutique à entreprendre. Pourtant, les praticiens disposent de nombreux médicaments pour le traitement de la crise migraineuse chez l'adulte, ce qui permet d'avoir une alternative thérapeutique en cas d'insatisfaction du patient.

Les connaissances des médecins sur les Triptans dans notre étude sont inégalement maîtrisées. Leurs réponses à ces questions sont paradoxales car 56,7% des répondants sont d'accord avec le fait qu'il existe des différences minimales entre les différents Triptans et 15% de répondants doutent encore sur le fait qu'un patient non répondeur à un Triptan peut répondre à un autre Triptan alors que finalement lors de la question précédente seulement 31,3% des répondants conseillent de changer de Triptan en cas d'échec thérapeutique.

Traitement de fond de la migraine

La fréquence des crises était dans notre étude le critère principal d'instauration d'un traitement de fond tout comme dans la littérature (9). Le retentissement socio-professionnel était le deuxième critère principal qui ressortait dans notre étude. En effet, lorsque la fréquence des crises gêne la vie personnelle ou socio-professionnelle du patient, il est justifié de prescrire un traitement de fond, comme nous l'expliquait déjà en 2001 «Le guide pratique des migraines et des céphalées» (32). L'intensité des crises n'a été évoquée par 4% de nos répondants et la consommation de plus de 2 traitements de crise par semaine depuis plus de 3 mois n'a pas été évoquée une seule fois. Ces dernières faisant pourtant parties des indications du traitement de fond de la migraine (1).

Les autres critères d'instauration d'un traitement de fond d'après nos répondants étaient d'une fréquence anecdotique et de toute façon, non recommandés.

Comme dans la littérature, le recours au spécialiste ne se fait qu'en cas de difficultés thérapeutiques ou de doute diagnostique (11). Une étude française a montré qu'il n'existait pas de différence significative entre médecins généralistes et neurologues français en ce qui concerne les principes généraux du traitement de fond de la migraine (33).

Aucun médecin n'a précisé comme indication du traitement de fond : «La consommation depuis au moins trois mois de deux ou plus de traitements de crises par semaine, même si ces derniers sont efficaces afin d'éviter l'abus médicamenteux». Cette indication fait partie des recommandations professionnelles concernant les critères d'instauration d'un traitement de fond (1). Ces résultats sont paradoxaux avec la question concernant l'agenda migraineux car si les médecins généralistes conseillent un agenda de crises à leurs patients, comme nous l'avons vu précédemment, c'est qu'ils s'intéressent également à la fréquence des prises (annexe 4). La plupart des répondants adoptent la bonne attitude thérapeutique en nous faisant penser qu'ils reconnaissent qu'il y a des possibilités d'améliorer la qualité de vie des migraineux mais plus de trois quart d'entre eux n'utilisent pas les échelles HIT-6 et MIDAS comme vu ci-dessus.

Concernant les traitements de fond prescrits en première intention par le médecin généraliste, on a observé dans notre étude une nette prépondérance de Bêta-bloquants, sachant qu'ils sont inclus dans les recommandations avec un fort niveau de preuve (niveau de preuve A). En accord avec les recommandations professionnelles, le Propranolol était la molécule qui ressortait le plus dans notre étude (1).

Nous retrouvons, dans une très moindre mesure, la prescription du Pizotifène(2,8%) et de l'Épitomax (0,7%), sans doute moins connues des médecins généralistes, tout comme l'Oxétorone prescrite ici pour 22% des répondants. Le Métoprolol n'est évoqué que par 1% de nos répondants.

Pourtant le Propranolol, le Métoprolol et l'épitomax, sont des molécules dont les efficacités sont évaluées par une méthodologie de grade A et ont l'AMM dans cette indication.

En accord avec les recommandations (1), aucun médecin n'a prescrit de Valproate de sodium, de la Venlafaxine ou la Gabapentine.

La molécule DHE est très peu prescrite et cela s'explique par le fait que ce soit une molécule ancienne et par l'absence de preuve d'efficacité (1). Les antidépresseurs restent encore trop fréquemment prescrits alors qu'ils sont soit sans AMM soit sans efficacité.

L'Epitomax semble être une molécule inconnue des médecins.

Thérapies non médicamenteuses

La relaxation et les TCC sont les thérapies les plus proposées dans notre étude. Ils ont fait preuve d'efficacité et peuvent donc être recommandées. Les données de la littérature ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité de l'acupuncture, pourtant proposée par 61,9% de nos répondants, mais conduisent à ne pas recommander l'homéopathie dans le traitement préventif de la migraine (1). Pourtant, l'acupuncture et l'homéopathie sont proposées respectivement à 61,9% et 33% par nos répondants. Nous n'avons aucun répondant qui nous a proposé le rétrocontrôle qui pourtant, au même titre que la relaxation et les TCC, peut être recommandée. Quel que soit le mécanisme d'action de ce type de traitement, l'indice de satisfaction des patients concernés laisse penser qu'il s'agit d'une alternative intéressante aux traitements médicamenteux (32).

Suivi du patient migraineux

Pour l'évaluation du traitement de fond, « la réduction de la fréquence des crises d'au moins 50% » est l'élément principal pour nos répondants pour évaluer l'efficacité du traitement de fond. Le deuxième élément d'évaluation du traitement de fond qui ressort en terme de fréquence dans notre étude est « la diminution de l'intensité et de la durée des crises ».

Cependant, on a pu observer un paradoxe entre les indications du traitement de fond de nos répondants et l'utilisation des outils simples tel le score MIDAS ou HIT-6 vu plus haut dans la discussion. Nous pouvons donc nous questionner sur la conformité de l'instauration des traitements de fond aux recommandations professionnelles.

Analyse statistique

Ce questionnaire nous a donc permis d'évaluer les connaissances des médecins généralistes. La note moyenne obtenue de 64,7/100 peut paraître satisfaisante, mais nous avons cependant observé des lacunes non négligeables comme vues ci-dessus. Nous n'avons pas observé de différences significatives pour la moyenne des médecins travaillant en milieu Urbain comparé aux non urbains avec respectivement (64,41/100 et 65,59/100 ($p=0,6141$)). Nous pouvons cependant penser que les médecins travaillant en urbain étant plus proches des facultés et des centres de formations auraient une meilleure note car ont plus de temps pour participer à des FMC mais notre étude prouve le lieu d'exercice n'a pas de lien avec le niveau des connaissances des médecins généralistes.

Cependant, le fait de travailler en cabinet de groupe a montré une différence significative pour les connaissances des médecins généralistes dans la prise en charge de la migraine chez l'adulte, par rapport à ceux travaillant en individuel ($p=0,016<0,05$). Nous avons prouvé également qu'il existait une différence significative pour l'âge des médecins entre ceux des cabinets de groupe et ceux des cabinets individuels. Nous pouvons donc penser que les médecins travaillant en cabinet de groupe donc plus jeunes ont de meilleures connaissances que ceux en cabinet individuel donc plus âgés. Le test de Student réalisé pour le croisement des notes obtenues et la fréquence d'actes migraineux n'a pas retrouvé de différence significative ($p>0,05$), contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, un médecin qui pratique plus d'actes migraineux n'est pas forcément meilleur d'un point de vue connaissance que celui qui en voit moins.

En croisant l'âge des médecins et la note obtenue, le coefficient de Pearson à -0,25, est significatif montre que l'âge a un lien avec le niveau des connaissances, les plus jeunes

ont de meilleures notes. Ceci est peut-être du au fait que les études sont encore récentes. Les plus âgés ont peut être pris des habitudes et ont sûrement peur d'être perturbés par de nouvelles recommandations. Ils ont peut-être aussi moins le temps et l'envie de se former. En étant en cabinet de groupe, les confrères peuvent communiquer ensemble, adopter des stratégies thérapeutiques ensemble et donc mettent à jour leurs connaissances.

L'analyse multivariée réalisée montre qu'il y a un lien entre l'âge et le niveau de connaissance. Quant à elle, la structure d'exercice, elle perd la significativité qu'elle avait en analyse bivariée, même si la tendance reste forte($p=0,0532$) avec de meilleures connaissances pour les médecins en cabinet de groupe.

V- Conclusion :

C'est dans la prise en charge de la maladie chronique que l'on remarque certaines insuffisances des praticiens tant au niveau des connaissances diagnostiques que thérapeutiques ou lors du recours aux examens complémentaires.

L'éducation thérapeutique est l'élément clé dans la prise en charge du patient migraineux mais c'est également la partie la plus chronophage pour les médecins généralistes et l'une des parties non rémunérée.

La qualité de la première consultation est un déterminant majeur dans la prise en charge de la migraine chez l'adulte par les médecins généralistes, ces derniers sont les premiers acteurs dans la prise en charge du patient migraineux car si ce dernier est insatisfait, il ne reviendra pas et aura recours à l'automédication via des traitements inadaptés.

La prise en charge d'un patient céphalalgique commence par une anamnèse fouillée ainsi qu'un examen clinique et neurologique complet. En somme le recours au spécialiste est parfois utile pour le diagnostic et la thérapeutique mais la prise en charge de la plupart des patients ne semble pas le nécessiter. Il semble important de mettre en avant l'évaluation de l'efficacité des traitements, qui passe par les quatre questions de l'HAS vu plus haut (6). Avec une meilleure connaissance du sujet, une conscience du handicap que provoque la migraine, aussi minime soit-il, est peut-être la façon de commencer pour optimiser la prise en charge de la maladie.

Une bonne prise en charge passe avant tout par une bonne relation thérapeutique dont l'élément clé est l'agenda des migraines.

Seul un patient bien informé aura la patience et la discipline pour bien remplir cet agenda. Afin de protéger la relation de confiance avec le patient, il faut le déculpabiliser et prendre le temps de lui expliquer les effets positifs ou négatifs à attendre. Le

partenariat qu'a le patient avec le médecin est l'élément fondamental pour réussir une bonne prise en charge de migraine.

Nous avons dans notre étude pu comparer si les médecins étaient en adéquation avec les dernières recommandations de 2013. La note obtenue est plutôt bonne avec une moyenne générale de 64,7/100. Le principal facteur qui améliore le niveau des connaissances dans notre étude est l'âge mais non modifiable.

VI- Ouverture et changements à proposer:

Cette étude avait comme objectif principal les connaissances des médecins mais pour aller plus loin et voir ce qui est lié à une meilleure connaissance de la maladie migraineuse, il faut analyser d'avantage de variables caractérisant le médecin et son activité. Malgré des limites, notre étude montre l'intérêt de FMC car même avec la bonne moyenne de nos médecins, persiste encore quelques lacunes.

Les pistes de réflexion à proposer pour améliorer la prise en charge pourraient être les suivantes :

- Dons de brochure explicative concernant cette maladie chronique par les laboratoires médicaux,
- Participation à des FMC sur la migraine en en organisant d'avantage,
- Organiser des groupes d'analyse de pratique entre pairs dans la région de Rouen,
- Faire de la migraine une consultation en plusieurs temps par l'intermédiaire de nouveaux consensus, (exemple de la boite à outils proposée par Ombeline Laude)
- Réaliser d'avantage d'études sur l'acupuncture et l'homéopathie afin d'éviter les céphalées chronique par abus médicamenteux,
- Utilisation de scores simples pour discriminer une migraine d'une autre céphalée primaire après exclusion de signes d'alarme (exemple critères de Pounding) (16)
- Organiser des fenêtres de suivi intégrées aux logiciels médicaux pour la prise en charge du retentissement fonctionnel.

Bibliographie :

1. 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.
2. Fumal, A, Gerardy P, Schoenen J. Actualités thérapeutiques dans la migraine. 2008;63(5-6):315-29.
RMLG, Rev.Méd.Liège
3. Collège des enseignants. Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face. In: *Neurologie* [Internet]. 4ème édition. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson; 2016 [cited 2017 Sep 12]. p. 119-40. (les référentiels des collèges). Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/>
4. Who lifting the burden. Atlas of headache disorders and resources in the world [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 12]. 72 p. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/management/atlas_headache_disorders/en/
5. Lantéri-Minet M, editor. Qualité de vie et impact de la migraine. Montrouge, J. Libbey Eurotext; 2007. v+86 p.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant: aspects cliniques et économiques. Recommandations. Paris : ANAES; 2002
7. Davoine E, Kleinschmidt A. Migraine: des recommandations générales à la prise en charge pratique. 2016;12(524):1214-9. *Rev.Méd.Suisse*
8. Headache classification committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(suppl.7):1-96.

9. Lucas C, Lanteri-Minet M, Chautard MH. T003 - FRAMIGIII. Prise en charge des patients migraineux : l'importance de la première consultation. Douleurs. 2004 Nov 1;5(supplément 1):11-2
10. 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). Oct 2005;161(10):949 - 56.
11. Géraud G. Physiopathologie de la migraine. Douleur analg. 2010;23(3):126-32.
12. Société française d'étude des migraines et des céphalées. Migraines et céphalées [Internet]. (s.d.). Disponible sur: <http://sfemc.fr>
13. Randolph W E, Ninan T M. Manuel des céphalées. Edisem/Maloine. Canada: Lippincott Williams et Wilkins; 2003. 346 p. (Handbook of headache).
14. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. CCQ(céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. Recommandations. Paris : ANAES; 2004 ou SMFEC
15. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013 Jul;33(9):629-808.
16. Morel P, Rutschmann O, Délémont C. Quand référer aux urgences un patient présentant une céphalée?. 2010;6:1526-9. Rev.Méd.Suisse.
17. 1. Radat F, Lanteri-Minet M. Evaluation de la migraine. 2008 Mar 31;56:616-24. Rev.Prat
18. Lanteri-Minet M. The Role of General Practitioners in Migraine Management. Cephalalgia. 2008 Sep 1;28(2_suppl):1-8.
19. Nater B. Traitement de la crise migraineuse. RMS [Internet]. 2005 [cited 2017 Sep 14];1(30382). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-18/30382>
20. Purdy R. Migraine: the doctor-patient link. results of a needs assessment. Can J Neurol Sci. 2002;29(Suppl 2):S3-7
21. Lanteri-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(12):1146-58.
22. Lucas C, Géraud G, Valade D, Chautard M-H, Lanteri-Minet M. Recognition and therapeutic management of migraine in 2004, in France: results of FRAMIG 3, a

- French nationwide population-based survey. *Headache*. 2006 May;46(5):715–25.
23. Lebreton-lerouvillois G. Atlas de démographie médicale en France [Internet]. Conseil national de l'ordre des médecins; 2016, Disponible sur : www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
24. Cordier C. Prise en charge des patients migraineux en 2015 par les médecins généralistes de Picardie : à partir d'une enquête auprès de 212 médecins généralistes. [internet]: [Thèse d'exercice□: Médecine générale]. Université d'Amiens; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01228018/document>
25. Gineys V, Meyrand B, Bonnefond H, Charles R. Des consultations dédiées à la migraine en médecine générale. *Médecine*. 2014 Jun 27;10(6):278–85.
26. Vargas M, Nguyen D, Sztajzel R. Migraines associées à des lésions réversibles et irréversibles. *J radiol*. 2010;91:1320–2.
27. Laude O. la migraine en médecine générale:“Elaboration d'une boîte à outils”céphalées-migraine par une méthodologie de développement continue. université de Lille 2; 2016. Thèse d'exercice de médecine générale.
28. Lantéri Minet M, Alchaar H, Besson G et al. The migraine disability assessment (midas) questionnaire : reliability of the frenchversion. *Cephalalgia* 2003; 23 : 750
29. Popier M. Prise en charge de la migraine de l'adulte en médecine générale: Evaluation des pratiques en aigu et en chronique à l'échelle régionale. [Thèse d'exercice de médecine générale.]: Grenoble; 2012.
30. Lantéri-Minet. Migraine de l'adulte□: diagnostic, évaluation et traitement. AKOS (Traité de Médecine) [Internet]. 2011; Disponible sur: [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1634-6939\(11\)52322-1](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1634-6939(11)52322-1)
31. Yang M, Rendas-Baum R, Varon SF, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6™) across episodic and chronic migraine. *Cephalalgia*. 2011 Feb;31(3):357–67.
32. Géraud G, Fabre N. Guide pratique des migraines et céphalées. Paris: Masson□: MMI éd.; 2001. 412p. (Médiguides). Disponible sur : <http://www.mmieditions.com>

33. MG. BOUSSER | A. DUCROS | H. MASSIOU. Migraine et céphalées. Rueil-Malmaison :
Doin; 2005

ANNEXES :

Annexe 1 Questionnaire thèse

La gestion des migraines en médecine générale

Je vous envoie un questionnaire dont l'objectif est d'évaluer les connaissances et d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la gestion des migraines chez l'adulte afin d'améliorer la formation médicale continue sur ce sujet. Cette étude fait l'objet d'une thèse de médecine générale.

Ce questionnaire comprend peu de questions, et nécessite au maximum quinze minutes. Je vous remercie d'avance pour le temps que vous m'accorderez.

Je respecterai l'anonymat des réponses.

Je vous ai joint une enveloppe retour timbrée

Confraternellement.

Flore GEERLANDT

Bonne lecture à vous

MIGRAINE ET PRATIQUE CLINIQUE CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES

1 .Le médecin

Quel âge avez-vous ?

Quel est votre lieu d'exercice ?

Urbain Semi-rural Rural Autre (préciser):

Dans quelle structure travaillez-vous ?

Cabinet individuel Cabinet de groupe ou maison de santé Etablissement médico-social ou hospitalier Autre (préciser):

A quelle fréquence faites-vous des diagnostics de migraine ?

Environ une fois par jour Environ une fois par semaine Environ une fois par mois

Environ une fois par an Moins d'une fois par an Jamais jusqu'à présent

A quelle fréquence avez-vous des consultations de patients migraineux (qui sont déjà migraineux connus et consultent pour crise migraineuse a votre cabinet) ?

Environ une fois par jour Environ une fois par semaine Environ une fois par mois

Environ une fois par an Moins d'une fois par an Jamais jusqu'à présent

1. Le diagnostic

Voici les critères de la migraine sans aura : pendant votre activité, rencontrez-vous des difficultés dans leur application?

	O u i	Parf ois	N o n
A. Au moins cinq crises répondant aux critères B et D. (
B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement).			
C. Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> φ unilatérale φ pulsatile φ modérée ou sévère φ aggravation par les activités physiques de routine (par ex. la montée d'escaliers). 			
D. Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants : <ul style="list-style-type: none"> a. nausée et/ou vomissement ; b. 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.

--	--	--

Avez-vous déjà entendu l'expression « migraine probable » ? Oui

Non

Vous sentez vous à l'aise avec le diagnostic de migraine avec aura typique et atypique?

Oui Pas complètement Non

Si vous avez des difficultés, lesquelles ?

En cas de symptômes de migraine avec aura, quels diagnostics différentiels évoquez-vous le plus fréquemment ?

1. 3.
2. 4.

3. Les examens complémentaires

Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :		To ut à fai t	Pl ut ôt ou i	Pl ut ôt no n	Pa s du to ut	Je ne sais pas
Il n'y a pas d'indication à réaliser un scanner ou une IRM cérébrale devant une migraine définie selon les critères IHS de la migraine sans ou avec aura avant 50 ans		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est recommandé de réaliser un scanner ou une IRM cérébrale...						
..	des premières crises migraineuses apparues après l'âge de 50ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..	devant une crise de migraine avec aua atypique : à début brutal, prolongée au delà d'une heure, survenant toujours du même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

côté, et/ou sans symptômes visuels					
.. avec anomalie à l'examen clinique en dehors d'une crise migraineuse	<input type="checkbox"/>				
L'EEG n'a pas d'indication devant une migraine définie selon les critères IHS	<input type="checkbox"/>				

4. L'évaluation du handicap et la prise en charge optimale

Est-ce que il vous est déjà arrivé, devant un patient migraineux, de lui conseiller un « agenda des crises » ?

- Pas systématiquement Non Je n'ai pas eu l'occasion encore

Pendant la consultation, lors d'une évaluation d'un patient migraineux, vous êtes-vous déjà servi d'une de ces échelles : HIT-6, MIDAS ?

- Oui Pas systématiquement Non Je n'ai pas eu l'occasion encore

J'utilise d'autres échelles (spécifier):

Trouvez-vous pertinent, pendant l'interrogatoire, de rechercher des signes d'un éventuel syndrome dépressif ou anxieux, pour évaluer le handicap ?

- Oui Pas systématiquement Non Je n'ai pas eu l'occasion encore

5. Le traitement médicamenteux

Quel(s) traitements en première intention (en dehors des triptans , exemple zolmitriptan : zomig et des dérivés de l'ergot de seigle , exemple : dihydroergotamine) que prescrivez-vous pour le traitement de la crise migraineuse ? écrivez au moins une réponse.

1. _____

3.

2. _____

4.

_____ ?

Concernent l'usage des triptans et d'autres médicaments:	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
Il y a des différences minimales en termes d'efficacité et de tolérance entre les différents triptans	<input type="checkbox"/>				
Sauf mauvaise tolérance, avant de conclure à l'inefficacité d'un triptan, il faudrait le tester sur au moins trois crises	<input type="checkbox"/>				
Un patient non répondeur à un triptan peut répondre à un autre triptan	<input type="checkbox"/>				
L'association sumatriptan + naproxène sodique est plus efficace que chacun des deux pris individuellement	<input type="checkbox"/>				
La prise précoce d'un triptan au stade de céphalée légère est plus efficace que la prise alors que la céphalée est d'intensité majeure	<input type="checkbox"/>				
Le tartrate d'ergotamine peut être associé à la caféine	<input type="checkbox"/>				
La dihydroergotamine peut être administré par voie per-nasale	<input type="checkbox"/>				
Il faudrait éviter les opioïdes, seuls ou en association	<input type="checkbox"/>				

Lors de l'évaluation d'un traitement de crises, avez-vous des difficultés à évaluer

...

... la fréquence de la prise? Oui pas toujours

Non Non concerné

... l'efficacité? Oui pas toujours Non

Non concerné

... la tolérance? Oui pas toujours Non

Non concerné

La stratégie AINS (en première intention) + triptan (en cas de non soulagement après 1-2h avec l'AINS) est généralement évaluée après trois crises. Qu'est ce que vous conseiller de faire en cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance de l'AINS ?

Selon vous, quand faut-il de prescrire un traitement de fond ?

Quel est le traitement de fond que vous prescrivez en première intention ? (une seule réponse)

Sur quoi évaluez-vous principalement l'efficacité du traitement de fond (à 3 mois) ?

- la réduction de la fréquence des crises d'au moins 50%.
- la diminution de l'intensité et de la durée des crises.
- Autre (préciser) :

En supposant l'observance des prescriptions et en dehors des abus médicamenteux, en cas d'échec répété du traitement de fond, vous préférez (plusieurs réponses possibles):

- augmenter la posologie, en absence d'effets indésirables
- proposer au patient un autre traitement de fond
- associer un deuxième traitement de fond
- arrêter tous les traitements de fond
- autre (préciser)

6. Les traitements non médicamenteux

Qu'est-ce que vous pensez des traitements suivants de la migraine:	Je le propose	Utilité (donnez un score entre 1= inutile et 10= très utile)
Relaxation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
Thérapie cognitive et comportementale de la gestion du stress	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
Acupuncture	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
Homéopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
Ostéopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
Autre (spécifier) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre

Annexe 2: Questionnaire MIDAS

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE MIDAS (Migraine Disability Assessment)

Son intérêt : évaluer le handicap fonctionnel dû aux céphalées ou à la migraine, en mesurant l'intensité des symptômes, leur impact sur la vie quotidienne, pour déterminer d'emblée le médicament dont la puissance est la plus appropriée.

Il peut être renseigné par le patient lui-même.

QUESTIONNAIRE MIDAS

Durant les 3 derniers mois, en raison de vos céphalées/migraines :

		JOURS
1	Combien de jours avez-vous manqué le travail (ou l'école) ?	
2	Pendant combien d'autres jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de plus de 50% ?	
3	Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités ménagères habituelles ?	
4	Pendant combien de jours votre productivité en tâches ménagères était réduite de plus de 50% ?	
5	Pendant combien de jours avez-vous manqué à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?	
TOTAL		

On détermine 4 grades :

Grade I	Peu ou pas de sévérité	0 à 5 j
Grade II	Sévérité discrète	6 à 10 j
Grade III	Sévérité modérée	11 à 20 j
Grade IV	Sévérité importante	>20 j

www.antalvite.fr





HIT-6™ Headache Impact Test

HIT is a tool used to measure the impact headaches have on your ability to function on the job, at school, at home and in social situations. Your score shows you the effect that headaches have on normal daily life and your ability to function. HIT was developed by an international team of headache experts from neurology and primary care medicine in collaboration with the psychometricians who developed the SF-36® health assessment tool. This questionnaire was designed to help you describe and communicate the way you feel and what you cannot do because of headaches.

To complete, please circle one answer for each question.

When you have headaches, how often is the pain severe?

never rarely sometimes very often always

How often do headaches limit your ability to do usual daily activities including household work, work, school, or social activities?

never rarely sometimes very often always

When you have a headache, how often do you wish you could lie down?

never rarely sometimes very often always

In the past 4 weeks, how often have you felt too tired to do work or daily activities because of your headaches?

never rarely sometimes very often always

In the past 4 weeks, how often have you felt fed up or irritated because of your headaches?

never rarely sometimes very often always

In the past 4 weeks, how often did headaches limit your ability to concentrate on work or daily activities?

never rarely sometimes very often always

+

+

+

+

COLUMN 1
6 points each

COLUMN 2
8 points each

COLUMN 3
10 points each

COLUMN 4
11 points each

COLUMN 5
13 points each

To score, add points for answers in each column.

If your HIT-6 is 50 or higher:

You should share your results with your doctor. Headaches that stop you from enjoying the important things in life, like family, work, school or social activities could be migraine.

TOTAL
SCORE

©2001 QualityMetric, Inc. and GlaxoSmithKline Group of Companies. All rights reserved.

AGENDA DE LA MIGRAINE (semestre)

J	Médicaments														
	D	I	FD												
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30 /31															

D : divers, I : intensité, choisir : I = léger, M = modérés, S = sévères, FD : facteur déclenchant, Médicament : indiquer le nom et le dose des traitements de crises utilisés.