Prescription des triptans dans la migraine par les médecins généralistes de la région PACA

Anissa Benbia

▶ **To cite this version:**

Anissa Benbia. Prescription des triptans dans la migraine par les médecins généralistes de la région PACA. Médecine humaine et pathologie. 2017. ⟨dumas-01693021⟩

HAL Id: dumas-01693021

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01693021v1

Submitted on 25 Jan 2018

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.

HAL Authorization

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Prescription des triptans dans la migraine par les médecins généralistes de la région PACA

Thèse d'exercice en Médecine

Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale

Anissa BENBIA

Née le 19 juin 1988 à Rodez (12)

Pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le mardi 17 octobre 2017

JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Docteur Michel LANTERI-MINET

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Jérôme ROMERO

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
M.	GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)
M.	WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet et je vous exprime toute ma gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de mon jury,
Merci pour votre aide précieuse et votre disponibilité tout au long de mon internat.
Je vous prie de trouver ici l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Gilles GARDON

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

A Monsieur le Docteur Michel LANTERI-MINET

Je suis très heureuse de vous compter parmi les membres de mon jury.
Merci pour vos conseils dans l'élaboration de ce travail.
Soyez assurez de mon profond respect.

A mon directeur de thèse,

Au Docteur Jérôme ROMERO

Je tiens à t'adresser mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de diriger cette thèse, pour m'avoir accompagnée et conseillée tout au long de ce travail.
Ta présence et ta disponibilité m'ont été précieuses.

Avec toute ma reconnaissance.

A Monsieur Najm-Eddine MEJDOUBI,

Je vous adresse mes plus sincères remerciements pour votre aide. Ce travail n'aurait pas été possible sans votre contribution pour l'analyse statistique.

À tous les médecins ayant participé à cette étude régionale.

A ma famille,

A mon père,

Parti trop tôt. J'ai tenu mes promesses. Tu peux être fière de tes filles.

A ma mère,

Ta force et ton courage font de toi une mère et une femme exemplaire. Je t'admire et te remercie pour tout. Tu as toujours su nous montrer le bon chemin. Je t'aime.

A ma sœur Samia,

Je tiens à te remercier pour ta présence à mes cotés et pour ton soutien indéfectible. Tu as su être présente à chaque instant. Je te témoigne tout mon amour et mon admiration pour la personne que tu es et pour ta capacité à me supporter ! Merci pour le temps passé à relire mon travail.

A mon oncle Embarek et sa petite famille,

Je vous témoigne tout mon amour. Je te remercie pour tes relectures et tes corrections.
Nourhane, Lina et Yanis, vous êtes notre joie de vivre! Je serai toujours présente à vos cotés.

A Bari, ma tante,

Tu as toujours été présente pour tes nièces. Tu as su nous accompagner, nous soutenir et nous réconforter. Merci pour tous les bons moments passés et à venir. Tu es ma deuxième mère.

A mes grands-parents,

Je vous aime profondément.

A mes amis,

A Margaux et Benoît,

Mes amis depuis toujours. Je vous témoigne toute mon affection. Margaux, tu as toujours été présente pour moi et je t'en remercie sincèrement. Ta joie de vivre, ta force, ton humour et ta personnalité font de toi une personne merveilleuse.

A Nour,

Sache que tu comptes beaucoup pour moi et que ton amitié m'est précieuse. Tu es pleine de charme, généreuse et attachante. La seule à avoir le sens pratique dans la fine équipe !
Tu portes si bien ton prénom !

A Marie et Benjamin :

Un duo de choc ! Marie tu es tout simplement un rayon de soleil, je t'admire pour ta force, ton courage et ton sens de l'organisation inégalable!

Môt hai ba yoo à vous deux!!!

A Princess Catoch et son acolyte Florencia,

A notre rencontre qui restera un sacré moment !
Catherine tu es avant tout mon amie et tu as été mon compagnon de route tout au long de cette thèse et ton soutien m'a été précieux. Je n'oublierai pas nos révisions chocolatées !
Flo, la seule qui a le sens de l'orientation sur une piste de ski !
A nos projets et à nos voyages !! Vous êtes irremplaçables !

A Lila et Alexandre,

Vous faites partie de mes plus belles rencontres. Lila, objectif Vietnam 2019 !

A Maria, P.H et Silvano :

Parce qu'on se demande tous comment vous arrivez à tout mener de front avec autant de succès ! Vous êtes si beaux à voir ! Je vous remercie de faire partie de ma vie.

A Céline B et T, Adil et Nadia

Mes amis depuis le début de cette aventure! La distance ne changera rien !

A Maria Ko

Tu as intégré l'équipe des KINDERS sans aucune difficulté et pourtant c'est du haut niveau !

A Marine, Borja et Denis

A nos projets futurs même les plus fous, à nos voyages et à notre belle amitié.

« Le hasard vaut mieux que mille rendez-vous »

Tout simplement MERCI

Sommaire

SERMENT D'HIPPOCRATE 14
Liste des abréviations 15
I. RESUME 16
II. INTRODUCTION 17
1. Rationnel de l'étude 17
2. Objectifs 18
3. Physiopathologie : 19
a) Physiopathologie de la migraine 19
b) Physiopathologie des triptans 21
4. Diagnostic de migraine selon l'ICHD-3 22
a) Critères de la migraine sans aura 22
b) Critères de la migraine avec aura 23
c) Probable migraine 23
5. Evaluation du handicap du patient migraineux 24
6. Traitement antalgique de la crise migraineuse 24
a) Traitements non spécifiques : 24
b) Traitements spécifiques 25
c) Stratégie thérapeutique de la crise migraineuse 25
d) Cas particulier de la migraine avec aura 26
III. MATERIEL ET METHODES 27
1. Description de l'étude 27
a) Définition de la population étudiée 27
b) Description du questionnaire 28
2. Méthode de recueil et analyse des données 28
3. Objectif principal 28
4. Objectif secondaire 29
5. Analyse statistique 29
IV. RESULTATS 30
1. Population étudiée 30
2. Traitement prescrit en première intention selon l'intensité 31
3. Conseils donnés en cas d'échec d'un triptan. 32
4. Attitude conseillée en cas d'échec d'un triptan sur au moins trois crises distinctes. 33

5. Part des médecins gênés par les effets indésirables des triptans. 34
6. Facteurs liés aux patients limitant la prescription des triptans 35
7. Facteurs limitant la prescription des triptans par le médecin généraliste. 35
8. Part des médecins personnellement convaincus de la supériorité des triptans sur les AINS. 36
9. Conseils donnés aux patients lors de la prescription des triptans. 36
V. DISCUSSION 37
1. Discussion de la méthode 37
2. Epidémiologie et caractéristiques des médecins interrogés. 38
3. Exposition du résultat principal de l'étude 38
4. Les freins à la prescription des triptans 41
VI. CONCLUSION 44
Annexe 1 : Questionnaire MIDAS 45
Annexe 2: Echelle HIT-6 46
Annexe 3 : Echelle HAD 47
Annexe 4 : Questionnaire envoyé 48
Annexe 5 : résultat de l'analyse statistique bivariée 51
VII. BIBLIOGRAPHIE 54

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

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

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

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

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

Liste des abréviations

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

AAS : Acide Acétylsalicylique

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CQQ : Céphalée Chronique Quotidienne

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

DCE : Dépression Corticale Envahissante

ICHD : International Classification of Headache Disorders

IHS : International Headache Society

HAS : Haute Autorité de Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFEMC : Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées

I. RESUME

INTRODUCTION. La prévalence de la migraine est estimée entre 15 et 21% dans la population française âgée de 18 à 65 ans. Malgré son retentissement sur la qualité de vie, elle est sous diagnostiquée et sous traitée. Les triptans sont le traitement de choix dans la crise migraineuse. Ils sont pourtant faiblement prescrits. Seulement 8% des migraineux reçoivent ce traitement. L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux de la prescription des triptans. L'objectif secondaire était de comprendre les facteurs limitant leur prescription en pratique clinique.

MATERIEL ET METHODES : Nous avions réalisé une étude quantitative observationnelle transversale et descriptive entre le 12 mai et le 15 juillet 2017. 351 médecins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) ont été contactés. 286 ont accepté de participer au questionnaire. Il s'agissait d'un questionnaire anonyme, envoyé par email via google forms.

RESULTATS : Sur les 286 médecins sollicités, 132 ont répondu au questionnaire. 64% d'hommes et 36% de femmes. 5,3% prescrivait un triptan en première intention pour une migraine d'intensité faible à modérée contre 31.8% pour une migraine d'intensité forte à sévère. Les principaux freins à la prescription des triptans étaient : l'absence de consultation des patients, la survenue d'effets indésirables ainsi que l'incertitude du diagnostic de migraine.

CONCLUSION : Les triptans semblent être prescrits en fonction de l'intensité de la crise migraineuse. L'insuffisance de prescription est multifactorielle et n'est pas seulement due aux médecins généralistes. Il existe des facteurs limitant liés aux patients.

MOTS CLES : Triptans, migraine, médecins généralistes, prescription.

II. INTRODUCTION

1. Rationnel de l'étude

La crise migraineuse est une céphalée primaire fréquente dont la prévalence varie entre 15 et 21% dans la population adulte âgée de 18 à 65 ans selon les critères diagnostics utilisés (1,2). Il existe une prédominance féminine de trois femmes pour un homme (2,3) et une haute prévalence de la maladie entre 25 et 55 ans (4,5). La crise migraineuse est due à une excitabilité neuronale anormale, sous-tendue par une prédisposition génétique complexe et modulée par des facteurs environnementaux intrinsèques (hormonaux) ou extrinsèques (stress, aliment). Elle se caractérise par la récurrence de céphalées d'intensité variable. Un tiers des migraineux présentent une aura neurologique associée.

La migraine est considérée comme le sixième trouble le plus invalidant à l'échelle mondiale par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et le plus invalidant de tous les troubles neurologiques par le Global Burden of Disease Study (6,7). Malheureusement, son classement continue d'augmenter avec le temps (7). Il s'agit d'une maladie invalidante, responsable d'un retentissement fonctionnel et émotionnel important entrainant une altération de la qualité de vie (2,3,8,9) pendant les crises mais également entre les crises du fait de conduites d'évitement(10).

Malgré sa fréquence et ses conséquences, la migraine reste largement sous diagnostiquée et sous traitée.
L'étude des comportements thérapeutiques des migraineux montre une surconsommation d'antalgiques non spécifiques, de nombreuses prises médicamenteuses lors de la même crise et l'absence de soulagement dans un cas sur deux (11).

En France, environ 40% des migraineux n'ont jamais consulté. Certains estiment même qu'une consultation auprès de leur médecin généraliste ne leur apporterait aucun bénéfice (4).
L'étude FRAMIG 2 a montré que 82 % des migraineux interrogés n'ont pas de suivi médical et que 75 % ne sont pas soulagés par leur traitement habituel (12).

Sur le plan économique, la migraine génère des dépenses importantes par les coûts directs et indirects qu'elle engendre.

Pourtant sa prise en charge est bien codifiée et comporte des traitements non spécifiques (Anti-inflammatoires non stéroïdiens(AINS), antalgiques) et spécifiques (triptans et dérivés ergotés).

En 1991, l'apparition des triptans en France, a révolutionnée la prise en charge de la crise migraineuse (6,13). Une grande majorité de migraineux seraient sensibles à leurs effets (environ 70%). Il sont cependant sous-prescrits (10).

Le risque principal est l'évolution vers une céphalée chronique quotidienne (CCQ) par abus médicamenteux qui concerne actuellement 3% de la population française (14,15).

Le rôle du médecin généraliste demeure essentiel dans la prise en charge de cette pathologie. En effet, il s'agit du premier praticien consulté mais également du premier prescripteur de triptans bien avant les spécialistes (16). Environ 90% des triptans sont prescrits par les médecins généralistes contre seulement 4,3% par les neurologues (17). Pourtant, seulement 8% des migraineux reçoivent un tel traitement.
Ce qui traduit une sous-utilisation des traitements spécifiques dont la prise d'emblée est pourtant justifiée chez des patients ayant des crises sévères, une maladie migraineuse handicapante ou non soulagés par des traitements non spécifiques(11).

2. Objectifs

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux de la prescription des triptans par les médecins généralistes de la région PACA.

L'objectif secondaire était de comprendre les facteurs limitant la prescription des triptans liés d'une part aux médecins généralistes et d'autre part aux patients.

3. Physiopathologie :

a) Physiopathologie de la migraine

Ces dix dernières années les recherches concernant la physiopathologie de la migraine ont permis de mieux comprendre les mécanismes impliqués. Cependant, il persiste encore à ce jour des incertitudes.

La céphalée est secondaire à l'activation du système trigémino-vasculaire qui conduit à la libération de neuropeptides vasoactifs (CGRP, neurokinine A…) responsables d'une vasodilatation et d'une inflammation neuronale et donc de la douleur. La réponse inflammatoire est transmise par le nerf trijumeau au tronc cérébral ainsi qu'aux noyaux gris centraux, au thalamus et à l'hypothalamus (18). La connexion du thalamus avec de nombreuses zones corticales telles que les régions somatosensorielles, motrices, visuelles, auditives, olfactives et limbiques peut expliquer une partie de la complexité des symptômes de la migraine (18).

Il existe une prédisposition génétique complexe impliquée dans la neurotransmission glutamatergique, dans les voies de détection de la douleur et dans le développement des neurones, responsable d'une dysrégulation primaire influencée par des facteurs environnementaux (3).

Les prodromes

La majorité des patients migraineux présentent des symptômes prodromiques qui annoncent la survenue de la migraine. Ces signes peuvent apparaitre jusqu'à 72 heures avant la céphalée. Les symptômes prodromiques sont: la fatigue, le changement d'humeur, des difficultés de concentration, la phonophobie, des bâillements, des modifications de l'appétit et une pollakiurie (3,18). Leur apparition permet aux patients de prédire la survenue d'une crise migraineuse. Ces signes, d'origine hypothalamique, seraient secondaires à une transmission centrale de la douleur par des connexions anatomiques directes et indirectes au thalamus (18).

L'aura migraineuse

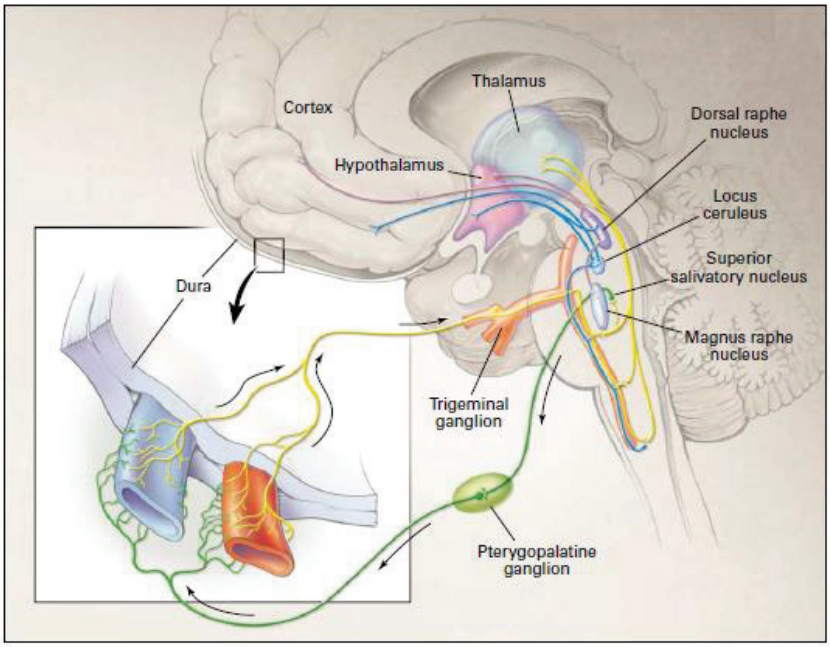
L'aura serait due à une dépolarisation et donc à une excitabilité transitoire du cortex occipital ainsi qu'à sa propagation. Ce phénomène nommé dépression corticale envahissante (DCE) est observable par imagerie fonctionnelle. La vague de dépolarisation entraînerait une baisse transitoire de l'activité des neurones, avec une légère diminution du débit sanguin cérébral. Cela expliquerait les troubles neurologiques visuels, sensitifs, du langage, ou la faiblesse ressentie par les patients lors de la migraine (3).

La céphalée

Les fibres nerveuses nociceptives provenant du ganglion trijumeau innervent la pie-mère, l'arachnoïde, et les vaisseaux sanguins duraux, y compris le sinus longitudinal supérieur et l'artère méningée moyenne, ainsi que les grandes artères cérébrales. L'activation de ces structures, en particulier de la dure-mère, entrainerait une vasodilatation et une inflammation responsables de la douleur (3).

Les symptômes post crise

Les symptômes décrits sont similaires à ceux de la phase prodromique.



Goadsby and al. N Engl J Med, Vol. 346, No. 4January 24, 2002 (19)

b) Physiopathologie des triptans

Ils ont trois principaux mécanismes d'action: la vasoconstriction artérielle cérébrale, l'inhibition périphérique du nerf trijumeau et l'inhibition de la transmission par les neurones de second ordre du complexe trigéminocervical (20).

Mécanisme

Les triptans sont des agonistes sérotoninergiques agissant sur les récepteurs 5-HT1B/1D présents au niveau post-synaptique des artères cérébrales. La liaison de ces molécules aux récepteurs 5-HT1B/1D inhibe la libération de neuropeptides pro-inflammatoires vasoactifs notamment du peptide associé au gène de la calcitonine (CGRP). Ce mécanisme entraine ainsi une vasoconstriction méningée qui limite l'inflammation neuronale et la vasodilatation responsables de la douleur.

Lors de la céphalée migraineuse survient d'abord une sensibilisation périphérique des neurones trigéminovasculaires, qui peut être suivie d'une sensibilisation centrale des neurones de second ordre, dont la traduction clinique est une allodynie (3). L'activation des voies centrales dépend des signaux de la douleur de la périphérie.

Les triptans sont susceptibles d'interrompre la sensibilisation périphérique (21,22) mais également centrale en agissant sur les neurones trigéminaux centraux(3,6).

Actuellement en France, sept triptans sont commercialisés et sont d'efficacité comparable.
Le premier mis sur le marché fut le sumatriptan en 1991, puis sont apparus les triptans de seconde génération qui présentaient une meilleure tolérance et efficacité (23). Cependant les études montrent qu'il existe une variabilité interindividuelle. Un patient non répondeur à une molécule peut répondre à une autre molécule. Il n'est pas possible de prédire la réponse d'un patient à un triptan. C'est pourquoi il est nécessaire d'essayer un même triptan sur trois crises et en cas d'échec d'en proposer un autre (2,20).
L'efficacité varie également selon les voies d'administration. Elle porte sur la céphalée mais également sur les symptômes associés tels que les troubles digestifs, la phonophobie et photophobie (2) mais en aucun cas sur l'aura.

La balance bénéfice/risque est excellente (24) et les principales contre-indications sont les pathologies pour lesquelles un effet vasoconstricteur serait délétère (6): les pathologies coronariennes, l'hypertension artérielle, le syndrome de Raynaud, la grossesse, l'allaitement, l'existence d'un antécédent d'allergie aux sulfamides ainsi qu'une insuffisance rénale ou hépatique sévère (25).

4. Diagnostic de migraine selon l'ICHD-3

Il repose sur des critères cliniques de l'International Classification of Headache Disorders l'ICHD-3 de 2013 établis par l'International Headache Society (IHS). Il est recommandé de les utiliser de façon systématique dans la pratique quotidienne.

Aucun examen complémentaire ne doit être prescrit pour établir le diagnostic de migraine, sauf s'il persiste un doute à la fin de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

Il existe deux types de migraine: celles sans aura les plus fréquentes et celles avec aura qui concerne environ 30% des migraineux.

a) Critères de la migraine sans aura

A. Au moins cinq crises répondant aux critères BD
B. Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (non traitées ou traitées sans succès)
C. Céphalées ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes:

1. Topographie unilatérale
2. Type pulsatile
3. Intensité de la douleur modérée ou sévère
4. Aggravée par ou entraînant l'évitement des efforts physiques de routine (marcher, monter les escaliers)

D. Durant la céphalée, au moins l'un des éléments suivants:

1. Nausées et / ou vomissements
2. Photophobie et phonophobie

E. N'est pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

b) Critères de la migraine avec aura

A. Au moins deux crises répondant aux critères B et C

B. Un ou plusieurs des symptômes de l'aura totalement réversibles parmi les troubles:

1. Visuel
2. Sensitif
3. Parole et / ou langage

Tous entièrement réversibles, mais pas de symptôme moteur, basilaire ou rétinien.

C. Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes:

1. Au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement sur ≥ 5 min et / ou les différents symptômes de l'aura se produisent successivement
2. Chaque symptôme de l'aura dure 5-60 minutes
3. Au moins un symptôme de l'aura est unilatéral
4. L'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, par une céphalée

D. N'est pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'ICHD-3, et un accident ischémique transitoire a été exclu.

c) Probable migraine

Une des caractéristiques requises pour remplir tous les critères d'un sous-type de migraine est manquante et ne répond pas aux critères d'un autre trouble de céphalée.

Critères diagnostic:

A. Crise remplissant tous les critères, sauf un, pour une migraine sans aura, ou tous sauf un des critères AC pour une migraine avec aura

B. Non satisfaisant aux critères de l'ICHD-3 pour tout autre céphalée

C. Pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

5. Evaluation du handicap du patient migraineux

L'utilisation de questionnaires standardisés et validés permet de définir l'intensité et le retentissement de la migraine afin d'adapter le traitement de la crise.

L'échelle MIDAS (Migraine Disability Assessment) (annexe 1) mesure sur un trimestre la perte de productivité ou l'incapacité dans les différents domaines de la vie d'un sujet.

L'échelle HIT-6 (annexe 2) évalue le retentissement fonctionnel et l'altération de la productivité.

L'agenda des crises permet d'optimiser la prise en charge du patient migraineux. Il renseigne sur les dates des crises, la durée, l'intensité, les facteurs déclenchant, le traitement pris et son efficacité.

Il est important d'évaluer le retentissement émotionnel de la migraine car il accroit le handicap. Pour cela il existe l'échelle HAD (annexe 3).

6. Traitement antalgique de la crise migraineuse

On distingue deux types de traitements :

a) Traitements non spécifiques :

- Les AINS : seulement deux bénéficient actuellement de l'autorisation de mise sur le marché (AMM): Ibuprofène et Kétoprofène. Les autres sont efficaces mais n'ont pas l'AMM (grade A).
- L'Acide acetylsalicique (AAS) seul ou associé au métoclopramide. Seule l'association AAS-métoclopramide à l'AMM.
- le Paracétamol en monothérapie mais qui n'a pas l'AMM (grade C).

Les antalgiques combinés à la caféine ne sont pas recommandés car cette dernière peut induire un abus médicamenteux voire une addiction. De même les opioïdes sont à éviter car

ils augmentent le risque de nausées, d'abus médicamenteux, d'addiction et peuvent chroniciser la migraine.

b) Traitements spécifiques

- Les triptans : les plus efficaces pour traiter la crise migraineuse (grade A).
- Les ergotés : de moins en moins utilisés depuis l'apparition des triptans (grade B).

c) Stratégie thérapeutique de la crise migraineuse

Lors de la première consultation il faut évaluer l'efficacité du traitement actuel. Si le patient répond positivement aux quatre questions suivantes, il n'est pas indiqué de modifier son traitement.

- Etes-vous suffisamment soulagé un à deux heures après la prise de ce traitement ?
- Utilisez-vous une seule prise de ce traitement dans la journée ?
- Ce traitement est-il efficace sur au moins deux crises sur trois ?
- Ce traitement est-il bien toléré ?

Si le patient répond non à une des questions, les recommandations de la SFEMC de 2013 préconisent de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan. La prise doit se faire précocement, dans l'heure qui suit l'apparition de la céphalée. Les patients ayant des crises sévères peuvent prendre d'emblée le triptan ou associer triptan et AINS.

On explique au patient de commencer par l'AINS et de garder le triptan en traitement de secours, s'il n'est pas soulagé une à deux heures après l'AINS. Si lors des trois premières crises traitées, le patient doit prendre chaque fois l'AINS puis le triptan, on lui conseillera de prendre le triptan d'emblée. Chez les patients ayant une intolérance ou une contre-indication aux AINS, il est conseillé de prescrire un triptan d'emblée. Si le triptan est inefficace, il faut vérifier la prise précoce (au stade de la céphalée légère) et/ou changer de triptan et/ou associer un AINS d'emblée. Les patients ayant des crises sévères peuvent prendre le triptan d'emblée ou associer AINS et triptan d'emblée (2).

d) Cas particulier de la migraine avec aura

L'aspirine ou un AINS peut être pris dès que l'aura débute afin d'écourter et de diminuer l'intensité de la céphalée ultérieure. En revanche, les triptans ne doivent être pris que lorsque la céphalée a débuté, car ils sont inefficaces sur la douleur s'ils sont pris avant son début. Aucun traitement n'a d'efficacité démontrée pour écourter l'aura.

Adaptation du traitement selon le retentissement de la migraine

6 *M Lantéri-Minet*

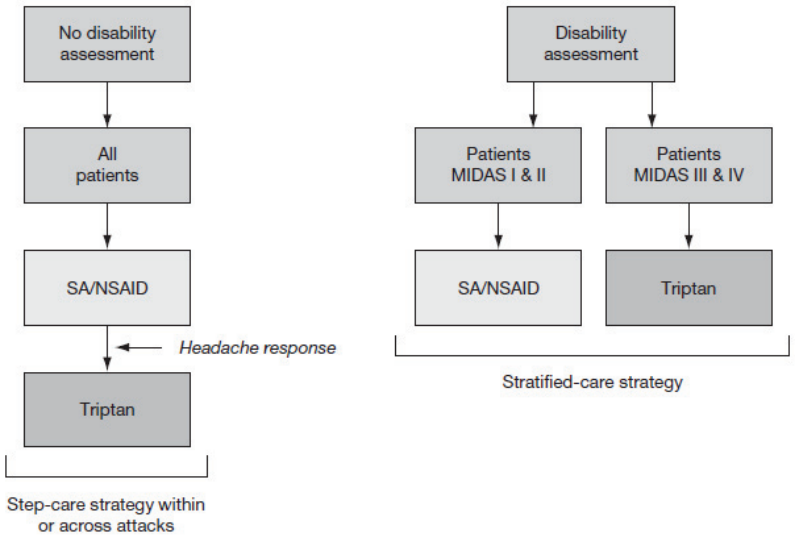


Figure 3 Step-care and stratified-care treatment regimens (8). Treatment should be individualized using a stratified-care regimen, to provide the right treatment for the right patient. SA, simple analgesic; NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug; MIDAS, Migraine Disability Assessment Scale.

Lantéri-Minet M. The Role of General Practitioners in Migraine Management. Cephalalgia. 1 sept 2008;28(2_suppl):1‑8.

III. MATERIEL ET METHODES

1. Description de l'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle et transversale. Il s'agissait d'une enquête déclarative visant à décrire les pratiques d'un échantillon de médecins dans la prise en charge thérapeutique de la crise migraineuse. Le recueil des informations a été réalisé par un questionnaire en ligne. Afin d'avoir une approche plus générale, nous avons décidé de ne pas faire de distinction entre migraine avec et sans aura. Aucun patient n'a été sollicité dans cette étude. L'accord du comité d'éthique n'a donc pas été nécessaire pour la réalisation de l'étude.

a) Définition de la population étudiée

Afin d'avoir un échantillon suffisamment important et ainsi d'augmenter la représentativité nous avons décidé d'étendre notre étude à la région PACA. Le recueil des réponses au questionnaire s'est fait du 12 mai au 15 juillet 2017 inclus.

- **Critères d'inclusion :**

- Les médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) ;
- Installés en libéral ;
- Contactés par téléphone et ayant donné leur accord pour recevoir le questionnaire par e-mail.

- **Critères d'exclusion :**

- médecins ayant refusé de répondre au questionnaire ;
- médecins non libéraux et non installés (remplaçants) ;
- ne disposant pas d'une adresse e-mail ;
- ne travaillant pas dans la région PACA.

b) Description du questionnaire

Nous avons élaboré le questionnaire avec des questions ouvertes, fermées et à choix multiples. L'intérêt était d'étudier les connaissances et opinions des médecins interrogés et de recueillir les difficultés rencontrées en pratique en reprenant chacun des objectifs de l'étude. Le questionnaire a été envoyé en utilisant une plateforme de sondage en ligne: Google forms. Il était accompagné d'une note informative. Les réponses étaient anonymes.

Il comportait 8 questions qui portaient sur :

- le traitement prescrit lors de la crise ;
- les effets indésirables des triptans ;
- les freins à la prescription des triptans ;
- les convictions personnelles du médecin.

2. Méthode de recueil et analyse des données

Nous avons contacté chaque médecin de manière aléatoire par téléphone à partir des pages jaunes afin de recueillir leur consentement et adresse e-mail. Nous avons également contacté directement par e-mail les médecins du DERMG dont l'adresse était disponible.

Unité de temps et de lieu

Lieux : région PACA.

Temps : recueil entre le 12 mai 2017 et 15 juillet 2017 avec une relance à l'ensemble des médecins le 15 juin 2017.

3. Objectif principal

Etudier la prescription des triptans en médecine générale dans la région PACA.

4. Objectif secondaire

Comprendre les limites à la prescription des triptans liées aux médecins généralistes et aux patients.

5. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée par Monsieur MEJDOUDI, du département d'information médicale du Centre hospitalier de Fréjus, à l'aide du logiciel Statistica V6.2. L'association entre deux variables qualitatives a été mesurée par le test du Chi² de Pearson ou lorsque les conditions statistiques d'application du Pearson n'étaient pas réalisables, le test exact de Fisher ou le test des rangs de Spearman. Les résultats des tests sont considérés comme statistiquement significatifs si $p < 0,05$, soit un seuil de significativité fixé à 5% (annexe 5).

IV. RESULTATS

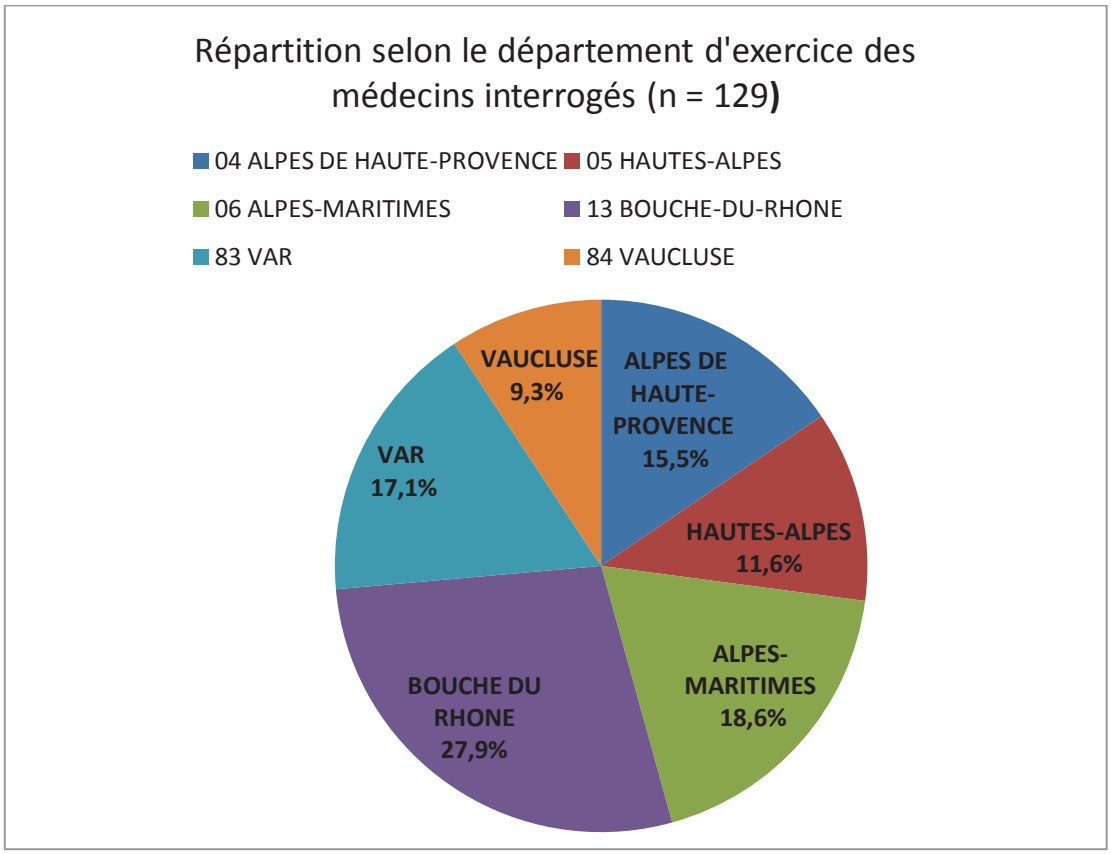
1. Population étudiée

Sur les 351 médecins contactés, 65 ont refusé de participer ce qui représente un total de 18,5%. Nous avons obtenu l'accord de 286 médecins à qui nous avons envoyé un questionnaire par e-mail : 73 dans les Alpes-Maritimes, 65 dans le Var, 37 dans les Alpes-de-Haute-Provence, 56 dans les Bouches-du-Rhône, 26 dans le Vaucluse et 29 dans les Hautes-Alpes. Nous avons reçu 132 réponses sur les 286 questionnaires soit un taux de participation de 46,3%.

Parmi les 132 questionnaires :

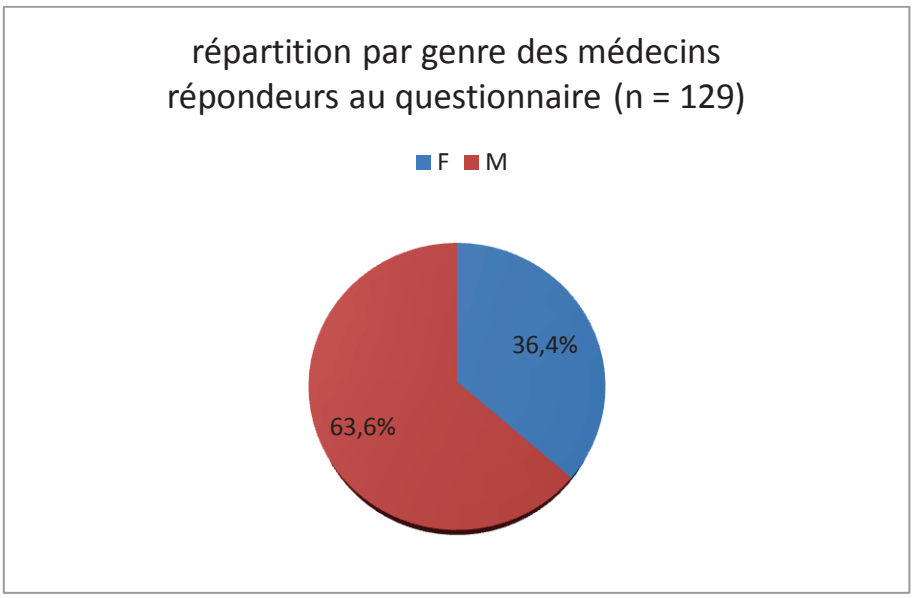
- Trois étaient incomplets : absence d'information relative à leur sexe, lieu ou ancienneté d'exercice ou réponses manquantes.

a) Département d'exercice :



b) <u>répartition des médecins interrogés</u>

Sexe ratio = 0.64

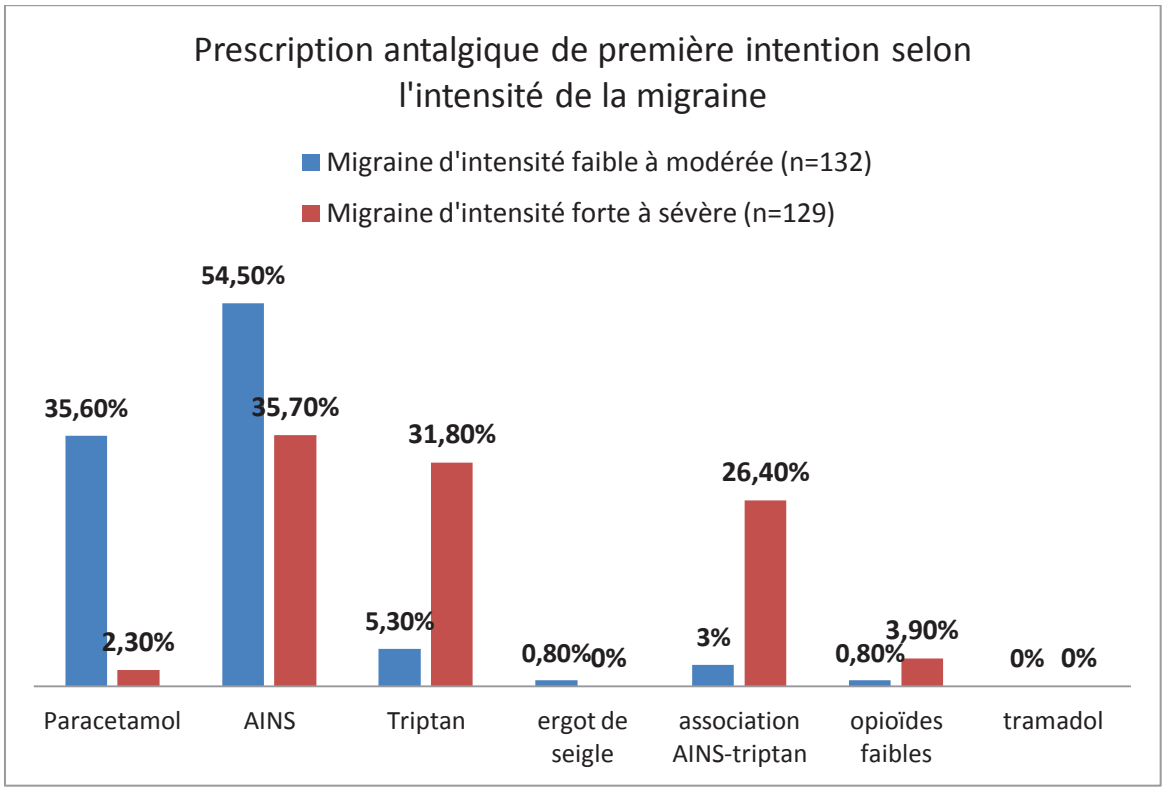


c) Nombre d'années d'exercice (n = 130)

Nombre d'années d'exercice	%	Nombre de réponses (n = 130)
Moins de 5 ans	**11,50**	15
Entre 5 et 10 ans	10,00	13
Entre 10 et 15 ans	9,20	12
Entre 15 et 20 ans	9,20	12
Entre 20 et 25 ans	5,40	7
Plus de 25 ans	**54,60**	71

2. Traitement prescrit en première intention selon l'intensité

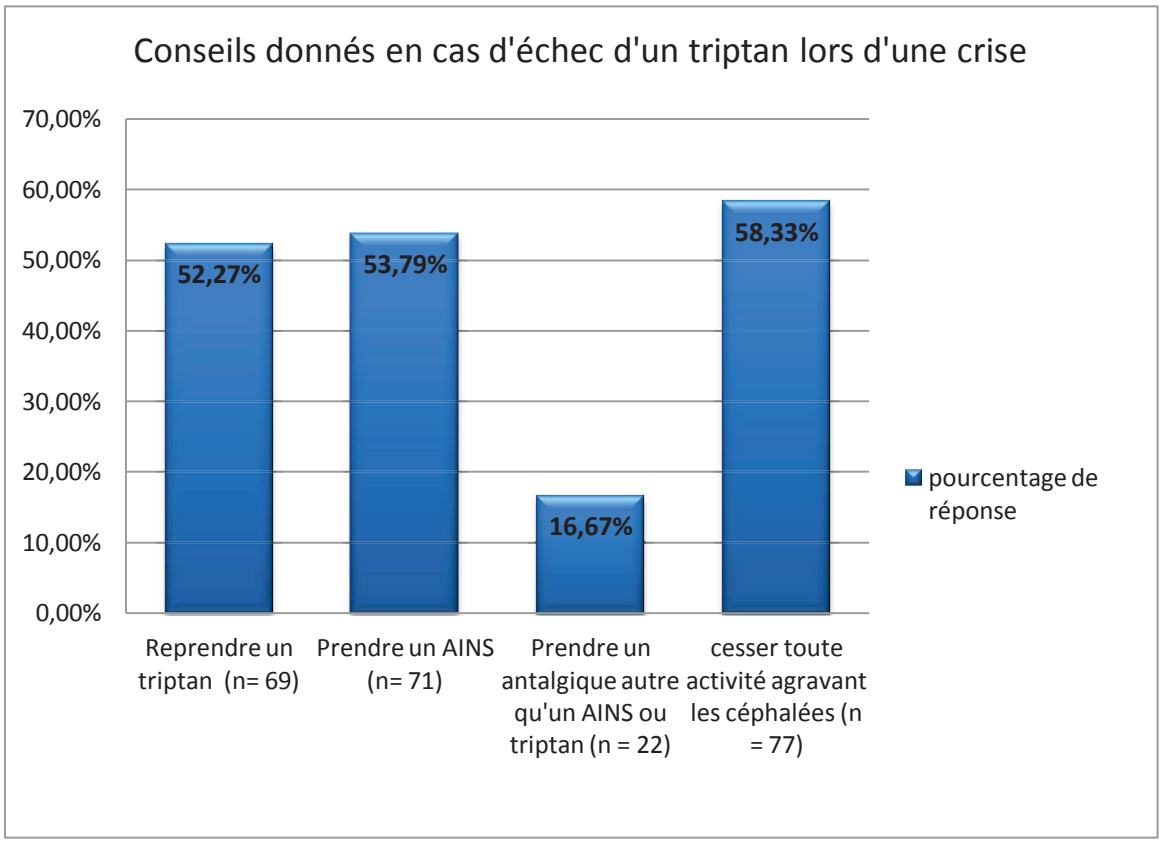
Nous avons demandé aux médecins généralistes quel traitement ils prescrivaient en première intention lors d'une crise migraineuse en fonction de son intensité.



Les réponses considérées comme valides étaient : AINS, triptan, ergot de seigle ou association AINS-triptan. Ont été considérées comme réponses fausses toutes celles comprenant : opioïdes faibles, tramadol ou paracétamol.

3. Conseils donnés en cas d'échec d'un triptan.

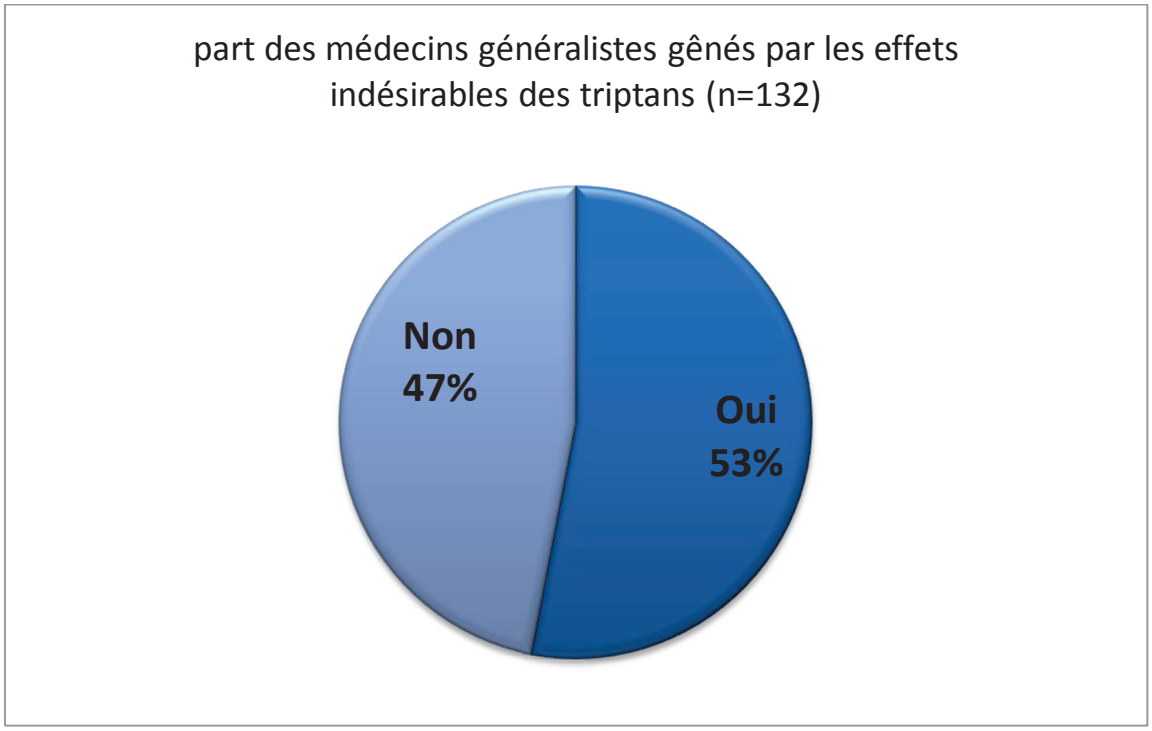
C'est-à-dire en cas de persistance de la céphalée deux heures après la prise médicamenteuse. Nous nous sommes également intéressés à leur attitude thérapeutique en cas d'échec d'un triptan lors d'une crise migraineuse.



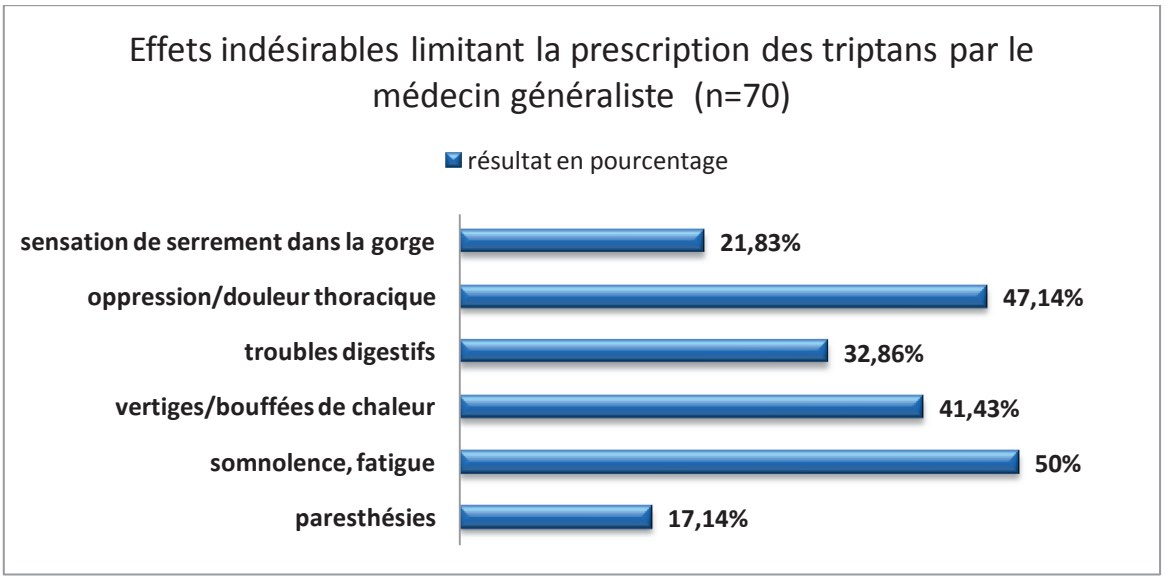
4. Attitude conseillée aux patients en cas d'échec d'un triptan sur au moins trois crises distinctes.

	Résultat en pourcentage (n=132)
Changer de triptan	56,06%
Changer le mode d'administration du triptan	21,21%
Associer AINS et triptan à chaque nouvelle crise	45,45%

5. Part des médecins gênés par les effets indésirables des triptans.

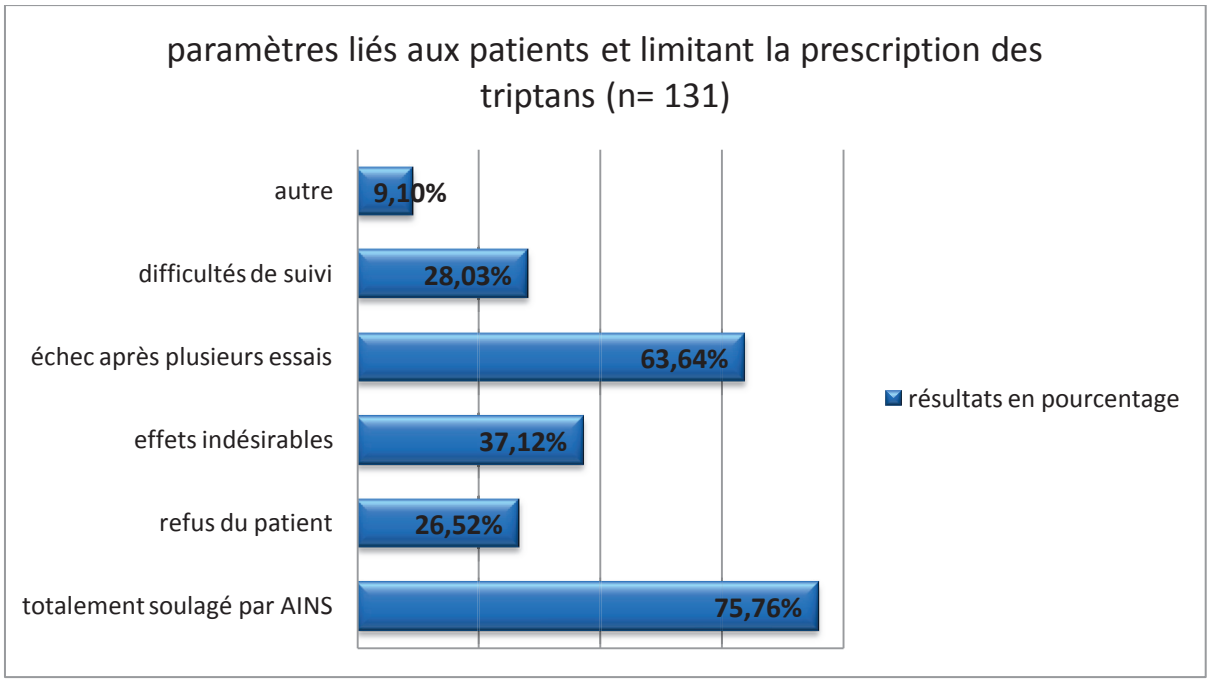


Parmi les 70 médecins ayant répondu positivement à la question précédente, les effets indésirables limitant la prescription des triptans sont les suivants :

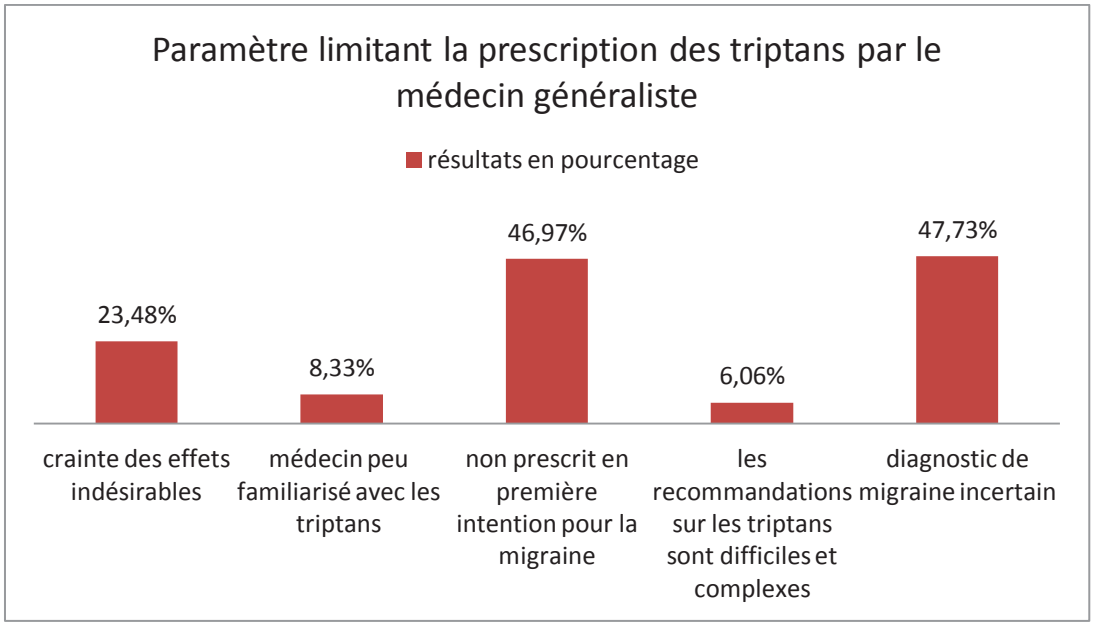


Nous avons souhaité comprendre quels facteurs limitaient la prescription des triptans dans la migraine d'un part pour le médecin et d'autre part par pour le patient :

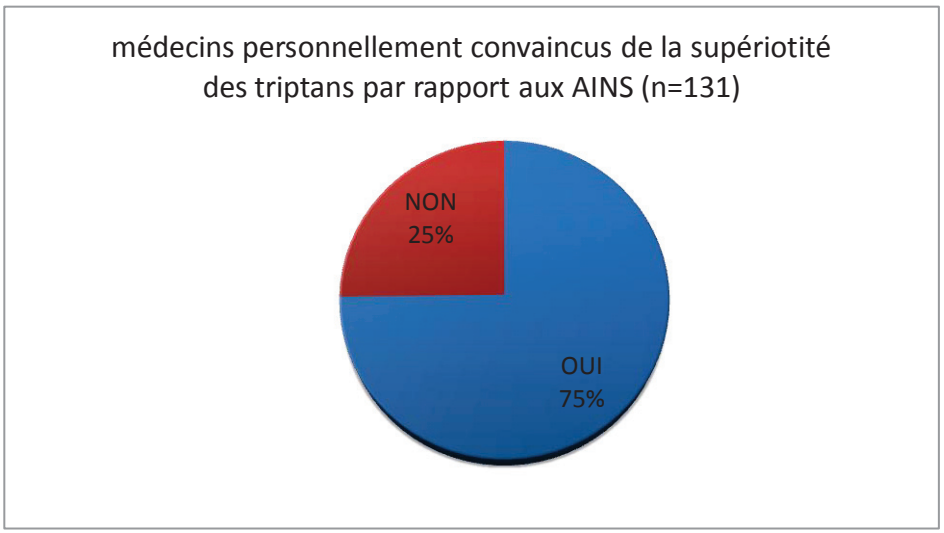
6. Facteurs liés aux patients limitant la prescription des triptans.



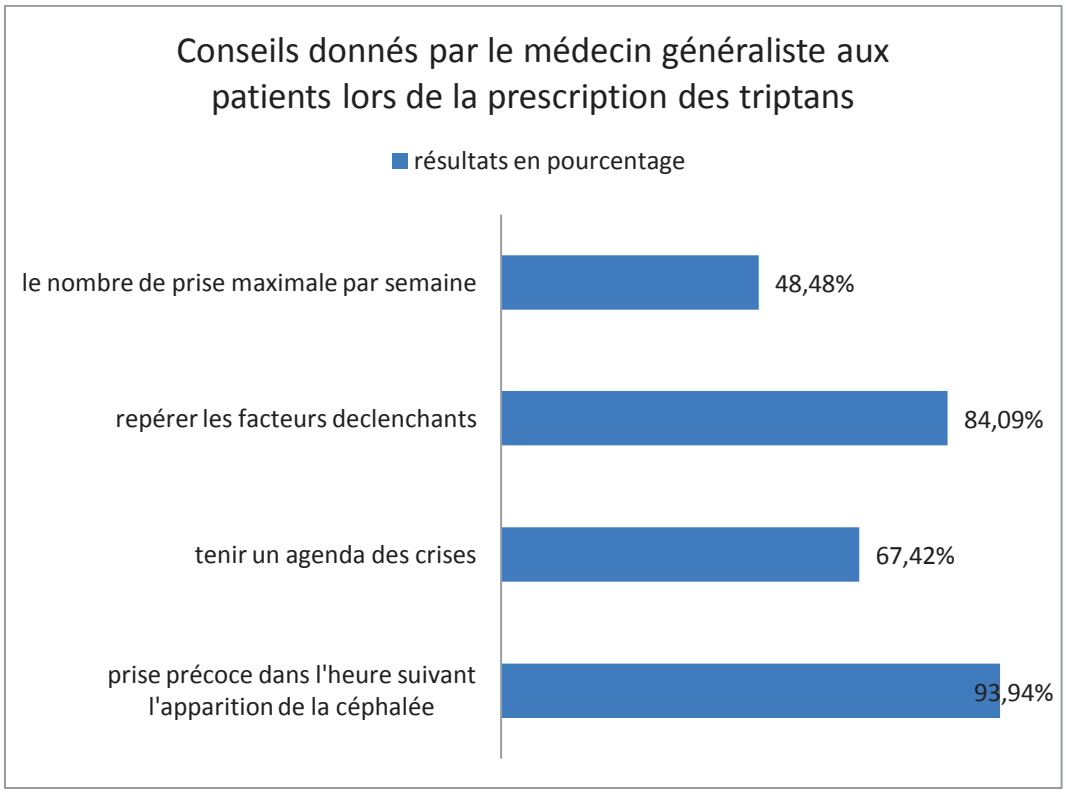
7. Facteurs limitant la prescription des triptans par le médecin généraliste.



8. Part des médecins personnellement convaincus de la supériorité des triptans sur les AINS.



9. Conseils donnés aux patients lors de la prescription des triptans.



V. DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était de réaliser un état des lieux de la prescription des triptans dans le traitement de la crise migraineuse par les médecins généralistes de la région PACA. Nous avons comparé les résultats de notre étude aux recommandations de l'année 2013 élaborées par la SFEMC (Société Française d'Etude des Migraines et des Céphalées).
L'objectif secondaire était de comprendre les facteurs limitant leurs prescriptions dans la pratique quotidienne.

1. Discussion de la méthode

a) Type d'étude et mode de recueil des données

Afin de connaitre les pratiques des médecins généralistes et d'obtenir un grand nombre de réponses, nous avons choisi de réaliser une étude quantitative. Le but de cette étude était de recueillir des informations concernant la pratique des médecins généralistes pour les comparer aux dernières recommandations et aux données de la littérature. Le choix du questionnaire auto-administré a été guidé par l'envie de renforcer le sentiment d'anonymat et ainsi d'augmenter le taux de réponses. Nous avions volontairement limité le nombre de questions dans le but d'obtenir une plus grande participation.

b) Limites de notre étude

Il s'agissait d'une enquête observationnelle, transversale et descriptive portant sur des pratiques ayant un faible niveau de preuve scientifique (grade C). De plus, le principe d'auto-évaluation reste subjectif avec l'envie de répondre correctement ce qui peut être responsable de biais d'information. Par ailleurs, nous pouvons penser que seuls les médecins intéressés par le sujet ont accepté de répondre (biais de sélection).

2. Epidémiologie et caractéristiques des médecins interrogés.

Les caractéristiques de la population de médecins généralistes interrogés n'étaient pas pleinement représentatives de la démographie médicale de la région PACA. En 2015, l'Atlas régional de la démographie médicale élaboré par le Conseil National de l'Ordre des Médecins recensait, dans la région PACA, 5425 médecins généralistes libéraux et mixtes. Les hommes représentaient 65% des médecins. L'âge moyen était de 54 ans (26). 32% étaient âgés de plus de 60 ans et 11% de moins de 40 ans.

Dans notre étude, les hommes représentaient 64% des médecins. Ce taux était donc comparable à la proportion de médecins de sexe masculin de la région PACA. S'agissant de ceux exerçant depuis plus de 25 ans, ils représentaient 54,6% de notre échantillon ce qui est 1,7 fois plus élevé que dans la population de médecins de la région PACA âgée de plus de soixante ans. Les médecins exerçant depuis moins de 10 ans représentaient 21,5% de la population de notre étude.

Tableau n°16 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale- situation en 2015

Département	Moyenne d'âge	% >60 ans	% <40 ans	Proportion exercice individuel
Alpes-Maritimes	53,6	27,4%	11,9%	50,7%
Alpes-Haute-Provence	54,7	26,5%	6,1%	36,5%
Bouches du Rhône	53,1	26,9%	12,4%	54,3%
Hautes-Alpes	52,9	23,2%	13,5%	35,5%
Var	54,3	27,8%	8,2%	46,9%
Vaucluse	54,3	29,3%	9,5%	52,7%

3. Exposition du résultat principal de l'étude

Dans notre étude, les praticiens interrogés avaient correctement suivi les recommandations de la SFEMC publiées en 2013. Pour les migraines d'intensité faible à modérée 63,63% des participants avaient prescrit un traitement recommandé en première intention.

Pour les migraines d'intensité forte à sévère les recommandations étaient parfaitement suivies puisque 93,79% des médecins généralistes prescrivaient un traitement recommandé.

Concernant plus spécifiquement les triptans, leur prescription en première intention pour une migraine d'intensité faible à modérée était limitée (5,3%) mais six fois plus élevée pour les migraines d'intensité forte à sévère (31,80%). On pourrait donc en déduire que les triptans

seraient prescrits en fonction de l'intensité de la migraine. Ce qui est concordant avec les études antérieures (16,27).

Les taux de prescription de triptans étaient en moyenne supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature. Selon les études FRAMIG 2000 et GRIM 2000, entre 7,5 et 8% des patients migraineux étaient traités par triptan(16,28). Il n'y a actuellement pas d'étude plus récente évaluant ce paramètre.

Par ailleurs, quasiment un médecin sur deux (46%) ne prescrivait jamais de triptan en première intention quelque soit l'intensité de la céphalée. Parmi eux, il y en avait quatre fois plus qui ne faisaient pas une prescription en accord avec les recommandations ($p = 0,001$). Les triptans seraient donc à tort considérés comme un traitement de seconde intention. L'insuffisance de prescription en première intention pourrait également s'expliquer par l'existence d'un doute diagnostic mais aussi par la crainte de survenue d'effets indésirables mal tolérés.

Pourtant, les recommandations de la SFEMC de 2013 conseillent de prescrire en première intention, pour les crises sévères ou handicapantes, soit un triptan en monothérapie soit d'associer AINS et triptan (16,29).

L'analyse de nos résultats montrait que le faible taux de prescription n'était pas expliqué par l'âge des médecins. En effet ceux exerçant depuis plus de 25 ans, donc formés avant ou lors de l'arrivée des triptans, représentaient plus de la moitié des prescripteurs de ce traitement ou de l'association AINS-triptan.

Un médecin sur quatre considérait que les triptans n'étaient pas plus efficaces que les AINS**.** Parmi eux, il y en avait 2,5 fois plus qui faisaient une prescription incorrecte ($p= 0,02$). A partir de ce résultat, nous pourrions en déduire que l'avis des médecins influencerait celui de leurs patients et expliquerait ainsi qu'un quart d'entre eux refusait la prescription de triptans. Ce résultat, fondé uniquement sur la croyance des médecins interrogés, n'est nullement validé par la littérature. En effet, toutes les études de préférence et de satisfaction des triptans par rapport aux médicaments habituels des patients ont démontré leur supériorité (30) notamment en terme de soulagement de la douleur et des effets secondaires moindres (31).

Parmi cette catégorie de médecins qui pensait que les triptans n'étaient pas plus efficaces que les AINS nous constations que:

- La quasi-totalité (90,9%) prescrivait un AINS en première intention pour la crise migraineuse d'intensité faible à forte.
- huit sur dix (81,81%) affirmaient que leurs patients étaient complètement soulagés par les AINS. Ce pourrait être une explication à leur point de vue personnel.
- Seulement un tiers d'entre eux prescrivaient soit un triptans seul soit une association AINS- triptan pour une migraine d'intensité forte à sévère. Aucun n'a prescrit l'un ou l'autre de traitement pour une migraine d'intensité faible à modérée.
- Trois quart d'entre eux affirmaient que leurs patients n'étaient pas soulagés par les triptans. Cela serait susceptible de renforcer leur point de vue personnel.

Il est intéressant de noter que parmi les médecins interrogés, un pourcentage négligeable prescrivait des opioïdes et aucun du tramadol conformément aux recommandations.

Le Paracétamol, quant à lui, n'a pas l'AMM car son efficacité est jugée médiocre (grade C) comparativement aux AINS et triptans (6). Pourtant, dans notre étude, il était largement prescrit pour les migraines d'intensité faible à modérée puisque 35,6% des médecins le prescrivaient en première intention contre 2,3% pour une migraine d'intensité forte à sévère. La SFEMC affirme que seuls les AINS et triptans ont démontré leur efficacité pour le soulagement de la crise migraineuse.

Concernant la conduite à tenir en cas d'échec d'un triptan, un médecin sur deux (52%) conseillait d'en reprendre un second lors d'une même crise en cas d'échec du premier. Ce qui n'est ni indiqué par la SFEMC (6) ni par les recommandations européenne de 2009 car une deuxième prise est inutile car jugée inefficace (25).

A propos des conseils donnés aux patients dans le cadre de la prescription des triptans: la majorité des médecins recommandaient de prendre ce traitement dans l'heure suivant l'apparition de la céphalée et de repérer les facteurs déclenchant conformément aux recommandations de la SFEMC. Néanmoins, seuls deux tiers d'entre eux préconisaient de tenir un agenda des crises.

4. Les freins à la prescription des triptans

Notre étude a mis en évidence plusieurs causes au faible taux de prescription des triptans. Cette sous-prescription n'est pas uniquement le fait du médecin généraliste. Elle pourrait être la conséquence de difficultés liées :

❖ D'une part aux médecins prescripteurs

Tout d'abord, l'incertitude du diagnostic de migraine, concernait dans notre étude, près d'un médecin sur deux (47,73%). Parmi eux, il y en avait 3,4 fois plus qui faisaient une prescription conforme aux recommandations par rapport aux autres médecins de l'étude (p = 0,001).
Ce résultat corroborait les conclusions d'études antérieures qui démontraient que le diagnostic de migraine par le médecin généraliste était faible (40,3%) et qu'un pourcentage de patients encore plus faible était traité (28,4%) (27). Hors en l'absence de certitude diagnostic, il n'est pas possible de prescrire un traitement spécifique notamment du fait de la balance bénéfice-risque.

L'étude FRAMIG 3 publiée en 2004 expliquait que l'insuffisance de diagnostic était due à des critères trop restrictifs lors de la première édition de l'IHS en 1998. La moitié des critères nécessaires au diagnostic de migraine étaient absents chez plus de 30% des patients diagnostiqués comme migraineux par des neurologues.

Dans notre étude, du fait de leur ancienneté d'installation, 69,2% des médecins interrogés avaient appris l'ancienne classification IHS de 1998. Cela expliquerait en partie la proportion de médecins ayant un doute diagnostic si leurs connaissances n'ont pas été réactualisées. En effet, la seconde classification parue en 2004 de l'IHS introduisait la nouvelle catégorie de *« probable migraine »* qui représente environ 14% des migraineux(27). Ce groupe de patients était statistiquement associé à un manque de reconnaissance de leur migraine par les médecins généralistes (27). Cette seconde classification était également considérée comme trop restrictive ne permettant pas le diagnostic de tous les cas de migraine. Cela a conduit l'IHS à établir une 3ème version en 2013.

Aussi, la crainte de survenue d'effets indésirables dus aux triptans était un frein à la prescription pour plus d'un médecin sur cinq (23,46%)**.** Effectivement, nous pourrions envisager que le manque d'informations ou de connaissances relatives à ces effets et la mauvaise tolérance rapportée par leurs patients n'inciteraient pas le médecin à proposer ce traitement.

- **D'autre part aux patients migraineux**

En premier lieu, la difficulté de suivi des patients migraineux étaient un frein à la prescription des triptans pour plus d'un quart des médecins interrogés (28,03%). Les études antérieures montraient que seulement 20% d'entre eux avaient un suivi régulier (4,5,14,28). La grande majorité de ces malades sont suivis par leur médecin généraliste (91%) (28). Les raisons évoquées par les patients pour expliquer cette absence de suivi étaient le manque de connaissance de leur médecin généraliste ainsi qu'une prise en charge thérapeutique insuffisante (32). Ainsi, l'absence de suivi ou de consultation empêche la réévaluation et l'adaptation du traitement mais également l'introduction éventuelle ou la poursuite des triptans.

Par ailleurs, dans notre étude, trois quart des patients seraient soulagés par les AINS. Ce résultat est considérablement supérieur à ceux de la littérature. Une revue de la littérature sur l'efficacité des traitements de la crise migraineuse menée par Marmura et al. en 2015 avaient montré que l'ibuprofène 200 mg ou 400 mg soulageaient la céphalée respectivement de 41,7% et 40,8% deux heures après la prise médicamenteuse(33). L'étude IMPACT menée par Lipton et al. en 2010 (34) démontrait que 25% des patients étaient totalement soulagés deux heures après la prise de diclofenac. Cette surévaluation pourrait s'expliquer par le fait que nous avons interrogé les médecins et non directement des patients. La supériorité des triptans sur les traitements non spécifiques dans le soulagement de l'intensité de la douleur d'une crise migraine a largement été démontrée (35).

S'ajoute à cela que plus d'un tiers des patients (37%) seraient gênés par les effets indésirables des triptans et un quart refuserait leur prescription. Les effets indésirables centraux seraient les plus fréquents : somnolence (50%), vertiges et bouffées de chaleur (41,43%) suivis des

symptômes thoraciques associant douleurs thoraciques (47,14%) et serrement dans la gorge (21,83%). Ces résultats n'étaient pas intégralement concordants avec les données de la littérature. L'incidence des effets secondaires centraux liés à certains triptans était de 15% (36) et 41% pour les symptômes thoraciques (23). Ils sont variables d'un triptan à l'autre(6), ce qui justifie de changer pour un autre en cas d'effets indésirables. Considérant que ces informations provenaient des médecins et non pas directement des patients, se pose la question de leur interprétation. L'ampleur des résultats pourrait donc être surestimée.

En 2003, un sondage réalisé par la National Headache Fondation précisait que deux tiers des patients rapportaient retarder (32%) ou éviter (27%) la prise de triptans du fait des effets secondaires(30).

D'autre part, près de deux tiers des patients ne seraient pas soulagés par les triptans selon les médecins de notre étude (63%). Cameron et al. ont démontré que la plupart des triptans sont associés à des résultats égaux ou meilleurs par rapport aux traitements non spécifiques (AINS, paracétamol et aspirine)(37). Selon Seng et al. l'utilisation en première intention d'un traitement spécifique (triptan ou ergot de seigle) est associé à une plus grande satisfaction des patients par rapport aux traitement non spécifique(38). Le taux d'efficacité varie entre 43% et 76% en fonction du triptan étudié et du mode d'administration (le critère utilisé était le soulagement de la céphalée à deux heures)(33,37). Cependant 30 à 40% des utilisateurs ne répondent pas aux triptans (39). Cette différence d'efficacité peut s'expliquer par une grande variabilité pharmacocinétique et pharmacodynamique du médicament, une posologie insuffisante (40,) et par le retard de prise des triptans par crainte de survenue d'effets indésirables(23) .

L'étude FRAMIG 2000 avait déjà démontré que les utilisateurs de triptans estimaient que leur traitement était plus rapide et plus efficace que les utilisateurs d'autres antalgiques(41). Nos résultats doivent être analysés avec prudence car ils sont issus de l'interprétation du médecin et non directement du patient.

VI. CONCLUSION

Nous avions voulu, à travers cette étude, faire un état des lieux de la prescription des triptans dans la crise migraineuse par les médecins généralistes de la région PACA et comprendre les principaux freins à leur prescription. Les triptans sont actuellement le traitement de choix dans la crise migraineuse. Nonobstant la preuve de leur efficacité, leur utilisation demeure insuffisante.

Dans notre étude les recommandations de 2013 de la SFEMC étaient largement suivies. Les triptans semblaient être prescrits en fonction de l'intensité de la douleur. Leur faible utilisation n'est pas uniquement liée à un défaut de prescription par les médecins généralistes. D'autres facteurs expliquent ce phénomène.

Le principal frein reste l'absence de consultation et de suivi des patients migraineux. Seulement 20% font l'objet d'un suivi régulier. Une grande majorité s'automédique par des antalgiques non spécifiques sans être significativement soulagé. Une éducation auprès de ce public devrait être envisagée afin d'assurer une meilleure prise en charge. Dans certains pays d'Europe (Allemagne, Royaume-Uni, Suède) l'utilisation des triptans est en vente libre (17) ce qui comporte des avantages tels qu'un accès plus facile et donc une plus grande utilisation mais aussi des inconvénients tels que les risques de surconsommation et de mésusage(42) .

Le doute diagnostic de la migraine et la survenue d'effets indésirables expliqueraient également, en partie, leur faible prescription.

Actuellement de nouvelles options thérapeutiques sont à l'étude pour le traitement de la crise migraineuse. Les antagonistes des récepteur CGRP qui sembleraient efficaces, mais leur développement se heurte à des problèmes de toxicité hépatique. Egalement les agonistes sérotoninergiques pour le récepteur 5HT1F, dérivés des triptans sont à l'étude(18,43).

Annexe 1 : Questionnaire MIDAS

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

Annexe 2: Echelle HIT-6

Ce questionnaire a été conçu pour vous aider à décrire et à exprimer ce que vous ressentez et ce que vous ne pouvez pas faire à cause de vos maux de tête. Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant à votre réponse

Question 1 : Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?				
☐ Jamais	☐ Rarement	☐ De temps en temps	☐ Très souvent	☐ Tout le temps
Question 2 : Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?				
☐ Jamais	☐ Rarement	☐ De temps en temps	☐ Très souvent	☐ Tout le temps
Question 3 : Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez vous avoir la possibilité de vous allonger ?				
☐ Jamais	☐ Rarement	☐ De temps en temps	☐ Très souvent	☐ Tout le temps
Question 4 : Au cours de ces 4 dernières semaines vous êtes vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?				
☐ Jamais	☐ Rarement	☐ De temps en temps	☐ Très souvent	☐ Tout le temps
Question 5 : Au cours de ces 4 dernières semaines avez-vous éprouvé un sentiment de « ral-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ?				
☐ Jamais	☐ Rarement	☐ De temps en temps	☐ Très souvent	☐ Tout le temps
Question 6 : Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?				
☐ Jamais	☐ Rarement	☐ De temps en temps	☐ Très souvent	☐ Tout le temps
TOTAL				
6 points par réponse	8 points par réponse	10 points par réponse	11 points par réponse	13 points par réponse

Pour calculer le score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne. Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur votre vie est important. Les scores sont compris entre 36 et 78.

Annexe 3 : Echelle HAD

(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : 3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais	**(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :** 3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais
(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : 0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus	**(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :** 0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent
(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : 3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout	**(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :** 3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête plus attention que par le passé
(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses : 0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout	**(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :** 3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout
(5-A) Je me fais du souci : 3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement	**(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses:** 0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais

(6-D) Je suis de bonne humeur : 3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps	**(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :** 3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais
(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : 0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais	**(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :** 0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très ramement

Score A : **Score D :** **Score total : (à remplir par le médecin)**

Annexe 4 : Questionnaire envoyé

Questionnaire portant sur la prescription des triptans dans la migraine par les médecins généraliste en région PACA.

Cher médecin,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse et vous invite à répondre au questionnaire suivant qui porte sur la prescription des triptans dans la migraine chez l'adulte par le médecin généraliste dans la région PACA.

L'objectif de l'étude est de réaliser un état des lieux de la prescription des triptans mais également de comprendre les facteurs limitant leur prescription dans la pratique quotidienne.

Il s'agit d'un questionnaire ANONYME et RAPIDE. Le temps estimé pour y répondre est de 3 minutes.
A l'issue de ma thèse, je vous transmettrai les résultats de l'étude.
Il est possible d'y répondre jusqu'au 15 juillet 2017 inclus.

Avec toute ma reconnaissance,
Très cordialement.

Anissa.

Information relative à votre exercice :

Nombre d'année d'exercice en médecine générale :……..

Ville d'exercice :……

Sexe :……..

Je vous remercie pour votre collaboration

Anissa

1/ prise en charge thérapeutique

1. **Quel traitement choisissez-vous en première intention ?**

	Pour une migraine	**Pour une migraine**

	d'intensité faible à modérée	d'intensité forte à sévère
a. Paracétamol		
b. AINS		
c. Opioïdes faibles		
d. Triptan		
e. Ergot de seigle		
f. Tramadol		
g. Co-prescription : AINS–Triptan		

2. **Quels conseils donnez-vous aux patients en cas d'échec d'un triptan (persistance de la céphalée à 2h sans amélioration après la 1ère prise médicamenteuse) ? :**
   Plusieurs réponses possibles

   a. Reprendre un second triptan
   b. Prendre un AINS
   c. Prendre un autre antalgique : lequel ?.....
   d. Cesser toute activité aggravant la céphalée

3. **En cas d'échec d'un triptan après plusieurs essais (sur au moins 3 crises) quelle attitude privilégiez-vous?**
   Plusieurs réponses possibles

   a. Prescription d'un autre triptan
   b. Changement du mode d'administration du Triptan (PO, sublingual, intranasal, sous-cutané)
   c. Orientation vers le neurologue ou centre de la douleur
   d. Vous associez AINS et Triptan

2/ effets indésirables liées aux triptans

4. **Certains effets indésirables liés aux triptans limitent-il votre prescription ?**
   a. Oui
   b. Non

5. ***Si oui lesquels ?***
   a. paresthésies
   b. Somnolence, fatigue
   c. Vertiges, bouffées de chaleur
   d. Troubles digestifs (nausées)
   e. Oppression ou douleur thoracique
   f. Sensation de serrement de la gorge
   g. Autre:……

3/ Les freins à la prescription des triptans :

6. **Selon vous quels sont les freins à la prescription des Triptans dans votre pratique quotidienne :** *Plusieurs réponses peuvent être choisies*

   a. ***par rapport aux patients traités:***
      1. parfaitement soulagés par traitement non spécifique (AINS, paracétamol...)
      2. refus des triptans par le patient
      3. refus car effet indésirable mal tolérés
      4. insatisfaction du patient : échec du traitement
      5. absence de suivi des patients migraineux : difficultés de réévaluation du traitement

   b. ***par rapport à votre pratique***
      1. crainte des effets indésirables
      2. peu familiarisé avec les triptans
      3. jamais en 1ère intention pour une migraine
      4. complexité des recommandations difficiles à appliquer *(en soins primaire)*
      5. incertitude quant au diagnostic de migraine

7. **Pensez-vous personnellement que les triptans soient plus efficace que les AINS**
   a. Oui
   b. Non

8. **Quels conseils donnez-vous habituellement lors la prescription des triptans**
   a. Prise précoce dans l'heure après début des symptômes
   b. Le nombre de prise maximale par semaine : 2 jours/ semaine
   c. tenir un agenda des crises
   d. repérer les facteurs déclenchant les crises et les éviter (manque de sommeil, stress…)

Annexe 5 : résultat de l'analyse statistique bivariée

	AINS et triptans sont-ils correctement prescrits pour une migraine (d'intensité **faibe à sévère) ?**			
	Prescription conforme aux recommandations pour une migraine faible à sévère			
		OUI (N=79)	**NON (N=53)**	**p**
Département d'exercice				0,19
	04 ALPES DE HAUTE-PROVENCE	13 (16,7%)	7 (13,7%)	
	05 HAUTES-ALPES	5 (6,4%)	10 (19,6%)	
	06 ALPES MARITIMES	17(21.8%)	7(13,7%)	
	13 BOUCHES DU RHONE	20(25,6%)	16(31,4%)	
	83 VAR	14(17,9%)	8(15,7%)	
	84 VAUCLUSE	9(11,5%)	3(5,9%)	
			Certaines cases des effectifs attendus sont inférieures à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies	
Sexe				0,37
	F	26(33,3%)	21(41%)	
	M	52(66,7%)	30(59%)	
Nombre d'années d'exercice				**0,02**
	moins de 5 ans	8(10,1%)	7(14%)	
	entre 5 et 10 ans	3(3,8%)	10(20%)	
	entre 10 et 15 ans	11(13,9%)	1(2%)	
	entre 15 et 20 ans	8(10,1%)	4(8%)	
	entre 20 et 25 ans	5(6,3%)	2(4%)	
	plus de 25 ans	44(55,7%)	27(53%)	
			Certaines cases des effectifs attendus sont inférieures à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies	
2.Quels conseils donnez-vous aux patients en cas d'échec d'un triptan (persistance de la céphalée à 2h sans amélioration après la première prise médicamenteuse) ?				
	Reprendre un triptan	38(48,1%)	31(58,5%)	0,24
	Prendre un AINS	44(55,7%)	27(50,9%)	0,59
	Prendre un antalgique autre que AINS et Triptan	12(15,2%)	10(18,9%)	0,58
	cesser toute activité aggravant les migraines	48(60,8%)	29(54,7%)	0,49

3. En cas d'échec d'un triptan après plusieurs essais (sur au moins 3 crises distinctes), quelle attitude privilégiez-vous?				
	vous changez pour un autre triptan	45(57,0%)	29(54,7%)	0,80
	vous modifiez le mode d'administration du triptan (intranasal, sublingual, sous cutané)	19(24,1%)	9(17,0%)	0,33
	vous associez AINS et triptan à chaque nouvelle crise	38(48,1%)	22(41,5%)	0,46
4. Certains effets indésirables des triptans limitent-ils leur prescription dans votre pratique?				0,15
	OUI	36(45,6%)	34(64,2%)	
	NON	43(54,4%)	19(35,8%)	
5. Si oui lesquels? 70 MG qui ont répondu oui à la question précédente				
	Paresthésies	6(16,7%)	6(17,6%)	0,91
	Somnolence, fatigue	16(44,4%)	21(61,8%)	0,15
	Vertiges, bouffées de chaleur	17(47,2%)	13(38,2%)	0,45
	Troubles digestifs (nausées)	12(33,3%)	12(35,3%)	0,86
	Oppression ou douleur thoracique	**22(61,1%)**	**11(32,4%)**	**0,02**
	Sensation de serrement dans la gorge	11	4	0,06
6 a. Selon vous, quels sont les freins à la prescription des triptans liés aux patients?				
	Le patient est totalement soulagé par les AINS	58 (73,4%)	42(79,2%)	0,44
	Le patient refuse la prescription de triptan	22(27,8%)	13(24,5%)	0,67
	Le patient refuse car les effets indésirables sont mal tolérés	29(36,7%)	20(37,7%)	0,90
	Le patient n'est pas soulagé par les triptans: échec après plusieurs essais	50(63,3%)	34(64,2%)	0,92
	Difficultés de suivi des patients migraineux, et donc de modification du traitement	22(27,8%)	15(28,3%)	0,95
6b liés à votre pratique				
	Crainte des effets indésirables	14(17,7%)	17(32,1%)	0,06
	Vous êtes peu familiarisé avec les triptans	2(2,5%)	9(17,0%)	**0,01**
	Vous ne prescrivez jamais de triptan en première intention pour une migraine	26(32,9%)	36(67.9%)	**0,00**
	Les recommandations concernant la prescription des triptans sont complexes et difficiles à appliquer	3(3,8%)	5(9,4%)	0,27
	Incertitude du diagnostic de migraine	47(59,5%)	16(30,2%)	**0,00**
7. Pensez-vous personnellement que les triptans soient plus efficaces que les AINS?				**0,02**
	OUI	64(82,1%)	34(64,2%)	

	NON	14(17.9%)	19(35,9%)	
8. Quels conseils donnez-vous aux patients lors de la prescription des triptans?				
	La prise doit être précoce : dans l'heure suivant l'apparition de la céphalée	75(94,9%)	49(92,5%)	0,71
	Tenir un agenda des crises en notant les prises médicamenteuses	51(64,6%	38(71,7%)	0,39
	Repérer les facteurs déclenchants afin de les éviter	62(78,5%)	49(92,5%	0,03
	Le nombre de prise maximale par semaine: 2 jours/ semaine	42(53,2%	22(41,5%)	0,19
Méthodes statistiques :				
L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statistica v6.2				

2. Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostic et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. Rev Neurol. 2013;169(1):14-29.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Gineys V, Meyrand B, Bonnefond H, Charles R. Des consultations dédiées à la migraine en médecine générale. Médecine. 27 juin 2014;10(6):278‑85.

2. Lanteri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. Rev Neurol (Paris). 12 sept 2013;169(1):14‑29.

3. Goadsby PJ, Holland PR, Martins-Oliveira M, Hoffmann J, Schankin C, Akerman S. Pathophysiology of Migraine: A Disorder of Sensory Processing. Physiol Rev. 1 avr 2017;97(2):553‑622.

4. Lantéri-Minet M. The Role of General Practitioners in Migraine Management. Cephalalgia. 1 sept 2008;28(2_suppl):1‑8.

5. Edmeads J. Understanding the Needs of Migraine Patients. Drugs. 1 mars 2006;66(3):1‑8.

6. Lantéri-Minet M. Migraine de l'adulte : diagnostic, évaluation et traitement. AKOS Traité Médecine. 16 févr 2011;5:1131.

7. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet Lond Engl. 22 août 2015;386(9995):743‑800.

8. Lantéri-Minet M, Duru G, Mudge M, Cottrell S. Quality of life impairment, disability and economic burden associated with chronic daily headache, focusing on chronic migraine with or without medication overuse: A systematic review. Cephalalgia. 1 mai 2011;31(7):837‑50.

9. Pradalier A, Auray J-P, El Hasnaoui A, Alzahouri K, Dartigues J-F, Duru G, et al. Economic impact of migraine and other episodic headaches in France: data from the GRIM2000 study. PharmacoEconomics. 2004;22(15):985‑99.

10. Fabre N, Nachit-Ouinekh F, Becq J-P, Chastan G, Sénard J-M, Hasnaoui AE. Prise en charge de la migraine en médecine générale. Une étude multi-centrique française. Rev Neurol (Paris). 1 mars 2008;161(10):949‑56.

11. ANAES. Haute Autorité de Santé - Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques [Internet]. 2002

12. Lucas C. État des lieux de l'utilisation des triptans en France. Douleurs. 17 févr 2008;5(3):144‑8.

13. Diener H-C, Dodick DW. Headache research in 2015: progress in migraine treatment. Lancet Neurol. 1 janv 2016;15(1):4‑5.

14. Valade D. Migraine. EMC Neurol 21 août 2015

15. Lantéri-Minet M. Abus de triptans. Douleurs. 17 févr 2008;5(5-C1):269‑73.

16. Lucas C, Auray J-P, Gaudin A-F, Dartigues J-F, Duru G, Henry P, et al. Use and misuse of triptans in France: data from the GRIM2000 population survey. Cephalalgia Int J Headache. mars 2004;24(3):197‑205.

17. Braunstein D, Donnet A, Pradel V, Sciortino V, Allaria-Lapierre V, Lantéri-Minet M, et al. Triptans use and overuse: A pharmacoepidemiology study from the French health insurance system database covering 4.1 million people. Cephalalgia Int J Headache. nov 2015;35(13):1172‑80.

18. Puledda F, Messina R, Goadsby PJ. An update on migraine: current understanding and future directions. J Neurol. 20 mars 2017;

19. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine--current understanding and treatment. N Engl J Med. 24 janv 2002;346(4):257‑70.

20. Tfelt-Hansen P. Optimal balance of efficacy and tolerability of oral triptans and telcagepant: a review and a clinical comment. J Headache Pain. juin 2011;12(3):275‑80.

21. Burstein R, Collins B, Jakubowski M. Defeating migraine pain with triptans: A race against the development of cutaneous allodynia. Ann Neurol. 1 janv 2004;55(1):19‑26.

22. Dodick DW. Triptan nonresponder studies: implications for clinical practice. Headache. févr 2005;45(2):156‑62.

23. Dodick DW. Triptans and chest symptoms: the role of pulmonary vasoconstriction. Cephalalgia Int J Headache. avr 2004;24(4):298‑304.

24. Tardieu S, Pradel V, Micallef J, Blin O. Pharmacovigilance et triptans. Douleurs. 17 févr 2008;5(6):313‑7.

25. Evers S, Áfra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine - revised report of an EFNS task force. Eur J Neurol. sept 2009;16(9):968‑81.

26. atlas_paca_2015.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_paca_2015.pdf

27. De Diego EV, Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). Cephalalgia Int J Headache. mars 2005;25(3):184‑90.

28. Lucas C, Chaffaut C, Artaz M-A, Lantéri-Minet M. FRAMIG 2000: medical and therapeutic management of migraine in France. Cephalalgia Int J Headache. avr 2005;25(4):267‑79.

29. M L-M. [Clinical use of triptans in the management of migraine]. CNS Drugs. 2006;20 Spec no.1:12‑23.

30. Thorlund K, Mills EJ, Wu P, Ramos E, Chatterjee A, Druyts E, et al. Comparative efficacy of triptans for the abortive treatment of migraine: A multiple treatment comparison meta-analysis. Cephalalgia. 1 avr 2014;34(4):258‑67.

31. Dowson AJ, Tepper SJ, Dahlöf C. Patients' preference for triptans and other medications as a tool for assessing the efficacy of acute treatments for migraine. J Headache Pain. juin 2005;6(3):112‑20.

32. Linde M, Dahlöf C. Attitudes and burden of disease among self-considered migraineurs – a nation-wide population-based survey in Sweden. Cephalalgia. 1 juin 2004;24(6):455‑65.

33. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The Acute Treatment of Migraine in Adults: The American Headache Society Evidence Assessment of Migraine Pharmacotherapies. Headache J Head Face Pain. 1 janv 2015;55(1):3‑20.

34. Lipton RB, Grosberg B, Singer RP, Pearlman SH, Sorrentino JV, Quiring JN, et al. Efficacy and tolerability of a new powdered formulation of diclofenac potassium for oral solution for the acute treatment of migraine: results from the International Migraine Pain Assessment Clinical Trial (IMPACT). Cephalalgia Int J Headache. nov 2010;30(11):1336‑45.

35. Pringsheim T, Davenport WJ, Marmura MJ, Schwedt TJ, Silberstein S. How to Apply the AHS Evidence Assessment of the Acute Treatment of Migraine in Adults to your Patient with Migraine. Headache. juill 2016;56(7):1194‑200.

36. Dodick D, Martin V. Triptans and CNS side-effects: pharmacokinetic and metabolic mechanisms. Cephalalgia. 1 juin 2004;24(6):417‑24.

37. Cameron C, Kelly S, Hsieh S-C, Murphy M, Chen L, Kotb A, et al. Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Headache. août 2015;55 Suppl 4:221‑35.

38. Seng EK, Robbins MS, Nicholson RA. Acute migraine medication adherence, migraine disability and patient satisfaction: A naturalistic daily diary study. Cephalalgia. 1 sept 2017;37(10):955‑64.

39. Viana M, Genazzani AA, Terrazzino S, Nappi G, Goadsby PJ. Triptan nonresponders: do they exist and who are they? Cephalalgia Int J Headache. août 2013;33(11):891‑6.

40. Tfelt-Hansen P, Edvinsson L. Pharmacokinetic and pharmacodynamic variability as possible causes for different drug responses in migraine. A comment. Cephalalgia. 1 oct 2007;27(10):1091‑3.

41. Lucas C, Lanteri-Minet M, Chaffaut C. Comportements thérapeutiques des migraineux : FRAMIG 2000-II. Douleurs. 2001;2(5):240‑3.

42. Tfelt-Hansen P, Steiner TJ. Over-the-counter triptans for migraine : what are the implications? CNS Drugs. 2007;21(11):877‑83.

43. Diener H-C, Charles A, Goadsby PJ, Holle D. New therapeutic approaches for the prevention and treatment of migraine. Lancet Neurol. 1 oct 2015;14(10):1010‑22.