



HAL
open science

Place des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge globale de la migraine . Rôle du pharmacien d'officine

Astrid Abrin

► **To cite this version:**

Astrid Abrin. Place des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge globale de la migraine . Rôle du pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-01804093

HAL Id: dumas-01804093

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01804093>

Submitted on 31 May 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.

UNIVERSITE DE ROUEN

UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2018

N°

THESE

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 15 février 2018

Par ABRIN Astrid

Née le 05 décembre 1989 à Pointe à Pitre

**Place des thérapeutiques non médicamenteuses
dans la prise en charge globale de la migraine :
Rôle du pharmacien d'officine**

Président du jury : *M. Gilles GARGALA, MCU-PH*

Directrice de thèse : *Mme Evelyne GUEGAN-MASSARDIER, Neurologue*

Membres du jury : *Mme Nathalie DOURMAP, Maître de conférences*

M. Matthieu DRUEL, Docteur en pharmacie

Remerciements

A Madame Evelyne GUEGAN-MASSARDIER, neurologue au CHU de Rouen et Directrice de cette thèse.

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vos précieux conseils, vos remarques, votre disponibilité et votre bienveillance m'ont permis de mener à bien ce travail.

A Monsieur Gilles GARGALA, MCUPH et Président du jury.

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury, Mr Gargala, votre gentillesse n'est pas une légende ...

A Madame Nathalie DOURMAP et à Monsieur Matthieu DRUEL, membres du jury.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, en espérant qu'il saura vous convaincre.

A ma FAMILLE,

Papa, tu nous as inculqué tant de valeurs dont la persévérance, merci de m'avoir rendu si forte.

Maman, sans toi, je n'y serais jamais arrivé, merci d'avoir toujours cru en moi. Je t'aime.

Kevin, bien que tu sois mon petit frère, je t'admire tant, tu es un modèle de réussite pour moi. Merci pour ton soutien, tes conseils et tes encouragements. Ils m'ont été d'une aide précieuse.

Larissa, merci de m'avoir soutenue durant toutes ses années, sans toi à mes côtés cela n'aurait pas été pareil (la vaisselle).

Alix, tu es la meilleure belle-sœur que l'on puisse rêver d'avoir, merci de m'avoir écoutée et conseillée quand il le fallait.

Tatie Nico et Tonton Jean-Mi, vous avez été comme des parents ici pour moi, merci de m'avoir rendu la chaleur d'un foyer.

Tatie Patricia et Jean-Marc, vous avez accompagné mes premiers pas dans ma nouvelle vie. Je vous en suis reconnaissante.

A tous mes proches, qui ont toujours été là pour moi dans le but de m'encourager et me motiver durant mes années d'études.

A toutes LES EQUIPES OFFICINALES, avec qui j'ai eu l'honneur de travailler durant ces années.

Vous avez tous contribué à faire de moi la pharmacienne que je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir transmis votre amour pour ce si beau métier.

A Mme Lucie GONCALVES,

Merci pour votre professionnalisme à toutes épreuves. Vous m'avez été d'une grande aide.

A Mme Maud LOUBEYRE, psychologue au CHU de Rouen,

Merci d'avoir accepté cet entretien, vos informations et vos remarques ont été précieuses pour ce travail.

A mes AMIS DE LA FACULTE ET D'AILLEURS,

Merci pour tous ces moments de partage et de complicité, je ne saurais les oublier.

A EMMANUEL,

Merci pour ton soutien inconditionnel, j'ai enfin fini ma thèse.

Par délibération en date du 03 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

2017- 2018

U.F.R. SANTÉ 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 Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
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
Mme Sophie CANDON	HCN	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>surnombre</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 Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
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
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
Mme Marie-Laure WELTER	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 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
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia 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
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
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
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 (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
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 Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
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 Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

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
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PH-PH) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-PH) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** 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) (Unité Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	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) reproduction Mr Antoine	Physiologie de la
OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier

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

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	2
TABLE DES FIGURES	4
TABLE DES TABLEAUX	4
ABRÉVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
PARTIE 1 : DE LA CÉPHALÉE À L'ABUS MÉDICAMENTEUX	7
1 GENERALITES SUR LA MIGRAINE	8
1.1 DÉFINITION	8
1.2 ÉPIDÉMIOLOGIE.....	9
1.3 DIAGNOSTIC CLINIQUE	9
1.4 PHYSIOPATHOLOGIE	12
1.4.1 <i>L'hyperexcitabilité du cortex cérébral</i>	12
1.4.2 <i>La dépression corticale envahissante (DCE) : le mécanisme de l'aura migraineuse</i>	12
1.4.3 <i>Le système trigéminovasculaire (STV) : le mécanisme de la céphalée migraineuse (7)</i> 13	
2 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE LA MIGRAINE(10)(11)(12)	14
2.1 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE LA CRISE MIGRAINEUSE	15
2.1.1 <i>Objectifs</i>	15
2.1.2 <i>Efficacité</i>	15
2.1.3 <i>La stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge de la crise</i>	19
2.2 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE FOND DE LA MIGRAINE.....	20
2.2.1 <i>Objectifs</i>	20
2.2.2 <i>Efficacité</i>	20
2.2.3 <i>La stratégie thérapeutique de traitement de fond</i>	22
2.3 LES LIMITES DU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE LA MIGRAINE.....	25
3 RISQUE MAJEUR DE LA MIGRAINE : LA CEPHALEE CHRONIQUE QUOTIDIENNE (CCQ). 25	
3.1 DÉFINITION	26
3.2 LES FACTEURS DE RISQUE DE LA CCQ.....	27
3.3 RETENTISSEMENT DE LA CCQ.....	28
3.3.1 <i>Retentissement individuel</i>	29
3.3.2 <i>Retentissement sociétal</i>	29
3.4 LA PRISE EN CHARGE DE LA CCQ.....	29
PARTIE 2 : L'APPROCHE COMPLÉMENTAIRE : LA PRISE EN CHARGE PSYCHO-COMPORTEMENTALE PAR LES INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES (INM)	32
1 MIGRAINE ET PSYCHOPATHOLOGIE	35
1.1 INTERACTION ENTRE MIGRAINE ET STRESS	35
1.1.1 <i>Notion de stress : historique et définition</i>	35
1.1.2 <i>Rôle du stress dans la migraine</i>	37
1.1.2.1 Le stress comme facteur déclenchant.....	37
1.1.2.1.1 <i>De la crise migraineuse</i>	37
1.1.2.1.2 <i>De la progression vers la chronicisation</i>	38
1.1.2.2 Le stress comme facteur prédisposant	39
1.2 LA GESTION DU STRESS : PRINCIPES ET INDICATIONS	40
1.2.1 <i>Principes généraux d'une thérapie de gestion du stress</i>	40
1.2.1.1 L'apprentissage et l'éducation du patient.....	41
1.2.1.1.1 <i>La reconnaissance de la plainte</i>	41
1.2.1.1.2 <i>Etablir le lien entre le stress et le mal-être du patient</i>	41
1.2.1.1.3 <i>Présenter les différentes techniques</i>	42
1.2.1.2 Evaluation des facteurs de stress et des réactions au stress.....	42

1.2.1.3	Apprentissage des techniques	43
1.2.2	<i>Indications</i>	43
2	LES INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES (INM).....	45
2.1	GÉNÉRALITÉS.....	46
2.1.1	<i>Définitions</i>	46
2.1.2	<i>Inventaire</i>	49
2.1.3	<i>Efficacité et limites</i>	49
2.2	LES INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES VALIDÉES PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) DANS LA MIGRAINE	51
2.2.1	<i>Les techniques de relaxation</i>	51
2.2.1.1	Principes généraux	51
2.2.1.2	La relaxation musculaire progressive	51
2.2.1.2.1	<i>Définition</i>	51
2.2.1.2.2	<i>Mise en place</i>	52
2.2.1.3	Le training autogène de Schultz.....	52
2.2.1.3.1	<i>Définition</i>	52
2.2.1.3.2	<i>Mise en place</i>	53
2.2.2	<i>Le biofeedback</i>	55
2.2.2.1	Définition	55
2.2.2.2	Mise en place	57
2.2.3	<i>Les thérapies cognitives et comportementales (TCC)</i>	58
2.2.3.1	Définition	58
2.2.3.2	Mise en place	58
2.2.4	<i>Efficacité</i>	59
2.2.5	<i>Avantages/inconvénients</i> :.....	59
2.3	LES AUTRES INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES COURAMMENT UTILISÉES MAIS NON VALIDÉES PAR L'HAS DANS LA MIGRAINE	60
2.3.1	<i>L'hypnose</i>	60
2.3.2	<i>La sophrologie</i>	60
2.3.3	<i>Le yoga</i>	60
2.3.4	<i>L'acupuncture</i>	61
2.3.5	<i>Application de froid</i>	61
2.4	LES INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES HABITUELLEMENT CONSEILLÉES EN OFFICINE DANS LA MIGRAINE.....	62
2.4.1	<i>L'homéopathie</i>	62
2.4.1.1	Définition	62
2.4.1.2	Souches utilisées dans le cas de la migraine.....	62
2.4.2	<i>La phytothérapie</i>	63
2.4.2.1	Définition	63
2.4.2.2	Plantes utilisées dans le cas de la migraine	63
2.4.3	<i>L'aromathérapie</i>	64
2.4.3.1	Définition	64
2.4.3.2	Huiles essentielles utilisées dans le cas de la migraine	65
2.4.4	<i>Règles hygiéno-diététiques</i>	65
2.4.4.1	Le sommeil	65
2.4.4.2	L'alimentation.....	65
2.4.4.3	L'activité physique	66
2.4.4.4	Le tabac.....	66
2.4.4.5	L'environnement	66
2.4.4.6	Gestes conseillés au moment de la crise.....	66
2.4.4.7	Agenda de crise	67

PARTIE 3 : VERS UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT MIGRAINEUX : LE RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE **68**

1 RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT MIGRAINEUX **70**

1.1	LE PHARMACIEN D'OFFICINE FACE AU PATIENT MIGRAINEUX	70
1.1.1	<i>La démarche thérapeutique à adopter face à une plainte douloureuse</i>	70

1.1.2	<i>Détection au comptoir du patient susceptible d'être migraineux</i>	71
1.1.2.1	En fonction d'une demande spontanée d'antalgique	71
1.1.2.2	En fonction de certaines demandes associées aux antalgiques	71
1.1.2.3	En fonction de la prescription	72
1.1.3	<i>Les outils d'aide au dépistage, au diagnostic et à l'évaluation</i>	72
1.1.3.1	Questionnaire de dépistage du patient migraineux	72
1.1.3.2	Questionnaire évaluant l'impact de la migraine sur la qualité de vie	73
1.1.3.3	Evaluation du traitement de crise selon les recommandations de l'HAS	73
1.1.3.4	Utilisation d'un de crise	73
1.2	ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE DU PATIENT MIGRAINEUX	74
2	APPLICATIONS À L'OFFICINE	75
2.1	PROPOSITION D'UNE PROCÉDURE D'ASSURANCE QUALITÉ	75
2.1.1	<i>L'assurance qualité à l'officine</i>	75
2.1.2	<i>Comment rédiger une procédure ?</i>	75
2.1.3	<i>Application : Fiche de d'accueil du patient souffrant de céphalées à l'officine</i>	76
2.2	PROPOSITION D'UNE BROCHURE D'INFORMATION DESTINÉE AUX PATIENTS MIGRAINEUX	77
2.2.1	<i>Objectifs</i>	77
2.2.2	<i>Comment élaborer un document écrit d'information selon l'HAS</i>	78
2.2.3	<i>Application : Brochure « Infos Migraine : Questions/Réponses »</i>	78
2.3	EXEMPLES DE CAS DE COMPTOIR	79
2.3.1	<i>Cas n° 1 : Le patient migraineux en automédication</i>	79
2.3.1.1	Présentation du cas	79
2.3.1.2	Rôle du pharmacien d'officine	82
2.3.2	<i>Cas n° 2 : Le patient migraineux avec une prescription de traitement de crise</i>	83
2.3.2.1	Présentation du cas	83
2.3.2.2	Analyse de la prescription	83
2.3.2.3	Rôle du pharmacien d'officine	85
2.3.3	<i>Cas n° 3 : Le patient migraineux avec une prescription de traitement de fond</i>	87
2.3.3.1	Présentation du cas	87
2.3.3.2	Analyse de la prescription	88
2.3.3.3	Rôle du pharmacien d'officine	89
	CONCLUSION	90
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	91
	ANNEXES	97
	SERMENT DE GALIEN	109

Table des figures

FIGURE 1 : LES QUATRE ÉTAPES DE LA PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MIGRAINE (9)	14
FIGURE 2 : SCHÉMA RÉCAPITULATIF DE L'ÉVALUATION DU TRAITEMENT DE FOND	24
FIGURE 3 : LES QUATRE ENTITÉS DE LA CCQ	26

Table des tableaux

TABLEAU 1 : LES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DE LA MIGRAINE SELON L'IHS	8
TABLEAU 2 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA MIGRAINE SANS AURA SELON L'IHS	11
TABLEAU 3 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA MIGRAINE AVEC AURA SELON L'IHS	11
TABLEAU 4 : MOLÉCULES UTILISÉES DANS LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE LA CRISE MIGRAINEUSE (14)(15)	17
TABLEAU 5 : MOLÉCULES UTILISÉES DANS LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE FOND DE LA MIGRAINE (14)(15)	21
TABLEAU 6 : EXEMPLE DE TABLEAU D'AUTO-ÉVALUATION DES FACTEURS DE STRESS	43
TABLEAU 7 : EXEMPLE D'APPLICATIONS AVEC LES TYPES DE BIOFEEDBACK UTILISÉS (58)	56

Abréviations

AAPB : Association de Psychophysologie Appliquée et de Biofeedback

ADNF : Association pour la Diffusion du Neurofeedback en France

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

BCIA : Alliance Internationale de Certification en biofeedback

CAM : Céphalées par Abus Médicamenteux

CCQ : Céphalée Chronique Quotidienne

CGRP : Calcitonin Gene-Related Peptide

DCE : Dépression Corticale Envahissante

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Personnel Continu

EMA : European Medicines Agency

ESCOPE: European Scientific Cooperative On Phytotherapy

FDA: US Food and Drug Administration

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IHS : International Headache Society

INM : Intervention Non Médicamenteuse

ISNR : Société Internationale de Neurofeedback et de Recherche

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRAQ : Pharmacien Responsable Assurance Qualité

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

STV : Système Trigémino-Vasculaire

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

Introduction

La migraine est l'une des affections douloureuses les plus fréquentes en France. Ses conséquences sur la qualité de vie et son coût sociétal majeur sont désastreux.

Bien qu'il existe des traitements efficaces afin de réduire la fréquence et l'intensité des crises, une partie des patients ne pourra pas y avoir accès en raison des nombreuses contre-indications.

Confrontés à toutes ces limitations, les patients sont devenus de plus en plus autonomes face à la gestion de la douleur et se tournent vers l'automédication.

Cependant, ces comportements sont dangereux car ils augmentent le risque pour certains patients de voir leurs crises migraineuses évoluer vers une céphalée chronique quotidienne dont l'abus médicamenteux est le principal facteur de risque

Aujourd'hui, l'enjeu pour les acteurs de la santé publique est de prévenir la chronicisation de ces crises épisodiques, ainsi que l'abus médicamenteux qui lui est fréquemment associé, tout en améliorant leur qualité de vie.

Une meilleure prise en charge du patient migraineux permettrait de prévenir cette chronicisation et l'abus médicamenteux. Il s'agirait d'une prise en charge globale du patient en incluant les thérapeutiques non médicamenteuses et un renforcement du rôle des acteurs de santé de 1^{er} recours notamment celui du pharmacien d'officine.

L'objectif de ce travail est de présenter les thérapies non médicamenteuses validées dans la prise en charge de la migraine ainsi que le rôle du pharmacien d'officine dans leur mise en place et l'accompagnement du patient.

En premier lieu, nous aborderons quelques généralités qui permettent de mieux comprendre ce qu'est la migraine, les limites de son traitement et l'importance de la prévention des céphalées par abus médicamenteux (CAM).

Ensuite, nous mettrons en évidence les différentes méthodes complémentaires non médicamenteuses validées par les données de la littérature.

Enfin, nous expliciterons le rôle que peut jouer un pharmacien d'officine dans cette prise en charge globale.

Partie 1 : De la céphalée à l'abus médicamenteux

1 GENERALITES SUR LA MIGRAINE

1.1 Définition

Le terme migraine vient du mot grec *hémikrânia* et a connu plusieurs significations au cours de l'histoire.

Cependant, il faudra attendre 1837 pour qu'il remplace le terme hémicrânie dans le *Dictionnaire général des sciences médicales*.

Sa définition actuelle, désigne une céphalée primaire qui se caractérise par des crises répétées, pulsatiles, survenant généralement d'un seul côté de la tête.

Une crise dure généralement entre 4 et 72 heures, et la fréquence varie d'une personne à l'autre, allant de plusieurs fois par semaine à quelques fois par an.

Les crises présentent différentes caractéristiques (**tableau 1**). Elles sont souvent accompagnées de nausées et de vomissements et sont aggravées par la lumière, le bruit et l'effort physique.

Tableau 1 : Les caractéristiques cliniques de la migraine selon l'IHS

Durée des crises	4-72 heures
Fréquence des crises	Variable, irrégulière
Latéralité de la douleur	Unilatérale à bascule ou bilatérale
Topographie de la douleur	Fronto-orbito-temporale
Type de la douleur	Pulsatile ou continu
Sévérité	Modérée à sévère
Signes vasomoteurs	Possibles
Nausées ou vomissements/ photophobie /phonophobie	Fréquents et importants
Comportement	Activité difficile ou impossible (besoin de s'allonger au calme)
Activité physique	Aggrave la céphalée (pulsatile ++)
Facteur déclenchant des crises	Multiples

1.2 Épidémiologie

De par la difficulté de son diagnostic et les différentes méthodes d'études utilisées, la prévalence de la migraine est sous-estimée.

Ces vingt dernières années, ce sont les grandes études GRIM et FRAMIG qui ont permis de faire avancer l'épidémiologie de la migraine en France.(1)

Aujourd'hui, nous estimons entre 8 et 10 millions le nombre de patients atteints de migraine dans la population française.

Les études font état d'une prévalence de 11,2% de patients migraineux en France concernant la migraine « stricte », c'est-à-dire celle réunissant tous les critères de l'*International Headache Society (IHS)* et d'une prévalence 10,1% de la migraine « probable » réunissant tous les critères de l'IHS moins un.

En substance, on peut dire qu'un adulte sur cinq soit 21,3% de la population française souffre de migraine.

On remarque aussi une prédominance féminine de 3 femmes pour 1 homme.(2)

Par ailleurs, elle a tendance à toucher davantage à partir de la puberté, avec un pic de prévalence entre 35 et 45 ans. Elle ne concerne que 5 à 10% des enfants, une population que nous ne traiterons pas dans ce travail.(3)

La population de type caucasienne présente plus de risque que celle d'origine africaine ou asiatique.(3)

1.3 Diagnostic clinique

C'est en 1988, que l'*International Headache Society (IHS)* publie pour la première fois la classification des céphalées. Actuellement en cours de réactualisation, l'IHS permet de définir les critères diagnostiques de la migraine de manière précise pour la communauté médicale internationale.(4)

Selon cette classification, il existe plusieurs types de migraines dont les plus fréquentes sont : les migraines sans aura ou type 1 (**tableau 2**) et les migraines avec aura typique ou type 2 (**tableau 3**).

L'aura qui précède ou accompagne la crise migraineuse, comprend plusieurs signes réversibles, neurologiques focalisés qui se développent en 5 à 20 minutes.

On peut distinguer des symptômes visuels qui sont les plus fréquents, puis les symptômes sensitifs et phasiques. Une combinaison variable de tous ces symptômes peut aussi survenir.(3)

Tableau 2 : Critères diagnostiques de la migraine sans aura selon l'IHS

Migraine sans aura	
A	Au moins cinq crises répondant aux critères B-D
B	Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (sans traitement)
C	Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Unilatérale • Pulsatile • Modérée ou sévère • Aggravée par les efforts physiques de routine (monter les escaliers)
D	Durant la céphalée, au moins l'un des caractères suivants : nausées et/ou vomissements Photophobie et phonophobie
E	Céphalée non attribuée à une autre affection

Tableau 3 : Critères diagnostiques de la migraine avec aura selon l'IHS

Aura typique avec céphalée migraineuse	
A	Au moins deux crises répondant aux critères B-D
B	L'aura comprend au moins un des symptômes suivants mais pas de déficit moteur : <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes visuels entièrement réversibles incluant des phénomènes positifs (par exemple, lumières, tâches ou lignes scintillantes) et/ou négatifs (perte de vision) • Symptômes sensitifs entièrement réversibles incluant des phénomènes positifs (fourmillements) et / ou négatifs (engourdissement) • Troubles du langage de nature dysphasique entièrement réversible
C	Au moins deux des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes visuels homonymes et/ou symptômes sensitifs unilatéraux • Au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en \geq5 minutes et / ou les différents symptômes de l'aura surviennent successivement en \geq5 minutes • Chaque symptôme dure \geq5 et \leq 60 minutes
D	Céphalée satisfaisant les critères B-D de la migraine sans aura (1.1) et débutant pendant l'aura ou dans les 60 minutes suivant l'aura
E	Non attribué à une autre affection

1.4 Physiopathologie

Ces vingt dernières années, les recherches et les progrès des méthodes d'analyses ont abouti à la conclusion que la migraine résulterait d'un phénomène mixte neurovasculaire.

Cependant, le mécanisme à l'origine de la crise migraineuse, reste potentiellement mal élucidé car très complexe.

Historiquement, de nombreuses théories difficiles à explorer ou à prouver se sont succédées, dans la suite du travail, nous aborderons succinctement les principales.

1.4.1 L'hyperexcitabilité du cortex cérébral

L'électro-encéphalographie (EEG), la magnétoencéphalographie et la tomographie par émission de positons (TEP) sont des techniques paracliniques qui ont permis de démontrer **l'hyperexcitabilité du cortex cérébral**. En effet, suite à des stimuli habituellement inoffensifs tels que la lumière, le bruit ou encore le stress, le cortex cérébral du migraineux plus précisément le cortex visuel va répondre de façon plus intense.

En premier lieu, cela s'expliquerait par une **oligohémie** en ions magnésium ou plus probablement par une **libération excessive** dans la fente synaptique du neuromédiateur exciteur : le glutamate.

Par ailleurs, certains arguments suggèrent l'implication de l'**hypothalamus** (le locus coeruleus ou le noyau de Raphé) ou du **mésencéphale** dans le déclenchement de la crise migraineuse. En effet, ces preuves cliniques reposent notamment sur le fait que certaines manifestations stéréotypées, appelées prodromes, annonçant la survenue d'une crise, correspondent à des fonctions homéostatiques (faim, soif, altération de l'humeur ou de la vigilance) et sont normalement régulées par ces systèmes du tronc cérébral.(5)

1.4.2 La dépression corticale envahissante (DCE) : le mécanisme de l'aura migraineuse

L'aura migraineuse serait la conséquence du passage d'une ou plusieurs dépressions corticales envahissantes (DCE).(6)

Une DCE est un phénomène se propageant lentement de proche en proche à partir du cortex occipital vers les zones temporales et pariétales du cortex à une vitesse de 2 à 6 mm/min.

Ce processus résulte de l'**hyperexcitabilité neuronale** provoquant une hyper-perfusion locale, avec une libération massive d'ions K⁺ et de glutamate dans le milieu extracellulaire et d'une entrée d'eau, de Na⁺ et de Ca⁺ dans les neurones et les astrocytes. Les neurones deviennent tour à tour inactifs et inactivables ce qui induit une hypo-perfusion, observable par une baisse localisée du débit sanguin et témoignant du passage d'une DCE.

Cependant, cette hypo-perfusion a été aussi constatée chez des patients migraineux sans aura d'où l'avancement d'une nouvelle théorie : la **vasoconstriction artériolaire**. Elle serait la conséquence d'une activation des noyaux du tronc cérébral comme vu précédemment, survenant dès le début de la crise, suivie ou non par une DCE et donc par une aura.

1.4.3 Le système trigéminovasculaire (STV) : le mécanisme de la céphalée migraineuse (7)

Le modèle trigéminovasculaire est désormais celui choisi pour expliquer le processus physiopathologique de la céphalée migraineuse. L'activation du STV pourrait être soit d'origine « périphérique » du fait du passage d'une DCE sur le cortex (migraine avec aura), soit d'origine « centrale » par dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur dans le tronc cérébral (migraine sans aura).

Les **fibres sensibles du nerf trijumeau (V1)** émettent leurs afférences sur les vaisseaux sanguins des méninges, situés à la surface du cortex.

Sous l'effet de stimuli environnementaux sur un terrain avec des prédispositions génétiques, l'activation du STV selon l'origine « périphérique » ou « centrale » va stimuler ces afférences qui vont libérer des neuropeptides pro-inflammatoires et vasoactifs tels que la substance P et surtout la CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide).(8)

La libération de la CGRP va provoquer une inflammation des structures méningées, avec comme conséquence une vasodilatation, une extravasation des protéines plasmatiques, une dégranulation des mastocytes et une activation des plaquettes, libérant ainsi une grande quantité de sérotonine dans le sang veineux cérébral du patient migraineux. Ce processus va déclencher une réaction en chaîne exagérée au niveau des structures profondes du cerveau, réaction responsable des divers signes de la crise migraineuse.

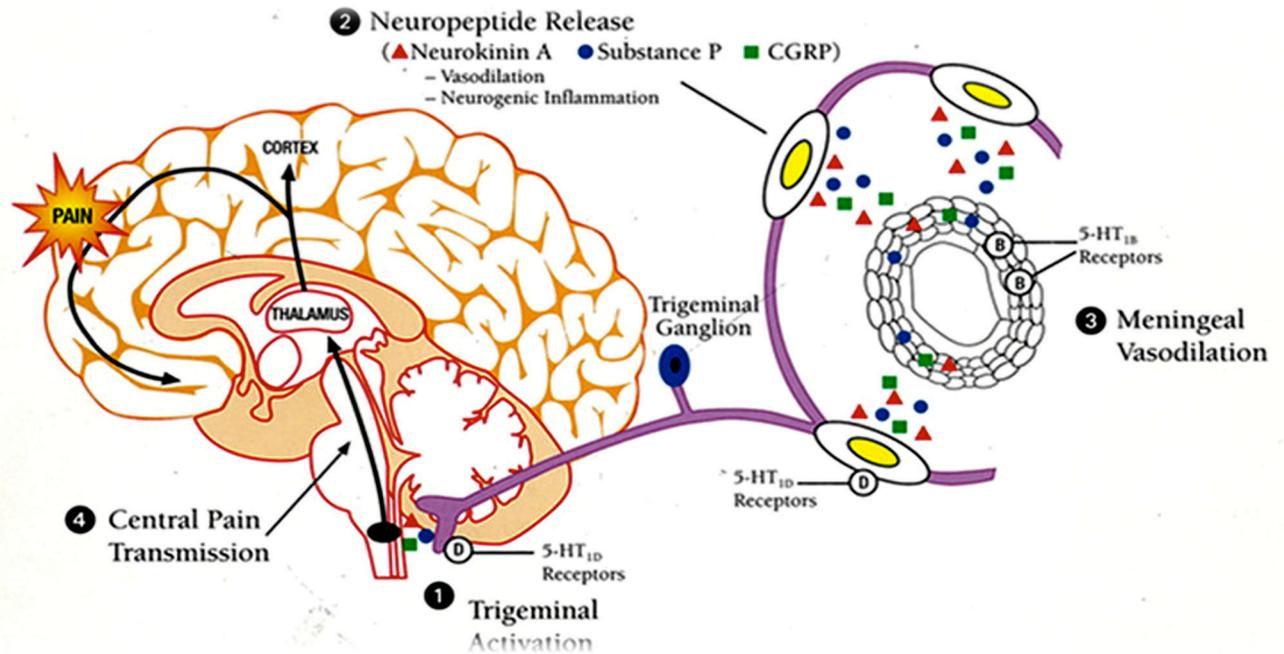


Figure 1 : Les quatre étapes de la physiopathologie de la migraine (9)

2 TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE LA MIGRAINE(10)(11)(12)

Il faut bien comprendre qu'il n'existe aucun traitement permettant de guérir définitivement de la migraine.

Néanmoins, des recommandations ont été élaborées à la demande de la *Société Française d'Études des Migraines et des Céphalées (SFEMC)* par la *Haute Autorité de Santé (HAS)* dans le but d'une prise en charge thérapeutique de la migraine.(13)

Il existe deux types de traitements : le **traitement de crise** et le **traitement de fond**.

Les patients doivent être conscients des différents objectifs de ces deux types de traitements, afin de réduire le risque d'inefficacité, en cas de prise non continue du traitement de fond et le risque de surdosage ou d'accoutumance en cas de prise continue du traitement de crise.

2.1 Traitement médicamenteux de la crise migraineuse

2.1.1 Objectifs

L'objectif du traitement de crise est de permettre une reprise d'activité du patient en faisant disparaître la céphalée ainsi que les symptômes qui l'accompagnent, ou du moins, d'en réduire la durée et l'intensité dans les quarante-huit heures.

2.1.2 Efficacité

On peut classer les médicaments en deux catégories : non spécifiques et spécifiques.

Les médicaments non spécifiques sont représentés par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les antalgiques.

Seuls l'Ibuprofène et le Kétoprofène ont une AMM spécifique dans cette indication ainsi que l'association Aspirine + Métopropramide dans le « traitement symptomatique de la crise migraineuse et des troubles digestifs associés ». Leur usage respecte les mêmes règles que celles utilisées en rhumatologie. Les effets secondaires sont digestifs, rénaux et hypertensifs et doivent être rappelés surtout en cas de prises répétées.

Les opioïdes, les associations d'antalgiques avec ou sans caféine ne sont pas recommandés, car ils augmentent le risque d'abus médicamenteux voire un comportement addictif.

Les traitements spécifiques comprennent la classe des triptans et celle des dérivés ergotés (Tartrate d'ergotamine et Dihydroergotamine).

Les triptans représentent le traitement de crise le plus efficace.

Seuls sept triptans ont l'AMM dans le « traitement de la phase céphalalgique de la crise migraineuse » : Almotriptan, Elériptan, Frovatriptan, Naratriptan, Rizatriptan, Sumatriptan et Zolmitriptan.

Aucun d'entre eux ne présente une supériorité en matière d'efficacité ou de tolérance.

Cependant, il existe une grande variabilité interindividuelle, l'absence de réponse ou l'intolérance à un triptan donné sur au moins trois crises, justifient le changement de molécule.

Ils sont aussi réputés pour la rareté de leurs effets indésirables.

Néanmoins certains triptans peuvent faire survenir de manière transitoire des vertiges, des bouffées de chaleur, une somnolence ou encore une sensation d'oppression thoracique.

Les contre-indications doivent être respectées en particulier les coronaropathies connues ou suspectées et les nombreuses interactions médicamenteuses, avec possibilité de syndrome sérotoninergique notamment, avec les antidépresseurs de la famille des inhibiteurs de recapture de la sérotonine.

L'utilisation chez les personnes âgées de plus de 65 ans et de moins de 18 ans n'est pas recommandée sauf pour le Sumatriptan en spray nasal 10 mg, disposant d'une AMM spécifique pour les enfants de plus de 12 ans.

Le risque de céphalées induites par abus médicamenteux en cas d'usage répété de plus de dix jours par mois nécessite l'accompagnement de toute prescription par des conseils d'utilisations.

Les dérivés ergotés sont de moins en moins utilisés, depuis la mise sur le marché des triptans mais restent tout de même une alternative à ces derniers.

L'existence d'effets secondaires pouvant être sévères avec un risque d'ergotisme surtout en cas d'interactions avec la famille des macrolides limite fortement leur usage, notamment en cas d'hypertension artérielle, d'insuffisance hépatique ou rénale, de maladie artérielle, de grossesse ou d'allaitement.

Les effets indésirables et les contre-indications des traitements ayant l'AMM sont exposés dans **le tableau 4** :

Tableau 4 : Molécules utilisées dans le traitement médicamenteux de la crise migraineuse (14)(15)

Principes actifs	Posologie (par jour)	Effets indésirables	Contre-indications
Traitement symptomatique de la crise de migraine et des troubles digestifs associés			
Acétylsalicylate de lysine+métoclopramide	900 mg + 10 mg	<u>Liés au métoclopramide</u> : Troubles neuro-psychiques, dyskinésies tardives, syndromes extra-pyramidaux, troubles endocriniens	<u>Liés au métoclopramide</u> : Phéochromocytome, hémorragie, gastro-intestinale, sténose ou perforation digestive, antécédents de dyskinésie tardive
Ibuprofène	400 mg	<u>Liés aux salicylés</u> : Troubles digestifs, syndrome hémorragique, accident de sensibilisation, syndrome de Reye	Ulcère gastro-duodéal en évolution, hypersensibilité aux salicylés, risque hémorragique.
Kétoprofène	100 - 150 mg	<u>Liés aux AINS</u> : Troubles digestifs, hémorragies	<u>Liés aux AINS</u> : ulcère gastroduodéal en évolution
Traitements spécifiques : dérivés ergotés			
Ergotamine (tartrate)	<p>Adulte/enfant > 10 ans</p> <p>Adulte : 2 mg/j (Jusqu'à 6 mg/j maxi et 10 mg/sem. maxi)</p> <p>Enfant >10 ans : ½ dose</p>	Ergotisme, vomissements	nausées, Hypersensibilité aux dérivés de l'ergot de seigle ; maladie artérielle oblitérante, insuffisance coronaire, choc hypertension artérielle, infection sévère, insuffisance hépatique sévère.
Dihydroergotamine	<p>Adulte > 16 ans et < 65 ans</p> <p>Solution endonasale 1 pulvérisation dans chaque narine en début de crise</p> <p>Solution injectable 1 ampoule renouvelable, 30-60 minutes plus tard</p> <p>2 mg maxi par jour et 8 mg maxi par semaine</p>	Ergotisme, précordialgies pour la forme injectable, réactions locales transitoires à type d'obstruction nasale et de rhinorrhée pour la forme endonasale	

Traitements spécifiques : Agonistes sélectifs des récepteurs 5HT1 (adulte de 18 à 65 ans)

Almotriptan	Cp à 12,5 mg/maximum 25 mg/j		Hypersensibilité, antécédents de : infarctus du myocarde ou pathologie cardiaque ischémique, vasospasme coronarien (Angor de Prinzmetal)
Elétriptan	Cp à 40mg/maximum 80 mg/j		Pathologie vasculaire périphérique, accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire
Frovatriptan	Cp à 2,5 mg/maximum 5 mg/j	Bouffées vasomotrices, vertiges, sensation de faiblesse, asthénie, somnolence, nausées, vomissements, rares cas de spasmes coronariens	Patient ayant une insuffisance hépatique sévère
Naratriptan	Cp à 2,5 mg/maximum 5 mg/j		Hypertension modérée ou sévère et chez les patients ayant une hypertension légère non contrôlée
Rizatriptan	Cp à 5 et 10mg, lyophilisat à 10 mg/maximum 20 mg/j		Association avec les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
Sumatriptan	Cp à 50 mg/maximum 300 mg/j Injection SC ampoule 6mg/maximum 12 mg/j Pulvérisation nasale à 10 et 20 mg/ maximum 40 mg/j	Hypertension modérée ou sévère, sensation de fourmillement, de chaleur, de pression ou d'oppression	Allergie croisée aux sulfamides (sauf rizatriptan et zolmitriptan)
Zolmitriptan	Cp à 2,5 mg, orodispersible à 2,5 mg/maximum 10 mg/j		

Cp : comprimé ; Lyo : lyophilisat ; SC : sous-cutanée.

Adapté de Géraud F, Fabre N. *Guide pratiques des migraines et des céphalées*. Paris : MMI ; 2001 selon les nouvelles recommandations du Vidal recos 2016

2.1.3 La stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge de la crise

Lors de la consultation, l'interrogatoire a pour but de déterminer si le traitement habituel du patient lui apporte un soulagement.

Pour cela le patient doit répondre à quatre questions :

- Êtes-vous suffisamment soulagé une 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 ?

Il est recommandé de ne pas modifier le traitement de crise, si le patient répond oui aux quatre questions. Par contre, si le patient répond non à au moins une des quatre questions, il est recommandé de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan.(15)

Lors de la crise le patient prendra en premier lieu l'AINS. S'il n'est pas soulagé au bout d'une à deux heures, il devra prendre le triptan en deuxième recours.

Au bout de trois crises, si l'efficacité et la tolérance de l'AINS sont confirmées on gardera cette séquence thérapeutique, sinon on traitera les crises suivantes directement avec le triptan prescrit.

Si au bout de trois crises, l'utilisation du triptan en première intention est inefficace et/ou mal tolérée, il est recommandé de vérifier si le triptan est pris de façon précoce c'est-à-dire, dans l'heure qui suit le début de la crise.

Si la réponse est négative, on évaluera la prise précoce sur les trois crises suivantes.

Si l'évaluation de l'efficacité et la tolérance de la prise précoce du triptan sont négatives, on recommandera la prise simultanée du triptan et de l'AINS.

Dans le cas d'une crise avec aura, on prendra l'AINS dès le début de l'aura pour prévenir ou limiter l'intensité de la céphalée ultérieure et on attendra le début de la céphalée pour prendre le triptan.

Afin de repérer une éventuelle utilisation excessive, très fréquente chez les patients migraineux, susceptible d'entraîner des céphalées chroniques par abus médicamenteux (CAM), il est recommandé de comptabiliser le nombre de jours avec prise de traitement de

crise par mois et de consulter en cas de prise du traitement de crise régulièrement deux jours ou plus par semaine depuis plus de trois mois en vue d'une prescription d'un traitement de fond.(2)

2.2 Traitement médicamenteux de fond de la migraine

2.2.1 Objectifs

L'objectif du traitement de fond est principalement de prévenir la survenue d'une crise tout en réduisant la fréquence, la sévérité et la sensibilité aux facteurs déclenchants.

De plus, ce traitement prophylactique permet aussi d'améliorer la réponse aux traitements aigus, la qualité de vie, ainsi que la productivité entre les crises, tout en évitant la transition vers une migraine chronique et le risque de survenue de céphalées par abus médicamenteux.

2.2.2 Efficacité

Les molécules utilisées dans le traitement de fond de la migraine sont anciennes et n'ont pas été évaluées lors d'études thérapeutiques suffisamment robustes. Cependant, nous pouvons classer ces molécules en trois catégories :

- Efficacité démontrée :
 - Valproate et Divalproate de sodium
 - Metoprolol (AMM)
 - Propranolol (AMM)
 - Topiramate (AMM)
- Efficacité probable :
 - Amitriptyline
 - Aténolol
 - Candésartan
 - Flunarizine (AMM)
 - Nadolol
 - Naproxène sodique
 - Nebivolol
 - Oxétorone (AMM)

- Pizotifène (AMM)
- Timolol
- Venlafaxine
- Efficacité douteuse :
 - Gabapentine

Cependant, aucune molécule n'a démontré de supériorité d'efficacité par rapport aux autres, le choix de ces dernières en termes de stratégie thérapeutique dépend donc de la balance bénéfique/risque.(2)

Les contre-indications et les effets indésirables de ces différentes molécules se retrouvent dans le **tableau 5**.

Tableau 5 : Molécules utilisées dans le traitement médicamenteux de fond de la migraine (14)(15)

Principes actifs	Posologie (par jour)	Effets indésirables	Contre-indications
Propranolol	40-240 mg	Fréquents : asthénie, mauvaise tolérance à l'effort Rares : insomnie, cauchemars, impuissance, dépression	Asthme, insuffisance cardiaque, bloc auriculo-ventriculaire, bradycardies Pour l'Aténolol : Possibilité d'aggravation des migraines avec aura
Métoprolol	100-200 mg		
Timolol (hors AMM)	10-20 mg		
Aténolol (hors AMM)	100 mg		
Nadolol (hors AMM)	80-240 mg		
Néбиволол (hors AMM)	5 mg		
Oxétorone	60-180 mg (1-3cp) en une prise le soir	Fréquent : somnolence Rare : diarrhée nécessitant l'arrêt du traitement	
Amitriptyline	10-50 mg le soir	Sécheresse de bouche somnolence prise de poids	Glaucome, adénome prostatique
Pizotifène	3 comprimés	Sédation, Prise de poids Rares : troubles digestifs,	Glaucome, troubles uréthro-prostatiques

	par jour à doses progressives	vertiges, douleurs musculaires, asthénie	
Valproate de sodium (hors AMM)	500-100 mg	Nausées, prises de poids, somnolence, tremblements, alopecie, atteinte hépatique	Pathologies hépatiques
Flunarizine	10 mg (1cp le soir) pas plus de 6 mois consécutifs	Fréquents : somnolence, prise de poids Rares : dépression, syndrome extra-pyramidal	Syndrome dépressif, syndrome extra-pyramidal
Gabapentine (hors AMM)	1200-2400 mg	Nausées, vomissements, convulsion, somnolence, ataxie, vertiges	Hypersensibilité à la Gabapentine
Topiramate	50 mg/j 2 x/j	Nausées, diarrhée, perte de poids, rhume, dépression, fourmillement aux extrémités, somnolence, vertiges.	Hypersensibilité au Topiramate, Femme en âge de procréer sans contraception efficace
Candesartan (hors AMM)	8-16 mg	Hypotension artérielle, vertiges	Hypersensibilité insuffisance hépatique et rénale sévère 2 ^e et 3 ^e trimestre de grossesse
Venlafaxine (hors AMM)	75-150 mg	Nausées, vertiges, hypersudation, somnolence, nervosité, sécheresse de bouche	Hypersensibilité à la Venlafaxine. Association aux IMAO non sélectifs, Galactosémie congénitale, allaitement
Adapté de Géraud F, Fabre N. <i>Guide pratiques des migraines et des céphalées</i> . Paris : MMI ; 2001selon les nouvelles recommandations du Vidal recos 2016			

2.2.3 La stratégie thérapeutique de traitement de fond

Afin d'adapter au mieux le traitement de fond au patient, certaines données sont indispensables.

Elles sont fournies par l'agenda de crise et reposent principalement sur une série de questions, à laquelle doit répondre le prescripteur.(2)

- *Quand instaurer le traitement de fond ?*

L'instauration du traitement de fond doit se faire en fonction de la fréquence, de l'intensité, et des retentissements des crises sur la vie sociale, familiale et professionnelle.(2)

De plus, il doit être proposé systématiquement lorsque les crises surviennent au-delà de six à huit fois par mois sur une période de trois mois et dès que le patient consomme le ou les traitement(s) de crise plus de deux jours chaque semaine, et cela même en cas d'efficacité.(2)

- *Comment choisir la bonne molécule ?*

Les molécules à utiliser en première intention sont le Propranolol et le Métoprolol.(2)

En cas d'intolérance, de contre-indications ou d'inefficacité de ces deux bêtabloquants, le choix de la molécule va dépendre de la balance bénéfice/risque, des preuves d'efficacité, de l'existence d'une AMM ainsi que du terrain du patient (présence ou non de comorbidités, sévérité de la migraine).

- *Comment débiter le traitement de fond ?*

Une éducation thérapeutique du patient est à mettre en place au début du traitement dans le but d'expliquer les objectifs, le bon usage du traitement et l'importance de la tenue d'un agenda.

Il est recommandé de débiter en monothérapie, à faible dose, de manière croissante afin d'atteindre une posologie optimale sans effets indésirables.(2)

- *Comment évaluer le traitement de fond ?*

L'évaluation du traitement de fond doit se faire au bout de trois mois.

L'efficacité est constatée après la réduction d'au moins 50% de la fréquence des crises associée à une réduction de la consommation du traitement de crise ainsi que leur durée et leur intensité.(2)

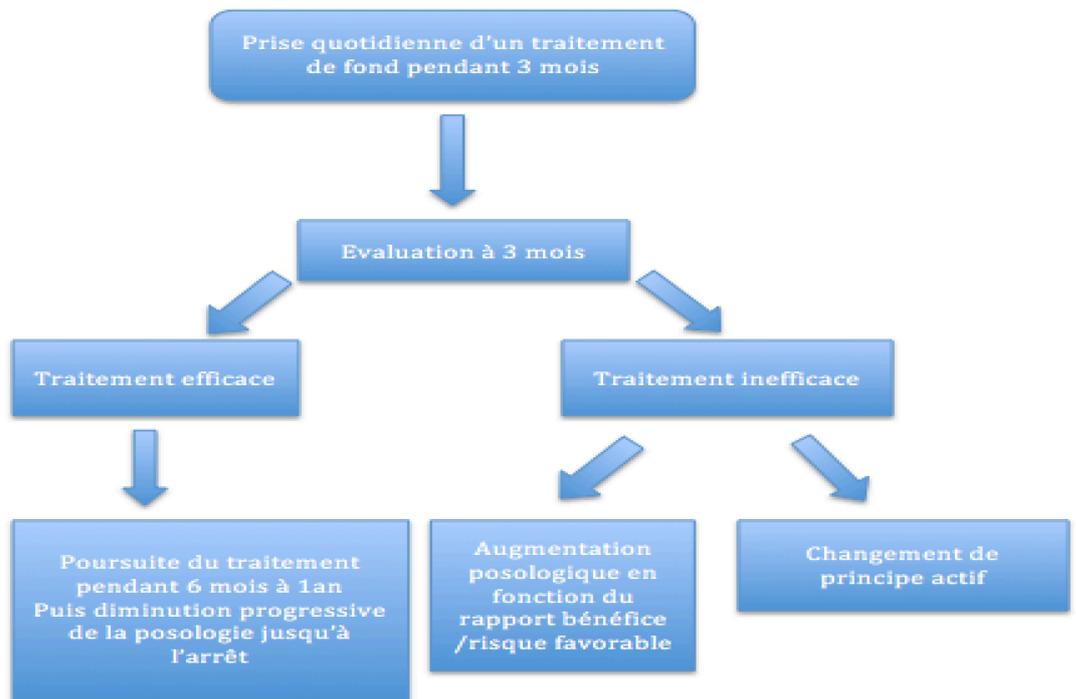


Figure 2 : Schéma récapitulatif de l'évaluation du traitement de fond

- *Quand et comment arrêter le traitement de fond ?*

En cas d'efficacité, le traitement de fond sera prolongé encore six à douze mois avec un ajustement adapté à l'évolution de la migraine puis une diminution lente et progressive avant l'arrêt.

Sinon, il devra être réévalué après avoir vérifié l'observance et deux possibilités s'offriront au prescripteur : augmenter la posologie ou proposer un autre principe actif.

Une association de deux traitements de fond à plus faible dose peut être envisagée après les avoir testés chacun individuellement.

Le même traitement pourra être réutilisé en cas d'une nouvelle augmentation de la fréquence des crises.(2)

2.3 Les limites du traitement médicamenteux de la migraine

D'importantes études épidémiologiques ont été menées sur la population de migraineux français permettant ainsi de mieux comprendre leur comportement face à cette pathologie.

Les résultats de FRAMIG II avaient comme objectif de préciser les comportements thérapeutiques et de mieux cerner leur recours au système de soins ou non.(1)

Il en ressort que la migraine est une pathologie sous-médicalisée.

En effet, 82% des migraineux interrogés n'ont pas de suivi médical pour leur migraine.

De plus, 75% des patients se disent « non soulagés » par leur traitement de crise ce qui les conduit à un mésusage.

Certains soulignent un soulagement peu significatif et peu fréquent deux heures après la prise dans seulement un cas sur deux.

De nombreux malades ne souhaitent pas une utilisation prolongée des médicaments car, soit ils perdent à la longue leur efficacité et ne soulagent plus, soit ils sont à l'origine d'effets indésirables mal tolérés.

D'autres pensent qu'ils sont inutiles, car ils ne font que masquer la douleur et ne traitent pas la cause.

Enfin, certains patients redoutent une dépendance due la prise prolongée de certaines molécules.

3 RISQUE MAJEUR DE LA MIGRAINE : LA CEPHALEE CHRONIQUE QUOTIDIENNE (CCQ)

Dans le souci d'une prise en charge globale, il est recommandé aux patients migraineux de comptabiliser à l'aide d'un **agenda des crises**, le nombre de jours avec prise de traitement de crise par mois.(16)

Cela permet de repérer plus facilement, une utilisation excessive susceptible de causer des céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) par abus médicamenteux.(16)

3.1 Définition

La céphalée chronique quotidienne (CCQ) est définie par la présence de céphalées plus de **15 jours par mois** et plus de **4 heures par jour**, tout ceci en l'absence de traitement, depuis plus de 3 mois, sans *substratum* lésionnel ou symptomatique. (17)(18)

Elles sont le plus souvent primaires avec 4 entités : la migraine chronique, la céphalée de tension chronique, l'hémikrânia continua et la CCQ de novo. (Figure 3)

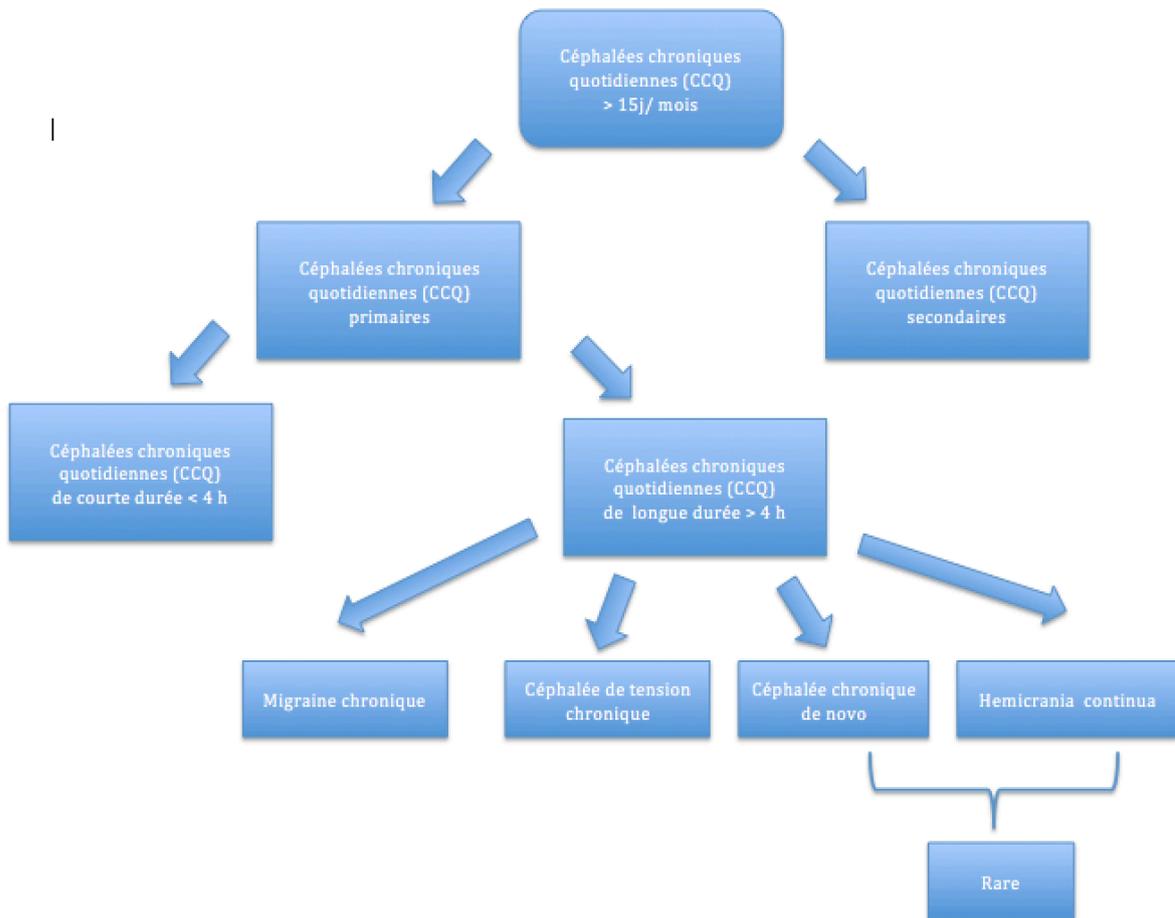


Figure 3 : Les quatre entités de la CCQ

3.2 Les facteurs de risque de la CCQ

Le principal facteur de risque est l'abus médicamenteux.(16)

En effet, entre 20 et 50% des consultants des centres spécialisés souffrent des CCQ associées à un abus médicamenteux, soit entre 1,5 et 3 % de la population générale.(16)

Il se définit selon l'*IHCD-III bêta* par le nombre de jours avec consommation d'un traitement de crise quelle que soit sa quantité journalière, sur une période de trois mois consécutifs.(19)

L'abus est déclaré par une prise régulière et fréquente **d'au moins 15 jours par mois pour des antalgiques non opioïdes** (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non-stéroïdiens) et **d'au moins 10 jours par mois** pour une prise d'opioïdes, de dérivés ergotés, de triptans, ou d'antalgiques associant plusieurs principes actifs et/ou en cas d'utilisation combinée de plusieurs médicaments par le patient.

Cependant, il existe d'autres facteurs de risque pouvant être à l'origine de la survenue d'une CCQ tels que :

- Les facteurs psychopathologiques :
 - Anxiété généralisée
 - Épisodes dépressifs avérés
 - Troubles de la personnalité
 - Addictions
 - Événements de vie stressants positifs (mariage, promotion professionnelle) ou négatifs (deuil, chômage)
- Les facteurs musculo-squelettiques
- L'excès pondéral
- Les changements hormonaux (ménopause)
- Les troubles du sommeil
- Le traumatisme crânien

Saper et Lake (20) ont distingué **deux types de CAM** en fonction des classes pharmacologiques impliquées dans l'abus et les facteurs de risques psychopathologiques :

- **Le type I** représentant des sujets n'ayant pas de troubles comportementaux, ayant une faible comorbidité anxio-dépressive et utilisant des médicaments non psychoactifs.

- **Le type II** correspondant à des sujets ayant une dépendance associée à une importante comorbidité anxio-dépressive et/ou utilisant des médicaments psychoactifs.

La figure 4 résume les principaux modes d'évolution vers une CCQ.

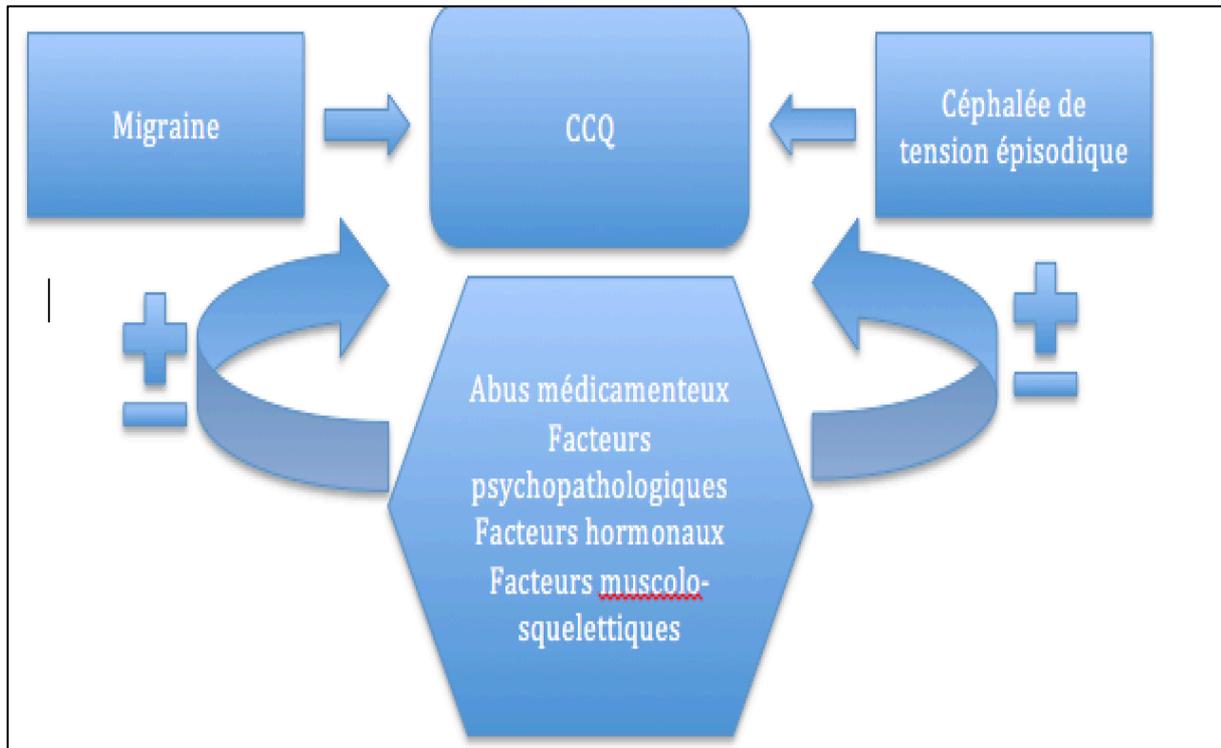


Figure 4 : Les principaux mode d'évolution vers une CCQ (21)

3.3 Retentissement de la CCQ

La CCQ est présente chez environ 3% de la population française de plus de 15 ans.(21)

Cette pathologie chronique entraîne une importante altération de la vie quotidienne des patients que ce soit au niveau social, professionnel ou familial. Il suffit d'un interrogatoire simple et de l'agenda de crise tenu par le patient pour s'en rendre compte.(21)

On peut rencontrer deux types de retentissement : un retentissement individuel et un retentissement sociétal.(21)

3.3.1 Retentissement individuel

En effet, la qualité de vie du patient est altérée par les effets iatrogènes directs de l'abus médicamenteux tout en y ajoutant les facteurs psychopathologiques associés.(21)

Le handicap qui en résulte a des conséquences sur les relations familiales, sociales et professionnelles.(21)

L'utilisation d'échelles telles que HIT-6 et MIDAS (**annexe n°1 et n°2**) permet de mieux quantifier ce handicap.(21)

Un retentissement émotionnel de type anxieux et/ou dépressif peut être associé à ce retentissement fonctionnel. Pour évaluer son importance on utilise l'échelle HAD (**annexe n°3**). (21)

3.3.2 Retentissement sociétal

La céphalée par abus médicamenteux (CAM) reste une pathologie peu connue que ce soit des praticiens ou des patients. De ce fait, son diagnostic est souvent effectué après 10 ans d'abus médicamenteux.(21)

Par conséquent, son coût sociétal est très important d'un point de vue économique.(21)

En effet, nous pouvons constater des répercussions directes induites par la consommation des médicaments, par les nombreuses consultations notamment de spécialistes, par des hospitalisations, voire des examens de laboratoire, même si ceux-ci sont inutiles. Un patient souffrant de CAM consomme 6 fois plus de médicaments qu'un patient migraineux.

Les répercussions économiques indirectes sont dues à la baisse de productivité professionnelle avec de nombreux jours d'arrêts de travail et une baisse d'efficacité au travail.(21)

3.4 La prise en charge de la CCQ

Face à un patient migraineux présentant une transformation de ses crises épisodiques en crises chroniques aboutissant à une CCQ, il convient de rechercher la présence d'un abus médicamenteux.

En effet, l'abus médicamenteux est un facteur d'entretien des CCQ conduisant à l'instauration d'un cercle vicieux.

La prise en charge de la CCQ débute, par la recherche de la présence ou d'antécédents d'abus médicamenteux, l'évaluation des facteurs psychopathologiques associés et l'évaluation des répercussions socioprofessionnelles et familiales.(21)

Ensuite, il est nécessaire d'aider le patient à mieux comprendre le mécanisme de transformation d'une céphalée épisodique en CCQ. En effet, il doit prendre conscience de l'importance du rôle des facteurs psychologiques, notamment celui du stress et celui d'une consommation excessive des traitements de crise, dans l'installation et la pérennisation des CCQ.

Il est aussi important que le patient accepte de faire le sevrage afin de rompre le cercle vicieux qui entretient la CCQ.(18)

Il est en outre, recommandé de proposer un sevrage médicamenteux consistant soit à l'arrêt immédiat ou soit à l'arrêt progressif de tous les médicaments symptomatiques.

Le sevrage peut être effectué en ambulatoire ou en milieu hospitalier. Il a pour objectif de déterminer le diagnostic final. En effet, si la CCQ est persistante deux mois après le sevrage on parlera de **migraine chronique**. Par contre si la CCQ disparaît deux mois après le sevrage on parlera de **CAM**.(16)

Nous pouvons préciser les autres objectifs du sevrage aux patients, tels que la disparition des CCQ, une meilleure gestion des crises par un traitement antimigraineux adapté et du stress par des moyens non médicamenteux.(21)

Ce sevrage permet donc de retrouver une meilleure efficacité du traitement de crise et du traitement de fond.

Pour ce faire, il est recommandé d'en expliquer les modalités au patient et de le prévenir des effets indésirables possibles, afin d'obtenir sa parfaite compliance.

Ces modalités comprennent une durée de sevrage de huit à dix jours à l'aide de moyens médicamenteux.

La molécule utilisée en **première intention** reste l'**Amitriptyline (LAROXYL®)** un antidépresseur imipraminique permettant l'antalgie et une régulation de l'humeur. Il est utile de préciser que ses effets secondaires sont fréquents mais transitoires.

Les doses débutent entre 10 et 25 mg/jour per os pour atteindre 75 à 100 mg en quelques jours.**(21)**

La principale conséquence possible de cette stratégie est la survenue d'un syndrome de sevrage dont la sévérité et la durée varient en fonction de plusieurs paramètres dont celui de la classe pharmaceutique en cause.

Il peut se manifester par des céphalées de rebond, des troubles digestifs (nausées et/ou vomissements), hypersensibilité, troubles du sommeil, irritabilité.

Un éventuel soutien psychologique peut être proposé car l'aspect psycho-comportemental est fortement impliqué. En effet on peut noter, d'une part, l'éventuelle dimension addictive du comportement du patient vis à vis des médicaments et d'autre part l'importance des troubles émotionnels (anxiété et dépression).

A l'arrêt du sevrage un traitement de fond est à mettre en place, c'est à dire de l'Amitriptyline à dose d'entretien à adapter selon la tolérance.

De plus, il faut aussi prévoir une réintroduction des traitements antimigraineux de crise.

Un suivi soigneux et prolongé est conseillé afin de prévenir tout risque de rechute à long terme qui reste estimé à 50%.**(21)**

Pour cela, la tenue d'un agenda des céphalées, la vérification régulière de l'observance et de l'efficacité des traitements de fond et de crise, ainsi que la gestion non médicamenteuse des céphalées doit être impérativement mises en place.

L'approche non médicamenteuse de la gestion des céphalées migraineuses fait l'objet de la seconde partie de ce travail.

En effet, quelques chiffres permettent de se rendre compte de l'importance du nombre de patients migraineux se trouvant hors parcours de soin.

Par exemple, 30% de cette population n'a jamais consulté.**(11)**

Partie 2 : L'approche complémentaire : la prise en charge psycho-comportementale par les interventions non médicamenteuses (INM)

« Prendre conscience, c'est prendre le contrôle »

Voici comment est définie la douleur : « C'est une expérience émotionnelle désagréable, en réponse à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes » (International Association for the Study of Pain (IASP), 1979).

Au regard de cette définition, la douleur est pluridimensionnelle et peut se dissocier en quatre composantes :

- Sensorielle (décodage neurophysiologique)
- Émotionnelle (connotation affective)
- Cognitive (processus mentaux)
- Comportementale (réaction du patient douloureux)

Ce qui implique donc une prise en charge globale prenant en compte le corps et l'esprit.

En France, nous avons vu qu'il existe 8 à 10 millions de personnes souffrant de migraine soit 1 adulte sur 5.

Cependant, près de 82% des migraineux français n'ont pas de suivi médical.**(1)**

Le traitement médicamenteux de la migraine comporte certaines limites, notamment chez les personnes âgées, les enfants et les femmes enceintes.

Face à de telles limitations, les acteurs de santé ainsi que les patients ont commencé à considérer les interventions non médicamenteuses (INM) comme des alternatives ou des compléments aux traitements pharmacologiques de la migraine.

Les données de la littérature valident certaines méthodes non médicamenteuses du traitement de la migraine.

Selon l'HAS, il existe trois méthodes validées :

- La relaxation
- Le rétrocontrôle (biofeedback)
- Les thérapies cognitives et comportementales de gestion de stress.**(13)**

Par contre, ces données ne permettent pas de conclure à une efficacité de l'acupuncture et conduisent à ne pas recommander l'homéopathie et les manipulations cervicales.

Les arguments utilisés pour une potentielle indication de l'approche non pharmacologique sont :

- Préférence du patient
- Intolérance, absence de réponse, ou contre-indications
- Grossesse, grossesse programmée, ou allaitement
- Antécédent d'abus médicamenteux
- Stress et difficultés de gestion du stress

Avant de choisir une de ces méthodes, les patients se posent souvent certaines questions comme par exemple :

- Quelles sont les différentes options existantes ?
- Sont-elles efficaces ?
- Comment dois-je choisir ?
- Quel est le mécanisme d'action ?
- Quels sont les risques et les effets secondaires ?
- Quels sont les bénéfices ?
- A qui dois-je m'adresser et où dois-je me rendre pour commencer le traitement ?

Ce chapitre a pour but de permettre aux différents acteurs de santé dont les pharmaciens d'officine de comprendre l'importance de la mise en place des thérapies complémentaires et d'en acquérir une connaissance minimale.

Pour permettre aux pharmaciens d'être en mesure d'apporter les informations et les réponses aux nombreuses questions des patients migraineux au comptoir, cette partie répondra aux interrogations suivantes :

- Quelles sont-elles ?
- Sont-elles efficaces ?
- Comment et par qui les mettre en place ?
- Pour quel type de patients ?
- Quels en sont les avantages et les limites ?

1 MIGRAINE ET PSYCHOPATHOLOGIE

1.1 Interaction entre migraine et stress

1.1.1 Notion de stress : historique et définition

Le mot « stress » utilisé quotidiennement peut avoir plusieurs significations selon le contexte.

De ce fait, les personnes se disant « stressées » peuvent faire allusion aux éléments extérieurs influant directement sur elles ou à leur réaction face à ces derniers.

Concernant l'origine du terme, nous allons retenir celle qui vient du latin *stringere* (tendre) désignant en physique, une force produite sur un corps contribuant à le déformer, une tension.

Cette notion est reprise par la langue anglaise dès le XVII^{ème} siècle et a été assimilée au mot « distress » qui désigne le malheur ou l'adversité.(22)

Vers 1860, la conception biologique du stress débute avec les travaux du physiologiste français *Claude Bernard*, qui décrit le principe de l'homéostasie sans pour autant le nommer.

C'est au milieu du XX^{ème} siècle que *Walter Cannon* donne le nom au concept décrit par Claude Bernard.(22)

Cannon explique par la suite que, sous l'effet de contraintes extérieures, l'organisme va réagir en produisant deux réponses « fight or flight » soit « fuir ou combattre » dans le but de garantir la stabilité du milieu intérieur.

Ces réponses sont des réactions physiologiques au coût énergétique élevé, capables de rétablir l'équilibre homéostasique.

Il découvre aussi la sympathine, aujourd'hui appelé noradrénaline, la substance sécrétée par les nerfs en réaction au stress.(22)

En 1956, le Docteur *Hans Selye*, père de la conception moderne du stress, décrit ce qu'on appelle : « le syndrome général d'adaptation », c'est-à-dire une réponse non spécifique de l'organisme face à un agent stressant.

Cette réponse permettant à l'organisme de s'adapter s'effectue en trois phases :

- La phase 1 : réaction d'**alarme** qui dure de quelques minutes à 24 heures
- La phase 2 : phase de **résistance** ou d'**adaptation** physiologique
- La phase 3 : phase d'**épuisement**.

Plus tard, *Selye* propose de distinguer deux types de stress « Eustress » (non délétère) et « Distress » (préjudiciable) dont il détaillera les conséquences sur la santé.(22)

Enfin, en 1984, *Lazarus et Folkman* définissent le stress comme une « transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être. »(23)

Ils viennent d'élaborer « la conception transactionnelle du stress » où l'individu perçoit une différence réelle ou imaginée entre la situation de danger dans laquelle il se trouve et les ressources biologiques, sociales et psychologiques dont il dispose pour contrôler la situation.

Lazarus souligne quatre aspects qui lui semblent nécessaires pour comprendre le « stress » (24) :

- Un agent causal interne ou externe (relation personne-environnement).
- Une évaluation (physiologique ou psychologique) qui distingue ce qui est inoffensif de ce qui est menaçant.
- Un processus d'adaptation (physiologique ou psychologique) qui doit être en place.
- Une réponse au stress qui correspond à un ensemble de modifications sur le corps et l'esprit.

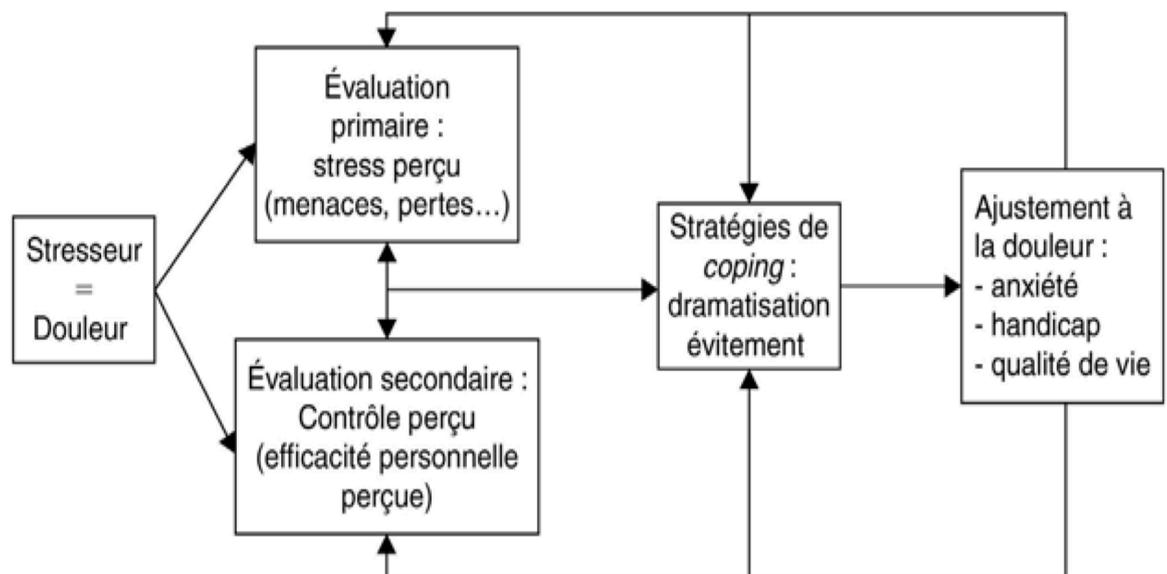


Figure 5: Modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman(25)

1.1.2 Rôle du stress dans la migraine

Radat (26), dans une revue de la littérature fait le point sur le lien qui peut exister entre la migraine et le stress.

Cependant, cette question n'étant pas totalement élucidée quelques pistes sont néanmoins suggérées, nous allons donc les développer dans les paragraphes suivants :

1.1.2.1 Le stress comme facteur déclenchant...

1.1.2.1.1 De la crise migraineuse

Le stress est l'un des facteurs déclenchants de la crise migraineuse les plus cités chez les migraineux.(27)

De nombreuses études démontrent que 50 à 80% des patients migraineux rapportent le stress comme facteurs déclenchant de leur crise.(28)

En 2007, l'étude rétrospective menée par *Kelman (29)* sur une population de 1750 migraineux conclut que 80% de ces derniers évoquent le stress comme facteur déclenchant de leur crise.

Il faut aussi noter que la chronologie d'apparition de la crise par rapport au stress est variable.

En effet, le moment de survenue du stress est important comme le démontre *köhler (30)* dans une petite étude longitudinale de 6 mois comprenant 13 patients migraineux.

Ces patients vont être questionnés quotidiennement sur leur niveau de perception de stress.

Il sera noté que ce niveau est plus important la veille ou le jour même de la crise migraineuse.

Levor (31) remarque une augmentation significative du niveau de stress perçu les 4 jours précédents la crise.

Cependant, ces études ont des limites car elles sont faites à posteriori et sur de petits effectifs.

Lors d'une étude prospective cette fois, *Schoonman et al (32)* démontrent sur une population migraineuse de 17 patients qu'il n'y a pas de variations évidentes du stress perçu et des paramètres biologiques de réponse au stress (taux de cortisol salivaire, fréquence cardiaque) les jours précédents et durant la crise.

Mais une analyse post-hoc du sous-groupe de patients désignant le stress comme facteur déclenchant de leur crise souligne une augmentation du stress perçu les jours précédant la crise sans changement des paramètres biologiques.

Le moment de survenue de la crise le plus fréquemment rapporté reste la phase de relaxation après le stress.

Lors de leur étude *Hashizume et al (33)* arrivent à la conclusion que le stress ne conduit à une crise migraineuse que s'il est suivi d'une période de relaxation.

Spierings et al (34) déduisent de leurs observations qu'il existe trois éléments essentiels conduisant à la crise migraineuse :

- Phase de relaxation suivant le stress
- Fatigue prolongée
- Tension extrême

De plus larges études avec une définition standardisée pourraient clarifier cette question concernant la chronologie d'apparition de la crise par rapport au stress qui peut varier selon les patients.

Parmi les autres variables psychologiques faisant le lien entre la migraine et le stress **l'efficacité personnelle ou auto-efficacité** a été étudiée.

Le terme d'efficacité personnelle ou auto-efficacité a été introduit en 1977 par le psychologue *Albert Bandura* qui énonce ce postulat « *les gens croient en leurs capacités à produire des effets désirés par leurs propres actions* ». **(35)**

En d'autres mots, l'efficacité personnelle représente la croyance selon laquelle un individu se sent capable d'effectuer des modifications comportementales qu'il a lui-même décidées.

Marlowe (36) conclut que l'auto-efficacité peut être une ressource psychologique importante permettant de ralentir l'impact du stress sur la fréquence des migraines.

En effet, les personnes qui ont des attentes d'auto-efficacité élevées sont en meilleure santé et sont plus efficaces que les personnes dont les attentes d'auto-efficacité sont faibles.

1.1.2.1.2 De la progression vers la chronicisation

Le stress est aussi souvent cité comme facteur influençant la progression de la maladie migraineuse vers la chronicité.

Les mécanismes impliqués sont assez complexes et induisent une altération des voies de transmissions et de contrôle de la douleur.

En effet, en phase aiguë le stress est anti-nociceptif, alors qu'en phase chronique il conduit à une hyperalgésie et à une sensibilisation centrale.

Deux mécanismes contribueraient à favoriser la progression de la maladie migraineuse vers la chronicité.

Le premier est suggéré par *Imbe (37)* qui explique que cette hyperalgésie serait liée à une sensibilisation centrale par activation des récepteurs NMDA et des récepteurs μ .

Le deuxième mécanisme est décrit par *Pielsticker et al (38)* qui notent une diminution du fonctionnement des voies inhibitrices descendantes de la douleur.

Ces deux mécanismes fonctionneraient en synergie avec la chronicisation de la migraine.

Au niveau neuronal, *Maier (39)* démontre une activation des médiateurs de l'inflammation (Interleukine, TNF, NO) qui va par la suite favoriser l'inflammation neurogène et par là contribuer à ce passage vers les céphalées chroniques.

1.1.2.2 Le stress comme facteur prédisposant

Les évènements de vie stressants pourraient précipiter les sujets prédisposés vers la maladie migraineuse.

Même si les mécanismes d'instauration restent inconnus, de nombreuses études montrent qu'ils peuvent être associés à des changements hormonaux ou physiologiques liées à la réponse au stress.

Nous pouvons prendre pour exemple le cas des femmes dont les migraines sont dues à leurs menstruations.

En effet, beaucoup de femmes voient leur migraine disparaître lors de la ménopause quand le taux d'œstrogène diminue.(40)

Il a été aussi suggéré que les patients migraineux ont plus d'évènements de vie stressants l'année précédant la survenue de la maladie migraineuse.(41)

En général, les patients migraineux ont une vie plus stressante que les non migraineux mais ceci pourrait aussi s'expliquer par le fait qu'ils évalueraient les événements de vie négatifs comme plus stressants et plus menaçants que la population générale et/ou qu'ils seraient moins capables faire face à ces derniers.(42)

Par ailleurs, le fait d'accumuler des événements de vie stressants peut précipiter les sujets prédisposés dans un processus d'évolution vers la maladie migraineuse.(43)

1.2 La gestion du stress : principes et indications

Après avoir résumé les interactions entre le stress et la migraine, nous pouvons déduire que la migraine est une maladie influencée par des agents de stress environnementaux et internes.

Nous avons vu que le stress peut être considéré comme un facteur déclenchant des crises et qu'il peut précipiter la progression de la migraine en céphalées chroniques quotidiennes.

Nous concluons donc qu'il est important d'inclure la gestion du stress dans la prise en charge globale de la migraine.

1.2.1 Principes généraux d'une thérapie de gestion du stress

Dominique Servant, dans « Gestion du stress et de l'anxiété, 3^{ème} Edition, 2012 », définit le principe de la gestion du stress comme :

« Un ensemble de mesures éducatives et psychothérapeutiques visant à limiter l'effet des contraintes et des pressions extérieures sur le bien-être et la santé ».(44)

Les principaux objectifs peuvent être présentés ainsi :

- *Aider à résoudre les difficultés et les problèmes de vie.*
- *Aider à faire face aux événements stressants de la vie.*
- *Modifier la perception et les systèmes de pensées négatifs sur le monde et soi-même.*
- *Contrôler les réactions émotionnelles par une meilleure maîtrise physique.*
- *Développer des attitudes et des comportements mieux appropriés. »*

Servant poursuit en disant que « l'approche originale de la gestion du stress et de l'anxiété repose sur le fait que les objectifs de la thérapie sont centrés à la fois sur les symptômes, l'environnement et le patient, à travers ses émotions et ses cognitions. »

Toujours selon *Servant*, ces techniques ont pour but « *de permettre au patient d'atteindre un niveau de contrôle émotionnel et un bien-être psychologique satisfaisant pour son quotidien.* »(44)

Le principe général de la thérapie de gestion du stress peut être décomposé en trois étapes qui sont :

- L'information et l'éducation du patient
- L'évaluation des facteurs de stress et de la réaction au stress
- L'apprentissage des techniques de gestion du stress au patient

1.2.1.1 L'apprentissage et l'éducation du patient

La gestion du stress est une approche axée sur le patient car ce dernier est au centre du changement.

L'alliance thérapeutique avec le patient commence par la définition de ses attentes et de ses objectifs.

Pour cela, le thérapeute doit effectuer plusieurs étapes :

1.2.1.1.1 La reconnaissance de la plainte

Le patient aura sa propre représentation de son problème. Il est donc important de le laisser s'exprimer concernant ses attentes, ses demandes, ses objectifs afin d'avoir une idée claire de sa plainte.

Le thérapeute doit être à l'écoute et dans l'empathie, et surtout laisser le patient s'approprier progressivement de son problème.(44)

1.2.1.1.2 Établir le lien entre le stress et le mal-être du patient

Le thérapeute va devoir apporter une réponse « médicale » à la plainte du patient.

La réponse devra permettre au patient de se représenter son problème de manière à ce qu'il ait d'autres représentations et qu'il puisse changer de comportement.(44)

1.2.1.1.3 Présenter les différentes techniques

Il existe une multitude de techniques, et c'est au thérapeute d'identifier celle qui est la mieux adaptée au profil psychologique du patient afin de répondre à sa plainte.

Le thérapeute suggère et propose une approche « sur mesure » au patient et lui explique, par des mots simples et accessibles, le principe et les objectifs thérapeutiques qu'ils peuvent atteindre ensemble. Ils mettent en place « **l'alliance thérapeutique** ».

Une fois le problème posé, le thérapeute doit s'assurer que le patient adhère à cette vision et qu'il est prêt à se donner les moyens suffisants pour agir.

Les techniques proposées doivent s'appuyer sur les réponses au stress en se basant sur le modèle cognitif de la spirale du stress telle qu'elle est présentée dans la figure ci-dessous (44) :

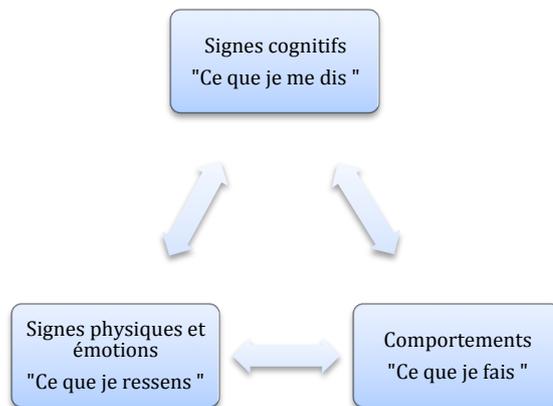


Figure 6 : Modèle cognitif de la spirale du stress (44)

Le thérapeute va proposer de distinguer les différentes dimensions physiques, psychologiques, cognitives et émotionnelles de la réponse au stress et agir sur ces derniers.

1.2.1.2 Évaluation des facteurs de stress et des réactions au stress

Le thérapeute doit aider le patient à s'auto-évaluer et prendre conscience de ses propres réactions au stress.

Le patient doit par la suite pouvoir mettre en place des solutions concrètes face aux facteurs de stress afin de réduire les effets délétères.

Pour cela, il doit tout d'abord identifier les facteurs de stress, les hiérarchiser, analyser puis choisir une solution adaptée.

L'utilisation d'un tableau à colonne comme présenté ci-dessous peut aider le patient.

Tableau 6 : Exemple de tableau d'auto-évaluation des facteurs de stress

Moment (date et heure)	Événement	Souci (description précise)	Intensité de l'anxiété (noté de 0 à 10)

1.2.1.3 Apprentissage des techniques

Le but des techniques cognitivo-comportementales de gestion de stress est d'apprendre au patient à gérer son stress en adaptant sa réaction afin de réduire les réponses physiologiques, comportementales, émotionnelles et cognitives dues aux facteurs de stress.

Le thérapeute doit s'assurer que la technique présentée soit adaptée à la réalité du sujet.

Il doit aussi accompagner sa mise en application et démontrer son efficacité possible dans le cas précis du patient.

Ces techniques ont pour objectifs de permettre une identification et une gestion des facteurs de stress ainsi qu'un contrôle de la réaction de réponse.

1.2.2 Indications

Selon le chapitre 6 du livre de *Dominique Servant* « Gestion du stress et de l'anxiété » nous voyons que :

« La gestion du stress trouve des applications dans de très nombreuses disciplines médicales. Elle a été étudiée dans des troubles médicaux très variés (coronaropathies, psoriasis, diabète, céphalées, allergies, etc.) et psychologiques (anxiété, dépression, schizophrénie, etc.).

Que peut-on attendre d'un programme de gestion du stress chez des patients présentant un problème médical ?

- *Une amélioration des paramètres physiologiques influençant la maladie : par exemple, des études montrent que la gestion du stress stabilise la tension artérielle ou renforce l'immunité chez des patients cancéreux ou séropositifs.*
- *Une amélioration des symptômes (douleur, etc.) : chez des patients présentant des céphalées ou un syndrome polyadique diffus, une fibromyalgie, on note un meilleur contrôle de la douleur.*
- *Une réduction des récurrences (cancer du sein, épisode coronarien, asthme, psoriasis, etc.), un meilleur contrôle de l'anxiété et de la dépression, facteurs secondaires aggravant la pathologie en augmentant la mortalité et la morbidité à long terme.*
- *Une amélioration des comportements de santé (tabac, alcool, alimentation, activité physique).*
- *Une amélioration de la qualité de vie.*

Trois approches pratiques peuvent être proposées :

- *La mobilisation immédiate par des mesures éducatives et l'apprentissage de techniques permettant de faire face et de mieux s'adapter aux contraintes imposées par la maladie, par exemple, au cours de l'hospitalisation ou de consultations spécialisées.*
 - *L'action sur le temps qui nécessite une compréhension plus globale du sujet et de son histoire, mais également, de faire évoluer ses modes de défense et ses stratégies d'adaptation. La gestion du stress doit être associée aux programmes de réadaptation qui font suite à la phase aiguë de la maladie.*
 - *La diminution des sources de stress et la recherche de meilleurs modes de coping de la part du malade sont également un enjeu déterminant pour faire face à la maladie. »*
- (44)**

2 LES INTERVENTIONS NON MEDICAMENTEUSES (INM)

Le 3^{ème} plan de lutte contre la douleur 2006-2010 du ministère de la santé préconise dans son troisième axe « *d'améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité* ». (45)

Concernant ce troisième point de réflexion, il est précisé que :

« Le traitement médicamenteux ne constitue pas la seule réponse à la demande des patients douloureux. Les techniques non médicamenteuses de prise en charge de la douleur existent. Les professionnels et les usagers les reconnaissent comme efficaces. Il s'agit de traitements réalisés par des professionnels de santé qualifiés : traitement physiques (massages, kinésithérapie, physiothérapie), méthodes psychocorporelles ou comportementales (hypnose, relaxation, sophrologie) ».

Si le thème des médecines alternatives ou complémentaires est d'actualité aujourd'hui et fait l'objet d'un grand intérêt, il suscite aussi beaucoup de confusion, tant de la part des patients que des acteurs de santé.

En effet, ces médecines complémentaires sont encore trop souvent considérées comme étant des solutions secondaires, moins fiables que les traitements médicamenteux.

D'autant plus que même lorsqu'ils les connaissent, les professionnels ne les mettent pas toujours en œuvre. Ils mettent en avant le manque de temps, l'insuffisance de formation, les difficultés de reproductibilité, le peu d'études de référence, les incertitudes concernant l'efficacité. Même si ces arguments sont bien réels, ils doivent être dépassés car les thérapeutiques médicamenteuses en matière de prévention et de prise en charge de la migraine montrent dans un certain cas leurs limites (enfants, personnes âgées, grossesse) suggérant la nécessité de développer d'autres moyens thérapeutiques.

2.1 Généralités

2.1.1 Définitions

Le rapport d'orientation de la Haute Autorité de Santé (HAS) française de 2011 concernant le développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées a pour point de départ « *l'hypothèse d'un faible recours aux thérapeutiques non médicamenteuses bien qu'elles puissent être recommandées par les agences sanitaires, les autorités scientifiques et les sociétés savantes* ». **(46)**

Dans ce rapport, la notion « d'alternative médicamenteuse » est jugée trop fermée car elle met en opposition les traitements médicamenteux et les traitements non médicamenteux.

Les experts ont jugé que cette ambiguïté excluait la complémentarité qui existe entre ces deux catégories de traitements.

Toujours selon l'HAS, ces interventions non médicamenteuses (INM) peuvent être classées en trois catégories :

- Les thérapeutiques physiques
 - Gestes thérapeutiques apposés sur le corps
 - Programmes d'activités physiques individuels ou collectifs
- Les règles hygiéno-diététiques
 - Les différents types de régimes
 - Les compléments alimentaires
- Les traitements psychologiques
 - L'éducation thérapeutique
 - Les psychothérapies

Il existe une plateforme universitaire CEPS **(47)** qui a pour but de mener une réflexion méthodologique sur la recherche interventionnelle non médicamenteuse.

Elle facilite le travail des chercheurs européens dans la veille, la conception, la réalisation et la publication d'études interventionnelles destinées à vérifier l'efficacité des Interventions Non Médicamenteuses (INM) ou *Integrated and Comprehensive Health Care* (ICHHC) en anglais. **(48)**

Selon cette plateforme CEPS « *une Intervention Non Médicamenteuse (INM) est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socioéconomiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques* ». (49)

Sont donc exclus de cette définition les chirurgies, les radiothérapies, les thérapies géniques, les implantations tissulaires, les nanothérapies, les dispositifs implantables et les traitements pharmacologiques réglementés en France par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM), en Europe par l'European Medicines Agency (EMA) et aux États-Unis par l'US Food and Drug Administration (FDA).

Notons par ailleurs que ne font pas partie des INM les actions de promotion de la santé ni celle à visée esthétique. (49)

De ce point de vue, les INM sont rarement considérées comme des thérapies alternatives car elles ont pour but thérapeutique de **compléter les traitements conventionnels** prescrits par les médecins.

A visée préventive, les INM ont pour objectif de retarder la survenue de la maladie voir dans certains cas d'éviter leur apparition. (49)

Elles sont généralement proposées sous forme de produit, de programme ou de service à la personne.

Dans la littérature médicale, elles peuvent être retrouvées sous différentes appellations :

- Thérapeutiques non médicamenteuses
- Traitements non pharmacologiques
- Thérapeutiques non conventionnelles

- Thérapies complémentaires
- Traitements complémentaires
- Traitements non médicamenteux
- Médecines alternatives
- Médecines complémentaires
- Médecines comportementales
- Médecines douces
- Médecines naturelles
- Prises en charge holistiques
- Produits de santé
- Services de santé
- Soins adjuvants
- Soins de support
- Thérapeutiques adjuvantes
- Actions de prévention secondaire et tertiaire
- Aides techniques et technologiques
- Dispositifs médicaux
- Interventions non médicamenteuses
- Interventions non pharmacologiques
- Interventions psychosociales
- Médecine globale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préfère utiliser le terme de « médecines traditionnelles » qu'elle définit comme « *la somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur des théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter, et guérir des maladies physiques et mentales* ». **(50)**

Toujours selon l'OMS, les termes « médecine complémentaire » ou « médecine alternative » *font référence à un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. Dans certains pays, ils sont utilisés de manière interchangeable avec le terme « médecine traditionnelle »*. **(50)**

2.1.2 Inventaire

Il existe plus de 200 méthodes ou interventions répertoriées. Il paraît donc difficile de faire une liste exhaustive de ces thérapeutiques non médicamenteuses.

Nous mentionnerons donc que celles qui sont les plus utilisées en France :

- L'ostéopathie
- La médecine traditionnelle chinoise
- La sophrologie
- La phytothérapie
- L'hypnose
- La médecine ayurvédique
- La médecine de l'énergie
- Le thermalisme
- La naturopathie
- L'homéopathie
- L'acupuncture

2.1.3 Efficacité et limites

Le succès croissant des INM ces dernières années est grandement dû à l'impression d'efficacité qui nourrit la satisfaction de plus en plus de patients.

Cependant, les sociétés savantes et les hautes autorités de santé françaises et européennes considèrent que les études disponibles dans la littérature scientifique et médicale ne **fournissent pas de preuves suffisantes pour toutes les valider.**

En effet, il est nécessaire de souligner certaines limites comme le présentent le rapport issu de « *La stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle de 2014 à 2023* » (51)

- Manque de données de recherche
- Manque de mécanismes destinés à contrôler et à réglementer la publicité et les allégations relatives aux INM
- Manque de mécanismes appropriés pour suivre et encadrer les praticiens

- Manque d'appui financier à la recherche pour les INM
- Manque de savoir-faire au sein des autorités sanitaires et des organismes de contrôle nationaux
- Manque de circuits de coopération entre autorités sanitaires nationales pour l'échange d'informations
- Manque de mécanismes pour suivre l'innocuité des produits d'INM, notamment pour les produits à base de plantes.
- Manque de filières d'études et de formations pour les praticiens

Entre la satisfaction des patients et l'absence de preuve subsiste une zone d'ombre que les méthodes d'évaluation actuelles ne nous permettent pas d'éclairer. En effet, les INM sont des actes complexes qui s'intéressent à la personne dans **sa globalité** et leurs évaluations sont difficilement réalisables avec la méthodologie actuelle.

D'autant plus que l'utilisation de l'essai contrôlé randomisé n'est pas adaptée à cette évaluation, car elle ne prend pas en compte la rapidité de progression de la maladie, les comorbidités, la réponse à l'administration antérieure d'un agent thérapeutique, les problèmes d'observance, le statut fonctionnel, le contexte psycho-social, les attentes et les préférences du patient.

Pour cela, il faut utiliser des méthodologies d'essais cliniques adaptés comme le modèle mixte prenant en compte la variabilité liée aux individus. Ce modèle comprend une partie fixe représentant « l'effet population » identique pour chaque individu et une partie aléatoire traduisant la variabilité individuelle propre à chacun.(52)

Le congrès de l'ICEPS qui s'adressait à toute personne intéressée par la vérification de l'efficacité des INM nous rappelle **qu'être satisfait d'une thérapie ne signifie pas qu'elle est efficace.**(53) Il est donc nécessaire de fournir des preuves d'efficacité pour permettre la validation et la diffusion à long terme des INM.

2.2 Les interventions non médicamenteuses validées par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la migraine

2.2.1 Les techniques de relaxation

2.2.1.1 Principes généraux

Les techniques de relaxation ont pour but de faire diminuer le niveau d'alerte du corps tout en améliorant la capacité de gestion du stress.(54)

Selon la définition de R. Durand de Bousingen « les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité.

La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique ». (55)

Il existe différentes techniques de relaxation mais nous ne détaillerons ici que les deux méthodes de référence tant historiquement, théoriquement que techniquement indiquées pour les problèmes psychologiques, à savoir la relaxation musculaire progressive de Jacobson et le training autogène de Schultz.

Elles sont toutes deux fondées sur la détente corporelle, mais se distinguent par leur mode d'induction.

2.2.1.2 La relaxation musculaire progressive

2.2.1.2.1 *Définition*

Décrite en 1980 par le docteur américain *Edmund Jacobson*, la relaxation musculaire progressive est le modèle de référence de toutes les relaxations neuromusculaires à point de départ physiologique.

Jacobson définit la relaxation comme « l'absence de toute contraction musculaire s'exprimant du point de vue électromyographique par un silence électrique absolu. »

Son principe repose sur une détente musculaire obtenue par contraction-décontraction successive de l'ensemble des groupes musculaires, dans le but « d'obtenir un calme dans le

domaine psychique, de mettre le cortex au repos en diminuant le fonctionnement cérébro-neuro-musculaire excessif en relaxant directement la partie périphérique de ce circuit. »

A partir de la relaxation musculaire, une réponse globale de relaxation à la fois physiologique et psychique est obtenue. **(54)**

2.2.1.2.2 Mise en place

La relaxation musculaire progressive peut se décomposer en plusieurs phases.

La première phase est la **relaxation générale** qui a pour but de permettre une relaxation profonde. Le patient est allongé au repos pendant 5 à 10 minutes.

Le thérapeute devient alors un moniteur qui fait des suggestions au patient afin qu'il mette en tension un membre. Tout en maintenant cette tension, il demande au patient de ressentir les muscles contractés. Puis, il suggère une relaxation où il demande au patient de ressentir le relâchement musculaire.

Cet exercice sera répété pendant une trentaine de minutes.

La deuxième phase est la **relaxation différentielle** qui a pour but de maintenir détendue les parties du corps qui ne sont pas impliquées dans la relaxation.

Au cours de la séance, l'individu va passer en position assise où il tentera de garder cette sensation de relaxation qu'il a obtenue en étant allongé.

Une troisième phase correspond à la **relaxation musculaire appliquée** où le patient pourra, une fois l'exercice de relaxation musculaire maîtrisé, l'appliquer au quotidien.

2.2.1.3 Le training autogène de Schultz

2.2.1.3.1 Définition

Introduit par le psychiatre allemand *J.H. Schultz*, le training autogène est une méthode utilisant l'auto-concentration d'*Émile Coué* et l'hypnose issue des travaux d'*Oscar Vogt*.

Son point de départ est mental et a pour but de provoquer un état de relaxation à l'aide d'autosuggestion de sensation de lourdeur et de chaleur. **(54)**

Cette technique comporte deux cycles, un cycle inférieur et un cycle supérieur.

Le cycle inférieur, qui comprend six stades, a pour objectif l'apprentissage des régulations respiratoire, abdominale et cardiaque afin d'obtenir une « déconnexion *générale de tout l'organisme.* »

Le cycle supérieur, lui est très différent car il est basé sur l'introspection. En effet, à l'aide d'images mentales et de visualisations, le patient en état de relaxation complète doit se représenter des images, des pensées à forte connotation affective positive.

2.2.1.3.2 Mise en place

L'environnement doit être un lieu calme avec une lumière tamisée, en groupe de préférence ou bien seul.

L'attitude corporelle prévoit soit une position assise, dans un fauteuil, soit une position allongée, sur un tapis de sol ou sur un transat.

Concernant la durée de la relaxation, elle peut être de vingt à trente secondes lors des premiers essais, puis après quatre à six semaines, les séances durent cinq à quinze minutes. Enfin, après trois mois les séances peuvent aller jusqu' à trente minutes.

Voilà ci-dessous un exemple de proposition d'une initiation aux exercices de base :

Au début de chaque séance : mise en condition

- Fermer les yeux
- Induction au calme : « *Je suis tout à fait calme.* »

Les stades du cycle inférieur : environ 15 jours pour chacun des stades

- 1) Expérience de la pesanteur
 - « *Mon bras (droit ou gauche) est très lourd* »
- 2) Expérience de la chaleur
 - « *Mon bras est chaud* »
- 3) Contrôle du cœur
 - « *Mon cœur bat calme et fort* »
- 4) Contrôle respiratoire
 - « *Ma respiration est calme, rythmée, bien régulière* »
- 5) Exercice du plexus solaire
 - « *Mon plexus solaire est tout chaud* » ou mieux « *inondé de chaleur* »
- 6) Exercice de la fraîcheur du front
 - « *Mon front est agréablement frais* »

Fin de chaque séance : la reprise

- Retour au calme « *Je suis complètement calme et détendu* »
- Mouvements vigoureux de flexion de l'avant-bras sur le bras
- Respirer profondément
- Ouvrir les yeux

2.2.2 Le biofeedback

2.2.2.1 Définition

La première expérience de biofeedback, rétrocontrôle ou rétroaction biologique a eu lieu en 1959. Mais ce n'est qu'en 1969 que le terme fut employé pour la toute première fois.(56)

En mai 2008, une définition est approuvée par les principales organisations professionnelles reconnues dans le domaine de la psychophysiologie qui sont :

- L'AAPB (Association de Psychophysiologie Appliquée et de Biofeedback)
- La BCIA (Alliance Internationale de Certification en Biofeedback)
- L'ISNR (Société internationale de Neurofeedback et de Recherche)

Ces institutions définissent le biofeedback comme un « *procédé qui permet à un individu d'apprendre à modifier son activité physiologique dans le but d'améliorer sa santé et ses performances.*

Des instruments précis mesurent l'activité physiologique telles que les ondes cérébrales, le fonctionnement du cœur, la respiration, l'activité musculaire et la température de la peau.

Ces instruments renvoient en temps réel, et avec précision, des informations à l'utilisateur.

La représentation de ces informations (souvent en relation avec les changements dans les pensées, les émotions et le comportement) montre les modifications physiologiques souhaitées.

Au fil du temps, ces modifications pourront être reproduites sans le recours à un appareil ».
(57)

Il s'agit de la science qui étudie les liens entre l'activité du cerveau et les fonctions physiologiques, c'est-à-dire l'interaction « corps-esprit ».

Il existe différentes formes de biofeedback en fonction de l'appareil (électronique ou informatique) utilisé comme outil d'apprentissage ou de rééducation. Ils ont pour but de capter et d'amplifier des informations transmises par l'organisme et de les traduire en signaux auditifs ou visuels.

On peut donc citer :

- Le biofeedback électromyographique (EMG) qui permet d'étudier le fonctionnement des nerfs et des muscles en enregistrant et en analysant la conduction de l'influx nerveux des nerfs moteurs sensitifs et les muscles.
- Le biofeedback électrodermographique (EDG) qui va évaluer la conductivité de l'épiderme.
- Le biofeedback électrocardiographique (ECG) qui évaluer le potentiel électrique de l'activité musculaire du cœur.
- Le biofeedback électroencéphalographique (EEG) ou neurofeedback qui va enregistrer et mesurer l'activité du cerveau.
- Le biofeedback thermographique (TMP) qui va contrôler la température cutanée périphérique.
- Le biofeedback de la variabilité de la fréquence ou du rythme cardiaque (VFC ou VRC) qui va mesurer la variabilité de la fréquence cardiaque.
- Le biofeedback de la respiration (RESP) qui va observer les variations du volume de la cage thoracique.

Tableau 7 : Exemples d'applications avec les types de biofeedback utilisés (58)

Applications thérapeutiques		Type de biofeedback			
Stress important-Anxiété		EMG	EDG	VFC	EEG
Rééducation Incontinences	périnéale-	EMG			
Migraines		EMG	TMP	EEG	
Céphalées de tension		EMG			
Phobies		EMG	EDG	VFC	EEG
Hyperactivité l'attention	-Déficit de	EEG			
Insomnie		EMG	VFC	EEG	
Hypertension		EMG	TMP	VFC	

En apprenant à interpréter les signaux, le patient peut décoder les messages de son corps.

Peu à peu avec l'aide d'un thérapeute, il pourra apprendre à moduler ses propres réactions physiologiques jusqu'au jour où il aura la compétence de réitérer l'expérience par lui-même, en dehors du cabinet.

2.2.2.2 Mise en place

Les séances de biofeedback sont pratiquées dans un lieu calme et reposant, en général au cabinet d'un praticien spécialisé ou bien à l'hôpital, pour ensuite se poursuivre au domicile du patient.(59)

Il faut compter globalement 10 à 20 séances d'entraînement d'une heure en moyenne, pour un coût par séance d'environ 50 euros.(59)

Ces séances ne sont pas remboursées par la sécurité sociale et la plupart des mutuelles.

Les séances débutent généralement par un interrogatoire préliminaire afin de déterminer les problèmes à résoudre. Cette anamnèse permet de fixer les objectifs thérapeutiques à atteindre au cours des multiples séances.

Le thérapeute va, par la suite effectuer un bilan psychophysiologique en plaçant les capteurs sur le corps du patient en fonction du ou des problèmes identifiés.

Dans le but de définir une ligne directrice, le praticien va proposer plusieurs séries d'exercices musculaires, respiratoires et mentaux, mais sans feedback ou retour au patient afin de ne pas l'influencer.(59)

En fonction des résultats obtenus, le patient apprendra au cours des séances à l'aide du feedback à contrôler un seul paramètre à la fois.

Au fur et à mesure de la progression des séances, le patient devra fournir un peu plus d'effort pour obtenir des résultats significatifs car la sensibilité de l'appareil va de plus en plus diminuer.

Au final, le patient devra être capable de refaire en situation de crise les mêmes exercices sans l'aide de l'appareillage ou du thérapeute.

Dans le cas précis de la migraine, on utilise surtout le type de biofeedback électroencéphalographique appelé aussi neurofeedback (EEG).

Cependant, cette discipline restant assez confidentielle chez nous, il est primordial de bien choisir son thérapeute, d'autant plus qu'aucune formation n'est reconnue par l'État français.

Afin d'éviter certaines dérives assez courantes dans le domaine du bien-être, il est essentiel que le patient se rapproche d'un médecin spécialisé, d'un psychologue ou de l'hôpital.

Il existe notamment 2 annuaires officiels pour le neurofeedback disponibles sur le site de l'Association pour la diffusion du neurofeedback en France (ADNF) :

- L'annuaire de l'association des praticiens de neurofeedback utilisant « neuro-optimal ».(60)
- L'annuaire pour la diffusion du neurofeedback en France.(61)

2.2.3 Les thérapies cognitives et comportementales (TCC)

2.2.3.1 Définition

Les thérapies cognitives et comportementales ont pour but de restreindre l'utilisation de moyens de coping « faire face à » inadaptée chez un individu.

Elles s'appuient sur une démarche scientifique expérimentale et des théories de l'apprentissage.

Les TCC interviennent à trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel.(62)

2.2.3.2 Mise en place

Les TCC sont considérées comme des thérapies brèves.

Elles se déroulent en général sur une période de six mois à un an.

La durée d'un entretien est de trente à soixante minutes chaque semaine.

La thérapie va comporter cinq étapes :

- Le diagnostic clinique et comportemental
- Les entretiens d'évaluation
- L'information du patient concernant le diagnostic et les résultats de l'évaluation
- L'établissement d'un contrat thérapeutique
- Les entretiens thérapeutiques

A l'issu des séances, le patient doit être capable d'acquérir des comportements adéquats.(62)

2.2.4 Efficacité

L'efficacité de la relaxation, du biofeedback et des thérapies cognitivo-comportementales de gestion du stress, dans la prise en charge au long cours de la migraine, est maintenant bien reconnue, même si les preuves d'efficacité restent, pour certaines de ces interventions, de niveau B en raison des faiblesses méthodologiques des essais thérapeutiques.(13)

En effet, il est plus difficile de mesurer l'impact clinique et fonctionnel sur des paramètres psychologiques ou comportementaux. De plus, les facteurs jugeant de l'efficacité sont souvent multiples et subjectifs.

Il est aussi important de noter que l'efficacité repose essentiellement sur **la qualité de l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute.**

Une méta-analyse, menée par *Y. Nestoriuc et A. Martin (63)* conclut à une efficacité du rétrocontrôle, en réduisant la fréquence et la durée des crises ainsi que les symptômes associés à l'anxiété et la dépression.

De plus, les résultats sur le long terme sont satisfaisants car certaines études ont su démontrer un maintien des améliorations après 5 ans pour 91% des patients souffrant de migraine.

2.2.5 Avantages/inconvénients :

Les avantages avancés de ces thérapeutiques non médicamenteuses sont :

- Non invasif
- Non douloureux
- Non médicamenteux
- Sans effets indésirables
- Peu de contre-indications (CI sauf le biofeedback EEG chez les patients ayant un dispositif bioélectrique implanté, les femmes enceintes, les personnes souffrant de troubles mentaux)

Les inconvénients qu'elles présentent sont :

- Faible quantité d'informations disponibles (majorité des sources en anglais)
- Absence de formation reconnue en France (pas de diplôme)
- Le coût : absence de prise en charge par la sécurité sociale

2.3 Les autres interventions non médicamenteuses couramment utilisées mais non validées par l’HAS dans la migraine

2.3.1 L’hypnose

Dans « Vaincre la douleur par l’hypnose et l’autohypnose » de *C.Cazard-Fillette*, l’hypnose est défini comme un « *mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l’expérience d’un champ de conscience élargi* ». (64)

C’est un état de conscience modifié situé entre sommeil et éveil axé autour de trois composantes :

- Absorption de l’attention
- Dissociation psychique
- Exacerbation de la suggestibilité

Un certain nombre d’études démontrent l’efficacité de l’hypnose dans la prise en charge de la douleur aiguë et chronique chez l’adulte.(65)(66)

2.3.2 La sophrologie

La sophrologie est un terme désignant une méthode conçue par un neuropsychiatre *Alfonso Caycedo*, dans le but de développer de meilleures capacités d’adaptations aux conditions de vie tout en mobilisant les potentiels de l’être humain. Au fur et à mesure de l’apprentissage des techniques, les capacités et les ressources de l’individu sont renforcées afin de créer une harmonie entre sa conscience, les autres et son environnement.(67)

2.3.3 Le yoga

Considéré comme l’une des plus anciennes pratiques de médecine du corps et de l’esprit (mind body medecine).

Il se présente sous la forme d’exercices physiques essentiellement basée sur les postures.

Ces différentes postures sont synchronisées à la respiration tout en se focalisant sur les sensations corporelles perçues.

Le but étant d’améliorer la connaissance de soi et de comprendre les mécanismes psychologiques et émotionnels qui modulent le corps.

Le développement personnel et spirituel auxquels on aboutit peut avoir de réels apports thérapeutiques.

Même si toutes les revues récentes suggèrent l'intérêt du yoga dans de nombreux problèmes médicaux ou psychologiques, elles tendent aussi à souligner les difficultés méthodologiques liées à la reproductibilité de la technique, tant son champ d'action est vaste.(54)

2.3.4 L'acupuncture

Issu de la médecine traditionnelle chinoise, l'acupuncture agit sur le Qi qui circule par la voie des méridiens.

La technique repose sur la croyance selon laquelle le corps est sujet aux maladies lorsqu'il y a un "déséquilibre" des forces vitales, c'est à dire du Qi.

Afin de rétablir les fonctions physiologiques, organiques et psychiques ciblées et de rééquilibrer le Qi, des aiguilles seront insérées à la surface de la peau selon une cartographie détaillée des points d'acupuncture et des méridiens.

En d'autres termes, l'acupuncture permettrait d'équilibrer l'ensemble des systèmes de l'organisme.(68)

L'acupuncture peut donc s'appliquer en tant que méthode préventive ou curative.

Néanmoins, son mécanisme d'action n'étant toujours pas totalement élucidé, il est conseillé de ne faire appel à cette technique qu'après avoir consulté un médecin, afin de s'assurer que le problème dont on souffre n'est pas en rapport avec une lésion organique précise.

2.3.5 Application de froid

L'application de froid est un moyen simple qui a des effets sur la douleur et sur la vascularisation.

Une poche de froid, ou de glaçons, au niveau du front peut soulager les douleurs migraineuses.

2.4 Les interventions non médicamenteuses habituellement conseillées en officine dans la migraine

Les INM suivantes font parties des méthodes **les plus souvent conseillées en officine** dans la prise en charge complémentaire de la migraine.(69)

Mais, il est nécessaire de préciser que les études actuellement disponibles dans la littérature scientifique et médicale **ne fournissent pas de preuves suffisantes pour les recommander**.

Néanmoins, elles font partie intégrante de la pratique officinale quotidienne, et c'est à ce titre qu'elles sont mentionnées dans les chapitres suivants.

2.4.1 L'homéopathie

2.4.1.1 Définition

Le site du ministère des Solidarités et de la Santé définit l'homéopathie comme « *une méthode thérapeutique qui repose notamment sur le principe de similitude (du grec homoios « semblable » et pathos « maladie »), c'est-à-dire soigner par ce qui est semblable à la maladie. Elle consiste en effet, en l'administration à des doses très faibles ou infinitésimales, de substances susceptibles de provoquer, à des concentrations différentes, chez l'homme en bonne santé, des manifestations semblables aux symptômes présentés par le malade* ». (70)

2.4.1.2 Souches utilisées dans le cas de la migraine

L'homéopathie est une INM qui peut être associée aux antalgiques en cas de crise.

Pour cela, il est important de connaître les facteurs déclenchant et les manifestations afin de choisir la souche la plus appropriée.

Par ailleurs la consultation d'un médecin homéopathe est requise afin de déterminer le terrain et les posologies.

Il est conseillé en général de prendre 3 granules de la souche toutes les demi-heures.

Les souches généralement conseillées en officine sont (71)(72) :

En fonction de la cause :

- Surcroît de fatigue nerveuse, travail, soucis : *Kalium phosphoricum* 9 CH et *Phosphoricum acidum* 9 CH.
- Très grande joie ou, au contraire, forte contrariété : *Ignatia amara* 15 CH.
- Fatigue oculaire : *Onosmodium* 9 CH.
- Fatigue musculaire : *Rhus toxicodendron* 9 CH, *Gelsemium* 9 CH.
- Excès alimentaire : *Nux vomica* 9 CH.
- Ménopause : *Lachesis mutus* 9 CH.
- Coup de froid : *Belladonna* 9 CH.

En fonction de la clinique de la douleur :

- Avec battement : *Belladonna* 9 CH
- Avec troubles ophtalmiques : *Iris versicolor* 9 CH
- Avec joue rouge à droite : *Sanguinaria canadensis* 9 CH
- Avec éructations : *Sanguinaria canadensis* 9 CH
- Précédée de faim impérieuse : *Psorinum* 9 CH
- Avec diarrhée : *Natrum sulfuricum* 9 CH
- Avec tête chaude et extrémités froides : *Carbo végétabilis* 9 CH
- Avec soif : *Bryonia* 9 CH

Actuellement, aucune étude randomisée n'a pu prouver l'efficacité de l'homéopathie.

La satisfaction des patients serait due à l'effet placebo chez les personnes qui « y croient ».

2.4.2 La phytothérapie

2.4.2.1 Définition

La phytothérapie est l'art de soigner par les plantes médicinales.

Le terme est issu du grec « *phuton* » qui signifie plantes et « *therapia* » qui signifie traitement. Différentes parties ou la plante en entier sont consommées sous différentes formes après transformation chimique. Elles sont utilisées en complément d'une prise en charge médicale adaptée.(69)

Avant toute utilisation, il est conseillé de demander l'avis d'un professionnel de santé.

2.4.2.2 Plantes utilisées dans le cas de la migraine

Pour le traitement des migraines par les plantes, on conseille de préférence **(73) (74)** :

- Les plantes **sédatives** comme *l'Aubépine, le Mélilot, la Melisse, la Passiflore, la Lavande ou encore la Valériane et l'Eschscholtzia.*
- Les plantes **anti-inflammatoires** : *la Reine des prés, la Grande Camomille, la Matricaire.*
- Les plantes de **drainage** ou ayant un impact hépatique : *l'Artichaut, le Romarin, le Fumeterre, le Radis noir, le Pissenlit.*

Seules deux plantes, la grande camomille et la pétasite, ont fait l'objet d'essais cliniques en tant qu'antimigraineux.

L'European Scientific Cooperative On Phytotherapy (ESCOP) et l'OMS reconnaissent l'efficacité des parties aériennes de la grande camomille (*Tanacetum parthenium* ou *Chrysanthemum parthenium*) dans la prévention de la migraine.

A l'officine, on la retrouve commercialisée sous la forme de :

- Arkogélules® Partenelle contient 260 mg/gélule de poudre (> 0,2 % de parthénolide) : 1 gélule, 3 fois par jour
- Elusanes® Grande camomille contient 200mg d'un extrait hydro-alcoolique sec : 1 gélule, 2 fois par jour.

Le pétasite, *petasites hybridus, (L)* a démontré son efficacité dans la prévention des crises de migraine, avec une dose biquotidienne de 75 mg. Il est recommandé en deuxième intention (même niveau que l'Amitriptyline) dans les recommandations européennes.

Cependant, du fait de sa composition riche en alcaloïdes pyrrolizidiniques, il expose à une **toxicité hépatique** et ne peut pas être délivré en officine en France. Néanmoins, il est commercialisé dans d'autres pays et donc disponible via internet. Il est resté donc indispensable d'informer le patient du risque d'hépatotoxicité.

2.4.3 L'aromathérapie

2.4.3.1 Définition

Proche de la phytothérapie, l'aromathérapie est la science qui utilise les huiles essentielles à des fins thérapeutiques.**(69)**

2.4.3.2 Huiles essentielles utilisées dans le cas de la migraine

Les huiles essentielles de gaulthérie (*Gaultheria procumbens*), menthe poivrée (*Mentha piperita*) et de lavande aspic (*Lavandula spica*) sont souvent conseillées à raison d'une goutte en application locale sur les tempes.(69)

Des spécialités sous forme de roll-on sont vendus en officine comme par exemple le MIGRASTICK ® du laboratoire Arkopharma.

Sur ce dispositif médical à base d'huile essentielle de menthe poivrée et de lavande, on peut lire comme indication que « *L'effet de massage et la sensation de froid procurés par MIGRASTICK soulagent la douleur liée aux maux de tête et aux migraines* ». (75)

2.4.4 Règles hygiéno-diététiques

Lors de la dispensation, le pharmacien recommande régulièrement quelques règles d'hygiène de vie qui vont aider le migraineux à mieux vivre avec sa maladie au quotidien.(76)

2.4.4.1 Le sommeil

Il est important que le sommeil du patient migraineux soit régulier et suffisant.

Pour cela, le patient doit éviter les soirées prolongées, les grasses matinées et les décalages horaires trop importants.

Le sommeil doit être de qualité, il est donc conseillé de dormir dans une chambre peu chauffée (19°C) et aérée quotidiennement.

2.4.4.2 L'alimentation

Certains aliments peuvent être des facteurs déclenchant de crise. Nous pouvons notamment citer : le chocolat, le fromage, l'alcool, les aliments contenant du glutamate monosodique (GMS) et les viandes contenant des nitrates (comme les charcuteries).

Il est donc important de les repérer et d'éviter d'en consommer.

En plus de tout ceci, le patient doit veiller à manger de manière équilibrée, à heure fixe et éviter de sauter des repas.

2.4.4.3 L'activité physique

L'activité physique régulière par le biais de **sport d'endurance** tels que le cyclisme, la course à pieds ou encore la natation est recommandée chez le patient migraineux.

En effet, cela permet de réduire le stress et d'évacuer les tensions accumulées.

Il est par ailleurs indispensable de boire régulièrement durant la pratique sportive.

2.4.4.4 Le tabac

La consommation de tabac n'est pas en elle-même un facteur déclenchant de crise migraineuse, mais elle augmente le risque d'accident vasculaire.

De ce fait, **éviter** la consommation de tabac chez le patient migraineux diminue le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC).

2.4.4.5 L'environnement

Un environnement sain peut permettre au sujet migraineux d'éviter la survenue d'une crise.

Pour cela, il est recommandé d'**éviter** les lieux bruyants, mal aérés, stressants et/ou avec de fortes odeurs.

2.4.4.6 Gestes conseillés au moment de la crise

Ces gestes ont pour but d'aider le patient à soulager sa douleur lorsque cette dernière est intense ou en attendant que les médicaments de crise agissent.

Ils peuvent être très simples, cependant l'efficacité peut varier d'un patient à l'autre. Il est donc nécessaire que le patient juge par lui-même en les essayant.

On peut en citer quelques-uns comme :

- S'allonger dans une pièce sombre, au calme
- Boire du café fort

- Manger un morceau de sucre
- Masser délicatement les tempes ou le front
- Appliquer sur les régions douloureuses une poche froide

2.4.4.7 Agenda de crise

La tenue d'un agenda de crise est fortement recommandée car elle permet de repérer les facteurs déclenchants dans le but de les éviter par la suite. De plus, l'agenda permettra le suivi de l'évolution de la migraine et l'évaluation de l'efficacité du traitement par le médecin.

Pour cela il est important de noter :

- La date de survenue
- La durée
- L'intensité de la douleur (échelle de 1 à 10)
- Les facteurs déclenchants
- Le traitement utilisé (nom du médicament + posologie + heure de la prise)

Un exemple d'agenda de crise est présenté en **annexe n° 4**

Partie 3 : Vers une prise en charge globale du patient migraineux : le rôle du pharmacien d'officine

L'objectif de ce chapitre est de montrer comment le pharmacien d'officine peut améliorer la prise en charge globale de la migraine en promouvant les thérapeutiques non médicamenteuses.

En tant que professionnel de santé, le pharmacien d'officine est un acteur incontournable de l'offre de soins grâce à ces nombreuses qualités.

Il a aussi des devoirs comme celui d'éduquer, d'informer, d'expliquer ainsi que celui de conseil pharmaceutique.(77)

Lors de mon stage hospitalier en 5^{ème} année dans l'unité de neurologie vasculaire du CHU de Rouen, j'ai pu constater les conséquences négatives que pouvaient engendrer l'abus médicamenteux. Et je me suis interrogée, en me demandant comment le pharmacien d'officine pouvait **prendre en charge le patient migraineux en amont** afin d'éviter qu'il n'arrive jusqu'au stade d'abus médicamenteux. C'est en assistant aux interrogatoires des médecins et internes du service que je me suis rendue compte qu'il fallait **une prise en charge** incluant le corps et l'esprit.

En me renseignant sur cette prise en charge globale, la place des thérapeutiques non médicamenteuses m'a interpellé, car elle semblait centrale.

Je suis arrivée à la conclusion que pour prendre en charge le patient migraineux dans sa globalité, un pharmacien d'officine doit être capable de :

- Reconnaître les symptômes de la migraine et être capable de les définir.
- Aider à évaluer l'impact sur la qualité de vie.
- Reconnaître les signaux d'alerte qui nécessitent une consultation médicale.
- Décrire la physiopathologie de la migraine et énumérer les facteurs déclenchants.
- Recommander un traitement médicamenteux ou non médicamenteux approprié et personnalisé pour la prévention et le traitement des migraines.

C'est dans cette optique, qu'a été écrit cette dernière partie, permettre aux pharmaciens d'officine d'avoir une stratégie thérapeutique afin d'optimiser la prise en charge globale du patient migraineux au comptoir.

1 Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge du patient migraineux

1.1 Le pharmacien d'officine face au patient migraineux

1.1.1 La démarche thérapeutique à adopter face à une plainte douloureuse

Face à des symptômes qu'il reconnaît ou qui lui sont rapportés le pharmacien d'officine peut proposer une solution thérapeutique adaptée en fonction de ses compétences et de son expérience.

Afin de ne pas céder à la pression des patients attendant un traitement à tout prix, il convient de suivre une démarche thérapeutique adaptée à chaque délivrance de médicament contre la douleur.

Nous allons exposer les étapes successives qu'il est conseillé de suivre afin de répondre au mieux aux attentes du patient.

- Identifier le patient : enfant, adulte, personne âgée et les personnes très âgées au métabolisme fragilisé.
- Se renseigner sur les caractéristiques de la plainte douloureuse : faire la distinction entre symptôme passager, signal d'alerte, douleur chronique et douleur habituelle ou nouvelle. Si possible, identifier la cause de la douleur (par exemple un traumatisme). Si cela est impossible, suspecter une cause liée à un dysfonctionnement organique.
- Identifier la douleur :
 - De quel type de douleur s'agit-il ? : Aiguë, chronique, localisée, diffuse ?
 - A quoi est-elle due ? : à une crampe, brûlure, morsure...
 - Quelle est son intensité ? : d'intensité légère, modérée, sévère
- Connaître le passé thérapeutique récent : Consultation du DP qui renseigne sur les pathologies en cours de traitement et l'ensemble des médicaments déjà pris, notamment les anti-inflammatoires, les antidépresseurs et surtout les anticoagulants.
 - Cas du malade chronique :
 - Ne pas surcharger inutilement le traitement avec de nouveaux médicaments.

- S'assurer que le patient prend correctement les médicaments prescrits. Il peut s'agir tout simplement d'un oubli ou d'une diminution volontaire de la dose.
 - Le pharmacien doit aider la personne à bien suivre son traitement initialement prescrit, sinon l'encourager vivement à consulter son médecin.
- Orienter d'emblée vers une consultation médicale si la douleur est inhabituelle et d'apparition brutale.

Une fois ces différentes étapes effectuées le pharmacien peut déjà savoir s'il est face à un patient souffrant de céphalées.

1.1.2 Détection au comptoir du patient susceptible d'être migraineux

Face aux patients se plaignant de céphalées il est important d'identifier ceux souffrant de migraine.

Pour cela le pharmacien doit s'interroger :

1.1.2.1 En fonction d'une demande spontanée d'antalgique

Il lui faudra savoir s'il est face à un patient qui achète régulièrement (1 à 2 fois par semaine) et en grande quantité (au moins 4 boîtes à chaque visite) des antalgiques de palier I (paracétamol, ibuprofène).

1.1.2.2 En fonction de certaines demandes associées aux antalgiques

Un patient qui, en plus d'antalgiques de palier I demande :

- Un anti nauséux en vente libre pour calmer les nausées et / ou vomissements qui peut accompagner ses céphalées (Vogalib® par exemple)
- Des médicaments qui ont pour but de calmer, de favoriser la relaxation et de favoriser l'endormissement afin de gérer le stress quotidien et les troubles du sommeil
- Un médicament normalement délivré avec une prescription et utilisé dans le traitement de crise de la migraine (antalgique de palier II : Efferalgan codéine®)

1.1.2.3 En fonction de la prescription

Un patient présentant une ordonnance :

- Émanant d'un médecin généraliste
- Avec en première intention la prescription d'un triptan
- En deuxième intention un antalgique en association avec (la caféine, la codéine, le tramadol) ou bien avec un AINS
- Un anti nauséeux, un anxiolytique, un antidépresseur, un hypnotique pour traiter les signes associés à la crise migraineuse.

1.1.3 Les outils d'aide au dépistage, au diagnostic et à l'évaluation

Il existe différents outils permettant au pharmacien d'orienter le diagnostic, et d'aider à évaluer l'impact de la maladie migraineuse sur la qualité de vie ainsi que de juger de l'efficacité du traitement de crise.

Ces outils doivent tenir compte du court laps de temps dont dispose le pharmacien au comptoir. Pour cela ils doivent être courts, simples et concis.

1.1.3.1 Questionnaire de dépistage du patient migraineux

Le patient va répondre aux 3 questions suivantes afin de déterminer si ses céphalées sont de types migraineux.(2)

Au cours des 3 derniers mois, en même temps que vos maux de tête, avez-vous :

1. eu des nausées et/ou vomissements ?
2. été gêné par la lumière ?
3. été limité dans votre capacité à travailler, étudier ou faire ce que vous deviez faire pendant au moins une journée ?

Si au moins 2 réponses sur 3 sont positives, une consultation médicale s'impose car vous souffrez probablement de migraine.

Figure 4 Questionnaire établi par la société française d'étude des migraines et céphalées d'après l'IHS.

Après avoir déterminé à l'aide du questionnaire précédent si le patient souffre bien de céphalées migraineuses il faut distinguer le patient migraineux ayant un traitement spécifique du patient migraineux qui s'auto- médique. En effet, les objectifs de prise de charge diffèrent.

1.1.3.2 Questionnaire évaluant l'impact de la migraine sur la qualité de vie

Le retentissement fonctionnel sur la qualité de vie du patient peut être évalué grâce à des échelles génériques et spécifiques qui ont été validées en français.(78)

Parmi celles-ci, les plus utilisées en pratique sont surtout l'échelle Headache Impact Test ou score HIT et éventuellement l'échelle MIDAS.

Ces échelles sont présentes en **annexe n° 1 et 2**.

1.1.3.3 Évaluation du traitement de crise selon les recommandations de l'HAS

Ce questionnaire, adapté des recommandations de l'HAS permet d'évaluer rapidement au comptoir l'efficacité d'un traitement de crise.(2)

Il suffit de répondre aux 4 questions suivantes :

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

Il suffit d'une seule réponse négative au questionnaire pour faire réévaluer le traitement.

Figure 5 Questionnaire d'évaluation du traitement de crise de la migraine adapté en fonction des recommandations de l'HAS

1.1.3.4 Utilisation d'un de crise

L'agenda de crise reste **l'outil le plus adapté** pour évaluer le retentissement de la migraine sur la vie quotidienne, pour juger de la sévérité de la crise et mettre en place le ou les choix thérapeutiques. (78)(2)

Le pharmacien face à un patient migraineux non satisfait de son traitement ou bien sans traitement de crise spécifique peut proposer de tenir un agenda dans lequel il sera invité à

noter **sur 3 mois** : la date de survenue, la durée de la crise, l'intensité de la douleur, les facteurs déclenchants et les médicaments utilisés.

Un exemple d'agenda de crise est présent en **annexe n° 4**

1.2 Entretien pharmaceutique du patient migraineux

L'entretien pharmaceutique est un rendez-vous confidentiel et gratuit que propose le pharmacien aux patients atteints d'une pathologie définie.(79)

L'objectif de cet entretien est d'accompagner le patient dans le suivi de son traitement afin qu'il le comprenne, se l'approprie et y adhère.(79)

Lors de cet exercice le pharmacien va devoir entreprendre une démarche éducative entièrement centrée sur le patient.(80)

C'est un partenariat, dans lequel officinal et patient vont devoir collaborer afin d'analyser ensemble la situation puis réfléchir ensemble aux solutions les mieux adaptées.(80)

Le pharmacien doit alors mener cet entretien à l'aide de questions ouvertes permettant ainsi au patient de s'exprimer librement sur sa situation médicale, personnelle, familiale et sociale.

L'issue de cet entretien doit aboutir à un plan d'action, à des objectifs à atteindre à plus ou moins long terme, des changements de comportement, des démarches à entreprendre, des actions à faire en priorités, etc.(80)

Le patient devient alors lui-même un acteur de sa santé, de son propre bien-être.

Dans le cas du patient migraineux, le pharmacien d'officine devra lors de ces entretiens (81) :

- Expliquer comment et pourquoi tenir un agenda de crise
- Expliquer le traitement de crise : quand et comment le prendre
- Expliquer le traitement de fond : quand et comment le prendre
- Informer de l'existence des thérapeutiques non médicamenteuses
- Expliquer l'importance des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge
- Informer des dangers de l'automédication
- Expliquer pourquoi connaître les facteurs déclenchants des crises et de comment les éviter
- Conseiller sur l'attitude à adopter en cas de crise

- Expliquer pourquoi il est important d'être suivi médicalement

Cette liste est non exhaustive mais elle peut servir de base à tout entretien pharmaceutique d'un patient migraineux à l'officine.

Néanmoins il est important de souligner que pour assurer le bon déroulement de ces entretiens, le pharmacien doit impérativement s'engager à se former et assurer la confidentialité de l'entretien, notamment en prévoyant dans son officine un espace de confidentialité dédié.

2 Applications à l'officine

2.1 Proposition d'une procédure d'assurance qualité

2.1.1 L'assurance qualité à l'officine

L'Ordre des pharmaciens s'est fixé comme objectif de sécuriser les pratiques officinales en instaurant la présence d'un PRAQ (pharmacien responsable assurance qualité) dans chaque officine.(82)

Depuis 2008, l'Ordre a mis en ligne, un outil d'auto-évaluation simple et rapide permettant aux pharmaciens d'évaluer les points forts et les points faibles de leur équipe.(83)

Le pharmacien responsable de l'assurance qualité a pour mission de mettre en place et d'assurer le suivi des procédures « qualités ».(82)

Ces procédures peuvent concerner tous les domaines de la vie officinale : préparation et réception des commandes, préparations magistrales, conseils et délivrances au comptoir, respect de la chaîne du froid... Elles seront mises en application et pourront être amenées à évoluer. L'efficacité des mesures mises en place sera ensuite contrôlée. (82)

2.1.2 Comment rédiger une procédure ?

Dans un premier temps, un risque est identifié. Pour prévenir la survenue de ce risque, une démarche qualité va être proposée. Cela va aboutir à la création d'une procédure. Pour un archivage conforme et une consultation facile, il convient de rédiger la procédure selon un plan type bien défini.

Les éléments devant figurer dans une procédure sont **(82)** :

- Titre de procédure et référence de classement
- Date de la rédaction (éventuellement version si mise à jour)
- Objectifs : ce que l'on cherche à éviter grâce à cette procédure
- Domaine d'application : à quoi s'applique-t-elle ?
- Qui : les personnes de l'officine qui peuvent être amenées à être confrontées à ce problème.
- Où : lieu où s'applique la procédure (au comptoir, au préparatoire)
- Fait quoi : définition des actions
- Quand : au moment où l'on est confronté au risque.
- Comment : déroulement de la démarche.
- Contrôles effectués : si besoin, associer à la procédure des modèles de fiches de relevés ou de contrôles
- Validateur : signature de la personne qui a validé la procédure avant sa mise en circulation
- Émargement : communication à toutes les personnes concernées par son application

2.1.3 Application : Fiche de d'accueil du patient souffrant de céphalées à l'officine

Durant ma dernière année d'étude, j'ai eu l'opportunité de suivre une formation afin d'obtenir le diplôme de PRAQ.

J'ai choisi de me servir de ces compétences acquises afin de proposer une procédure d'assurance qualité pouvant être facilement mise en place dans une officine.

Cette fiche se trouvera en **annexe n°5** et a été rédigée comme suit **(82)** :

Objectifs ? :

- Améliorer la prise en charge du patient migraineux à l'officine
- Prévenir l'abus médicamenteux

- Repérer les symptômes imposant une consultation médicale
- Favoriser le suivi médical du patient migraineux

Qui ? :

L'équipe officinale habilitée à délivrer

Où ? :

Au comptoir

Quand ? :

- A chaque délivrance d'une prescription pour un traitement migraineux
- A chaque plainte des malades mentionnant : mal de tête, mal au crâne, migraine, tête comme dans un étau
- A chaque délivrance d'un antalgique en automédication visant le soulagement de maux de tête.

Comment ? :

Ce paragraphe va présenter les étapes à suivre afin de bien prendre en charge le patient céphalalgique au comptoir.

Nous allons voir dans plusieurs sous – parties comment :

- Accueillir le patient
- Recueillir des renseignements et identifier les besoins
- Établir un programme de prise en charge et résoudre les problèmes
- Dispenser l'information et éduquer le patient
- Conclure

Cette fiche devra être mise en pratique puis être évaluée en vue d'un réajustement.

2.2 Proposition d'une brochure d'information destinée aux patients migraineux

2.2.1 Objectifs

Une brochure d'information est un document écrit d'information qui permet de mettre à disposition des patients, des usagers du système de santé et de leurs proches, une information écrite compréhensible, reposant sur des sources d'information valides.(84)

Ce type de documents a pour but de :

- Compléter l'information orale en permettant au patient de s'y reporter et/ou d'en discuter avec les professionnels de santé
- Accompagner le patient dans la compréhension du but et du déroulement des soins et des examens, des interventions et des différentes étapes du traitement.
- Être utilisé dans des démarches explicites de promotion de la santé, d'éducation pour la santé ou d'éducation du patient, en complément d'autres outils.(84)

2.2.2 Comment élaborer un document écrit d'information selon l'HAS

En Juin 2008, la Haute Autorité de Santé a publié un guide méthodologique « Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé ».(84)

Ce guide décrit les étapes d'élaboration d'un document écrit d'information.

J'ai suivi ces différentes étapes jusqu'à la conception d'une maquette que vous trouverez en **annexe n°6**.

Il faudra tester cette brochure d'information destinée aux patients migraineux auprès d'un échantillon de patients et d'usagers. Puis il restera à finaliser, diffuser et évaluer l'impact de ce document écrit d'information.

2.2.3 Application : Brochure « Infos Migraine : Questions/Réponses »

Dans le cadre de ce travail, la brochure proposée en **annexe n° 6** est destinée à accompagner la délivrance de conseils et/ou d'informations concernant la migraine et plus spécifiquement les thérapeutiques non médicamenteuses validées utilisées dans la migraine. Elle pourra servir de support aux propos du pharmacien et comportera les outils d'aide nécessaire au dépistage, au diagnostic et à l'évaluation du ou des traitements (s).

Cette brochure se présente sous la forme de questions/réponses qui selon mon expérience professionnelle sont les plus fréquemment posées.

Elle est composée de deux faces :

- Une face externe comportant les réponses aux questions suivantes :
 - Avez-vous des conseils pour éviter la survenue de crises ?
 - Qui et quand consulter ?
 - Où puis-je trouver davantage d'infos sur la migraine ?
- Une face interne qui répertorie les réponses aux questions suivantes :
 - Suis-je migraineux ?
 - Quelles sont les causes de la migraine ?
 - Mes crises sont-elles dues à mon alimentation ?
 - Existe-t-il des traitements ?
 - Comment évaluer l'efficacité de mon traitement ?
 - Existe-t-il un risque à prendre trop de médicaments ?
 - Comment savoir si je prends trop de médicaments ?

Cette brochure est optimisée pour la pratique officinale afin que le pharmacien d'officine qui l'utilisera puisse s'en servir comme support à son discours. Le patient pourra garder cette brochure pour une consultation ultérieure.

2.3 Exemples de cas de comptoir

Ces cas de comptoir sont des cas pratiques qui permettent d'illustrer le rôle du pharmacien dans la prise en charge globale du patient migraineux.

Les deux outils proposés lors de ce travail, c'est-à-dire la fiche PRAQ et la brochure seront utilisées.

2.3.1 Cas n° 1 : Le patient migraineux en automédication

2.3.1.1 Présentation du cas

Une jeune femme de 27 ans, qui a récemment emménagé en ville, vient pour la première fois à l'officine. Ne voyant pas le PRONTALGINE ® en rayon, elle interpelle le pharmacien.

Accueillir

« - Bonjour Monsieur, je voudrais de la PRONTALGINE ® s'il vous plaît ?

- Bonjour madame, je suis navré mais depuis le 13 juillet 2017 nous ne pouvons pas délivrer sans ordonnance des médicaments contenant de la codéine.
- Mais comment vais-je faire ? j'ai très mal à la tête et il n'y a que ce médicament qui me soulage.

Recueillir les renseignements et identifier les besoins

- Rassurez – vous nous allons trouver une solution mais pour cela il faut d'abord que je vous pose quelques questions.
- Allez – y, je vous en prie.
- Êtes- vous déjà venue dans cette pharmacie ?
- Non c'est la première fois car je viens d'emménager dans le quartier.
- Je vous souhaite la bienvenue, vous allez bien vous plaire ici car c'est un quartier sympa. Vous me disiez que vous souffrez de maux de têtes. Avez- vous déjà consulté un médecin à cette occasion ?
- Non, car je n'en ai jamais vu l'utilité.
- Depuis combien de temps souffrez-vous de maux de tête ?
- Cela m'arrive assez souvent en ce moment mais aujourd'hui j'ai commencé à avoir mal à la tête en fin de matinée vers 10h30 à mon réveil.
- Comment se traduit votre mal de tête ?
- J'ai mal uniquement au côté droit, comme si on enfonçait un clou chaud à l'aide d'un marteau au-dessus de ma tempe droite.
- Ressentez – vous autre chose ?
- Oui, j'ai la nausée, je n'ai rien pu avaler depuis ce matin.
- Je vais vous poser quelques questions si vos maux de tête sont d'origines migraineuses

Le pharmacien utilise la brochure (**annexe n° 6**) et pose les trois questions de dépistage du patient migraineux.

Au cours des 3 derniers mois, en même temps que vos maux de tête, avez-vous :

4. eu des nausées et/ou vomissements ?
5. été gêné par la lumière ?
6. été limité dans votre capacité à travailler, étudier ou faire ce que vous deviez faire pendant au moins une journée ?

Si au moins 2 réponses sur 3 sont positives, une consultation médicale s'impose car vous souffrez probablement de migraine.

Établir un programme de prise en charge et résoudre les problèmes

Après avoir pris connaissance des réponses au questionnaire, le pharmacien va résumer les symptômes identifiés

- Si j'ai bien compris vous souffrez de céphalées pulsatiles, unilatérales accompagnés de nausées et selon vos réponses j'ai l'impression que vous présentez les symptômes de la migraine.
- Ah si je suis migraineuse cela ne m'étonne pas car ma mère l'est aussi.
- Oui il y a une notion de prédisposition dans cette maladie. Avez-vous déjà pris quelque chose ce matin pour calmer vos maux de tête ?
- Oui, ce matin j'ai pris un comprimé de paracétamol 1000 mg mais qui ne m'a pas soulagé.
- Au regard de la situation, je vous propose donc de prendre tout d'abord un anti nauséeux à base de Métopimazine sous forme de lyoc à laisser fondre dans la bouche 1 à 4 fois par jour et d'aller voir votre médecin le plus tôt possible pour qu'il puisse affirmer le diagnostic et faire le point. Est-ce que cela vous convient ?
- Oui, cela me convient parfaitement car ces maux de tête me gênent de plus en plus dans mes activités et j'ai vu comment cela a gâché la vie de ma mère durant des années. La migraine ne se guérit pas, est – ce bien cela ?

Dispenser l'information et éduquer le patient

- En effet, on ne sait pas guérir la migraine mais on dispose de dispositifs thérapeutiques médicamenteux ou non médicamenteux qui permettent de

diminuer l'intensité, la fréquence et la durée des crises. C'est pour cela qu'il faut consulter un médecin afin de choisir celui qui sera le plus adapté à vos migraines. Je vous propose cette brochure d'information afin que vous puissiez prendre connaissance de manière plus détaillée de tout ce qui concerne la migraine. (Brochure se trouvant en **annexe n° 6**)

- Ah merci beaucoup ! je vais de ce pas la lire tranquillement chez moi.
- Je me permets aussi de vous conseiller de tenir un agenda de crise que vous pouvez débiter dès aujourd'hui. Cet agenda vous sera très utile lors de votre consultation car il permettra à votre médecin d'évaluer rapidement le retentissement de la migraine sur votre vie quotidienne ainsi il pourra juger de la sévérité de vos crises et choisir la stratégie thérapeutique la mieux adaptée à votre cas.

Conclure.

- Merci.
- Avez-vous des remarques ou des questions ?
- Non, vous avez été clair et je vous remercie pour vos conseils et votre écoute.
- C'est normal, je ne fais que mon métier et je reste à votre disposition donc n'hésitez pas à m'appeler si vous en ressentez le besoin.
- D'accord. Merci et à bientôt.
- Merci à vous j'attends votre retour, à bientôt Madame !

2.3.1.2 Rôle du pharmacien d'officine

Le pharmacien a pu dans ce cas :

- Dépister un patient migraineux qui s'ignore.
- Prendre en charge le symptôme associé ici la nausée.
- Orienter vers un médecin généraliste pour confirmer le diagnostic de migraine et instaurer un traitement.
- Prévenir l'abus médicamenteux.

2.3.2 Cas n° 2 : Le patient migraineux avec une prescription de traitement de crise

2.3.2.1 Présentation du cas

Mme R. est une jeune femme de 34 ans, migraineuse depuis l'adolescence.

Pendant une dizaine d'années, elle a traité ses céphalées à l'aide de CODOLIPRANE® et d'EFFERALGAN CODEINE® en automédication. Mais voyant la fréquence et le nombre de ses crises augmenter, son pharmacien lui avait conseillé de consulter son médecin qui lui a prescrit du CLARADOL CAFEINE®. Cette spécialité a soulagé ses céphalées pendant quelques années mais au bout d'un certain temps elle a perdu en efficacité puisque Mme R. était obligée de prendre la dose maximale journalière soit 8 comprimés par jour.

Mme R. s'est donc vue prescrire, l'Elétriptan qui pareil ne fit plus d'effet au bout d'un certain temps.

Depuis quelques temps Mme R. vient avant la date de son renouvellement et demande une boîte d'avance de Rizatriptan.

Le pharmacien va vérifier l'historique de la patiente à l'aide de la carte vitale, grâce au dossier pharmaceutique de la patiente.

Il remarque aussi qu'il y a 2 mois la patiente s'est vu délivrer un anxiolytique (Oxazépam 10 mg) et d'un hypnotique (Zopiclone 3,75 mg).

Le pharmacien apprendra aussi de la patiente qu'elle s'est vue prescrire ces médicaments car elle était très anxieuse par rapport à une mutation professionnelle.

Mais elle n'a pas souhaité poursuivre ce traitement à cause du risque d'accoutumance.

2.3.2.2 Analyse de la prescription

Dr N.

Médecin Généraliste

RPPS : 1 *****

ADELI : 76 *****

Adresse : 2 rue du Général de Gaulle

76000 Rouen

N° téléphone : 02 35 *****

Mme R

34 ans , 75 kg

le 15/12/17

Ibuprofène 400 mg : Prendre 1 comprimé dès les premiers symptômes . Maxi 3 comprimés par jour

Rizatriptan orodispersible 10 mg : 1 lyoc si crise non soulagée par l'ibuprofène . Maxi 2 lyocs par jour

Métopimazine lyoc 7,5 mg : 1 lyoc si nausées . Maxi 4 par jour

A renouveler 2 fois

Dr N



- Pour qui ?
 - Mme R, 34 ans, 75 kg
- Par quel médecin ?
 - Un médecin généraliste
- L'ordonnance est-elle conforme la législation ?
 - Oui. L'ordonnance est conforme à la législation.
- Que comporte la prescription ?
 - Un anti – inflammatoire non stéroïdien, l'ibuprofène indiqué dans le traitement de crise de la migraine pour soulager la douleur liée à la céphalée et à l'inflammation des artères méningées.
 - Un agoniste sélectif des récepteurs sérotoninergiques 5HT1, le Rizatriptan qui est un traitement spécifique de la crise
 - Un anti – émétique qui appartient à la famille des neuroleptiques, la Métopimazine. Elle est sous forme de comprimé orodispersible ce qui permet de maintenir l'efficacité des traitements même en cas de vomissements.
- Est-elle conforme aux référentiels ?

- Oui, la prescription reste conforme aux référentiels.
- Y a-t-il des médicaments à marge thérapeutique étroite ?
 - Non.
- Y a-t-il des contre-indications ?
 - Non.
- Les posologies sont-elles cohérentes ?
 - Oui. Les posologies prescrites correspondent aux posologies maximales à ne pas dépasser chez un adulte concernant l'ibuprofène et la Métopimazine.
 - Concernant le Rizatriptan la posologie prescrite est inférieure à la posologie maximale par jour soit 20 mg.
- Y a-t-il des interactions ?
 - Non.
- Le traitement nécessite-t-il une surveillance particulière ?
 - La tenue de l'agenda de crise est très importante dans le suivi car l'agenda sera utile pour le médecin afin d'adapter le traitement de crise.

2.3.2.3 Rôle du pharmacien d'officine

Le pharmacien devra :

- **S'assurer des modalités de prise :**

Il doit rappeler qu'il est recommandé de débiter le traitement de crise le plus tôt possible.

En effet Mme R. doit prendre l'ibuprofène dès le début des prodromes et éviter de le prendre à jeun.

Si la prise de l'AINS s'avère inefficace, elle doit prendre le Rizatriptan 1 à 2 heures après. Une deuxième prise de Rizatriptan est possible 2 heures après la première prise si et seulement si cette dernière a permis de soulager la crise mais que les symptômes réapparaissent.

Concernant la Métopimazine, elle n'est à prendre que si la crise est associée de nausées et/ou de vomissements. Il est possible de laisser fondre le lyoc dans la bouche ou de le dissoudre dans un demi-verre d'eau.

- **Vérifier les connaissances :**

Le pharmacien doit s'assurer que la patiente connaisse bien les effets secondaires potentiels et qu'elle sache bien les mesures à prendre le cas échéant. Notamment en cas de prolongation du « syndrome des triptans » (sommolence, vertiges, sensation de chaleur diffuse au niveau de la poitrine et de la gorge, augmentation transitoire de la pression artérielle, bouffées de chaleur, douleur ou oppression thoracique) de plus de 1 à 2 heures ou cas d'hypersensibilité à l'ibuprofène.

- **Aider à évaluer :**

- L'efficacité du traitement de crise

Le pharmacien jugera de l'efficacité du traitement de crise à l'aide du questionnaire d'évaluation du traitement de crise.

Il suffit de répondre aux 4 questions suivantes :

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

Il suffit d'une seule réponse négative au questionnaire pour faire réévaluer le traitement.

- L'existence d'un abus médicamenteux

Mme. R semble prendre trop souvent son traitement de crise.

Le pharmacien peut le vérifier à l'aide du questionnaire ci- dessous.

Si vous répondez OUI à 1 de ces questions :

- ✓ Vous consommez **plus de 15 jours/mois** pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, AINS)
- ✓ Vous consommez **plus de 10 jours /mois** pour les autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs)

- L'impact de la migraine sur la qualité de vie

Mme R. pourra remplir tranquillement chez elle l'un des questionnaires évaluant le retentissement de la migraine dans sa vie quotidienne.

- **Orienter vers le médecin**

Mme R. prend son traitement de crise plus de deux fois par semaine et consomme plus de 10 jours par mois le Rizatriptan.

Le pharmacien lui recommande alors de consulter son médecin traitant car son traitement de crise ne semble plus adapté et qu'il existe un risque d'abus médicamenteux.

- **Expliquer l'importance et l'objectif :**

- Du traitement fond

La tâche du pharmacien ici est de souligner le risque de survenue de céphalées d'origine médicamenteuse et d'expliquer le rôle du traitement de fond dans leur prévention.

- De la tenue d'un agenda de crise

L'agenda des crises reste un outil simple et efficace dans le suivi de la migraine.

- **Informé sur l'existence de thérapeutiques non médicamenteuses**

La patiente se dit stressée voire anxieuse mais ne souhaite plus prendre d'anxiolytiques. Le pharmacien peut alors lui suggérer des thérapeutiques non médicamenteuses à essayer comme la relaxation, le biofeedback ou les TCC pour l'aider à mieux gérer son stress.

2.3.3 Cas n° 3 : Le patient migraineux avec une prescription de traitement de fond

2.3.3.1 Présentation du cas

Mr X vient à la pharmacie avec une nouvelle ordonnance émanant d'un neurologue. En effet malgré l'efficacité de son traitement de crise, Mr X. a vu la fréquence de ses crises augmentée, son médecin traitant a alors préféré qu'il consulte un spécialiste. Ce dernier a choisi d'instaurer un traitement de fond.

Dr M.
Neurologue
76...

Mr X
40 ans, 75 kg
Le 15/02/18

Propranolol 40 mg : ½ cp matin et soir pendant 15 jours puis 1 cp 2 fois par jour. QSP 1 mois à renouveler 2 fois.

Poursuivre le traitement de crise ainsi que les séances de thérapies cognitivo-comportementales de gestion de stress.

Dr M



2.3.3.2 Analyse de la prescription

- La prescription est- elle conforme aux référentiels ?
 - Oui.
- Existe-t-il des contre-indications ?
 - Non, il n'y a pas de contre- indications car Mr X. ne présente pas d'antécédents d'asthme, de maladie de Raynaud ou d'arythmie cardiaques.
- Existe-t-il des interactions ?
 - Non, le patient ne prend aucun autre traitement particulier à part son traitement de crise.
- Quels sont les principaux effets indésirables ?
 - Le Propranolol est un bêtabloquant qui peut induire une hypotension, une asthénie transitoire, des essoufflements, des cauchemars ainsi qu'un refroidissement des extrémités.

2.3.3.3 Rôle du pharmacien d'officine

Le pharmacien devra conseiller de :

- Ne jamais interrompre brutalement le traitement.
- Prendre le comprimé tous les jours à heure fixe.
- Tenir un agenda de crise car l'efficacité du traitement sera évaluée au bout de 3 mois : la fréquence des crises devrait avoir diminué de 50%.
- Se renseigner sur les thérapeutiques non médicamenteuses qui sont validées dans la prise en charge de la migraine.
- Prendre un rendez-vous afin qu'il puisse s'entretenir de manière plus approfondie avec le patient lors d'un entretien pharmaceutique. Lors de cet entretien le pharmacien pourra aider le patient à s'appropriier et à adhérer à son traitement et évaluer son appropriation et ces connaissances sur celui-ci.

Conclusion

Les répercussions négatives de la migraine sur la qualité de vie, peuvent être réduites en améliorant la prise en charge du patient migraineux, notamment **en associant les moyens « médicamenteux » et « non médicamenteux »**.

En effet, dans la prise en charge globale de la migraine, **les thérapeutiques non médicamenteuses sont primordiales**, du fait de la présence et du rôle des facteurs psychopathologiques dans les céphalées migraineuses.

Vu sous cet angle, **l'implication du pharmacien d'officine est indispensable** car son rôle va bien au-delà de la simple délivrance. Il est aussi un acteur incontournable dans la coordination des soins.

Son rôle prend alors tout son sens dans **la mise en place et la promotion des thérapeutiques non médicamenteuses**.

Pour cela, il doit **mettre à niveau ses connaissances** afin d'apporter une information claire et précise et adopter une démarche éducative vis-à-vis du patient migraineux.

Le but étant d'être capable d'encadrer, de répondre aux questions, d'accompagner, de renseigner, d'orienter vers les autres professionnels de santé qualifiés, d'écouter et de conseiller ces patients.

C'est dans cette perspective que la procédure d'assurance qualité et la brochure réalisées au cours de cette thèse constituent des propositions de support pour aider le pharmacien dans l'accompagnement du patient migraineux. Néanmoins, **leur intérêt pratique pourra être étudié quelques mois après leur diffusion en officine**.

N'oublions pas que le contexte actuel de la profession doit pousser le pharmacien d'officine à mettre impérativement en avant toutes ses compétences notamment celle d'éducateur thérapeutique.

Références bibliographiques

1. **Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Chautard M, Lucas C.** Migraine and probable migraine – results of FRAMIG 3, a French nation wide survey carried out according to the 2004 IHS classification. *Cephalalgia*. 1 Déc 2005; 25(12) :1146-58.
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. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. Sept 2013; 14(4) :165-80.
3. **Lévy-Chavagnat D.** La migraine, une céphalée primitive particulière. *Actual Pharm*. Janv 2011; 50(502) :12-7.
4. **IHS.** The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version). Consulté le 11 Janv 2017.
Disponible sur : <https://www.ichd-3.org/>
5. **Géraud G, Donnet A.** Migraine et hypothalamus. *Rev Neurol (Paris)*. Mai 2013; 169(5) :372-9.
6. **Somjen GG, Aristides Leão's.** Discovery of cortical spreading depression. *J Neurophysiol*. 1 Juill 2005; 94(1) :2-4.
7. **Géraud G.** Physiopathologie de la migraine. *Douleur Analgésie*. 1 Sept 2010; 23(3) :126-32.
8. **Durham PL.** Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) and Migraine. *Headache*. Juin 2006; 46(Suppl 1) :3-8.
9. **Hargreaves RJ, Shepherd SL.** Pathophysiology of Migraine — New Insights. *Can J NeurolSci*. Nov 1999; 26(3) :12-9.
10. **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 : aspects cliniques et économiques Synthèse des recommandations [Internet]. Consulté le 20 Oct 2016. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synthese_2006_11_27__10_56_45_403.pdf
11. **Némirovsky B.** Dossier migraine. *Concours Méd*. Oct 2015; 137(8) :614-45.
12. **Michel Lanteri-Minet, Dominique Valade, Gilles Géraud, Lucas Christian, Anne Donnet.** Migraine chez l'adulte et chez l'enfant. *Rev Prat Médecine Générale*. Avr 2013; 27(899) :1-9.
13. **HAS.** Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques Recommandations [Internet]. Consulté le 20 Oct 2016. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synthese_2006_11_27__10_56_45_403.pdf
14. **Géraud G, Fabre N.** *Guide pratique des migraines et céphalées*. Paris, France : Masson : MMI éd.; 2001. 412 p.

15. **VIDAL.** Les traitements des migraines [Internet]. Consulté le 1 Déc 2017.
Disponible sur : <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/douleurs-fievres/maux-tete-migraine.html>
16. **Lanteri-Minet M, Demarquay G, Alchaar H, Bonnin J, Cornet P, Douay X, et al.** Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CCQ) — Prise en charge d'une CCQ chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique. Recommandations de la SFEMC, de l'ANLLF et de la SFETD. *Douleur Analgésie*. 9 sept 2014; 27(3) :163-80.
17. **Henry F.** Céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux : lutter ou accepter ? *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. Déc 2011; 12(6) :321-2.
18. **Lantéri-Minet M.** Céphalées par abus médicamenteux. *Rev Neurol (Paris)*. Juill 2005; 161(6-7) :725-8.
19. **IHS.** The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 1 Juill 2013; 33(9) :629-808.
20. **Saper JR, Lake AE.** Borderline Personality Disorder and the Chronic Headache Patient : Review and Management Recommendations. *Headache J Head Face Pain*. 1 Juill 2002; 42(7) :663-74.
21. **HAS.** CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge [Internet]. Consulté le 28 Janv 2018].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272365/fr/ccq-cephalees-chroniques-quotidiennes-diagnostic-role-de-l-abus-medicamenteux-prise-en-charge
22. **CESH.** Historique du stress [Internet]. Consulté le 2 Nov 2017.
Disponible sur : <http://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/historique-du-stress.html>
23. **Folkman S.** Stress : Appraisal and Coping. In : *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. Springer, New York, NY; 2013 Consulté le 28 janv 2018]. p. 1913-5.
Disponible sur : https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
24. **Lazarus RS.** From Psychological Stress to the Emotions : A History of Changing Outlooks. *Annu Rev Psychol*. 1993; 44(1) :1-22.
25. **Folkman S, Lazarus RS.** The relationship between coping and emotion : implications for theory and research. *Soc Sci Med* 1982. 1988; 26(3) :309-17.
26. **Radat F.** Stress et migraine. *Rev Neurol (Paris)*. 1 mai 2013; 169(5) :406-12.
27. **Chabriat H, Danchot J, Michel P, Joire JE, Henry P.** Precipitating factors of headache. A prospective study in a national control-matched survey in migraineurs and nonmigraineurs. *Headache*. Mai 1999; 39(5) :335-8.
28. **Zivadinov R, Willheim K, Sepic-Grahovac D, Jurjevic A, Bucuk M, Brnabic-Razmilic O, et al.** Migraine and tension-type headache in Croatia : a population-based survey of precipitating factors. *Cephalalgia Int J Headache*. Juin 2003; 23(5) :336-43.
29. **Kelman L.** The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia*. 1 Mai 2007; 27(5) :394-402.

30. **Köhler T, Haimerl C.** Daily stress as a trigger of migraine attacks : results of thirteen single-subjectstudies. *J Consult Clin Psychol.* Déc 1990; 58(6) :870-2.
31. **Levor RM, Cohen MJ, Naliboff BD, McArthur D.** Psychosocial precursors and correlates of migraine headache. *Pain.* 1 Févr 1987; 28(2) :280.
32. **Schoonman GG, Evers DJ, Ballieux BE, de Geus EJ, de Kloet ER, Terwindt GM, et al.** Is stress a trigger factor for migraine ? *Psychoneuroendocrinology.* 1 Juin 2007; 32(5) :532-8.
33. **Hashizume M, Yamada U, Sato A, Hayashi K, Amano Y, Makino M, et al.** Stress and psychological factors before a migraine attack : A time-based analysis. *Biopsychosoc Med.* 18 Sept 2008; 2 :14.
34. **Spierings ELH, Sorbi M, Maassen GH, Honkoop PC.** Psychophysical Precedents of Migraine in Relation to the Time of Onset of the Headache : The Migraine Time Line. *Headache J Head Face Pain.* 1 Avr 1997; 37(4) :217-20.
35. **Mehran F.** 16 - L'auto-efficacité. In : *Psychologie positive et personnalité* [Internet]. Paris : Elsevier Masson; 2010 Consulté le 24 sept 2017. p. 137-45.
Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294704918000162>
36. **Marlowe N.** Self-efficacy moderates the impact of stressful events on headache. *Headache.* oct 1998; 38(9) : 662-7.
37. **Imbe H, Iwai-Liao Y, Senba E.** Stress-induced hyperalgesia : animal models and putative mechanisms. *Front Biosci J Virtual Libr.* 2006; 11 : 2179-92.
38. **Pielsticker A, Haag G, Zaudig M, Lautenbacher S.** Impairment of pain inhibition in chronic tension-type headache. *Pain.* 1 Nov 2005; 118(1) : 215-23.
39. **Maier SF.** Bi-directional immune-brain communication : Implications for understanding stress, pain, and cognition. *Brain Behav Immun.* 1 Avr 2003; 17(2) : 69-85.
40. **Granello F, Sances G, Zanferrari C, Costa A, Martignoni E, Manzoni GC.** Migraine Without Aura and Reproductive Life Events : A Clinical Epidemiological Study in 1300 Women. *Headache J Head Face Pain.* 1 Août 1993; 33(7) :385-9.
41. **De Benedittis G, Lorenzetti A, Fieri A.** The role of stressful life events in the onset of chronic primary headache. *Pain.* 1 Janv 1990; 40(1) :65-75.
42. **Hassinger HJ, Semenchuk EM, O'Brien WH.** Appraisal and Coping Responses to Pain and Stress in Migraine Headache Sufferers. *J Behav Med.* 1 Août 1999; 22(4) :327-40.
43. **Breslau N, Andreski P.** Migraine, Personality, and Psychiatric Comorbidity. *Headache J Head Face Pain.* 1 Juill 1995; 35(7) :382-6.
44. **Servant D.** Chapitre 6 - Gestion du stress : principes et indications. In : *Gestion du Stress et De L'anxiété* (3e édition) [Internet]. Paris : Elsevier Masson; 2012 Consulté le 27 sept 2017. p. 105-19.
Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294713125000065>
45. **CNRD.** Le plan de lutte contre la douleur [Internet]. Consulté le 3 Oct 2017. Disponible sur : <https://www.cnr.fr/Le-plan-de-lutte-contre-la-douleur.html>
46. **HAS.** Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses

validées [Internet]. Consulté le 29 sept 2017.

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

47. **CEPS.** Notre organisation [Internet]. Consulté le 3 Oct 2017.

Disponible sur : <http://www.cepsplatform.eu/notre-organisation/>

48. **CEPS.** Plateforme CEPS : un hub méthodologique en recherche interventionnelle non médicamenteuse [Internet]. Consulté le 3 Oct 2017.

Disponible sur : <http://www.cepsplatform.eu/>

49. **CEPS.** Définition des INM [Internet]. Consulté le 3 Oct 2017.

Disponible sur : <http://www.cepsplatform.eu/iceps-news/inm/>

50. **OMS.** Médecine traditionnelle : définitions [Internet]. Consulté le 6 Nov 2017.
Disponible sur : http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/

51. **OMS.** Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. Consulté le 28 Janv 2018.

Disponible sur : http://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/fr/

52. **Rengade C-E, Amouroux R, Pomini V.** Les thérapies cognitives et comportementales sont-elles scientifiques ? *J Thérapie ComportCogn.* 1 Mars 2017; 27(1) :1-7.

53. **CEPS.** iCEPS Conference 2017 [Internet]. Consulté le 8 janv 2018.

Disponible sur : <http://www.cepsplatform.eu/iceps-conference-2017/>

54. **Servant D.** 1 - Apports des principales techniques de relaxation et de méditation. In : *La relaxation.* 2ème. Paris : Elsevier Masson; 2015. p. 1-53.

55. **Durand de Bousingen R.** *La relaxation.* 10ème édition. Paris : Presses Universitaires de France; 1996. 126 p. (Que sais-je).

56. **Drouet, Jean-loup.** Biofeedback : Informations complètes en français [Internet]. Consulté le 6 Nov 2017.

Disponible sur : <http://www.biofeedback.fr/index.html>

57. **AAPB.** About Biofeedback - Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback [Internet]. Consulté le 6 Nov 2017.

Disponible sur : <https://www.aapb.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3441>

58. **Drouet, Jean-Loup.** Biofeedback : Résumé : les points à retenir. [Internet]. Consulté le 6 Nov 2017.

Disponible sur : <http://www.biofeedback.fr/resume.html>

59. **ADNF.** Contenu, coût et organisation des séances de neurofeedback [Internet]. Consulté le 6 Nov 2017.

Disponible sur : https://www.adnf.org/seances_neurofeedback.htm

60. **UNPND.** Praticiens de neurofeedback dynamique [Internet]. 2013. Consulté le 6 Nov 2017.

Disponible sur : <http://www.upnd.fr/praticiens-de-neurofeedback-dynamique/>

61. **ADNF.** Annuaire des praticiens de neurofeedback [Internet]. Consulté le 6 Nov 2017. Disponible sur : https://www.adnf.org/neurofeedback_directory.htm#france
62. **Cottraux J.** *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. 6ème. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson; 2017.
63. **Nestoriuc Y, Martin A.** Efficacy of biofeedback for migraine : a meta-analysis. *Pain*. mars 2007; 128(1-2) :111-27.
64. **Cazard-Fillette C, Wood C, Bioy A, Marchand S.** Vaincre la douleur par l'hypnose et l'auto-hypnose. Ivernois J-F d', éditeur. Paris, France : Editions Vigot, DL 2016; 2016. 125 p.
65. **Mubiri M-A, Richard M, Bioy A.** Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. Juin 2015; 16(3) :116-23.
66. **Zaza C, Baine N.** Cancer Pain and Psychosocial Factors : A Critical Review of the Literature. *J Pain Symptom Manage*. 1 Nov 2002; 24(5) :526-42.
67. **FEPS.** Qu'est ce que la sophrologie ? [Internet]. Consulté le 26 Oct 2017. Disponible sur : <http://feps-sophrologie.fr/quest-ce-que-la-sophrologie.html>
68. **Solano C.** Acupuncture [Internet]. 2012. Consulté le 26 Oct 2017. Disponible sur : http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=acupuncture_th
69. **Derbré S, Lamassiaude-Peyramaure S.** Prise en charge alternative de la migraine. *Actual Pharm*. Mars 2011; 50(504) :46-8.
70. **Ministère des Solidarités et de la Santé.** Les médicaments homéopathiques [Internet]. 2016 Consulté le 9 Oct 2017. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/le-circuit-du-medicament/article/les-medicaments-homeopathiques>
71. **Masson J-L.** *L'homéopathie de A à Z*. Paris, France : Marabout, DL 2012; 2012. 315p.
72. **Roux F.** *Conseil homéopathique à l'officine*. Technique & documentation; 2001.
73. **Passeportsante.** 10 plantes pour soulager le mal de tête [Internet]. 2014. Consulté le 8 Janv 2018. Disponible sur : <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=10-plantes-soulager-mal-de-tete>
74. **Roux-Sitruk D, Quemoun A-C.** *Phytothérapie et homéopathie : conseils et associations possibles*. Les éditions Le moniteur de pharmacie. (Pro-Officina).
75. **ARKOPHARMA.** Migrastick [Internet]. Consulté le 29 Janv 2018. Disponible sur : <https://www.arkopharma.com/fr-FR/migrastick>
76. **Chastel F.** *Prise en charge de la migraine à l'officine*. [Lyon 1] : Claude Bernard - Lyon 1; 2012.
77. **Cespharm.** Rôle du pharmacien [Internet]. Consulté le 9 Janv 2018. Disponible sur : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role->

du-pharmacien

78. **Dousset V.** *Principales échelles en pratique neurologique courante pour la prise en charge de la migraine et des douleurs neuropathiques.* EMC. 2008;

79. **Petit F, Redonnet C.** *Education thérapeutique & conseil à l'officine.* Maloine; 2002. (Professions de santé).

80. **Sandrin-Berthon B.** Education thérapeutique : concepts et enjeux. *ADSP.* 2009;(66) :10-5.

81. **Giaccone M, Baratta F, Allais G, Brusa P.** Prevention, education and information : the role of the community pharmacist in the management of headaches. *Neurol Sci.* 1 mai 2014; 35(1) :1-4.

82. **Costedoat M, Sarraute-Soletchnik C.** La qualité en pratique : pas à pas vers une démarche réussie. *Le Moniteur des pharmacies* .2009. 187 p.

83. **CNOP.** Diagnostic thématique : assurance qualité [Internet]. Consulté le 24 Nov 2017.

Disponible sur : http://www.eqo.fr/diagnostic/themes/assurance_de_la_qualite/81029

84. **HAS.** Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. 2008.

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_430286/fr/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante?portal=r_1482172

Annexes

Annexe n°1 : Echelle HIT-6



Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées – <http://sfemc.fr>

HIT-6™ QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TÊTE

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.

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

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A Tout le temps

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

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A Tout le temps

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

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A Tout le temps

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

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A Tout le temps

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

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A Tout le temps

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

N Jamais
 R Rarement
 S De temps en temps
 V Très souvent
 A Tout le temps

COLONNE 1 (6 points par réponse)
 COLONNE 2 (8 points par réponse)
 COLONNE 3 (10 points par réponse)
 COLONNE 4 (11 points par réponse)
 COLONNE 5 (13 points par réponse)

Pour calculer votre score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne. Veuillez montrer les résultats de ce questionnaire (HIT-6) à votre médecin

Score Total

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 n°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

Annexe n°3 : Echelle HAD



Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées – <http://sfemc.fr>

Date :

Echelle HAD

<p>(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <p>3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais</p>	<p>(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p>3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais</p>
<p>(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <p>0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus</p>	<p>(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <p>0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent</p>
<p>(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p>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</p>	<p>(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <p>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</p>
<p>(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :</p> <p>0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout</p>	<p>(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout</p>
<p>(5-A) Je me fais du souci :</p> <p>3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement</p>	<p>(12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</p> <p>0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais</p>
<p>(6-D) Je suis de bonne humeur :</p> <p>3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps</p>	<p>(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais</p>
<p>(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <p>0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais</p>	<p>(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :</p> <p>0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement</p>

Score A :

Score D :

Score total : (à remplir par le médecin)

Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées – <http://sfemc.fr>

Annexe n°4 : Exemple d'agenda de crise

AGENDA DE LA MIGRAINE (semestre)

J																				
	D	I	FD	Médicaments																
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 : durée, I : intensité, choisir : L = légère, M = modérée, S = sévère, FD : facteur déclenchant, Médicament : indiquer le nom et la dose des traitements de crise utilisés

Annexe N°5 : Fiche de Procédure d'assurance qualité : Accueil du patient souffrant de céphalée à l'officine

Dénomination et Adresse de la pharmacie

Domaine :	Dispensation	Version	1
		Date	15/02/2018
Rédacteur :	ABRIN Astrid Pharmacien PRAQ	Valideurs :	
Référentiel :	VIDAL		

Procédure d'accueil du patient souffrant de céphalée à l'officine

Objectifs ? :

- Détecter un patient migraineux qui s'ignore
- Améliorer la prise en charge du patient migraineux à l'officine
- Prévenir l'abus médicamenteux
- Repérer les symptômes imposant une consultation médicale
- Favoriser le suivi médical du patient migraineux
- Orienter vers une consultation médicale si besoin

Qui ? :

L'équipe officinale habilitée à délivrer :

- Pharmacien,
- Préparateur,
- Etudiant en pharmacie ayant validé son stage de 6 semaines d'initiation à la Pratique officinale,
- Elève préparateur sous le contrôle d'un pharmacien.

Où ? :

Au comptoir

Quand ? :

- A chaque délivrance d'une prescription pour un traitement migraineux
- A chaque plainte des malades mentionnant : mal de tête, mal au crâne, migraine, tête comme dans un étai
- A chaque délivrance d'un antalgique en automédication visant le soulagement de maux de tête.

Comment ? :

Accueil

1. Se présenter et proposer son aide
2. Déterminer qui est le destinataire de la spécialité non prescrite
3. Poser quelques questions afin d'évaluer le problème et trouver la meilleure solution

Recueil des renseignements et identification des besoins

1. Cas du patient présent

- a. Déterminer si le patient a déjà consulté un professionnel de santé (médecin ou pharmacien) pour ses maux de têtes.
- b. Déterminer l'historique des maux de têtes

« Depuis combien de temps ressentez-vous ces maux de têtes ? »

« Cela est-il habituel ? »

« La survenue de vos maux de tête s'effectue par crise sur des périodes douloureuses durant 4 à 72 heures entre lesquelles vous n'avez pas mal à la tête ? »

- c. Demander une description des symptômes en posant quelques questions :
 - Avez-vous mal à la tête d'un seul côté ou en tous cas plus mal d'un côté que de l'autre ?
 - Votre mal de tête bat-il comme votre cœur, au rythme de votre cœur ?
 - Votre mal de tête vous empêche-t-il de travailler, de faire le ménage, les courses, de promener le chien, en bref d'avoir vos activités habituelles ?
 - Votre mal de tête augmente-t-il quand vous faites un effort ?
 - Pendant les crises : avez-vous des nausées ?
 - Vous vomissez ?
 - La lumière et/ou le bruit vous semblent- t-il(s) pénible(s) ?

En fonction des réponses du patient : vous pouvez déduire si vous êtes face ou non à un patient migraineux et ainsi adapter votre conseil thérapeutique.

d. Demander s'il a déjà pris un traitement antérieur

« Avez-vous déjà pris quelque chose récemment ? » « Est-ce que cela a été efficace ? »

2. Cas du patient non présent

a. Déterminer son âge en premier lieu

« Est-ce un adulte ou un enfant ? »

b. Vérifier s'il existe un « dossier patient » et si oui le consulter

« Est-il déjà venu à la pharmacie ? »

c. Mener une rapide investigation concernant l'historique médicamenteux si le patient est nouveau

« Prend-il un traitement particulier un ce moment ? »

« A-t-il déjà eu des réactions en prenant certains médicaments ? »

« Souffre – t- il d'une affection telle que le diabète, l'hypertension, un problème cardiaque, un ulcère, etc. ? »

Etablissement d'un programme de prise en charge et résolutions du problème

a. Résumer les symptômes identifiés

« Si j'ai bien compris ce que vous m'avez décrit vous souffrez de : céphalées
« pulsatiles », « unilatérales », « accompagnées de nausées et de vomissements »,
« vous empêchant de poursuivre vos activités parfois » etc.

« J'ai l'impression que vous présentez les symptômes d'une migraine ... »

b. Discuter des problèmes et les hiérarchiser

« J'ai besoin de vous poser quelques questions supplémentaires ... »

« Je propose que l'on procède par étapes : ... »

c. Trouver un accord sur la stratégie thérapeutique à suivre

- Si aucune spécialité ne semble être appropriée et que la consultation d'un médecin est nécessaire :

« Au regard de la situation, je pense qu'il est préférable de ne rien prendre tout de suite, et d'aller voir votre médecin le plus tôt possible »

- Si une spécialité semble nécessaire :

« Je peux vous proposer différentes solutions pour gérer au mieux votre problème ... »

« Est- ce que cela vous convient ? »

d. Elaborer un programme

« Bien, selon notre entretien, vous devriez en parler à votre médecin /prendre cette spécialité /suivre les conseils hygiéno-diététiques que je vous ai suggérées, en plus de la spécialité... »

Dispensation d'informations et éducation du patient

a. Expliquer brièvement ce qu'est la migraine

« Je vous propose une brochure afin que vous puissiez prendre connaissance de manière plus précise la définition de la migraine »

b. Proposer des thérapeutiques non médicamenteuses, quand cela est approprié

« Il existe des méthodes qui ne nécessitent pas la prise de médicaments, dans votre cas il me semble opportun de vous proposer ce document regroupant toutes ces thérapeutiques ...Je reste à votre entière disposition pour plus de précisions... »

« Je vous conseille de tenir un agenda des crises afin de repérer les facteurs pouvant déclencher vos maux de têtes, je peux vous en donner un déjà tout fait »

« Vous allongez au calme dans le noir peut calmer un début de crise »

c. Conseiller un produit si cela est nécessaire

« En attendant votre rendez-vous avec votre médecin, je recommande de prendre un comprimé de paracétamol 1 gramme tout de suite, cela peut soulager la douleur »

d. Motiver et encourager le patient

« Un traitement de fond approprié peut espacer les crises voire empêcher leur déclenchement, ne vous découragez pas »

e. Dispenser l'information concernant une spécialité : Nom, indications, durée de traitement, posologie, effets indésirables

« Cette boîte d'ibuprofène 400 mg est un anti- inflammatoire qui pour but de soulager votre inflammation et votre douleur. Vous allez prendre un comprimé 3 fois par jour, au cours d'un repas de préférence, afin d'éviter tout risque d'ulcère à l'estomac. »

f. Discuter des résultats attendus et du suivi à effectuer

« Vous devriez avoir moins mal à la tête dans les 30 minutes qui suivent la prise du comprimé. »

« Si cela persiste plus de ... jours ou si cela s'aggrave (donner des exemples de signes d'aggravation), consultez votre médecin. »

Conclusion

a. Synthétiser les points importants

« Notre entretien touche à sa fin, avez des questions ou des remarques ? »

b. Demander au patient de reformuler ce qu'il a compris afin de juger de sa compréhension

« Afin de m'assurer que j'ai bien été clair dans mes explications, pouvez me dire comment vous allez prendre de médicament ? »

c. Montrer votre disponibilité en encourageant le patient à vous contacter si des questions ou des problèmes surgissent

« Je reste à votre disposition, si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à appeler »

d. Organiser un suivi

« J'attends votre retour ... »

NB : Afin de réévaluer la procédure elle devra être mise en place puis mise à jour en fonction données et recommandations actuelles.

Annexe N°6 : Brochure d'informations : Infos Migraine : Questions / Réponses

Face externe :

Avez-vous des conseils pour éviter la survenue de crise ?

- ✓ Evitez les facteurs déclencheurs
- ✓ Réduisez votre stress
- ✓ Adoptez de bonnes habitudes de sommeil
- ✓ Faites du sport régulièrement
- ✓ Tenez un journal de vos maux de tête

Qui consulter ?

Pour tous les patients :

Médecin traitant : confirme le diagnostic de migraine et instaure le traitement

Sur conseil du médecin :

- o Neurologue
- o Consultation spécialisée céphalées

Quand consulter ?

- Validation du diagnostic de migraine
- Mal de tête inhabituel
- Inefficacité du traitement de crise
- Abus médicamenteux
- Désir de grossesse ou contraception
- Instauration d'un traitement de fond

Où puis-je avoir d'avantages d'infos sur la migraine ?

www.sfemc.fr : Site de la Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées .

Informez-vous et prenez le contrôle !

Quelles sont les thérapeutiques non médicamenteuses validées dans la prise en charge de la migraine?

Certaines techniques complémentaires du traitement médicamenteux, ont prouvé leur efficacité. Quelques exemples :

- **Les techniques de relaxation**

Ces techniques permettent de faire diminuer le niveau d'alerte du corps tout en améliorant la capacité de gestion du stress.

- **Le biofeedback**

C'est un procédé qui permet d'apprendre à modifier son activité physiologique dans le but d'améliorer sa santé et ses performances.

- **Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**

Ces thérapies ont pour but de remplacer les idées erronées, négatives sur la maladie et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions correspondant à la réalité.

 UNIVERSITE DE ROUEN
Par Astrid ABRIN dans le cadre Th. D.Pharm,Rouen 2018, « Place des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge globale de la migraine : rôle du pharmacien d'officine »

INFOS MIGRAINE
Questions / Réponses



Quelques chiffres ?

- 8 à 10 millions de migraineux en France
- 1 adulte sur 5
- 12% de la population active
- 18 millions de jours d'arrêt de travail
- 82 % des migraineux non suivis

Face interne :

Questions fréquemment posées à propos de la migraine :

Suis-je migraineux ?

Au cours des 3 derniers mois, en même temps que vos maux de têtes, avez-vous :

1. Eu des nausées et/ou des vomissements ?
2. Été gêné par la lumière et/ou le bruit ?
3. Été limité dans votre capacité à travailler ; étudier ou faire ce que vous devriez faire pendant au moins une journée ?

Si au moins 2 réponses sur 3 sont positives, une consultation médicale s'impose car vos maux de têtes sont probablement de types migraineuses.

Quelles sont les causes de la migraine ?

La migraine est une maladie provoquant des crises de céphalées.

Mes crises sont-elles dues à mon alimentation ?

Certains aliments peuvent déclencher une crise mais il existe aussi d'autres facteurs déclencheurs comme : le mode de vie, les facteurs sensoriels (bruit, lumière), les facteurs hormonaux (menstruations, grossesse). La tenue d'un agenda vous aidera à mieux repérer les facteurs déclencheurs de vos crises.

Existe-t-il des traitements ?

Il existe des *traitements* ...

- *de crise*, pris au début de la crise dans le but de faire diminuer la douleur et les signes associés
- *de fond*, pris quotidiennement pendant plusieurs mois, leur objectif est de réduire la fréquence des crises, il peut en diminuer l'intensité et la durée.

« Depuis que je suis suivi pour ma migraine , je la vis mieux »

Comment évaluer l'efficacité de mon traitement de crise ?

En répondant aux questions suivantes :

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

Si vous répondez NON à au moins 1 question : Faites réévaluer votre traitement par le médecin



Existe-t-il un risque à prendre trop de médicaments ?

Oui, la prise régulière de médicaments analgésiques peut conduire à un cercle vicieux : plus on consomme d'analgésiques , plus on en devient dépendant .

Conséquence : une céphalée chronique d'origine médicamenteuse peut s'installer .

Comment savoir si je prends trop de médicaments ?

Si vous répondez OUI à 1 de ces questions :

- ✓ Vous consommez plus de 15 jours/mois pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, AINS)
- ✓ Vous consommez plus de 10 jours/mois pour les autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs)

Serment de Galien

Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et mes condisciples.

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.



ABRIN Astrid

Place des thérapeutiques non médicamenteuses dans la prise en charge globale de la migraine : Rôle du pharmacien d'officine.

Th. D.Pharm, Rouen 2018, 122p.

RESUME: La migraine est une maladie dont souffre près de 10 millions de français. Elle impacte négativement la qualité de vie des patients ainsi que la société .

L'objectif de ce travail est de montrer comment le pharmacien d'officine peut améliorer la prise en charge globale de la migraine en devenant un acteur actif dans la promotion des thérapeutiques non médicamenteuses .

Dans un premier temps, nous ferons un rappel des connaissances actuelles sur la migraine (clinique, physiopathologie, traitement médicamenteux). Dans une deuxième partie, nous expliquerons en quoi l'approche complémentaire, c'est à dire la prise en charge psycho-comportementale de la migraine grâce aux thérapeutiques non médicamenteuses est primordiale dans le traitement du patient migraineux. Et enfin dans une dernière partie, nous expliciterons le rôle que peut jouer le pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé de 1^{er} recours dans la prise en charge globale de la migraine.

MOTS CLES : Migraine – Céphalée chronique quotidienne – Stress - Thérapeutique non médicamenteuse – Pharmacien d'officine – Prise en charge globale – Approche complémentaire

JURY :

Président du jury : *M. Gilles GARGALA, MCUPH (HDR)*

Directrice de thèse : *Mme Evelyne GUEGAN-MASSARDIER, Neurologue*

Membres du jury : *Mme Nathalie DOURMAP, Maitre de conférences*

M. Matthieu DRUEL, Docteur en pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : le 15 février 2018