ANNEE 2018 NUMERO : 2018-19

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Evaluation des pratiques de gestion d'une crise chez les patients migraineux sans aura.

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT
SPECIALITE : MEDECINE GENERALE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 22 MARS 2018

PAR

Hélène SCHILDKNECHT

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

JUGES : Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN
Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT
Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL
Monsieur le Docteur Youssef BENNIS

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX

ANNEE 2018

NUMERO : 2018-19

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Evaluation des pratiques de gestion d'une crise chez les patients migraineux sans aura.

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT
SPECIALITE : MEDECINE GENERALE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 22 MARS 2018

PAR

Hélène SCHILDKNECHT

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

JUGES : Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN
Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT
Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL
Monsieur le Docteur Youssef BENNIS

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique)

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Veuillez recevoir mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Anatomie et cytologie pathologique)

Les années ont passé depuis mon stage de Master dans votre service, vous avez amicalement accepté de faire partie de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Neurochirurgie)

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

Recevez ici l'expression de ma plus grande estime.

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
(Exploration fonctionnelle du système nerveux)

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en suis très reconnaissante.

Soyez assuré de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Pharmacologie clinique)

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger.
Veuillez trouver ici l'expression de ma haute considération.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Marie-Claude LELEUX

Médecin Généraliste

Présidente du Collège des généralistes Enseignants de Picardie

Je vous remercie et vous suis très reconnaissante pour l'intérêt que vous avez tout de suite porté sur mon sujet ainsi que pour votre investissement dans le suivi et la relecture de mon travail.

A Nicolas. Merci pour ces quatre belles années de complicité déjà passées ensemble. A la suite de cette aventure, avec la famille que nous sommes en train de construire.

A mes parents. Pour votre écoute et votre soutien tout au long de mes études, mais aussi pour l'éducation que vous nous avez donnée. Profitez bien de votre retraite et de votre bientôt nouveau rôle de Grands-Parents !

A Pierre et François, pour les joies de chahuter avec ses frères et votre bienveillance envers votre petite sœur.

A Martine et Robert. Merci pour votre accueil et votre générosité, je sais déjà que vous serez de formidables Papy, Mamie !

A mes cousins(es), oncles et tantes. Malgré les distances qui nous séparent entre la Suède, le Maroc, le Canada, le Sud et la Bretagne ! Cela est toujours un plaisir de passer du temps ensemble et d'avoir une famille qui reste unie.

A mes grands-parents. Pépé et Mamie pour tous les bons moments passés en famille à Aumale autour d'une choucroute Alsacienne. Papy, je sais que tu aurais été fier de voir ta petite fille devenir Docteur, comme tu l'as été. Je pense à vous.

A mes amis de la fac et de l'extérieur et mes collègues de stage, sans qui les études et les révisions à la BU n'auraient pas été les mêmes !

A mes professeurs du Département de Médecine Générale d'Amiens pour leurs conseils lors de l'élaboration de mon sujet de thèse.

A Madame Caroline De Pauw, Directrice de l'URPS Médecins Libéraux Hauts de France pour son aide précieuse.

Aux médecins et aux équipes qui m'ont accueillie pendant mes stages, à l'hôpital mais aussi en libéral. Merci à mes maitres de stage de m'avoir transmis leur passion et leur envie pour cette pratique de la médecine générale si belle et enrichissante.

A toi, qui pousse tout doucement et qui, cet été, nous comblera de bonheur…….

Serment d'Hippocrate

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....12

Introduction 13

1. Historique.....13
2. Physiopathologie 13
3. Définition 14
4. Prise en charge des crises 15
5. Objectifs de l'étude.....18

Matériel et Méthodes.....19

1. Recherche bibliographique.....19
2. Description de l'étude et de la population interrogée.....19
3. Avis du Comité de Protection des Personnes.....19
4. Questionnaire.....20
5. Critères d'inclusion.....21
6. Recueil et analyse des données.....22

Résultats 23

1. Population ayant participé.....23
2. Caractéristiques de la population migraineuse sans aura.....23
3. Prise en charge médicamenteuse d'une crise 23
4. Modalités de la prise médicamenteuse.....24
5. Evaluation de l'efficacité du traitement.....26
6. Prise en charge non médicamenteuse.....29
7. Consultation d'un professionnel de santé.....30
8. Consultation médicale et modalités de prise médicamenteuse.....31
9. Conscience de la pathologie.....32
10. Remarques des sujets sur l'étude et le questionnaire.....33

Discussion……..35

1. Forces et limites de notre travail ……35
   - ❖ Forces ……..35
   - ❖ Limites ……35
2. Interprétation et critique des résultats ……..……..…36
   - ❖ Caractéristiques de la population ……..……36
   - ❖ Type de molécule utilisée ……37
   - ❖ Comparaison de l'efficacité des différents moyens thérapeutiques ……38
   - ❖ Prise en charge non médicamenteuse ……...…39
   - ❖ Consultation d'un professionnel de santé et satisfaction ……40
   - ❖ Comparaison des modalités de prise médicamenteuse ……41
   - ❖ Conscience de la pathologie et des CCQ ……..42
3. Perspectives à proposer ……...42
   - ❖ Education des patients ……...…42
   - ❖ Education des médecins ……...43
   - ❖ Travaux ultérieurs ……...….44

Conclusion ……..……..45

Bibliographie …….……...46

Annexes ……48

LISTE DES ABREVIATIONS

5HT : 5-hydroxytryptamine

AINS: anti-inflammatoires non stéroïdiens

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

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes

CGRP : Calcitonin Gene-Related Peptide

CPP : Comité de Protection des Personnes

GRIM : Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur la Migraine

HAS: Haute Autorité de Santé

IHS: International Headache Society

QCM : Questions à Choix Multiples

SFEMC : Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées

STV : Système TrigéminoVasculaire

INTRODUCTION

1. Historique

La migraine est l'un des maux de l'humanité les plus anciens qui ait été décrit. Son nom vient du grec «hêmi» et « kranion », désignant une douleur touchant la moitié du crâne.

Dans l'antiquité, les céphalées étaient attribuées à une origine surnaturelle : la possession par un être maléfique. Et la trépanation fut l'un des remèdes employés pour extraire cet esprit diabolique du corps. Hippocrate, le père de la médecine, aurait lui-même été migraineux. Il aurait décrit les signes de la migraine avec aura ophtalmique.

Au début du XIXe siècle, pour les étudiants en médecine, la migraine est une maladie sans intérêt, et ni les médecins ni les patients ne s'y intéressent. (1)

La première grande enquête réalisée sur la migraine a eu lieu en 1989 avec l'équipe du Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur la Migraine (GRIM). Fruit d'une collaboration entre des chercheurs venant de disciplines diverses (médecins, épidémiologistes, économistes de la santé,…). Cette étude a permis de déterminer une prévalence de la migraine de 12% en population générale avec un sexe ratio femme/homme de 3. (2) (3)

2. Physiopathologie

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

Mais aujourd'hui, on sait que ces manifestations vasculaires à l'origine des douleurs sont en fait secondaires à des événements neuronaux primaires. Les générateurs de la crise sont situés dans l'hypothalamus et des noyaux adrénergiques et sérotoninergiques, situés dans le mésencéphale et la protubérance. L'activation de ces noyaux provoque une dérégulation des systèmes inhibiteurs de contrôle de la douleur mais surtout une vasoconstriction artériolaire dans le cortex cérébral responsable d'une diminution du débit sanguin, entrainant une excitation neuronale. Les fibres nerveuses au contact des neurones excités, et notamment celles des nerfs trijumeaux, sont alors stimulées.

La céphalée migraineuse proviendrait en partie de l'activation du système trigéminovasculaire (STV). Ces fibres sensitives cheminent dans la première branche du nerf trijumeau (V1) et innervent les artères et les veines méningées situées sur la surface du cortex. Leur principal médiateur est le CGRP (calcitonin gene-related peptide). Sa libération provoque autour des vaisseaux une inflammation stérile avec vasodilatation.

Nous n'avons pas de certitudes sur les raisons pour lesquelles les structures cérébrales que l'on suppose être à l'origine de la crise migraineuse s'activent. En revanche, il est très probable que l'hyperexcitabilité des neurones des migraineux soit due à une prédisposition génétique (4).

3. Définition

Le diagnostic de la migraine est clinique et déterminé grâce aux critères de L'International Headache Society (IHS) recommandés depuis 1988 (5).

Les critères diagnostics IHS de la migraine sans et avec aura figurent dans les encadrés 1 et 2.

Encadré 1 : Critères de la migraine sans aura

A. Au moins 5 crises répondant aux critères B à D.

B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement).

C. Céphalées ayant au moins 2 des caractéristiques suivantes :
- unilatérale ;
- pulsatile ;
- modérée ou sévère ;
- aggravation par les activités physiques de routine, telles que montée ou descente d'escaliers.

D. Durant les céphalées au moins l'un des caractères suivants :
- nausée et/ou vomissement ;
- photophobie et phonophobie.

E. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.

Si les 5 critères A, B, C, D, E sont présents, il s'agit d'une migraine sans aura au sens strict du terme (code 1.1 de la classification IHS).

Si l'un des critères A, B, C ou D n'est pas rempli en totalité, il s'agit d'une migraine sans aura probable (code 1.7 de la classification IHS).

Encadré 2 : Critères de la migraine avec aura

A. Au moins 2 crises répondant au critère B.
B. Au moins 3 des 4 caractéristiques suivantes :
- un ou plusieurs symptômes de l'aura totalement réversibles ;
- le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de 4 minutes et si plusieurs symptômes sont associés, ils surviennent successivement ;
- la durée de chaque symptôme n'excède pas 60 minutes ;
- la céphalée fait suite à l'aura après un intervalle libre maximum de 60 minutes, mais parfois commence avant ou pendant l'aura.

C. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées.

Il existe 4 types d'auras : visuelle, sensitive, aphasique et motrice.

4. Prise en charge des crises

Il n'y a pas d'indication à réaliser un scanner ou une IRM cérébrale devant une migraine définie selon les critères IHS de la migraine sans ou avec aura hormis dans le cas d'une céphalée aigue d'apparition brutale (« en coup de tonnerre ») ou l'existence d'une anomalie à l'examen neurologique.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) publiées en 2002 distinguent les traitements non spécifiques des traitements spécifiques (5).

- Traitements non spécifiques

Ils sont le plus souvent utilisés en première intention.

- le paracétamol en monothérapie
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dont: l'ibuprofène, le kétoprofène et le diclofénac
- l'aspirine en monothérapie ou en association avec le métoclopramide (améliore les troubles digestifs, mais ne potentialise pas l'effet antalgique de l'aspirine).

L'association de la caféine au paracétamol et à l'aspirine n'a pas fait la preuve clinique d'une potentialisation d'effet et ne peut pas être recommandée, d'autant qu'il n'est pas exclu que la caféine induise un abus médicamenteux, voire un comportement addictif. De même, il est recommandé d'éviter les opioïdes (codéine, tramadol, morphine,…), seuls ou en association.

- Traitements spécifiques

- les triptans dont l'efficacité porte aussi bien sur la céphalée que sur les symptômes associés (digestifs, phono/photophobie) ont permis lors de leur arrivée sur le marché dans les années 90, une nette amélioration de la prise en charge des crises migraineuses.
Les triptans sont des agonistes sélectifs des récepteurs vasculaires à la 5-hydroxytryptamine-1 (5HT1B/1D) sans effet sur les autres sous-types de récepteurs 5HT (5-hydroxytryptamine). Les récepteurs vasculaires 5HT1 sont localisés principalement au niveau des vaisseaux sanguins crâniens et induisent une vasoconstriction. De plus, les résultats des études chez l'animal indiquent que les triptans inhibent l'activité du nerf trijumeau en inhibant la libération du peptide CGRP. En se référant aux phénomènes physiopathologiques de la douleur migraineuse, ces deux actions (vasoconstriction intra-crânienne et inhibition de l'activité du nerf trijumeau) pourraient contribuer à l'action antimigraineuse de ces molécules. (6)
Il existe 7 triptans ayant une AMM dans le traitement de la crise de migraine : almotriptan, eletriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan et zolmitriptan. Ils sont administrés uniquement par voie orale sauf le Sulmatriptan qui peut être administré par voie injectable en sous-cutanée, par spray nasal ou per os.

Des différences minimes d'efficacité et de tolérance entre les triptans sont mises en évidence mais, en pratique, il existe une grande variabilité interindividuelle. Un patient non répondeur à un triptan pourra l'être à un autre.

- le tartrate d'ergotamine par voie orale et la dihydroergotamine par voie per-nasale ou injectable : ce sont des dérivés de l'ergot de seigle ayant également un rôle vasoconstrictif puissant sur les vaisseaux intra crâniens mais sont peu utilisés car ils ont un rapport bénéfice/risque très peu favorable.

- Modalités de prise médicamenteuse

Il est recommandé de prendre le médicament de crise dès le début de la douleur pour une efficacité optimale (5). Il doit être pris exclusivement lors des crises et non en prévention. Une consommation régulière entre les crises entraine une accoutumance conduisant à une augmentation des doses, à une dépendance physique avec des céphalées de sevrage entre les prises médicamenteuses. Ce sont les céphalées par abus médicamenteux pouvant aussi être appelées céphalées chronique quotidiennes (CCQ). Il s'agit, selon l'IHS de céphalées survenant au moins 15 jours par mois avec un abus médicamenteux régulier et qui durent depuis plus de 3 mois.

On recommande donc de ne pas prendre plus de 2 unités de médicaments par jour sur moins de 15 jours par mois pour les antalgiques non spécifiques et moins de 10 jours par mois pour les antalgiques spécifiques. (7)

Afin d'évaluer l'efficacité du traitement mis en place, la Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées (SFEMC) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont mis au point un questionnaire reposant sur 4 questions :

- êtes-vous suffisamment soulagé 2 heures après la prise de ce traitement ?
- utilisez-vous une seule prise de ce traitement lors d'une crise ?
- estimez-vous pouvoir retourner rapidement à vos activités sociales, familiales ou professionnelles ?
- ce traitement est-il bien toléré ?

Si le patient répond « OUI » aux 4 questions, son traitement est efficace. S'il répond au moins un « NON », il faut revoir le traitement. On peut aussi demander au patient de remplir un calendrier de ses crises avec le traitement mis en place afin d'apprécier la consommation thérapeutique mensuelle.

- Mesures non médicamenteuses

Elles permettent de limiter la prise de médicaments : le repos au calme, l'obscurité, le sommeil, l'application de chaud ou de froid sur le crâne peuvent être efficaces tout comme certaines techniques de relaxation (yoga, sophrologie…)

5. Objectifs de l'étude

Depuis la première enquête menée en 1989 par le GRIM, se sont succédé plusieurs études FRAMIG réalisées dans la population générale Française. L'étude FRAMIG 3 réalisée en Octobre 2003 a montré un taux de prévalence de la migraine de 21.3% englobant à la fois les migraineux stricts et les migraineux probables selon les critères de l'IHS. Cependant, parmi cette population migraineuse, 60% des sujets n'étaient pas conscients de leur affection et 40% n'avait jamais consulté de médecin. Des médicaments antalgiques étant disponibles en vente libre dans les pharmacies, presque la moitié des migraineux n'ayant jamais consulté de médecin utilise le paracétamol pour se soulager alors que des molécules plus efficaces pourraient être prescrites ainsi que des conseils pour éviter les abus médicamenteux. (8)

La migraine est une maladie qui évolue de manière chronique et qui nécessite une éducation du patient à la connaissance de son affection et à sa prise en charge médicamenteuse. La bonne connaissance du traitement permet d'éviter une sur consommation de soins, responsable d'un risque chez le patient de céphalées chroniques par abus médicamenteux.

On sait également que cette maladie a un impact sur la qualité de vie des patients et peut être responsable d'arrêts de travail répétés entrainant un coût économique important (9).

A partir de ces connaissances, nous nous sommes posé la question : Quels sont les moyens thérapeutiques des migraineux et comment les utilisent-ils lors d'une crise de migraine sans aura?

Nous avons défini les objectifs suivant :

- objectif principal : déterminer les moyens thérapeutiques utilisés chez les migraineux sans aura lors d'une crise.
- objectifs secondaires : comparer l'efficacité des différents moyens thérapeutiques, comparer leur utilisation selon que le patient ait consulté un médecin ou non.

MATERIEL ET METHODES

1. Recherche bibliographique

Nous avons d'abord réalisé une recherche bibliographique afin de faire un état des lieux des études entreprises sur le sujet. Celle-ci a permis de répertorier notamment les enquêtes du GRIM et FRAMIG publiées sous forme d'articles ou de livres. Elles ont été réalisées sur de grandes cohortes entre 1989 et 2004. Depuis, il n'y a pas eu de nouvelle grande étude réalisée.

2. Description de l'étude et de la population interrogée

Nous avons réalisé une étude observationnelle quantitative, descriptive. Il s'agit d'une enquête déclarative visant à évaluer les comportements thérapeutiques de sujets céphalalgiques par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne (Google Forms®).

Les sujets étaient recrutés par l'intermédiaire de forum sur les sites internet de santé adressés au grand public (doctissimo.fr, vulgaris-medical.com, forumsanté.com, entrepatients.net), ainsi que des groupes sur les réseaux sociaux (« Vulgaris Médical », « Mal de Bloc – migraine et autres céphalées », « Pour ceux qui souffrent de céphalées et de migraines »). La publication a eu lieu après obtention de l'accord des modérateurs des forums et groupes cités ci-dessus.

Toutes les personnes céphalalgiques vivant en France étaient invitées à répondre au questionnaire.

3. Avis du Comité de Protection des Personnes

En accord avec le Décret « loi Jardé relative aux recherches impliquant la personne humaine » publié et entré en vigueur le 18/11/2016, nous avons soumis un dossier au Comité de Protection de Personnes (CPP) Sud-Méditerranée IV tiré au sort sur le site https://vrb.sante.gouv.fr/vrb/. Celui-ci a été examiné à la commission du 11 Avril 2017.

La commission a conclu que le protocole de recherche ne correspondait pas à un protocole de recherche impliquant la personne humaine de catégorie 3 et que l'avis du CPP n'était donc pas nécessaire.

4. Questionnaire (Annexes 1 et 2)

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme, composé de 23 questions. La première partie comprenait les critères IHS de la migraine permettant de mettre en évidence, parmi les personnes céphalalgiques répondant au questionnaire, celles qui étaient des migraineuses sans aura.

La seconde partie renseignait sur l'âge, le sexe et la situation professionnelle des répondants.

La troisième partie concernait la prise médicamenteuse au cours d'une crise. Grâce à l'utilisation du questionnaire en ligne, nous avons pu introduire des réponses interrompant le processus pour aller directement à la fin du questionnaire. Si la personne répondait « Jamais » à la question 9, le questionnaire passait directement à la fin. Sinon, il continuait pour interroger la personne sur le type de médicament qu'elle utilise lors d'une crise et selon quelles modalités.

Cette partie comportait également les items permettant de définir l'efficacité du traitement selon les 4 questions citées dans la partie 3 de l'Introduction ainsi que le nombre de prises médicamenteuses par mois et le recours à des moyens non médicamenteux.

Le même processus est utilisé pour la partie « consultation d'un médecin ». Si le patient répond qu'il n'a jamais consulté, le questionnaire passe à la fin. Sinon, il renseigne quel type de spécialiste il a vu, sa satisfaction et si celui-ci lui a parlé des céphalées par abus médicamenteux ou non.

Enfin, la dernière question, commune à tous les répondants, interroge sur le fait qu'il sache ou non qu'ils sont migraineux

5. Critères d'inclusion

Parmi la population céphalalgique ayant répondu au questionnaire, les 5 premiers items du questionnaire nous ont permis d'inclure, dans les données étudiées, uniquement les personnes répondant aux critères IHS de la migraine sans aura:

- Lorsque vous ne prenez pas de médicaments, vos maux de tête durent de 4 heures à 3 jours

- Votre mal de tête a au moins 2 des caractéristiques suivantes :
  - localisé à un coté de la tête (droit ou gauche),
  - pulsatile (battements qui résonnent dans votre tête ou une impression que cela tape),
  - gênant dans vos activités pouvant aller jusqu'à les interrompre,
  - augmenté par l'effort (monter un escalier, courir)

- Votre mal de tête est accompagné d'au moins un des critères suivants:
  - envie de vomir ou vomissements
  - gêne à la lumière et/ ou au bruit

- Vous avez présenté au moins 5 crises dans votre vie

-> S'il y a au moins 3 OUI sur les 4 questions, la personne est considérée comme migraineuse.

- Votre mal de tête est précédé ou associé à un des critères suivants :
  - troubles visuels (vision de scintillements, points lumineux, points noirs…)
  - troubles sensitifs (sensations de fourmillements au niveau du visage des bras ou des jambes)
  - troubles du langage avec des difficultés à parler ou à comprendre

-> Si la réponse à cette 5ème question est OUI, il s'agit d'une migraine avec aura, le questionnaire est exclu des données. Si c'est un NON, le questionnaire est inclus comme migraine sans aura. Parmi ceux-ci, nous avons exclu les répondants mineurs.

En ce qui concerne le choix des critères d'inclusion, nous avons décidé d'inclure uniquement les personnes majeures souffrant de migraine sans aura en rapport avec les objectifs de l'étude. L'un des objectifs secondaires était de comparer l'utilisation des thérapeutiques selon que le patient ait consulté un médecin ou non. Afin de pouvoir toucher le plus grand nombre de personnes n'ayant jamais consulté, nous avons choisi de diffuser le questionnaire via Internet et non par l'intermédiaire de cabinets de médecine générale. De plus, nous sommes partis du fait que les personnes migraineuses avec aura auraient probablement toutes déjà consulté un médecin car il s'agit d'une pathologie s'accompagnant de symptômes pouvant être plus inquiétants qu'une simple céphalée. Ainsi, en ne recrutant que des migraineux sans aura, nous pouvions avoir plus de réponses de personnes n'ayant jamais consulté de médecin.

6. Recueil et analyse des données

Le recueil des données a eu lieu durant la période du 9 Mai au 10 Septembre 2017. Les réponses étaient recueillies dans un tableur informatique sur le logiciel Microsoft Office Excel® 2007.

Nous avons débuté l'analyse des données par un test de Chi2. Mais les effectifs étant souvent trop faibles sur certaines données, nous ensuite utilisé pour l'ensemble des analyses un test exact de Fisher grâce au site BiostaTGV avec un seuil de significativité $p < 0,05$ (5%) et un intervalle de confiance à 95%. Les résultats étaient exprimés en pourcentage arrondis au dixième ou en nombre décimal.

RESULTATS

1. Population ayant participé

Au total, nous avons eu 120 réponses au questionnaire en ligne dont 109 étaient des femmes et 11 étaient des hommes.

Parmi toutes les réponses :

- 8 n'étaient pas migraineux (6,7%)
- 49 étaient des migraineux avec aura (40,8%)
- 63 étaient des migraineux sans aura (52,5%), tous ont pu être inclus car ils étaient âgés de plus de 18 ans.

2. Caractéristiques de la population migraineuse sans aura

Elle avait entre 18 et 67 ans avec pour moyenne d'âge 42,7 ans et un sexe ratio F/H à 9,5 pour 1 (57 femmes, 6 hommes).

Au niveau professionnel, sur les 63 sujets, 73% étaient actifs (n=46), 9,5% au foyer (n=6), 9,5% retraités (n=6), 3,2% étudiants (n=2) et 4,8% à la recherche d'un emploi (n=3).

Parmi la population migraineuse sans aura, 57 sujets (90,5%) étaient migraineux au sens strict du terme, c'est-à-dire qu'ils présentaient tous les critères IHS de la migraine. Et 6 (9,5%) étaient des migraineux probables, c'est-à-dire n'ayant que 3 critères IHS sur 4.

3. Prise en charge médicamenteuse d'une crise

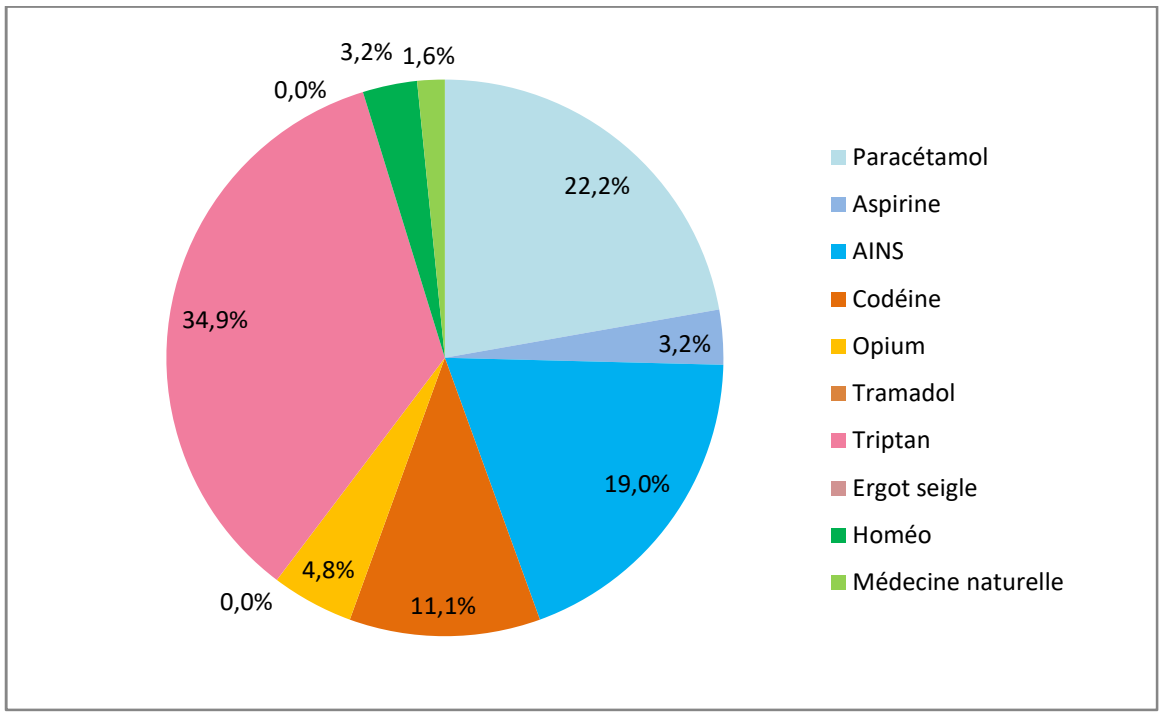
La totalité des sujets répondant avait déjà eu recours à une prise médicamenteuse lors d'une crise de migraine. 31 (49,2%) d'entre eux prenaient un médicament de manière systématique, 23 (36,5%) en prenaient le plus souvent, et 9 (14,3%) y avaient recours occasionnellement.

Concernant les molécules utilisées, 28 (44,4%) des migraineux utilisaient un traitement non spécifique : soit paracétamol (22,2%, n=14), aspirine (3,2%, n=2) ou AINS (19%, n=12).

Et 22 (34,9%) utilisaient un traitement spécifique qui était un triptan pour la totalité d'entre eux, l'ergot de seigle n'ayant été cité par aucun des répondants.

Parmi les migraineux, 10 (15,9%) utilisaient des médicaments non recommandés avec 11,1% (n=7) qui utilisaient la codéine et 4,9% (n=3) qui utilisaient l'opium. 4,9% (n=3) utilisaient la médecine naturelle ou homéopathique (figure 1).

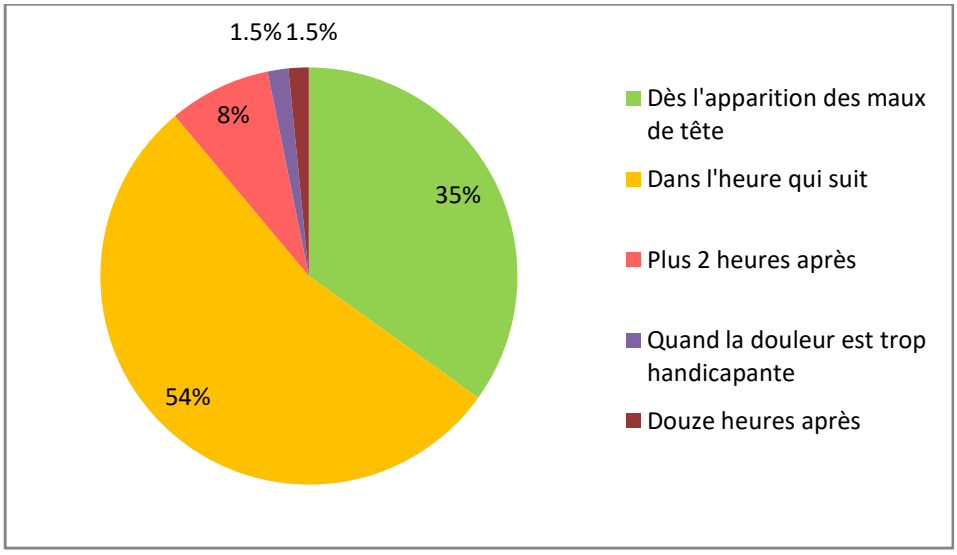
Figure 1 : Type de prise en charge médicamenteuse utilisée



4. Modalités de la prise médicamenteuse

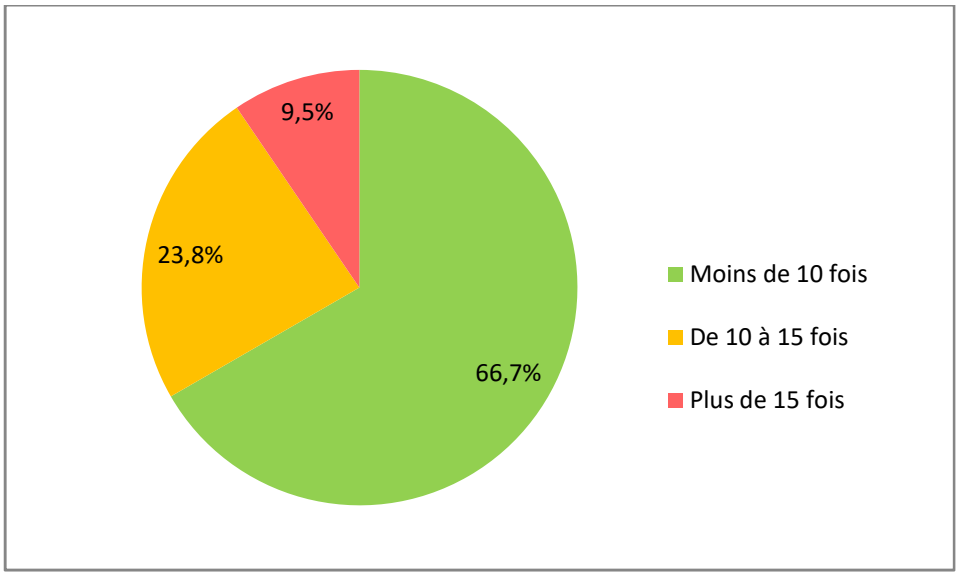
En ce qui concerne le moment de la prise, les répondants prenaient tous le médicament au moment des céphalées et aucun ne le prenait tous les jours même en l'absence de maux de tête. Le délai entre le début de la céphalée et la prise médicamenteuse est exposé dans la figure 2:

Figure 2 : Délai entre le début de la céphalée et la prise médicamenteuse



35% (n=22) des migraineux prenaient un médicament dès l'apparition des maux de tête, 54% (n=34) le prenaient dans l'heure qui suit l'apparition des maux de tête, 8% (n=5) le prenaient plus de 2 heures après leur apparition, 1.5% (n=1) lorsque la douleur devient trop handicapante sans précision du délai et 1.5% (n=1) douze heures après l'apparition des maux de tête.

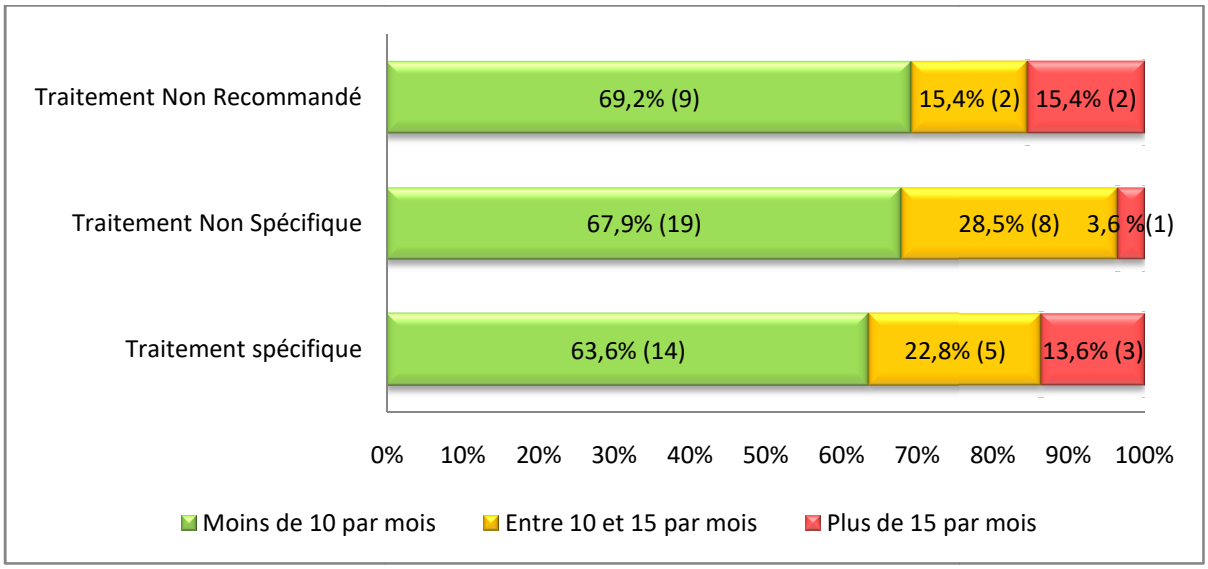
Figure 3 : Nombre de prise médicamenteuse par mois



La majorité des sujets (66,7%, n=42) prenait un médicament moins de 10 fois par mois pour soulager leurs céphalées. 23,8% (n=15) en prenaient entre 10 et 15 fois et 9,5% (n=6) en prenaient plus de 15 fois (figure 3).

Nous nous sommes intéressés à la fréquence des prises médicamenteuses par mois en fonction du type de traitement utilisé (figure 4) :

Figure 4 : Fréquence des prises médicamenteuses par mois en fonction du type de traitement



L'ANAES recommande de ne pas prendre plus de 2 unités de médicaments par semaine sur moins de 15 jours par mois pour les antalgiques non spécifiques et moins de 10 jours par mois pour les antalgiques spécifiques. (7)

La figure 4 nous indique que parmi les migraineux prenant un traitement spécifique lors d'une crise, 14 (63,6%) en utilisaient moins de 10 par moins contre 8 (36,4%) qui en utilisaient plus de 10 par mois dont 3 (13,6%) qui le prenaient plus de 15 fois par mois. De même en ce qui concerne les traitements non spécifiques. 27 (96,4%) en utilisaient moins de 15 fois par mois contre 1 (3,6%) qui en utilisait plus de 15 fois par mois.

Si on exclut les traitements non recommandés, il existe une différence significative du nombre de prises par mois en fonction de l'utilisation d'un traitement spécifique ou non de la migraine et des recommandations de l'ANAES avec p= 0,006.

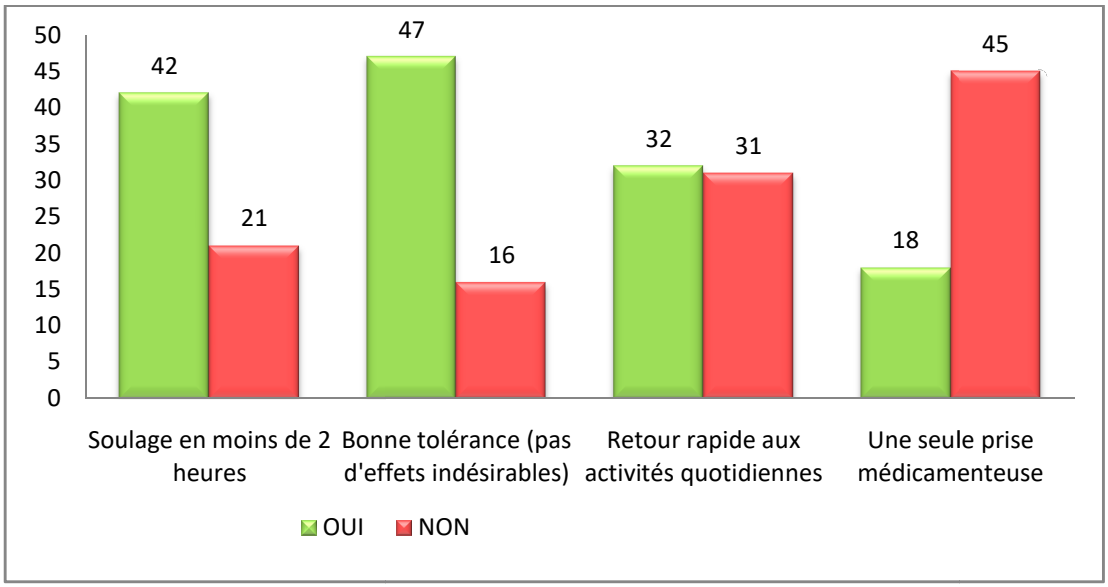
5. Evaluation de l'efficacité du traitement

L'efficacité du traitement de la crise de migraine s'évalue grâce aux 4 questions définies par la SFEMC et la HAS (figure 5).

En ce qui concerne le délai de soulagement inférieur à 2 heures après la prise et la tolérance du traitement définie par l'absence d'effets indésirables, la majorité des migraineux avait un traitement adapté avec respectivement 66,7% (n=42) et 74,6% (n=47) de réponses positives.

En revanche, à peine plus de la moitié des migraineux (50,8%) pouvait retourner rapidement à des activités de la vie quotidienne. Et une majorité d'entre eux, n=45 (71,4%) avait besoin de plus d'une prise médicamenteuse pour être soulagé.

Figure 5 : Evaluation de l'efficacité du traitement

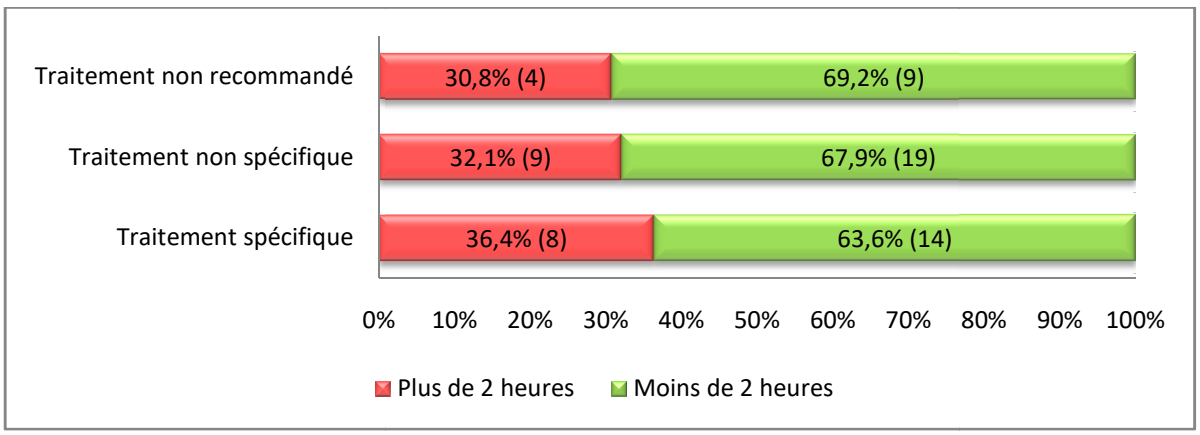


Seulement 28,6% (n=18) des patients migraineux n'avaient besoin que d'une seule prise médicamenteuse pour être soulagé. 44,4% (n=28) devaient en prendre 2 et 27% (n=17) en prenaient entre 3 et 6. Parmi ceux qui avaient besoin de plus d'une prise, 60% prenaient la même molécule et 40% en prenaient une différente.

Nous avons cherché à savoir s'il existait une différence d'efficacité entre les différents traitements utilisés.

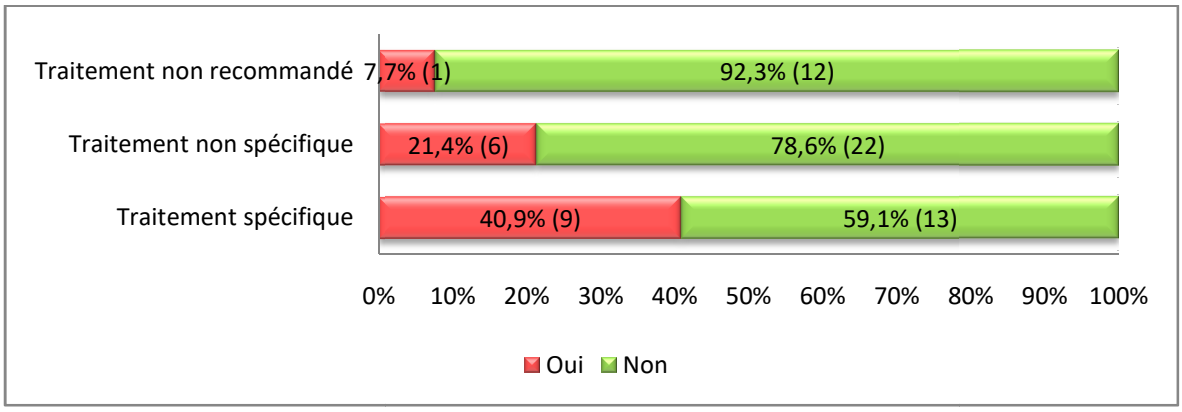
En ce qui concerne le délai de soulagement, il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative, p=0,94 (figure 6) :

Figure 6 : Comparaison du délai de soulagement en fonction du type de traitement



Il y avait une différence peu significative du nombre de survenue d'effets indésirables en fonction du type de traitement utilisé, avec p=0,08 avec une survenue plus fréquente lors de la prise d'un traitement spécifique (figure 7) :

Figure7: Présence d'effets indésirables ou non en fonction du type de traitement



Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les différentes thérapeutiques en ce qui concerne un retour rapide aux activités de la vie quotidienne (p=0,41) ni le nombre de prises par crise (p=0,11) (figures 8 et 9) :

Figure 8: Retour rapide aux activités de la vie quotidienne en fonction du type de traitement

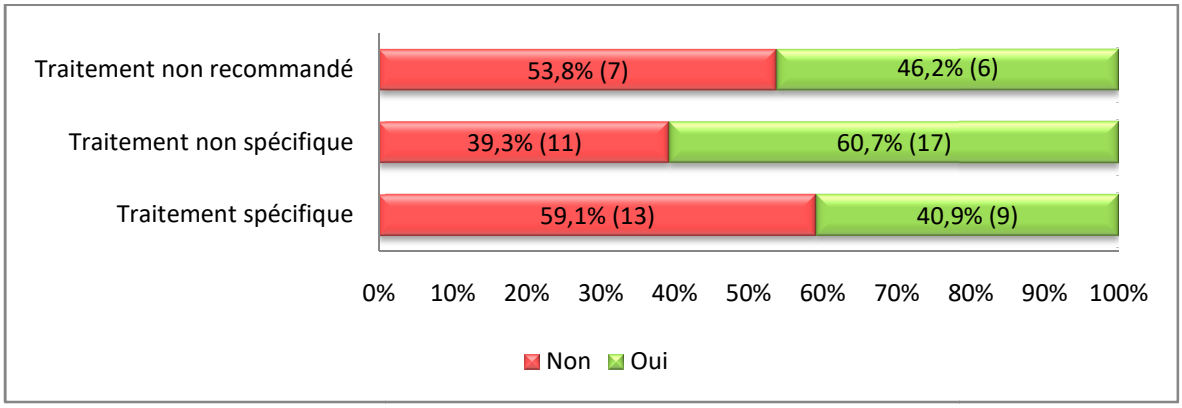
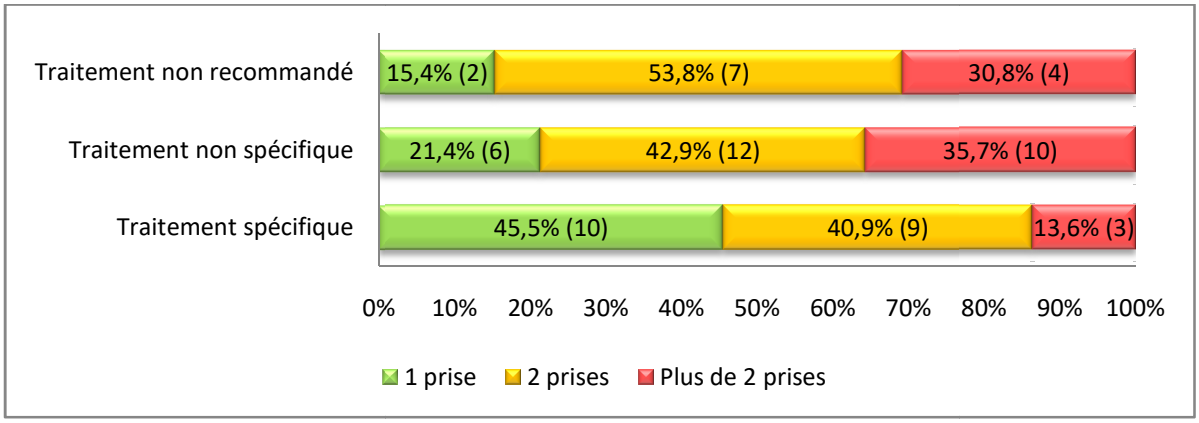


Figure 9: Nombre de prise par crise en fonction du type de traitement



6. Prise en charge non médicamenteuse

La plupart des répondants utilisait plusieurs techniques non médicamenteuses en association à la prise d'une molécule (figure 10).

La grande majorité d'entre eux associait le silence et/ou l'obscurité et/ou le sommeil. 13,5% d'entre eux pouvaient aussi utiliser les huiles essentielles/aroma ou phytothérapie. 3,5% mettaient du froid sur leur front et 2,9% utilisaient le yoga ou la relaxation. Parmi les techniques moins utilisées, le bain chaud, l'acupuncture, les massages cervicaux, les pressions sur les tempes ou encore la psychologie inversée. Un des répondants avouait consommer du cannabis pour soulager ses crises de migraine.

Figure 10 : Moyens non médicamenteux utilisés

	Nombre	**Pourcentage**
Silence	46	73,1%
Obscurité	41	65,1%
Sommeil	42	66,7%
Huiles essentielles/Aroma/Phyothérapie	23	36,5%
Froid sur le front	6	9,5%
Yoga/Relaxation	5	7,9%
Bain chaud	2	3,2%
Acupuncture	1	1,6%
Massage cervicales	1	1,6%
Pressions sur les tempes	1	1,6%
Psychologie inversée	1	1,6%
Cannabis	1	1,6%

7. Consultation d'un professionnel de santé

84,1% des sujets avaient déjà consulté un médecin (n=53). Parmi eux, 41,5% (n=22) n'avaient consulté que un médecin généraliste, 50,9% (n=27) avaient déjà vu un neurologue, 1,9% un ophtalmologue, un psychiatre ou un gynécologue (n=1) et 3,8% (n=2) avaient consulté au centre antidouleur (figure 11).

Parmi les 53 personnes ayant déjà consulté un médecin, 17% (n=9) avaient vu en plus un professionnel paramédical. Les professionnels cités étaient : ostéopathe, kinésithérapeute, podologue, posturologue et orthoptiste.

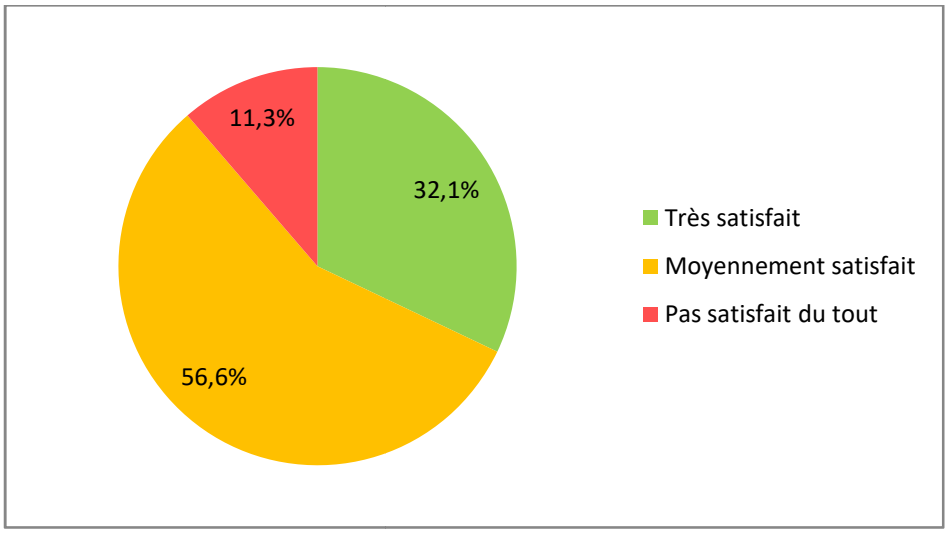
Un des répondants avait consulté un magnétiseur. Et une des données n'était pas exploitable, le sujet ayant répondu uniquement « Professeur », sans indiquer la spécialité.

Figure 11 : Professionnels de santé consultés

	Nombre	**Pourcentage**
Médecin Généraliste seul	22	41,5%
Neurologue	27	50,9%
Ophtalmologue	1	1,9%
Psychiatre	1	1,9%
Centre anti douleur	2	3,8%
Gynécologue	1	1,9%
Paramédical	9	17%
Magnétiseur	1	1,9%
Donnée non interprétable	1	1,9%

En ce qui concerne la satisfaction de prise en charge médicale, 32,1% (n=17) déclaraient être « très satisfaits », 56,6% (n=30), déclaraient être « moyennement satisfaits » et 11,3% (n=6) se déclaraient « pas du tout satisfaits » (figure 12).

Figure 12: Satisfaction par rapport à la consultation médicale



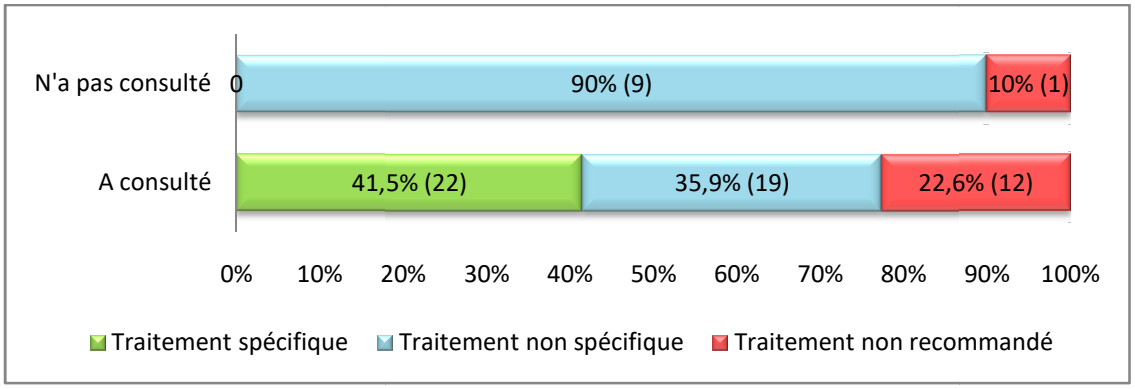
Parmi les sujets ayant consulté un médecin, 47,2% (n=25) déclaraient avoir été informé sur les céphalées par abus médicamenteux ou CCQ contre plus de la moitié soit 52,8% (n=28) qui déclaraient ne pas avoir été informé sur les CCQ.

8. Consultation médicale et modalités de prise médicamenteuse

Nous avons cherché à savoir si le fait d'avoir consulté un médecin modifiait le type de traitement utilisé ou ses modalités de prise.

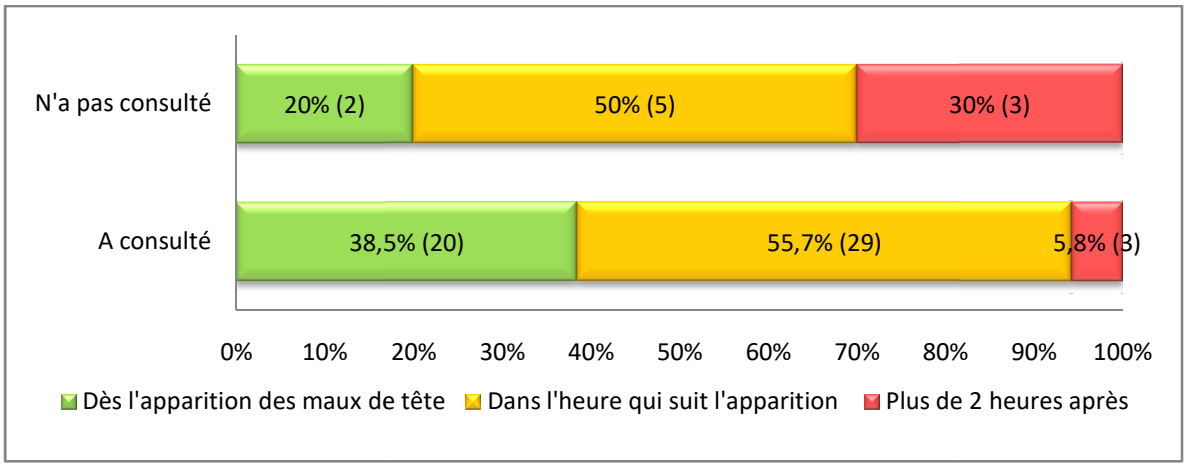
Il a été retrouvé une différence statistiquement significative entre le fait d'avoir consulté un médecin et le fait d'utiliser un traitement spécifique de la migraine avec p=0,003 (figure 13) :

Figure 13 : Consultation ou non d'un médecin et traitement utilisé



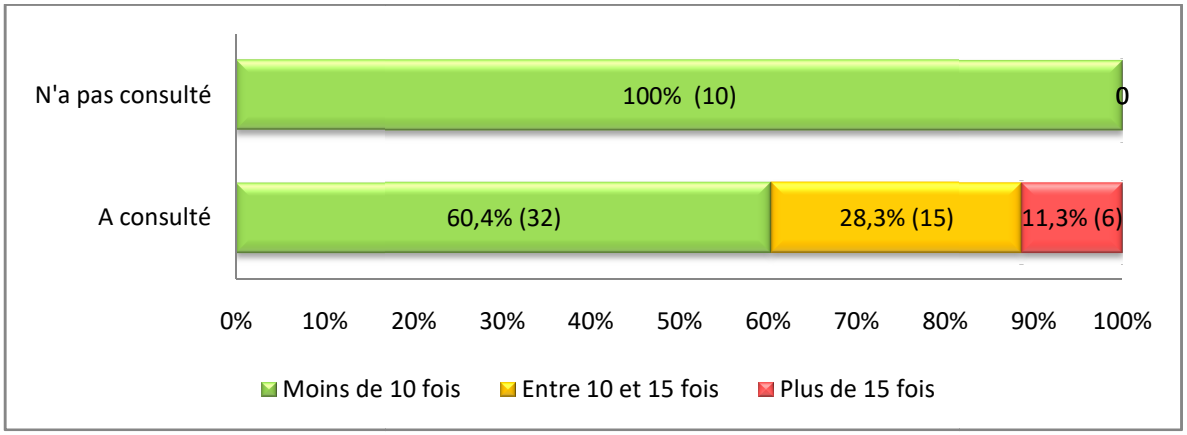
Il n'y avait pas de différence significative entre le fait d'avoir consulté un médecin et le moment de la prise médicamenteuse avec p=0.07 (figure 14) :

Figure 14 : Consultation ou non d'un médecin et moment de la prise médicamenteuse



Nous avons trouvé une différence significative entre le fait de ne pas avoir consulté un médecin et le nombre de prises médicamenteuses par mois avec p=0,04 (figure 15) :

Figure15 : Consultation ou non d'un médecin et nombre de prise médicamenteuse par mois

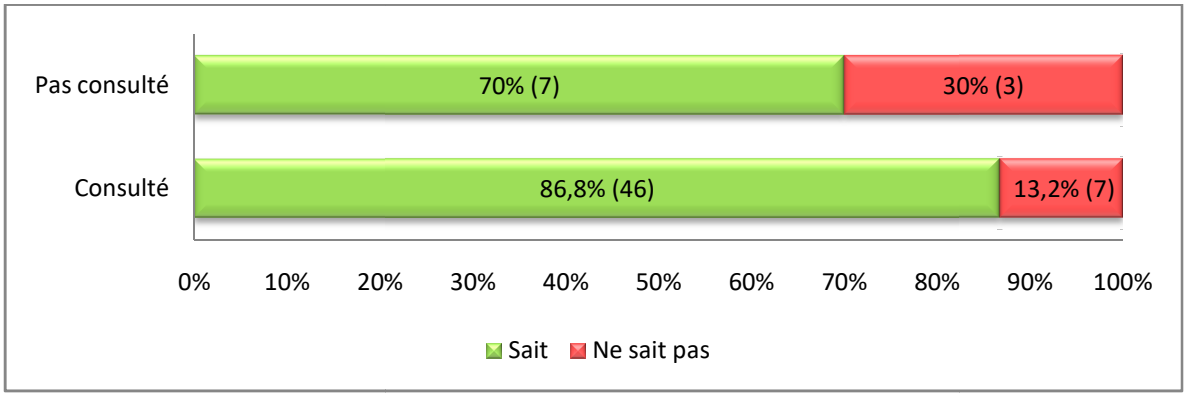


9. Conscience de la pathologie

Parmi les 63 personnes incluses comme « migraineuse sans aura », 84,1% (n=53) savaient qu'ils étaient migraineux, et 15,9% (n=10) l'ignoraient (figure 16).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre le fait d'avoir consulté un médecin et le fait d'être conscient de la migraine (p=0,19).

Figure 16 : Consultation ou non d'un médecin et conscience de la pathologie



10. Remarques des sujets sur l'étude et le questionnaire

Le questionnaire a été publié sur plusieurs forums et groupes sur les réseaux sociaux, la publication du questionnaire a suscité des réactions le plus souvent d'acceptation avec un besoin par les personnes céphalalgiques d'être écoutées :

- *« Est-ce que nous laissons cette publication ??? »*

- *« Oui, ça prouve que des personnes s'intéressent à nos maux »*

- *« Fait et merci si seulement cela pouvait faire avancer les choses »*

- *« Je suis la créatrice du groupe et je trouve ça super intéressant d'avoir de futurs médecins dans le groupe, même si ton but n'est pas de faire de la médecine à distance, ce qui est tout à ton honneur, et comme je le dis dans la description du groupe, son but n'est pas de faire de la médecine à distance, mais bien de témoigner et de se soutenir les uns les autres !! Donc merci à toi !! »*

D'autres commentaires exprimaient un regret que le questionnaire soit trop fermé, et limité à la définition « connue des bouquins » de la migraine. Il existe pour ceux-ci un manque de connaissance des médecins sur les formes de migraine s'écartant de la définition stricte :

- *« Répondu, mais le questionnaire correspond plus à ce qu'on peut lire sur les migraines, qu'à la réalité. Les questions enferment un peu dans ce qui est connu et ne vont pas chercher au delà. Les migraines peuvent durer beaucoup plus de 3 jours d'affilés. Parfois les médicaments comme les triptans peuvent fonctionner et parfois non sur certaines crises. »*

- *« Problème du diagnostic… les médecins généralistes ne connaissent que la migraine pulsatile... le reste est inconnu !! »*

- *« Je pense que le questionnaire reflète bien cela aussi »*

Ce manque d'écoute et de prise en charge par le corps médical laisse les patients dans une non-compréhension qui les enferme parfois dans une situation de « malade imaginaire » :

- « L'an dernier j'ai fait venir plusieurs SOS médecins car clouée au lit avec vomissements et vertiges... personne ne savait ce que j'avais, et pas de soins !!..... ; tous les fantasmes sont permis ... cancer, folie... »

- « Oui, c'est dans ta tête madame, tu es plus sensible que d'autre, tu as juste un petit coup de mou... »

- « Et que tu es malade "exprès" pour embêter le docteur »

- « Mon mari pense que j'ai trop lu internet et que je me suis inventé une maladie… »

- « J'ai été voir une neurologue qui ma conseillé d'aller me faire désintoxiquer en médoc pourtant je prends que un ixprim. Des mois plus tard j'ai été au centre antidouleur qui m'a dit d'aller me balader 1h par jour et sans mon chien alors si c'est pour me dire des conneries je vais pas guérir [...]. Je sens que ma vie est brisée ».

Enfin, certains se sont interrogés sur le sens des items du questionnaire :

« Bonjour, Dommage que certaines questions soient mal formulées. Par ex. : Vous a-t-il [le médecin] parlé des céphalées par abus médicamenteux? Cela mélange la connaissance du problème et le fait d'en avoir été informé par le médecin. J'ai supposé dans ce cas qu'il fallait tenir compte du fait d'en être informé(e). »

DISCUSSION

L'objectif de notre étude était de déterminer les moyens thérapeutiques utilisés chez les migraineux sans aura lors d'une crise. Nous avons également cherché à comparer l'efficacité des différents moyens thérapeutiques, ainsi que comparer leur utilisation selon que le patient ait consulté un médecin ou non.

1. Forces et limites de notre travail

❖ Forces

Récemment, plusieurs travaux ont évalué la prise en charge médicale diagnostique et thérapeutique de la migraine par les praticiens en médecine générale (10) (11). L'originalité de notre travail réside dans le fait de s'être intéressé, non pas aux praticiens, mais à la population atteinte par une pathologie (qu'elle ait été diagnostiquée ou non) pouvant être à l'origine d'un handicap plus ou moins important. Cet élément méthodologique est intéressant et permet de mieux cerner le ressenti quotidien des sujets ainsi que de comprendre ce qu'ils savent de leur souffrance.

Nous avons publié un questionnaire relativement court, dont la réponse se faisait en 5 minutes environ. Les questions étaient majoritairement à réponses fermées en QCM (Questions à Choix Multiples), ce qui favorisait l'interprétation statistique. Et les données étaient anonymes, ceci favorisant la participation. La diffusion du questionnaire via le réseau internet a permis d'obtenir plus rapidement un nombre suffisant de réponses que par la distribution dans des lieux publics.

Le choix d'interroger directement la population céphalalgique a également favorisé la participation car celle-ci a le sentiment que le corps médical s'intéresse à son vécu de la douleur.

❖ Limites

Biais de sélection: en publiant sur les forums et groupes en ligne, nous avons sélectionné plus de céphalalgiques ayant consulté un médecin que de non consultants, ce qui

limite la significativité des résultats. En effet, nous nous sommes rendu comptes que les discussions en ligne sont souvent des échanges entre patients sur les différentes prises en charge qu'ils ont pu connaitre, les différents traitements testés. Ils ont donc souvent déjà consulté un médecin et ont parfois beaucoup de connaissances sur leur pathologie.

Biais de mesure: car il s'agit d'une enquête déclarative. De plus, certains items peuvent avoir été mal compris ou mal lus comme les critères IHS de la migraine. Une des questions a posé un problème de compréhension également comme peuvent l'indiquer certains commentaires à la publication du questionnaire. La question « vous a-t-il parlé des céphalées par abus médicamenteux ?» a présenté une ambiguïté pour certains ne sachant pas si elle référait à la connaissance des CCQ ou bien au fait d'en avoir été informé par le médecin consulté. Peut-être a-t-elle été mal formulée.

2. Interprétation et critique des résultats

❖ Caractéristiques de la population

Parmi l'ensemble des répondants au questionnaire, donc des personnes présentant des céphalées récurrentes, 93,3% était des migraineux, dont plus de la moitié était des migraineux sans aura. Cette fréquence est beaucoup plus élevée que celle de la migraine dans la population générale qui est entre 12 et 23% selon les études (3) (12) (2). Mais cela montre aussi que chez la population migraineuse, il y a un besoin de participer à des études pour essayer de faire avancer les prises en charge. De plus, les sujets se renseignant sur les forums internet sont souvent déjà diagnostiqués et cherchent à échanger leurs expériences et leur ressentis sur des facteurs déclenchant ou des thérapeutiques testées. Comme dit plus haut, cela a introduit un biais de sélection dans notre étude.

Les sujets migraineux ont été inclus sur la base des réponses aux quatre premiers items du questionnaire. Ceux-ci correspondants aux critères IHS de la migraine. Cet algorithme diagnostique a été mis au point par l'équipe du GRIM (2). Cependant, s'agissant d'un auto-questionnaire, il se pourrait que certains items aient pu être mal interprétés ou mal lus. Ceci entrainant la reconnaissance de « faux » migraineux qui auraient coché des items ne correspondant pas vraiment à leur type de céphalées. Cependant, afin d'avoir un maximum de réponses, la voie en ligne semblait la plus pratique et la plus rapide. Mais sans pouvoir

« superviser » les réponses aux critères diagnostics qui, en consultation, se font avec le praticien.

Concernant le sexe des sujets, nous avons un sexe ratio F/H à 9,5 alors qu'il est à 3 dans la population générale (3). Ceci, en plus de confirmer que la prévalence de la migraine est plus féminine, montrerait que les femmes seraient plus à la recherche d'explications et de compréhension de leur pathologie. L'étude FRAMIG 3 (8) a d'ailleurs montré que le genre masculin était significativement associé au fait de ne pas être conscient de la pathologie. Ce qui expliquerait qu'ils font moins de recherche ou de communication sur le sujet.

❖ Type de molécule utilisée

Dans notre étude, la totalité des sujets migraineux avait déjà eu recours à la prise de médicament lors d'une crise et la majorité en prenait systématiquement ou régulièrement.

L'étude du GRIM avait retrouvé le même type de résultat (13) même si 7,2% des sujets attendaient que la céphalées cède spontanément et ne prenaient jamais de traitement.

Comparativement aux études FRAMIG 99 et 2000 (14) (15), le type de médicaments pris était en majorité des traitements non spécifiques de la migraine, mais nous avons trouvé des proportions proches entre l'utilisation du Paracétamol et des AINS alors que dans les études précédentes, la part d'utilisation du Paracétamol est plus importante que celle des AINS.

En revanche, en ce qui concerne les traitements non spécifiques, nous retrouvons une large part de consommation de Triptans comparativement aux mêmes études FRAMIG 99 et 2000 dans lesquelles les Triptans sont utilisés à respectivement 3% et 8%. Ce résultat s'explique par le fait que nous avons une majorité de répondants ayant déjà consulté un médecin et que les traitements spécifiques de la crise de migraine ne sont disponibles que sur prescription médicale.

La part de sujets utilisant un traitement non recommandé reste minoritaire. Est-ce parce qu'il existe une bonne information par les médecins et les pharmaciens sur la non recommandation de ce type de traitement dans la crise de migraine ? Ou bien car ils sont moins efficaces sur une crise qu'un traitement non spécifique et donc moins utilisés ?

❖ Comparaison de l'efficacité des différents moyens thérapeutiques

Dans l'étude FRAMIG 3, l'analyse faite entre les traitements recommandés et non recommandés avait trouvé une différence très significative en faveur des traitements recommandés sur la prise unique lors d'une crise. La différence était significative également sur la tolérance et le soulagement en moins de 2 heures (7).

Dans notre étude, nous avons choisi pour notre analyse statistique de scinder les traitements recommandés en « traitements spécifiques » et « traitements non spécifiques » de la crise de migraine afin d'essayer de trouver des différences d'efficacité. Nous avons retrouvé une différence statistiquement significative sur la survenue d'effets indésirables. Ils étaient plus fréquents lors de la prise de traitements spécifiques de la migraine. Il n'y avait par contre pas de différence significative entre les traitements spécifiques, non spécifiques et non recommandés concernant un soulagement en moins de 2 heures, le retour rapide aux activités quotidiennes ou le nombre de prise par crise.

Cependant, sur l'analyse globale, tous médicaments confondus, on remarque que la majorité des sujets est soulagé en moins de 2 heures et présente une bonne tolérance aux médicaments. En revanche, la différence n'est pas aussi nette en ce qui concerne le retour aux activités de la vie quotidienne. De plus, presque deux tiers des sujets a besoin de plus de 2 prises par crise pour être soulagé.

Selon les critères d'efficacité du traitement de la migraine, celui-ci n'est pas efficace s'il y existe au moins un « NON » en réponse à une des quatre questions. Cela laisse donc à penser que plus de la moitié des sujets prendrait un traitement non adapté.

Il est donc important pour les praticiens voyant en consultation des sujets migraineux, de penser à poser les quatre questions afin de savoir si le patient est vraiment soulagé par son traitement et de l'adapter afin d'éviter de mener au comportement d'abus médicamenteux. En effet, plus des trois quarts des CCQ surviennent chez des patients présentant initialement une maladie migraineuse (16).

60% des sujets non soulagés avec une seule prise reprenaient le même traitement au cours de la même crise sans avoir recours à un médicament différent comme il est recommandé habituellement (17). 40% prenaient un autre médicament. Ce résultat permet aussi d'insister sur le fait de toujours prescrire en première intention un traitement non spécifique et d'y

associer un traitement spécifique en informant le patient de changer de molécule en cas de non réponse.

❖ Prise en charge non médicamenteuse

Il n'existe pas de recommandations particulières concernant la prise ne charge non médicamenteuse d'une crise de migraine. Nous n'avons pas retrouvé d'études comparant l'efficacité d'un traitement médicamenteux à une technique non médicamenteuse.

Même si les symptômes peuvent être améliorés par le sommeil à l'abri du bruit et de la lumière, cela n'est pas toujours possible notamment si la crise survient sur un lieu public ou de travail. De plus, cette technique ne procure qu'un soulagement temporaire ne dispensant pas la prise d'un traitement médicamenteux complémentaire (17). D'autres gestes simples peuvent soulager : les plus fréquemment cités dans le questionnaire sont la pose de froid sur le front, la relaxation, la pression des tempes ou encore le massage des cervicales.

L'utilisation de la médecine naturelle dont les huiles essentielles à une part non négligeable dans les techniques médicamenteuses utilisées par les répondants aux questionnaires. En 1994 et 1995, 2 études ont démontré par un essai randomisé en double aveugle contre placébo, un effet analgésique significatif avec une réduction de la sensibilité aux maux de tête après application sur le front et les temps d'une combinaison de l'huile de menthe poivrée et de l'éthanol (18) (19). Cependant, l'effet analgésique n'a pas été comparé à l'utilisation de traitements médicamenteux de crise.

Parmi les thérapies non médicamenteuses, un des répondants à avoué utiliser le cannabis en cas de crise. Une étude réalisée entre 2010 et 2014, portant sur 121 sujets adultes, a montré que la fréquence des migraines diminuait de 10,4 à 4,6 maux de tête par mois ($p < 0,0001$) avec l'utilisation de la marijuana médicale. Les formes inhalées de marijuana étaient couramment utilisées pour le traitement de la migraine aiguë et permettait de soulager une crise pour 11,6% des patients (20). L'utilisation du cannabis étant illégale, elle est bien évidemment non recommandable à nos patients mais son utilisation à des fins thérapeutiques semble être une piste de recherche comme dans d'autres pathologies aux conséquences algiques (21).

❖ Consultation d'un professionnel de santé et satisfaction

La majorité des sujets répondants (84,1%) avait déjà consulté un médecin pour ses maux de tête, et plus de la moitié d'entre eux avait vu un neurologue. La part de sujets ayant consulté un spécialiste reste relativement importante. Non avons cherché à connaitre la satisfaction des malades vis-à-vis de la consultation d'un médecin, toutes spécialités confondues. Une grande moitié était moyennement satisfaite alors que 32% étaient très satisfait. 11% n'étaient pas satisfait du tout. Ce résultat est important car la satisfaction du patient est a priori en rapport avec l'efficacité de la thérapeutique prescrite ou bien des conseils prodigués par le praticien. Et une mauvaise satisfaction peut amener le sujet à arrêter un suivi ou bien à consommer de fortes doses de médicaments pouvant entrainer l'apparition de CCQ. Une étude qualitative réalisée en 2013 (22) met bien en évidence chez les patients ayant arrêté leur suivi les « reproches » faits au corps médical lors d'une consultation : un manque d'informations ou d'explications, un manque d'écoute et de réponses à leurs questions et donc un manque de communication. Dans l'étude FRAMIG III, 58% des patients pensent que leur besoin d'information n'est pas suffisamment pris en compte par leur médecin (23).

Le rôle du soignant semble alors très important dans la relation d'écoute et d'information qu'il doit à son malade afin de lui apporter la meilleure prise en charge. Dans l'étude FRAMIG 2000-II (15), il est montré que 56% des patients n'ayant jamais consulté pensaient que cela ne servait à rien, 55% que la migraine n'est pas une maladie et 45% qu'il n'y a pas de traitement pour la migraine. Il a également été mis en évidence une certaine fatalité ou un refus de prendre des médicaments (22).

Dans l'étude FRAMIG III (7), la première consultation médicale semble importante dans la détermination de la continuité ou de l'arrêt d'un suivi médical. L'annonce du diagnostic précoce, la prescription d'un traitement spécifique de la crise de migraine et la satisfaction générale du patient semblent être associés à un bon suivi médical par les malades.

La non satisfaction vis-à-vis du corps médical pousse parfois les sujets à aller vers d'autres types de prise en charge avec ici 17% ayant consulté un professionnel paramédical et une personne s'étant tournée vers un magnétiseur.

❖ Comparaison des modalités de prise médicamenteuse

Le but était de comparer le type de prise médicamenteuse et d'évaluer si les personnes migraineuses prenaient le traitement de crise au bon moment pour se soulager au mieux. Cela en fonction du fait d'avoir consulté un médecin ou non.

Le fait d'avoir consulté un médecin était significativement associé au fait de consommer un traitement spécifique. Ce résultat est logique car ce sont des traitements accessibles uniquement sur prescription médicamenteuse. Parmi les migraineux ayant consulté un médecin, il y avait une part non négligeable (22%) de sujets qui prenaient un traitement non recommandé. Cette part de sujet utilisant des traitements non recommandés est-elle due à une erreur de prescription des praticiens ou à un usage en auto-médication des personnes céphalalgiques ?

Non avons mis en évidence dans la partie « efficacité du traitement » que la plus grande partie des sujets utilisant un traitement non spécifique n'était pas soulagé avec une seule prise. Cela augmente le risque de multiplier les prises et d'amener à des CCQ.

La totalité des sujets prenait bien le médicament au moment de la crise de céphalées et non en dehors. En ce qui concerne le moment de la crise, plus de la moitié des sujets prenait le traitement dans l'heure suivant l'apparition des maux de tête et seuls un tiers le prenait dès l'apparition des maux de tête que cela est recommandé (4). Le nombre de sujets le prenant plus de 2 heures après le début de crise restait tout de même minoritaire. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre le fait d'avoir consulté un médecin et le moment de la prise médicamenteuse.

Nous avons ensuite analysé le nombre de prise médicamenteuse par mois. Nous avons vu que les sujets utilisaient le médicament de façon raisonnable avec les deux tiers qui utilisaient le traitement moins de 10 fois par mois. En revanche, lorsque l'on s'intéresse au nombre de prise en fonction du type de traitement, un tiers des personnes utilisant un traitement spécifique suit les recommandations de moins de 10 prises par mois contre une majorité de personnes utilisant le traitement non spécifiques qui utilise le traitement moins de 15 fois par mois comme recommandé (4). Il a même été retrouvé une différence significative entre le respect des recommandations et le type de traitement. Ce résultat interpelle car les personnes suivant le moins les recommandations sont celles utilisant un traitement spécifique. Or, il s'agit d'un traitement que l'on peut obtenir uniquement sur prescription médicale. La question qui se pose est donc : existe-il un défaut d'information des migraineux par les

praticiens concernant la fréquence des prise et leurs conséquences ? Ou bien s'agit-il d'une mauvaise compréhension des risques par les patients ?

❖ Conscience de la pathologie et des CCQ

A la question « Vous a-t-on déjà dit que vous étiez migraineux (se) ? », la grande majorité des sujets avait répondu « Oui » (84,1%). Cette question référait au fait d'être conscient de la pathologie. Mais elle a pu être interprétée par les répondants comme le fait d'en avoir été informé par le clinicien ou non même si ils étaient déjà conscients de cette maladie. Dans l'étude FRAMIG 3-2004 (7), 41% des sujets était conscient d'être migraineux.

De même en ce qui concerne la connaissance des CCQ, certains commentaires au questionnaire nous expliquent l'ambigüité de l'item « vous a-t-il parlé des céphalées par abus médicamenteux ? ». Celui-ci a pu être comprit comme le fait d'en avoir été informé alors que nous cherchions à savoir si les sujets avaient connaissance de leur existence. Plus de la moitié des migraineux a répondu « Non » mais le résultat a pu être biaisé par la compréhension de la question.

3. Perspectives à proposer

❖ Education des patients

Comme pour toute maladie chronique, il semble important que les patients migraineux aient les connaissances suffisantes sur leur pathologie pour savoir gérer leur douleur :

- connaitre les mécanismes déclenchant pour mettre en place l'hygiène de vie nécessaire et se protéger des crises,

- connaitre les modalités de prise médicamenteuse recommandées comme la prise précoce dès l'apparition des maux de tête. L'intérêt de dire à son praticien si le traitement prescrit a été efficace ou s'il a entrainé des effets secondaires afin de tout de suite faire une modification thérapeutique,

- connaitre les astuces non médicamenteuses pouvant aider à soulager une crise,

- connaitre l'existence des CCQ par abus médicamenteux et leurs facteurs déclenchant.

Cela peut se faire par l'intermédiaire de « fiches patient » récapitulatives ou bien par la mise en place d'un calendrier de crises. Les calendriers permettent au praticien d'évaluer la fréquence des crises et adapter le traitement. Cela instaure une alliance thérapeutique entre le médecin et son patient.

De plus, nous avons vu que beaucoup de patients se tournent vers internet pour avoir ou échanger des informations sur leur pathologie. Il existe des sites internent fiables et officiels qui informent les patients en donnant les recommandations nécessaires comme le site *ameli.fr* (24).

❖ Education des médecins

Les praticiens ont un rôle majeur dans l'éducation de leurs patients. L'information et l'éducation des patients est une discipline complexe qui fait intervenir à la fois une relation de confiance, un lien à créer et une écoute réciproque entre le sujet et le praticien.

La formation à la prise en charge des crises de migraine par les médecins doit insister sur :

- le contact, notamment lors de la première consultation avec une attitude d'écoute et de compréhension du patient et l'importance, comme vu plus haut, d'annoncer le diagnostic dès la première consultation,

- la prescription dès la première consultation d'un traitement de première intention non spécifique et d'un traitement spécifique à prendre en cas de non réponse afin de ne pas laisser le patient sur un échec thérapeutique qui pourrait le décourager à reconsulter.

- ne pas hésiter à essayer différentes molécules car elles peuvent avoir un effet patient-dépendant,

- prescription médicamenteuse accompagnée des conseils d'hygiène de vie et de modalités de prise médicamenteuse (cf éducation du patient) en insistant sur les dangers des prises multiples,

- s'assurer à chaque consultation que le traitement est bien efficace grâce aux 4 questions recommandées,

- s’assurer que les recommandations de prise médicamenteuses ont bien été comprises par le patient et si besoin, reformuler avec un langage simple et adapté au sujet.

- proposer un soutien psychologique si besoin

- ne pas hésiter à adresser à un confrère spécialiste si le traitement optimal n’a pas pu être obtenu afin d’éviter de laisser au patient un sentiment d’échec et de non prise en charge médicale. Et de plus, éviter un handicap pouvant amener à des arrêts de travail répétés.

Pour cela, des formations continues peuvent être organisées pour les médecins en exercice afin de rappeler les principes de diagnostic et de prise en charge des patients migraineux.

❖ Travaux ultérieurs

Comme vu plus haut, quelques études quantitatives ont permis de connaitre les raisons de non consultation ou non satisfaction des patients vis-à-vis du corps médical.

Il pourrait être intéressant d’analyser au cours d’une consultation avec un migraineux, le comportement des médecins et leur façon de transmettre les connaissances nécessaires à une prise en charge optimale. Et de mettre en place un suivi à partir de l’établissement d’une relation de confiance.

Et en restant du côté des patients, une évaluation en fin de consultation pourrait déterminer les éléments retenus et assimilés au fur et à mesure du suivi.

CONCLUSION

Malgré un échantillon de migraineux sans aura non consultants restreint, notre étude à déjà permit de mettre en évidence qu'une large part des traitements de crise utilisés par l'ensemble des sujets migraineux sans aura sont des molécules recommandées par les sociétés savantes.

En revanche, plus de la moitié d'entre eux utilise un traitement non efficace de façon optimale sur sa crise. Pour les patients suivis par un médecin, la non efficacité d'un traitement pouvant amener à une surconsommation médicamenteuse, il est important dans le suivi de ces malades de réévaluer à chaque consultation, par les quatre questions, l'efficacité de la thérapeutique en cours. La recherche d'une surconsommation est importante également en demandant le nombre de prises par crise et par mois en fonction du type de traitement utilisé.

Pour le praticien, il devient alors important de dépister les sujets migraineux parmi la population de ses patients se plaignant de céphalées et de les guider afin de les aider à comprendre que la migraine n'est pas seulement une succession de crises mais bel et bien une maladie évoluant sur le plan chronique et nécessitant une éducation du patient. Cet accompagnement relève du médecin généraliste qui sera le premier confronté à la demande de soins.

Les consultations de suivi des patients migraineux ne sont pas évidentes car consommatrices de temps. Mais leur bénéfice attendu peut être intéressant car cela pourrait permettre de limiter la prescription de médicaments ainsi que le recours aux spécialistes ou aux examens complémentaires. De plus, on sait que la satisfaction du patient et donc l'observance seront meilleures si les premières consultations, en plus de prendre en charge médicalement la douleur, s'accompagnent d'informations au patient et de son écoute.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lardreau E. La Migraine, Biographie D'Une Maladie. Les Belles Lettres; 2014. 364 p.

2. Henry P. La migraine en France: étude épidémiologique, impact socio-économique et qualité de vie. John Libbey Eurotext; 1993. 156 p.

3. Henry P, Tzourio C. Epidémiologie de la migraine. Migraine Connaiss Descr Trait Prév INSERM EC Ed. 1998;17–38.

4. GERAUD G. Physiopathologie de la migraine. DOULEUR Analg. sept 2010;23(3):126‑32.

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

6. Goadsby PJ, Hargreaves RJ. Mechanisms of action of serotonin 5-HT1B/D agonists: insights into migraine pathophysiology using rizatriptan. Neurology. 2000;55(9 Suppl 2):S8-14.

7. CCQ Recos - ccq_recos.pdf [Internet]. [cité 20 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ccq_recos.pdf

8. Lucas C, Géraud G, Valade D, Chautard M-H, Lantéri-Minet M. Recognition and therapeutic management of migraine in 2004, in France: results of FRAMIG 3, a French nationwide population-based survey. Headache. mai 2006;46(5):715‑25.

9. Auray J-P. Impact socio-économique de la migraine et des céphalées en France. CNS Drugs. 1 déc 2006;20(1):37‑46.

10. Popier M. Prise en charge de la migraine de l'adulte en médecine générale : Evaluation des pratiques thérapeutiques en aigu et en chronique à l'échelle régionale. Faculté de Médecine de Grenoble; 2012.

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

12. Moisy M. Prévalence des céphalées à travers l'enquête décennale Santé 2002-2003 - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé. Etudes Résultats [Internet]. déc 2006 [cité 11 déc 2017];(542). Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/prevalence-des-cephalees-a-travers-l-enquete-decennale-sante-2002-2003

13. Gaudin A-F. La migraine en France: 10 ans après. John Libbey Eurotext; 2004. 134 p.

14. Lucas C, Lanteri-Minet M, Leroy L. Comportements thérapeutiques des migraineux. FRAMIG 99-III. Letre Neurol. oct 2000;4(5):14‑6.

15. Lucas C, Lanteri-Minet M, Chaffaut C. Comportements thérapeutiques des migraineux. FRAMIG 2000-II. Douleurs. 2001;2:240-6.

16. Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. Transformation of Episodic Migraine Into Daily Headache: Analysis of Factors. Headache J Head Face Pain. 1 mars 1982;22(2):66‑8.

17. ANNEQUIN D, BOUREAU F, BOUSSER M, MASSIOU H. Traitement de la migraine. In: La migraine : Connaissances descriptives, traitements et prévention. INSERM. 1998. p. 163‑232.

18. Göbel H, Schmidt G, Dworschak M, Stolze H, Heuss D. Essential plant oils and headache mechanisms. Phytomedicine. 1 oct 1995;2(2):93‑102.

19. Göbel H, Schmidt G, Soyka D. Effect of peppermint and eucalyptus oil preparations on neurophysiological and experimental algesimetric headache parameters. Cephalalgia. 1 juin 1994;14(3):228‑34.

20. Rhyne DN, Anderson SL, Gedde M, Borgelt LM. Effects of Medical Marijuana on Migraine Headache Frequency in an Adult Population. Pharmacotherapy. 2016;36(5):505‑10.

21. Mendiguren A, Aostri E, Pineda J. Regulation of noradrenergic and serotonergic systems by cannabinoids: relevance to cannabinoid-induced effects. Life Sci. 20 nov 2017;

22. PIQUET E. Raisons de non consultation et/ou de non satisfaction de la consultation chez les migraineux : étude qualitative sur le discours de migraineux hors filière de soins. Faculté de Médecine de Nice; 2013.

23. Lucas C, Lanteri-Minet M, Chautard MH. TO03 - FRAMIGIII. Prise en charge des patients migraineux : l'importance de la première consultation. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 nov 2004;5(Supplement 1):11‑2.

24. Migraine : les symptômes, les facteurs déclenchants, l'évolution [Internet]. [cité 22 déc 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/migraine/symptomes-facteurs-declenchants-evolution

<u>ANNEXE 1:</u> texte d'annonce du questionnaire

Thèse de médecine générale, prise en charge des maux de tête.

Bonjour à tous,

Je suis Interne en Médecine Générale dans la région Picardie, et termine mes études dans quelques mois.
Je réalise ma thèse sur la façon dont les patients atteints de maux de tête se soulagent.
C'est une enquête sous forme de questionnaire. Celui-ci est adressé aux personnes présentant des maux de tête réguliers. Il est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes pour y répondre.

Il s'agit uniquement d'un recueil de données.
Les réponses sont anonymes et ne seront pas publiées.
Je ne répondrai pas aux questions sauf en cas de problème technique sur la réalisation du questionnaire.
Il ne s'agit pas de consultation en ligne.
Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, répondez en tout honnêteté.

Mon étude a pour but d'évaluer les pratiques de traitement médicamenteux par les patients ayant des maux de tête afin d'améliorer leur prise par le médecin généraliste.

Merci de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire par personne.

Hélène SCHILDKNECHT

SUIVANT

Page 1 sur 11

ANNEXE 2 : questionnaire

Caractéristiques de vos maux de tête

Cette première partie permet d'orienter le type de symptômes que vous ressentez, répondez par oui ou non à chacune des 4 affirmations en fonction de ce que vous ressentez lors de vos maux de tête réguliers.

*

Lorsque **vous ne prenez pas de médicaments,**
vos maux de tête durent de 4 heures à 3 jours :

- ◯ OUI
- ◯ NON

*

Votre mal de tête a **au moins 2 des caractéristiques suivantes** :
- localisée à un coté de la tête (droit ou gauche)
- pulsatile (battements qui résonnent dans votre tête ou une impression que cela tape)
- gênant dans vos activités pouvant aller jusqu'à les interrompre
- augmenté par l'effort (monter un escalier, courir)

- ◯ OUI
- ◯ NON

*

Votre mal de tête est accompagné d'**au moins un des critères suivant**:
- envie de vomir ou vomissements
- gêne à la lumière et/ ou au bruit

- ◯ OUI
- ◯ NON

Vous avez présenté **au moins 5 crises** dans votre vie

- ◯ OUI
- ◯ NON

*

Votre mal de tête est **précédé ou associé à un des critères suivant** :
- troubles visuels (vision de scintillements, point lumineux, point noir...)
- troubles sensitifs (sensations de fourmillements au niveau du visage des bras ou des jambes)
- troubles du langage avec des difficultés à parle ou à comprendre

- ◯ OUI
- ◯ NON

RETOUR SUIVANT

Page 2 sur 11

*Obligatoire

Quel est votre âge? *

Votre réponse

Quel est votre sexe? *

- ◯ Femme
- ◯ Homme

Quelle est votre situation professionnelle ? *

- ◯ Etudiant
- ◯ Actif
- ◯ Retraité
- ◯ Au foyer
- ◯ A la recherche d'un emploi

RETOUR SUIVANT Page 3 sur 11

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Lorsque vous souffrez de maux de tête, prenez vous des médicaments: *

- ◯ Systématiquement
- ◯ Le plus souvent
- ◯ Occasionellement
- ◯ Jamais

RETOUR SUIVANT Page 4 sur 11

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

*Obligatoire

Parmi la liste, quel médicament utilisez vous le plus souvent ? *

- ◯ Paracétamol : Dafalgan, Doliprane, Efferalgan, Claradol
- ◯ Aspirine associé ou non à Métoclopramide: Aspro, Aspégic, Migpriv
- ◯ Anti inflammatoire : Advil, Ibuprofène, Nurofen, Spifen, Ketoprofen, Voltarène, Diclofénac, Spedifen
- ◯ Codéine + efferalgan ou dafalgan ou doliprane, klipal, Antarène codéine
- ◯ Opium + paracétamol : Lamaline ou Izalgi
- ◯ Tramadol : contramal, monocrixo, topalgic, zamudol, ixprim
- ◯ Triptan : Sumatriptan (Imigrane), Zolmitriptan (Zomig), Almotriptan (Almogran), Eletriptan (Relpax), Frovatriptan (Tigreat, Isimig), Naratriptan (Naramig),....
- ◯ Diergospray ou Diergotamine
- ◯ Homéopathie
- ◯ Autre : _____

A quel moment prenez vous le médicament? *

- ◯ Dès l'apparition des maux de tête
- ◯ Dans l'heure qui suit l'apparition des maux de tête
- ◯ Plus de 2 heures après le début des maux de tête
- ◯ Tous les jours même si vous n'avez pas mal à la tête
- ◯ Autre : _____

RETOUR SUIVANT Page 5 sur 11

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Après la prise de médicament, au bout de combien de temps votre crise est-elle soulagée? *

- ◯ Moins de 2 heures
- ◯ Plus de 2 heures

Combien de fois en moyenne prenez-vous de médicament au cours d'une crise? *

1	2	3	4	5	6	7	8
◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Si vous en prenez plus de 2 fois, est-ce:

- ◯ Le même médicament à chaque fois
- ◯ Un autre type de médicament

Avez-vous des effets indésirables/secondaires avec ce(s) médicament(s)? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Estimez-vous pouvoir retourner rapidement à vos activités quotidiennes? (travail, loisir, familiales) *

- ◯ Oui
- ◯ Non

RETOUR SUIVANT

Page 6 sur 11

*Obligatoire

Comment de fois prenez-vous de médicament par mois pour traiter votre mal de tête? *

- ◯ Moins de 10 fois
- ◯ 10 à 15 fois
- ◯ Plus de 15 fois

RETOUR SUIVANT Page 7 sur 11

Que faites-vous en plus de la prise de médicaments pour vous soulager en cas de crise de maux de tête? *

- ☐ Vous vous mettez dans l'obscurité
- ☐ Vous vous mettez dans le silence
- ☐ Vous faites du yoga/relaxation
- ☐ Vous dormez
- ☐ Vous utilisez des huiles essentielles/aromathérapie/phytothérapie
- ☐ Vous pratiquez l'acupuncture
- ☐ Autre : _____

RETOUR SUIVANT Page 8 sur 11

*Obligatoire

Avez-vous déjà consulté un médecin pour vos maux de tête? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

RETOUR SUIVANT Page 9 sur 11

Avez-vous consulté: *

- ☐ Un médecin généraliste
- ☐ Un neurologue
- ☐ Autre : _____

Êtes-vous satisfait de la prise en charge par ce médecin? *

- ◯ Très satisfait
- ◯ Moyennement satisfait
- ◯ Pas satisfait du tout

Vous a-t-il parlé des céphalées par abus médicamenteux? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

RETOUR SUIVANT Page 10 sur 11

*Obligatoire

Vous a-t-on déjà dit que vous étiez migraineux(se)? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

RETOUR ENVOYER Page 11 sur 11

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Evaluation des pratiques de gestion d'une crise chez les patients migraineux sans aura.

INTRODUCTION: La migraine est une pathologie qui évolue de manière chronique. La prise en charge des crises est bien codifiée par les recommandations mais nécessite une bonne connaissance par le patient. L'objectif principal de notre travail était de déterminer les moyens thérapeutiques utilisés par les migraineux sans aura lors d'une crise. Nous avons également cherché à comparer leur efficacité selon que le patient ait consulté ou non un médecin. METHODE: Nous avons réalisé une étude observationnelle, quantitative, descriptive par la diffusion d'un questionnaire en ligne au sein de la population céphalalgique. Les sujets migraineux sans aura étaient identifiés grâce à la première partie du questionnaire alors que les items de la seconde partie les interrogeaient sur leur consommation médicamenteuse. RESULTATS: A partir des 120 réponses obtenues au questionnaire, 63 migraineux sans aura ont été inclus dans l'étude. Au cours d'une crise, ils utilisaient majoritairement un traitement recommandé : 44,4% utilisaient un traitement non spécifique et 34,9% un traitement spécifique de crise. Il n'y avait pas de différence significative d'efficacité entre les différentes thérapeutiques. 84,1% des sujets avaient déjà consulté un médecin. Il n'y avait pas d'association significative entre l'application des modalités recommandées de prise médicamenteuse et le fait d'avoir consulté un médecin. CONCLUSION: Malgré une majorité de sujets ayant consulté un médecin, et une large utilisation des traitements recommandés, plus de deux tiers des sujets utilisent un traitement non efficace. Un travail reste à faire sur la formation des médecins au suivi des migraineux et sur l'éducation du patient à la prise en charge de sa pathologie.

Mots clés : migraine, patient, migraine sans aura, thérapeutique, éducation

Assessment of migraine attacks management practices in migraine patients without aura.

OBJECTIVES: Migraine is a pathology that evolves chronically. The management of migraine attacks is well codified by the recommendations but requires a good knowledge by the patient. The main objective of our work was to determine the therapeutics used by migraine sufferers without aura during an attack. We also tried to compare their effectiveness and their utilisation wether the patient consulted a doctor or no. METHOD: We conducted an observational, quantitative, descriptive study by running an online questionnaire within the cephalalgic population. The first part of the questionnaire led to the identification of migraine subjects while in the second part theu where questioned about their drug consumption. RESULTS: Based on the 120 responses to the questionnaire, 63 migraine sufferers without aura were included in the study. During an attack, they mostly used a recommended treatment: 44.4% used a non-specific treatment and 34.9% a specific attack treatment. There was no significant difference in efficacy between the different therapies. 84.1% of the subjects had already consulted a doctor. There was no significant association between the application of the recommended medication regimen and consulting a physician. CONCLUSION: Despite a majority of subjects having consulted a doctor, and a wide use of recommended treatments, more than two-thirds of subjects use a non-effective treatment. Work remains to be done on the training of doctors in the monitoring of migraine patients and on the education of the patient in the management of his pathology.

Keywords : migraine, patient, migraine without aura, therapeutic, education