



HAL
open science

Explorer la prise en charge préconisée par les médecins généralistes du Gard dans la gestion des crises migraineuses lors de la pandémie COVID-19

Delphine Ricordel

► To cite this version:

Delphine Ricordel. Explorer la prise en charge préconisée par les médecins généralistes du Gard dans la gestion des crises migraineuses lors de la pandémie COVID-19. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03330045

HAL Id: dumas-03330045

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03330045>

Submitted on 31 Aug 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Delphine RICORDEL

Le 2 juillet 2021

**Explorer la prise en charge préconisée par les médecins
généralistes du Gard dans la gestion des crises migraineuses lors
de la pandémie Covid 19**

Directeur de thèse : Docteur Julie Bernard

JURY

Président :

Pr DUCROS Anne, PUPH en Neurologie au CHU de Montpellier

Assesseurs :

1/ Docteur SAGUY Hermine, AUMG, Docteur en médecine générale

2/ Docteur BERNARD Julie, PH en Addictologie au CHU de Nîmes et au Grau du Roi,
directrice de thèse

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Delphine RICORDEL

Le 2 juillet 2021

**Explorer la prise en charge préconisée par les médecins
généralistes du Gard dans la gestion des crises migraineuses lors
de la pandémie Covid 19**

Directeur de thèse : Docteur Julie Bernard

JURY

Président :

Pr DUCROS Anne, PUPH en Neurologie au CHU de Montpellier

Asseseurs :

1/ Docteur SAGUY Hermine, AUMG, docteur en médecine générale

2/ Docteur BERNARD Julie, PH en Addictologie au CHU de Nîmes et au Grau du Roi,
directrice de thèse

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Héléne
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÉ Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
 <u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe

MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI EI Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

Cette thèse est la finalité de ces 10 années d'étude, 10 années où la médecine a façonné celle que je suis devenue. Aujourd'hui, je réalise que je vais enfin être Docteur en médecine générale, que je vais pouvoir m'épanouir dans l'exercice de la médecine que j'aime.

J'en profite alors pour remercier tous ceux qui m'ont accompagné dans ce long voyage.

Tout d'abord, je remercie les membres de mon jury :

-*Au professeur Anne DUCROS*, qui me fait l'honneur de présider mon jury ce jour. Neurologue spécialisée dans la migraine, je ne pouvais rêver de meilleure présidente.

-*Au Docteur Hermine Saguy*, qui a accepté de participer et de juger mon travail.

-*Au Docteur Julie Bernard*, que je ne remercierais jamais assez pour toute son aide au cours de cette thèse, pour ces précieux conseils, pour sa relecture et le guidage de toutes les phases de l'élaboration de cette thèse. Je retiendrais ta disponibilité, ta gentillesse et ta rigueur. Au-delà de tes qualités de directrice de thèse, j'admire le médecin que tu es et la femme qui se cache derrière. Merci encore.

Puis, il y a des amitiés de longue date qui m'ont vue évoluer au fil du temps, je ne pouvais pas commencer ces remerciements sans te dédier ses premiers mots :

-*A toi Rozenn*, ma plus vieille amie, ma plus fidèle confidente depuis la maternelle, celle qui a toujours été là pour moi dans les bons comme les moins bons moments. Sache que « je serais toujours là pour toi, n'importe où quand tu voudras, je serais toujours la même ... car tu sais que je resterai ta meilleure amie » (PS : tu reconnaîtras cette chanson).

-*A toi Marine*, mon binôme du Lycée, ensemble on formait « Droguée et Meilleure », sache que tu me fais toujours autant rire après toutes ces années. Merci pour ta relecture de la thèse.

-*A mes anciennes colocataires, Laurie et Charlène (+/- Rémy)* dont les discussions philosophiques sur le pas de la porte de nos chambres le soir me manquent.

-*A toi Alexia*, ma première copine Maman.

Puis, il y a les années faculté, à la fac de Rennes avec mes amis bretons où les soirées étaient alcoolisées, enjouées et drôlement sympa. Il a fallu survivre à 2 années de PACES avec les Copines de Galère puis à l'externat avec les Amis d'Elina.

-A toi *Clémentine*, où l'on s'est découverte lors du barbecue d'accueil, à notre passion commune pour la bonne musique « JJG, Free from Desire », à nos longues conversations, à nos pauses goûter en centre-ville. J'admire tes convictions et tes engagements.

-A toi *Elina*, ma Rousse Flamboyante qui au fil du temps s'est imposée comme une vraie amie avec ton rire cristallin et ton ouverture d'esprit.

-A vous les Amis d'Elina, qui avez bercé mes années Rennaises avec une dédicace à Hélène, notre premier Docteur du groupe qui m'a fait découvrir et partager son travail de thèse pour avoir un modèle. Merci encore de ton aide.

-A vous *Hugo et Roxane*, mes fidèles compagnons de BU lors de la sixième année et du concours ECN qui m'avez permis de tenir le rythme lors de cette difficile année. Que le jeu en valait la peine.

Puis il y a les rencontres avec les médecins/professionnels de santé au cours des stages qui ont façonné ma façon de travailler et m'ont guidée avec leurs précieux conseils.

-Aux Docteurs *Moreau et Delatte* à Bain de Bretagne qui ont confirmé mon envie de me diriger vers la médecine générale.

-Au Docteur *Magnien*, qui est mon tuteur MSU pour ces 3 années d'internat, merci pour votre accompagnement.

-A l'équipe d'Addicto du *Grau du Roi*, où ce fut un excellent stage hospitalier avec une mention pour le Docteur Julie Bernard qui a accepté de m'accompagner dans ce travail de thèse et au Docteur Régis Alarcon dont j'essaie d'appliquer les conseils de TCC en consultation et pour moi-même concernant le travail de confiance en soi.

-A toutes les IDE, secrétaires qui m'ont aidée lorsque j'ai pu être un peu perdue en stage, qui sont de véritables soutiens. Vous faites un métier formidable et je vous admire pour cela.

Puis, il y a les plus belles années de médecine avec l'Internat, ce doux moment de responsabilité et d'autonomisation où l'on peut profiter de la vie, des WE, de l'argent gagné et le partager avec de nouvelles rencontres qui deviennent des piliers.

-A toi Aurélie, ma toute première amie dans le Sud, à cette rencontre dans l'amphithéâtre de la faculté de Montpellier, à nos vacances dans les Gorges du Verdon où tu as failli mourir à mainte reprise, à nos WE, à nos soirées arrosées. Merci de partager ta joie de vivre avec moi.

-A mes co internes du stage des Urgences et plus particulièrement Mélissa et Vanessa qui avez rendu ce stage plus intéressant, plus supportable et plus humain. Merci pour votre douceur épicée des îles.

- Aux meilleures co internes du Monde qui sont devenues mes soutiens indélébiles au fil du temps. A vous Megan, Angélique et Sophie de la team Addicto, de la team Covideoclub. En chacune de vous, je retrouve des qualités que j'admire comme la détermination, la sagesse et la compréhension. Ensemble, on s'est bien trouvées :).

Et comment ne pas parler de tout ce chemin, de ces 10 années de médecine sans parler de ceux qui m'ont le plus soutenue et ce depuis le départ : ma Famille

-A vous mes Parents, dont je suis extrêmement fière de ce que vous êtes, de ce que vous avez accompli dans la vie, de ce que vous m'avez transmis et des sacrifices que vous avez fait pour nous offrir le meilleur à mes sœurs et moi. Vous m'avez appris à croire en mes rêves, à croire en la valeur du travail et aujourd'hui si je suis devant vous pour devenir Docteur, c'est grâce à vous, je vous dois tout. Merci de m'aimer tout autant que ce que je vous aime, Merci de me comprendre aussi bien et d'être toujours de bons conseils. Je ne serais pas là sans vous.

-A vous mes Grands Parents, ma famille, mes cousins, mes cousines qui m'avez permis de grandir dans une famille unie, aimante et dévouée avec de belles valeurs comme le respect, la bienveillance et l'amour. Je réalise toute ma chance de vous avoir près de moi, de pouvoir fêter de Joyeux Noël tous ensemble, au contact des patients qui n'ont pas toujours cette chance. Merci pour cela.

-A *ma cousine Adeline* qui est comme une troisième sœur pour moi, qui a partagé toute mon enfance et qui continue d'être présente encore aujourd'hui. Je te remercie d'être un exemple de motivation et de détermination pour moi. Petite dédicace à toutes nos bêtises d'enfance, à nos sessions Barbies interminables.

-A *mes Sœurs que j'aime par-dessus tout*. A vous Caroline et Marlène qui êtes les femmes que j'estime le plus dans ce monde, vous êtes mon Trio de Voyage, mes plus fidèles confidentes et vous êtes Ma Fratrie. Notre relation est unique. Je suis si fière de vous, de ce que vous êtes devenues. A toi Caroline, qui part de ton travail comprend au mieux ce que je peux vivre professionnellement, tu es d'une bienveillance à tout épreuve. A toi Marlène, tu es ma jumelle, j'admire ta force de caractère et ta détermination sans faille. Je serai toujours là pour vous et je sais que la réciprocité est vraie.

-A *mes chats d'amour : Dudu et Nounou* qui via la ronronthérapie m'ont permis de garder le sourire et le moral.

Et enfin, je clôture cette session remerciements en terminant par l'élément le plus important de ma vie, mon pilier, mon soutien infailible depuis maintenant quelques années.

-A *toi Matthieu*, mon ami, mon amour, mon confident autant de casquette que tu portes à la perfection. Tu as sublimé celle que j'étais, tu me rends belle, tu me rends confiante et avec toi à mes côtés rien n'est impossible. Tu es tout pour moi, tu es mon avenir. Je te remercie de me partager avec la médecine, ce qui n'est pas toujours une tâche aisée, d'avoir accepté de me suivre dans le Sud pour qu'on y vive notre meilleure vie. Notre stabilité m'est essentielle. Je t'aime du plus que je peux et je te remercie pour tout ce que tu m'apportes au quotidien.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	3
PARTIE 1 : BASES PREALABLES A L'ETUDE.....	5
I. MIGRAINE	5
A. DEFINITION	5
B. PHYSIOPATHOLOGIE	6
1. <i>Histoire de découverte de la physiopathologie</i>	6
2. <i>Aura</i>	7
3. <i>Génétique</i>	7
C. DIAGNOSTIC ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES	8
1. <i>Sans aura</i>	8
2. <i>Avec aura</i>	9
3. <i>Durée de la crise</i>	9
4. <i>Facteurs déclenchants de la crise</i>	10
5. <i>Examens complémentaires</i>	10
D. TRAITEMENTS DANS LA MIGRAINE	10
1. <i>Crise</i>	11
2. <i>De fond</i>	12
3. <i>Stratégies thérapeutiques</i>	13
4. <i>Recherche et avenir</i>	13
a) <i>Inhibiteurs CGRP</i>	13
b) <i>Ditans</i>	14
c) <i>Gepants</i>	14
d) <i>Toxine botulique</i>	15
E. RETENTISSEMENT ET QUALITE DE VIE.....	15
1. <i>Agenda des migraines</i>	16
2. <i>Outils</i>	16
a) <i>Echelle MIDAS</i>	16
b) <i>HIT</i>	16
c) <i>HAD</i>	17
3. <i>Anxiété et dépression</i>	17
4. <i>Cout économique</i>	17
F. DOULEURS CHRONIQUES PAR ABUS D'ANTALGIQUE.....	17
1. <i>Définition</i>	17
2. <i>Prévalence</i>	18
3. <i>Physiopathologie</i>	18

4.	<i>Etiologie</i>	19
5.	<i>Retentissement</i>	19
6.	<i>Prise en charge</i>	19
G.	MIGRAINE HEMIPLEGIQUE FAMILIALE.....	20
1.	<i>Clinique</i>	20
2.	<i>Etiologie</i>	20
3.	<i>Traitement</i>	20
II.	AINS	21
A.	DEFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE.....	21
B.	MECANISME D'ACTION	21
C.	UTILISATIONS ET INDICATIONS	22
D.	CONTRE-INDICATIONS.....	22
E.	EFFETS INDESIRABLES.....	23
1.	<i>Digestifs</i>	23
2.	<i>Hémorragiques</i>	23
3.	<i>Cutanés</i>	23
4.	<i>Rénaux</i>	23
5.	<i>Infectieux</i>	24
6.	<i>Cardiovasculaires</i>	24
7.	<i>Respiratoires</i>	24
8.	<i>Gynécologiques</i>	25
9.	<i>Thromboemboliques</i>	25
10.	<i>Thrombotiques</i>	25
F.	AIDE A LA PRESCRIPTION.....	25
G.	AINS ET MIGRAINE	26
III.	TRIPTANS	27
A.	DEFINITION	27
B.	DECOUVERTE	27
C.	MECANISME	27
D.	UTILISATIONS/INDICATIONS	27
E.	CONTRE-INDICATIONS.....	28
F.	EFFETS INDESIRABLES.....	28
G.	UTILISATION DANS LA MIGRAINE	28
IV.	LA COVID 19	29
A.	DEFINITION	29
B.	TRANSMISSION.....	29
C.	CARACTERISTIQUES	30

D.	SYMPTOMES	30
E.	FORMES CLINIQUES	30
	1. <i>Symptomatiques</i>	30
	2. <i>Asymptomatiques</i>	31
	3. <i>Pédiatriques</i>	32
	4. <i>Gériatriques</i>	32
	5. <i>Femmes enceintes</i>	32
	6. <i>Formes Graves</i>	33
F.	METHODES DIAGNOSTIQUES	33
	1. <i>La PCR COVID 19</i>	33
	2. <i>Test antigénique</i>	34
	3. <i>Test sérologique</i>	34
G.	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	35
H.	STRATEGIES DIAGNOSTIQUES	35
	1. <i>Symptomatique</i>	35
	a) Repérer	35
	b) Tester	36
	c) Isoler	36
	2. <i>Asymptomatique</i>	36
	a) Cas contact	36
	b) Tester et isoler	37
	3. <i>Cas particulier pédiatrique</i>	37
I.	TRAITEMENTS	38
	1. <i>Préventifs</i>	38
	a) Masques.....	38
	b) Gestes barrières (hygiène des mains, distanciation physique)	38
	(1) Hygiène des mains.....	38
	(2) Distanciation physique	39
	c) Aérer les pièces de vie	39
	d) Télétravail	40
	e) Téléconsultation	40
	f) Adaptation des cabinets médicaux	40
	g) Isolement	41
	h) Vaccins	41
	(1) Principe.....	41
	(2) Type	41
	(3) Stratégie	42
	(4) Limites	43
	2. <i>Traitements curatifs</i>	43
J.	PRISE EN CHARGE.....	44
K.	RECOMMANDATION AINS ET COVID.....	45

PARTIE 2 : ETUDE EXPLORER LA PRISE EN CHARGE PRECONISEE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU GARD DANS LA GESTION DES CRISES MIGRAINEUSES PENDANT LA PANDEMIE COVID1947

I. MATERIELS ET METHODES47

A. CHOIX DE LA METHODOLOGIE 47

B. ECHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT 47

C. RECUEIL DE DONNEES 48

 1. *Guide d'entretien* 48

 2. *Entretiens semi dirigés* 49

 3. *Retranscription des entretiens* 49

D. METHODES D'ANALYSES DES RESULTATS 49

II. RESULTATS49

A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION 49

B. ANALYSE 50

 1. *Connaissance de la maladie migraineuse* 50

 a) Formations 50

 b) Recommandations 50

 2. *Teneur de la consultation migraineuse* 50

 a) Diagnostic 50

 (1) Interrogatoire 50

 (2) Examen 51

 (3) Prescription 51

 b) Suivi 52

 (1) Agenda 52

 (2) Durée de traitement 52

 (3) Traitement de fond 53

 (4) Recours aux spécialistes 53

 3. *Perception du malade migraineux* 54

 a) Recours aux soins 54

 (1) Fréquence 54

 (2) Motifs de consultation 54

 b) Acteurs du soin 54

 (1) Connaissances 54

 (2) Demandes 54

 (3) Approche personnalisée 55

 c) Vécu du patient 55

 (1) Potentiel addictogène 55

 (2) Dépression 55

 4. *Connaissance sur la COVID 19* 55

 a) Diagnostic 55

 b) Recommandation éviction AINS 56

5.	<i>Impact de la pandémie</i>	56
a)	Sollicitation	56
(1)	Mode	56
(2)	Motifs	56
(3)	Renoncement aux soins.....	56
(4)	Recrudescence.....	57
b)	Adaptation	57
(1)	Préventive.....	57
(2)	Thérapeutique	58
(a)	Pendant la crise	58
(b)	A l'avenir.....	58
III.	DISCUSSION	59
A.	FORCES.....	59
B.	LIMITES.....	60
C.	PRINCIPAUX RESULTATS.....	60
D.	LITTERATURE ET PERSPECTIVE	61
IV.	CONCLUSION	62
	BIBLIOGRAPHIE	63
	ANNEXES	71
	SERMENT D'HIPPOCRATE	88
	PERMIS D'IMPRIMER	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
	RESUME	128

Liste des abréviations

- ACE2 : Enzyme de conversion de l'angiotensine 2
- AMM : Autorisation de mise sur le marché
- AMPc : Adénosine monophosphate cyclique médiée
- ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
- ATCD : Antécédent
- AZ : Azithromycine
- CCQ : Céphalée chronique quotidienne
- CGR/CGRP : Gène de la calcitonine peptide
- CNGOF : Collège National des Gynécologues obstétriciens français
- DCE : Dépression corticale envahissante
- DGS : Département général de la Santé
- DMMDs : Disease Modifying Migraine Drugs
- ECMO : Oxygénation par membrane extracorporelle
- EI : Effets indésirables
- FDA : Food and Drug Administration
- GMPc : Guanosine monophosphate cyclique médiée
- HDM : Hygiène des mains
- HCSP : Haut conseil de Santé Publique
- HCQ : Hydroxychloroquine
- HIT : Headache Impact Test
- IDSA : Infectious Diseases Society America
- IHCD : The International. Classification of Headache Disorders
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

- KATP : Canaux potassiques sensibles à l'ATP
- MDQ-H : Medication Dependency Questionnaire in Headache Patients
- MIDAS : Migraine Disability Assessment
- MERS-Cov : Coronavirus du Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient
- MHS/MHF : Migraine hémiplésique sporadique (MHS) et Migraine hémiplésique familiale (MHF)
- OBNI : Objets blancs non identifiés
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PACAP : Pituitary adenylate cyclase-activating peptide
- PCR : Polynuclear Chain Reaction
- PGI2 : Prostacycline
- PIMS : Syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique
- PRAC : Comité européen en charge de l'évaluation des risques et de la pharmacovigilance
- RCH : Rectocolite hémorragique
- REPIAS : Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins
- RT PCR : Reverse Transcriptase - Polymerase Chain Reaction.
- SARS : Severe acute respiratory syndrome coronavirus
- SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe
- SFEMC : Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées
- SHA : Solution hydroalcoolique
- SSN : Noyau Salivatoire Supérieur
- TROD : Test rapide d'orientation diagnostique
- TXA2 : Thromboxane A2
- VPN : Valeur prédictive négative
- VVP : Valeur prédictive positive

introduction

La migraine est une pathologie fréquente en médecine générale et dans la population française. Avec une prévalence de 15%, la migraine est une des affections neurologiques les plus fréquentes. Le diagnostic repose sur les critères de l'ICHD-3 qui doivent être satisfaits.

La migraine est considérée comme le sixième trouble le plus invalidant à l'échelle mondiale par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et le plus invalidant de tous les troubles neurologiques par le Global Burden of Disease Study.

Elle est responsable d'un retentissement fonctionnel et émotionnel important entraînant une altération de la qualité de vie pendant les crises mais également entre les crises du fait de conduites d'évitement. Malgré sa fréquence et ses conséquences, la migraine reste largement sous diagnostiquée et sous traitée.

La Haute Autorité de Santé ainsi que la Société Française de Neurologie recommandent en première intention de privilégier certaines classes thérapeutiques dans la gestion de la céphalée migraineuse. En effet, les traitements recommandés sont essentiellement les AINS ainsi que les triptans.

Les recommandations de la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées (SFEMC) de 2013 préconisent de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan. La prise doit se faire précocement, dans l'heure qui suit l'apparition de la céphalée. Chez les patients ayant une intolérance ou une contre-indication aux AINS, il est conseillé de prescrire un triptan d'emblée.

Cependant, d'après plusieurs études, il ressort que la grande majorité des prescripteurs dont les médecins généralistes préconisent en première intention la prise des AINS. En effet, les triptans sont rarement utilisés en première intention et restent sous utilisés.

Or il se trouve que depuis la fin d'année 2019, le monde doit faire face à la pandémie nommée Covid 19. Cette pandémie ayant pour point de départ la Chine a bousculé le monde moderne avec ce virus à tropisme respiratoire.

La COVID-19 est une nouvelle maladie, distincte des autres maladies à coronavirus, qui se distingue par son caractère très contagieux et mortel.

De manière générale, l'automédication par anti-inflammatoires doit être proscrite : au tout début de la pandémie, il semblait que les anti-inflammatoires non stéroïdiens puissent être un facteur d'aggravation de l'infection et leur éviction avait été recommandée par la SFEMC.

Devant cette recommandation d'éviction des AINS, nous nous sommes demandés comment les médecins généralistes avaient adapté leurs pratiques.

Notre étude a eu pour objectif d'explorer la prise en charge préconisée par les médecins généralistes du Gard des crises migraineuses pendant la pandémie Covid19.

Dans une première partie, nous évoquerons les bases préalables à l'étude nécessaires à la bonne compréhension de notre problématique, relatives à la migraine, aux différents traitements par AINS et Triptans ainsi qu'à la pandémie Covid19.

Dans une deuxième partie, nous exposerons notre étude qui porte sur la prise en charge préconisée par les médecins généralistes du Gard des crises migraineuses pendant la pandémie Covid19.

Partie 1 : Bases préalables à l'étude

I. Migraine

A. Définition

La céphalée (douleur de l'extrémité céphalique crânienne ou faciale) est un symptôme subjectif qui motive de fréquentes consultations que ce soit en médecine libérale (médecins généralistes ou spécialistes) ou bien lors d'une consultation aux urgences. Le but premier est de distinguer une céphalée primaire d'une céphalée secondaire (secondaire à une cause locale ou générale, pouvant parfois être grave)(1). Il existe une classification reconnue : la classification internationale des ICHD (International Classification Headach Disorders) qui va classer les céphalées en trois groupes distincts. (Voir annexe Figure1)

On distingue alors :

-Céphalées primaires : les plus fréquentes, elles sont dues à l'activation des systèmes nociceptifs crâniens en l'absence de lésion sous-jacente.

-Céphalées secondaires : elles sont le reflet d'une cause locale (neurologique, ORL, ophtalmologique ou générale) et peuvent être graves et nécessiter une prise en charge en urgence (ex : Hémorragie sous arachnoïdienne).

-Céphalées par névralgie : à type de décharges électriques dans le territoire d'un nerf sensitif qui se divisent aussi en névralgies essentielles et névralgies secondaires.

La démarche diagnostique devant toute consultation pour céphalée est la suivante. L'urgence consiste à repérer de manière rapide une céphalée secondaire. Ensuite si on confirme une céphalée primaire, l'interrogatoire va permettre de s'orienter vers un sous type ou vers un autre(2). (Voir annexe Figure 2)

La prévalence de la migraine dans la population générale est évaluée à 15-20% avec une nette prédominance féminine (trois fois plus fréquente). La forme prédominante (6-10 %) est la migraine sans aura tandis que la migraine avec aura dans laquelle la céphalée est précédée ou accompagnée de symptômes neurologiques transitoires représente 3-6 % des cas(3). Elle touche 5 à 10 % des enfants, sans différence entre les deux sexes avant la puberté. Les crises peuvent débuter à tout âge, mais 90 % débutent avant 40 ans.

B. Physiopathologie

De grands progrès au cours des trente dernières années ont permis de préciser les mécanismes supportant la migraine. La douleur migraineuse est maintenant considérée comme secondaire à l'activation du système trigéminovasculaire qui est un des systèmes assurant le tonus neurovasculaire.

La physiopathologie de la migraine fait intervenir une hyperexcitabilité neuronale avec dysfonction des voies neuromodulatrices dans l'hypothalamus et le tronc cérébral, qui prédispose le patient à faire des crises spontanées ou provoquées par certains déclencheurs.

Au cours de la crise migraineuse, ce système s'active anormalement et est responsable d'une inflammation périvasculaire avec libération de neuromédiateur algogène dont le CGRP et d'une dilatation des vaisseaux des méninges qui enveloppent le cerveau(4) ;(2).

1. Histoire de découverte de la physiopathologie

C'est le Dr Moskowitz en 1984, qui propose en premier un schéma physiopathologique de la migraine. Il démontre que le système trigéminovasculaire est le système anatomique et substrat physiologique nociceptif de la migraine.

En effet, selon lui la transmission provient de l'activation et de la sensibilisation des neurones trigéminovasculaires de premier ordre. Ces neurones sont situés dans le ganglion trigéminal, et leurs fibres afférentes innervent les méninges. La transmission nociceptive du ganglion trigéminal est projetée vers le tronc cérébral, activant et sensibilisant les neurones trigéminovasculaires du second ordre, ce qui permet ensuite d'activer les neurones trigéminaux du thalamus. Ceux-ci relaient ensuite la transmission au cortex somatosensoriel aboutissant finalement à la perception de la douleur migraineuse(5). (Voir annexe figure 3).

Par la suite, de nombreuses études ont complété ces informations.

-Elles démontrent que la conduction nerveuse vers les méninges se réalise via le Noyau Salivatoire Supérieur (SSN) et le ganglion sphéno-palatinal, ce qui permet la dilatation des artères intracrâniennes par la libération de molécules de signalisation telles que PACAP (Pituitary adenylate cyclase-activating peptide) ou CGRP (gène de la calcitonine peptide).

-Le peptide lié au gène de la calcitonine (CGRP), la sérotonine et la substance P sont les neuropeptides principaux qui sont relâchés pendant une crise migraineuse avec un rôle pivot pour le CGRP. Des études complémentaires ont étudié l'implication de l'adénosine monophosphate cyclique médiée (AMPC) et guanosine monophosphate cyclique médiée (GMPc) dans l'étude des voies de la pathogenèse des crises de migraine et suggèrent qu'un éventuel mécanisme unificateur aboutit à l'ouverture des canaux potassiques sensibles à l'ATP (KATP)(6);(7).

-Le site d'action de ces molécules d'activation est probablement situé dans les cellules musculaires lisses vasculaires des artères intracrâniennes mais peut également inclure d'autres cellules, comme les afférents primaires périvasculaires du trijumeau. C'est la dilatation et l'inflammation des artères de la dure-mère, de la pie-mère et des vaisseaux nourriciers qui sont considérées à l'origine de la douleur associée aux migraines.

Des travaux ont également démontré que des crises de migraine très fréquentes étaient associées à des remaniements neuronaux, notamment dans les centres de contrôle de la douleur. Mais à ce jour, l'origine, le niveau de réversibilité et les conséquences de ces remaniements restent inconnus.

2. Aura

L'aura migraineuse est quant à elle sous-tendue par un dysfonctionnement transitoire cortical. Elle est supportée par la dépression corticale envahissante (DCE) qui est un phénomène naissant dans le cortex occipital et qui progresse vers les régions corticales antérieures via une vague lente de dépolarisation des neurones, de l'arrière du cerveau vers l'avant.

Ce phénomène est observable par imagerie fonctionnelle au cours de crises de migraine avec aura spontanée. Il entraîne une baisse transitoire de l'activité des neurones, avec une légère diminution du débit sanguin cérébral. Cela explique les troubles neurologiques visuels, sensitifs, du langage, ou la faiblesse motrice ressentis par les patients (2).

3. Génétique

On évoque parfois une origine génétique à la migraine. Toutefois, il faudrait mieux parler de susceptibilité génétique avec à ce jour plus d'une douzaine de gènes de susceptibilité à la migraine qui ont été identifiés depuis 2010.

Ces gènes codent pour des protéines qui permettent la communication neuronale notamment glutamatergique. Une mutation du gène codant pour cette protéine entraîne sa coupure en deux protéines dysfonctionnelles : l'une est inactive et l'autre stimule fortement l'activité électrique des neurones, provoquant des crises migraineuses. La survenue de la maladie migraineuse est donc bien liée à une prédisposition génétique modulée par des facteurs environnementaux, ce qui explique la fréquence de cas dans une même famille (8).

C. Diagnostic et examens complémentaires

La migraine est une maladie chronique caractérisée par des crises récurrentes qui se traduisent essentiellement par d'intenses céphalées. On distingue deux principaux types de crises migraineuses : les crises de migraine sans aura et les crises de migraine avec aura, c'est-à-dire accompagnées ou précédées par des troubles neurologiques transitoires (2).

1. Sans aura

Les migraines sans aura sont les plus fréquentes. Elles se manifestent par une céphalée modérée à sévère qui dure de 4 à 72 heures (sans traitement ou avec un traitement inefficace). Ces crises sont associées à des nausées, voire des vomissements, et/ou une photophobie, phonophobie. Elles présentent en outre au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

- Topographie unilatérale
- Douleurs pulsatiles
- Douleurs modérées à sévères avec parfois besoin de s'allonger dans le noir
- Douleurs aggravées par l'activité

Le diagnostic de migraine ne peut être porté qu'après plusieurs crises, au moins cinq. Le diagnostic est clinique et basé principalement sur l'interrogatoire en s'aidant des critères ICHD-3(3). A noter qu'une topographie bilatérale peut être observée dans 30% des cas. (Voir annexe Figure 4).

2. Avec aura

Dans 20 à 30% des cas, la céphalée est précédée ou s'accompagne d'une aura (un trouble neurologique transitoire entièrement réversible). Les auras typiques comportent des troubles visuels, sensitifs, du langage et/ou de la parole, ou bien encore des troubles moteurs tout en sachant que les auras visuelles sont largement prédominantes (90% des cas) (2).

Dans une migraine avec aura typique, on trouve au moins trois des caractéristiques suivantes :

- Développement progressif sur au moins 5 min de l'aura
- Survenue de deux ou plusieurs symptômes d'aura successivement
- Durée de chaque aura de 5 à 60 min
- L'aura est unilatérale
- Une des auras est au moins positif (apparition d'un symptôme et non disparition)
- L'aura est suivie d'une céphalée d'une l'heure qui suit (Voir annexe Figure 5)

Il existe cependant des sous-types de migraines avec aura plus rares, comme la migraine hémiplegique familiale, la migraine basilaire qui se manifeste par des étourdissements et des vertiges, des troubles auditifs et visuels et des picotements suivis d'une céphalée derrière le crâne et non au niveau des tempes, ou encore les auras migraineuses sans céphalée (8).

3. Durée de la crise

Dans 50% des cas, la durée d'une crise est inférieure à six heures et peut être raccourcie grâce aux traitements.

La fréquence des crises peut quant à elle varier de quelques épisodes par an à plusieurs par mois. On parle alors de migraine chronique (concernerait 1 à 2% des patients) quand les migraines sont présentes plus de 15 jours par mois depuis au moins trois mois.

Entre chaque crise, la rémission des symptômes est totale. Cependant, des crises sévères peuvent être suivies de quelques jours de fatigue. En outre, ces crises fréquentes entraînent une consommation régulière de traitement de crise, qui peut être à l'origine d'un autre type de céphalées lié à la surconsommation médicamenteuse (8).

4. Facteurs déclenchants de la crise

Grâce à l'interrogatoire, quasiment policier, on peut poser le diagnostic de migraine avec ou sans aura. Par la suite, on peut rechercher des facteurs déclenchants. Il est toujours intéressant pour le patient de les identifier afin d'éviter si possible la survenue de crises migraineuses. Il existe des facteurs psychologiques comme le stress, des facteurs hormonaux comme le cycle menstruel, des facteurs sensoriels sont possibles aussi. L'alcool, la chaleur, une hydratation insuffisante ainsi que le manque de sommeil sont fréquemment rapportés par les patients (2)(Voir annexe Figure 6).

5. Examens complémentaires

Le diagnostic est uniquement clinique et repose sur les critères de l'ICHD-3 qui doivent être satisfaits. L'imagerie cérébrale est normale dans la migraine (2). De petites anomalies de la substance blanche cérébrale (hypersignaux non spécifiques en IRM) sont également observées à une fréquence plus importante chez les patients qui ont des céphalées. Ces « OBNI » (objets blancs non identifiés) sont toutefois sans conséquences fonctionnelles connues pour les patients.

L'imagerie cérébrale est indiquée seulement pour éliminer une pathologie autre en cas de céphalée inhabituelle ou qui s'accompagne d'une anomalie à l'examen clinique ou pour les céphalées débutant après l'âge de 50 ans.

Une IRM cérébrale est cependant recommandée dans les migraines avec aura devant toute aura atypique (basilaire ou hémiplégique), à début brutal, prolongée au-delà d'une heure, survenant toujours du même côté, et/ou sans symptômes visuels, ou en cas d'anomalie à l'examen clinique.

D. Traitements dans la migraine

Le traitement de la migraine est multiple et repose sur l'éviction des facteurs déclenchants, le traitement de la crise et le traitement de fond (appelé aussi traitement prophylactique).

L'éviction des facteurs déclenchants doit toujours être envisagée dès qu'elle est possible sans toutefois conduire à des conduites d'évitement qui pourraient induire une altération de la qualité de vie du patient migraineux.

Le traitement de crise doit être proposé à tous les migraineux. On distingue les traitements non spécifiques (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdien [AINS]) et les traitements spécifiques (triptans). Les antalgiques combinés à la caféine ne sont pas recommandés (risque d'abus médicamenteux). Il est recommandé d'éviter les opioïdes de palier 2 et 3 (risque d'abus médicamenteux et/ou d'addiction) (9).

1. Crise

Les traitements de la crise sans aura reposent sur les AINS pour leur action anti inflammatoire, ou sur les triptans qui sont des médicaments vasoconstricteurs (réduction du calibre des vaisseaux qui sont dilatés au cours de la crise migraineuse) (Voir annexe Figure 6). L'Ibuprofène et le Kétoprofène ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement de la crise de migraine. D'autres AINS sans AMM pour la migraine sont cependant efficaces (Naproxène, Diclofénac, Indométacine)(2). Dans l'introduction d'un traitement de crise, il faut respecter les contre-indications éventuelles de chaque molécule.

Pour la crise avec aura, le traitement n'est pas validé et les anti-inflammatoires non-stéroïdiens sont souvent proposés au début de l'aura en gardant les triptans si la céphalée survient ultérieurement.

Les recommandations françaises sont de prescrire sur la même ordonnance un triptan et un AINS. On explique au patient de commencer par l'AINS et de garder le triptan en traitement de secours, s'il n'est pas soulagé 1 à 2 heures après l'AINS. Si lors des trois premières crises traitées, le patient doit prendre chaque fois l'AINS puis le triptan, on lui conseillera de prendre le triptan d'emblée (10).

Chez les patients ayant une intolérance ou une contre-indication aux AINS, il est conseillé de prescrire un triptan d'emblée. Les patients ayant des crises sévères peuvent prendre le triptan d'emblée ou associer AINS et triptan d'emblée. (11)

Il convient d'insister sur le risque d'abus et de rappeler que les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne doivent pas être utilisés plus de 15 jours par mois et les triptans pas plus de 10 jours par mois.

2. De fond

Chez certains migraineux, un traitement de fond doit être envisagé notamment si le traitement de crise est insuffisamment efficace ou si persistance d'une altération de la qualité de vie avec une tendance à la céphalée chronique quotidienne et à l'abus médicamenteux. L'objectif de ce traitement dit prophylactique est d'augmenter le seuil de déclenchement des crises afin d'en réduire la fréquence (objectif de réduction d'au moins 50%). En aucun cas, il ne s'agit d'un traitement curateur. (2)

Le traitement de fond sera évalué sur trois mois. Il peut faire appel à diverses classes médicamenteuses dont le niveau d'efficacité est similaire mais leur effet est très variable selon les migraineux. Le but est de ne pas induire d'effets indésirables.

Aucune molécule n'a démontré de supériorité d'efficacité par rapport aux autres. Compte tenu du rapport bénéfice/risque, il est proposé d'utiliser en monothérapie, à faible dose progressivement croissante :

- En première intention, l'un des quatre médicaments suivants : Propranolol, Métoprolol, Oxétorone et Amitriptyline ;
- En deuxième intention, l'un des cinq médicaments suivants : Pizotifène, Flunarizine, Valproate de sodium, Gabapentine et Topiramate (12).

Le Méthysergide est un traitement de fond efficace, mais il expose au risque de fibrose rétropéritonéale et doit être réservé aux migraineux sévères résistants aux autres traitements. La Dihydroergotamine est un traitement de fond largement utilisé en France, bien toléré, dont l'efficacité reste à confirmer.

L'approche pharmacologique peut être couplée à une approche non pharmacologique.

Dans ce cadre, les techniques ayant montré leur efficacité sont la relaxation-sophrologie, le rétrocontrôle biologique (bio-feed-back) et la thérapie cognitive-comportementale. Ces techniques ont en commun de permettre une meilleure gestion du stress. L'acupuncture peut être également proposée (12).

3. Stratégies thérapeutiques

Il est recommandé, lors de la première consultation, d'interroger le patient sur son traitement habituel et sur le soulagement que lui apporte ce traitement.

- Réduction des symptômes 2h après la prise médicamenteuse ?
- Tolérance du médicament ?
- Une prise ?
- Reprise des activités professionnelles, sportives ou sociales ?

Si le patient répond oui aux quatre questions, il est recommandé de ne pas modifier le traitement du malade.

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. On expliquera au patient de commencer d'emblée par l'AINS et de garder le triptan en traitement de secours, s'il n'a pas été soulagé 2 heures après la prise de l'AINS. Si l'AINS est inefficace ou mal toléré, un triptan est prescrit d'emblée(13).

En cas de crise sévère et/ou maladie migraineuse handicapante, il existe des arguments médico-économiques en faveur de l'utilisation des triptans d'emblée mais sans consensus validé(14).

4. Recherche et avenir

De nombreuses études sont menées pour rechercher des traitements spécifiques de la migraine en s'appuyant sur son processus physiopathologique et en cherchant à intervenir à différents niveaux de la cascade d'activation de la chaîne nociceptive (15).

a) *Inhibiteurs CGRP*

On sait que le CGRP a un rôle pivot dans les crises migraineuses (des taux très élevés sont retrouvés lors des crises migraineuses et son administration IV peut en provoquer). Il s'agit d'un neuropeptide composé de 37 acides aminés qu'on retrouve dans le système nerveux central et périphérique ainsi que dans 50% des neurones des ganglions trigéminaux.

Les inhibiteurs de CGRP sont considérés DMMDs (Disease Modifying Migraine Drugs) parce qu'ils peuvent agir sur le mécanisme physiopathologique de la migraine en bloquant le ligand ou le récepteur de CGRP(16).

Il s'agit d'anticorps humanisés qui vont venir viser le ligand de CGRP ainsi que son récepteur. Leurs administrations se réalisent par stylo auto injecteur de manière mensuelle ou trimestrielle. Pour le moment, seuls certains ont été approuvés par le FDA (Food and Drug Administration aux USA). Par exemple, Eptinezumab (Vypti) est autorisé depuis février 2020 et permet une administration tous les 3 mois (17).

b) Ditans

Les Ditans sont une autre classe de DMMDs. Leur action repose sur l'activation du récepteur de la sérotonine 5-HT_{1F} (5-HTR_{1F}) pour diminuer l'émission de signaux excitatoires et du CGRP dans les nerfs trijumeaux.

Les Ditans ont l'avantage d'être plus sélectifs par rapport aux triptans et donc de ne pas induire de vasoconstriction. Ils sont déjà utilisés aux Etats Unis depuis fin 2019 comme le Lasmiditan (Reyvow) par voie orale (18). Aucun Ditans n'est actuellement commercialisé en France.

c) Gepants

Une autre stratégie thérapeutique pour aborder la migraine comporte l'utilisation des Gepants. Ce sont de petites molécules de médicament qui bloquent le récepteur de CGRP. Elles ont la capacité de franchir la barrière hémato-encéphalique, ce qui représente un mécanisme d'action rapide. Ils ont une efficacité comparable aux triptans mais sans les effets secondaires vasoconstricteurs. Certains sont déjà autorisés aux Etats Unis : Ubrogéant (Ubrovelvy) depuis décembre 2019 et Rimegéant depuis février 2020 (19). Ils sont toujours en attente de validation pour leur utilisation en France.

L'avènement de DMMDs représente une nouvelle option précieuse pour la migraine, qui peut potentiellement changer le paradigme des traitements de celle-ci. Cependant, le coût et l'accès au traitement seront des facteurs pivots dans la décision de leur place thérapeutique.

d) *Toxine botulique*

L'étude REPOSE a étudié via une étude prospective, non interventionnelle et descriptive l'utilisation de la toxine botulique A comme un traitement préventif de la migraine chronique. Le but était d'évaluer l'utilisation de ce traitement sur 24 mois en termes d'efficacité, de sécurité d'emploi et d'acceptabilité. L'injection de toxine se faisait à intervalle régulier, toutes les 12 semaines. Les résultats ont montré une efficacité, une sécurité d'emploi et une diminution de la fréquence de survenue des crises migraineuses de manière significative responsable d'une amélioration de la qualité de vie (Voir annexe Figure 8). De rares effets indésirables ont été rapportés avec cervicalgies, douleurs musculaires et ptosis (20).

L'injection de toxine botulique pourrait donc être un traitement d'avenir dans la prévention des migraines.

E. Retentissement et qualité de vie

La migraine est une maladie handicapante en raison de la fréquence des crises (souvent >2/3 crises par mois chez 42 à 50% des patients), de leur durée (>24h chez 39% des patients), de leur intensité (sévère à très sévère chez 48 à 74% des patients), des signes digestifs accompagnants et de l'altération de la qualité de vie professionnelle, sociale et familiale (10).

Elle entraîne un handicap évident pendant la crise mais elle peut également entraîner un handicap en dehors des crises, du fait par exemple de la réticence du sujet, se sentant menacé par la survenue d'une crise, à s'engager dans une activité réclamant certaines performances (stratégies d'évitement).

Il est en effet très fréquent que la crise migraineuse oblige le sujet à arrêter toute activité et à aller s'allonger dans le noir. Cela est lié à la douleur mais aussi aux signes d'accompagnement : hyperesthésie sensorielle et nausées.

Afin d'optimiser la prise en charge du patient migraineux, il est recommandé par la HAS (anciennement ANAES) depuis 2002 de faire tenir aux patients un agenda (14).

Le retentissement fonctionnel et l'altération de productivité peuvent être évalués grâce à des échelles génériques et spécifiques qui ont été validées. Parmi celles-ci on retrouve HIT6 et MIDAS (9).

1. Agenda des migraines

L'agenda devra intégrer les céphalées intercalaires et leurs traitements en précisant le nombre de jours par mois avec céphalée migraineuse, la durée et l'intensité de la douleur, les facteurs déclenchants et tous les médicaments utilisés à chaque crise migraineuse. Cet outil permet aux médecins de mieux percevoir la sévérité de la migraine, de tenir compte de l'altération de la qualité de vie, de guider le choix thérapeutique, les modalités du suivi et de dépister un abus médicamenteux (Voir Annexe Figure 9).

2. Outils

a) *Echelle MIDAS*

L'échelle MIDAS (Migraine Disability Assessment) mesure sur un trimestre la perte de productivité. Celle-ci est mesurée pour la vie professionnelle, la vie domestique et la vie sociale en évaluant le nombre de jours d'activité perdus dans chacun de ces trois domaines ainsi que le nombre de jours pour lesquels la productivité a été diminuée de moitié (Voir annexe Figure 10).

L'étude FRAMIG 3 a évalué cette perte de productivité chez 1.957 personnes ayant une migraine active (21) :

- 65.1% étaient grade 1 selon l'échelle MIDAS soit une perte de moins de 6 jours ;
- 17.1% étaient grade 2 soit une perte entre 6 à 10 jours ;
- 11.7% étaient grade 3 soit une perte entre 11 et 20 jours ;
- Et 6.1% étaient grade 4 soit une perte de plus de 20 jours.

b) *HIT*

L'échelle HIT-6 (*Headache Impact Test*) évalue le retentissement fonctionnel et l'altération de la productivité. Elle a l'avantage d'une conception très large du handicap, puisqu'elle balaye plusieurs domaines : la sévérité de la douleur pendant les crises, l'incapacité à effectuer les activités quotidiennes, l'impact de la maladie migraineuse sur des aspects aussi divers que la fatigue, le ressenti émotionnel et la capacité de travail. Le score obtenu va de 36 (impact nul) à 78 (impact maximal). Un total inférieur à 55 est le témoin d'un impact léger ou modéré alors qu'un score supérieur à 55 est le signe d'un impact important à majeur (Voir annexe Figure 11).

c) HAD

Il est recommandé de rechercher à l'interrogatoire, un syndrome dépressif ou anxieux. En pratique, il est proposé d'utiliser l'échelle HAD pour évaluer la composante émotionnelle de la migraine (Voir Annexe Figure 12).

3. Anxiété et dépression

La migraine a depuis longtemps été reconnue comme associée à des troubles psychiatriques comme la dépression, l'anxiété et des troubles phobiques. L'anxiété pourrait même être en cause dans la génération du processus douloureux migraineux. La dépression quant à elle résulte souvent de crises migraineuses insuffisamment traitées.

La forte association entre migraine et dépression/anxiété a été démontrée dans de nombreuses études comme le montre les résultats de l'étude FRAMIG (21) (Voir annexe Figure 13). On peut voir que plus le score MIDAS (évaluation de la répercussion de la migraine sur la vie professionnelle) est élevé, plus l'association dépression/anxiété est retrouvée (22).

4. Coût économique

En Europe, le coût total des dépenses directes et indirectes pour les céphalées est estimé à plus de 27 milliards d'euros dont plus de 25 milliards de dépenses indirectes.

Sur le plan économique, le coût global par patient souffrant de migraine en Europe a pu être estimé à 1222 euros par habitant. Les coûts indirects (absentéisme et réduction de productivité) représentent près de 90% du coût total (23).

F. Douleurs chroniques par abus d'antalgique

1. Définition

Les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) sont définies par la présence de céphalée pendant au moins 15 jours par mois et ce pendant au moins trois mois avec une durée supérieure à 4h sans traitement (24). Il s'agit le plus souvent d'une céphalée initialement épisodique qui évolue vers une céphalée chronique, sous l'influence notamment d'un abus médicamenteux et de facteurs psychopathologiques (Voir annexe Figure 14).

La CCQ est un diagnostic d'interrogatoire. Il est cependant nécessaire de pratiquer un examen général et neurologique, et éventuellement des examens complémentaires, pour éliminer une céphalée symptomatique. Les critères diagnostics diffèrent selon la molécule en cause (Voir annexe Figure 15) (25). C'est encore une entité mal connue par la plupart des professionnels de santé. Par conséquent les patients sont insuffisamment informés du lien possible entre l'abus d'antalgiques et chronicisation de la céphalée, des risques de toxicité mais aussi du handicap et des complications socio-professionnelles qu'il peut occasionner.

2. Prévalence

Selon la littérature, la prévalence des CCQ dans la population générale est estimée entre 1 et 2% chez les adultes. Tout comme la migraine la prévalence est aussi largement féminine. Le sex ratio est de 3.5 femmes pour 1 homme (24).

3. Physiopathologie

Les mécanismes précis de la transformation d'une céphalée épisodique en CCQ sont encore mal connus. Plusieurs hypothèses peuvent être retenues.

-Des hypothèses neurobiologiques ont avancé une hypersensibilité douloureuse induite par la prise répétée de médicaments secondaire à une moindre efficacité des systèmes anti nociceptifs endogènes à médiation opioïdérique ou sérotoninergique.

-Des mécanismes cognitivo-comportementaux pourraient aussi expliquer en partie les CCQ. L'obtention d'un soulagement après la prise d'un traitement agirait comme conditionnement opérant avec un renforcement négatif, conduisant un individu à multiplier les prises.

Il est fort probable que la physiopathologie de la CCQ englobe à la fois des facteurs neurobiologiques et psychosociaux. Les troubles anxieux et dépressifs doivent être systématiquement recherchés, en raison de leur fréquence élevée chez les patients souffrant de CCQ (25).

4. Etiologie

L'étude FRAMIG 3 a étudié l'implication des différentes molécules dans l'abus médicamenteux chez des patients migraineux. Le Paracétamol arrive à la première place et est retrouvé dans près de 42% des cas, les opioïdes dans 3.5% des cas. Les médicaments en libre accès sont les plus fréquemment rencontrés dans les CCQ en soin primaire (Voir annexe Figure 16) (26).

Le temps entre la première prise et l'apparition d'une CCQ peut varier selon la molécule. Il serait d'approximativement de 1.7 ans pour les triptans contre 2.7 et 4.8 ans pour les dérivés ergotés et les antalgiques.

5. Retentissement

La qualité de vie des patients souffrant de CCQ est altérée. Cette altération est encore plus marquée si un abus médicamenteux existe et si la CCQ a des caractéristiques sémiologiques migraineuses (27). Les études réalisées ont toutes confirmé que le retentissement fonctionnel, le retentissement émotionnel, et l'altération de la qualité de vie associés à la migraine chronique sont significativement supérieurs à ceux associés à la migraine épisodique (28).

6. Prise en charge

Le but est d'évaluer la présence ainsi que la sévérité des CCQ via un questionnaire nommé MDQ-H (Medication Dependency Questionnaire in Headache Patients).

La prise en charge des CCQ par abus médicamenteux doit comporter un sevrage. Il se fera en ambulatoire ou alors en hospitalier si :

- Abus multiples et sévères ;
- Abus associé de psychotrope ;
- Comorbidité psychiatrique sévère ;
- Environnement familial défavorable.

Le sevrage est immédiat et brutal si le patient est hospitalisé. Il peut être plus progressif s'il se fait en ambulatoire et il sera plus court s'il est lié à un triptan plutôt qu'à un antalgique classique (25). Le syndrome de sevrage peut comporter : des céphalées de rebond, des troubles digestifs, une hyperesthésie sensorielle, des troubles du sommeil, anxiété avec irritabilité (24)(27). Une prise en charge globale avec psychothérapie est conseillée pour diminuer le risque de récurrence.

G. Migraine hémiplégique familiale

La migraine hémiplégique (MH) est une variété rare de migraine avec aura motrice. On distingue les cas familiaux (MHF) des cas sporadiques (MHS). La prévalence de la MH est de 1 sur 10 000, avec une fréquence égale des cas sporadiques et familiaux. La MHF est la seule variété de migraine autosomique dominante (29).

1. Clinique

Les crises typiques comportent un déficit moteur toujours associé à au moins un autre signe de l'aura, les plus fréquents étant les troubles sensitifs, visuels et du langage. Les symptômes dits basilaires comme les vertiges, l'instabilité et les acouphènes sont également fréquents.

Des crises sévères peuvent survenir : hémiplégie prolongée, une confusion ou un coma, une fièvre ou des crises comitiales. Le tableau clinique peut également inclure des signes cérébelleux permanents (nystagmus, ataxie, dysarthrie) et moins fréquemment une épilepsie et une déficience intellectuelle.

2. Etiologie

Les mutations génétiques sur des gènes codant pour des transporteurs ioniques (*CACNA1A*, *ATP1A2* et *SCNA1*) sont responsables d'une hyperexcitabilité cérébrale. Un diagnostic génétique est possible par analyse de ces gènes.

3. Traitement

On utilise les mêmes traitements que ceux utilisés dans les migraines avec aura. Les triptans restent cependant contre-indiqués dans la MHF/MHS. Le traitement préventif par certains antiépileptiques, basé sur la meilleure connaissance physiopathologique, semble prometteur.

II. AINS

A. Définition et physiopathologie

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) diminuent la production des Prostaglandines en inhibant de façon plus ou moins sélective Cox-1 et Cox-2 (30).

Les Prostaglandines (prostaglandines D2, E2, F2, prostacycline, thromboxane A2) ont une distribution quasi ubiquitaire ce qui leur permet d'intervenir dans de nombreux processus physiologiques et pathologiques. Ils sont synthétisés à partir de l'acide arachidonique grâce à la cyclo-oxygénase (Cox), dont il existe deux isoenzymes :

- Cox-1, présente dans presque tous les tissus, impliquée dans la cytoprotection de la muqueuse gastrique et la préservation de la fonction rénale, ainsi que la production de thromboxane A2 (TxA2, vasoconstrictrice et proagrégante) par les plaquettes ;
- Cox-2, une isoenzyme inducible dans les états inflammatoires, conduit à la libération de prostaglandines ayant un rôle pathologique (fièvre, douleur, inflammation, prolifération cellulaire), mais aussi un rôle bénéfique dans divers processus (cicatrisation, fonction rénale, ovulation, etc.) et gouvernant la synthèse de prostacycline (PGI2 qui est vasodilatatrice et antiagrégante) par les cellules endothéliales.

Une classification des AINS existe : les inhibiteurs sélectifs de COX1 (aspirine faible dose), les inhibiteurs non sélectifs des COXs (AINS conventionnels), les inhibiteurs préférentiels de COX2 ou les inhibiteurs sélectifs de COX2 (Coxibs) (Voir annexe figure 17).

B. Mécanisme d'action

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont des médicaments qui ont en commun quatre propriétés :

- Anti-inflammatoire. Ils sont actifs contre l'inflammation ;
- Antalgique. Ils agissent contre la douleur ;
- Antipyrétique. Ils aident à lutter contre la fièvre ;
- Antiagrégant plaquettaire. Ils fluidifient le sang (31).

Les AINS sont disponibles sous différentes formes galéniques :

-la voie orale (biodisponibilité > 90 %) : référence

-la voie rectale

-la voie intramusculaire est intéressante quand la voie per os est impossible

-la voie intraveineuse est restreinte à des indications précises comme la colique néphrétique ou en post opératoire, elle doit être brève.

-la voie locale qui elle est indiquée dans les entorses, contusions, tendinites ou arthrose (32).

C. Utilisations et Indications

Les AINS n'ont pas tous les mêmes indications. Il existe schématiquement trois types d'AINS :

- AINS de la liste I : affections rhumatologiques douloureuses ou invalidantes (rhumatismes inflammatoires aigus ou chroniques, arthrose, tendinite, bursite, radiculalgies aiguës) ;
- AINS de la liste II : indications précédentes et en traumatologie (entorse), ORL et stomatologie (sinusite, otite, douleur dentaire), gynécologie (dysménorrhée primitive, ménorragie fonctionnelle), urologie (colique néphrétique) et dans les états fébriles ;
- AINS hors liste : AINS faiblement dosés, ne nécessitant pas d'ordonnance, dévolus au traitement symptomatique des affections douloureuses ou fébriles (30).

Il est important de noter que dans un contexte infectieux, l'utilisation des AINS (et particulièrement l'ibuprofène et le kétoprofène) doit être évitée en raison du risque de survenue de complications infectieuses graves. Dans ces cas, l'utilisation du paracétamol doit être privilégiée pour lutter contre la fièvre ou la douleur (33).

D. Contre-indications

Tous les AINS sont contre-indiqués en cas d'ulcère gastroduodéal, de maladie hémorragique, d'insuffisance cardiaque ou rénale sévère et en cas d'allergie. La grossesse à partir du 6^{ème} mois ainsi que l'allaitement sont des contre-indications communes à tous les AINS. Il est contre indiqué d'associer 2 AINS ensemble. Les Coxibs, sont quant à eux à bannir pendant toute la durée de la gestation ainsi qu'en cas de cardiopathie ischémique avérée, d'artériopathie périphérique, d'antécédent d'accident vasculaire cérébral (dont accident ischémique transitoire) (31).

E. Effets indésirables

1. Digestifs

Les effets indésirables les plus fréquents sont digestifs (dyspepsie, gastralgies, nausées)(31).

Les complications d'ulcères à type d'hémorragie digestive ou perforation surviennent surtout lorsqu'il existe des facteurs de risque cités ci-dessous :

- Sujet âgé : âge > 65 ans.
- Antécédent d'ulcère gastroduodéal ou d'hémorragie digestive haute ou infection à *Helicobacter pylori*.
- Comorbidités sévères ou Affection inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde par exemple)
- AINS utilisés à posologie élevée ou association de deux AINS.
- Coprescription d'aspirine, d'anticoagulants, d'antiagrégants plaquettaires, de corticoïdes.

Les complications digestives intestinales à type d'ulcérations du grêle, du côlon sont souvent méconnues et peuvent parfois se compliquer d'anémie, de perforation, d'hémorragie. Il faut éviter les AINS en cas de maladie chronique inflammatoire de l'intestin (Crohn ou RCH). De plus, les AINS favoriseraient les poussées de diverticulite chez les patients avec une diverticulose.

2. Hémorragiques

Le risque hémorragique est accru par l'association aux anticoagulants, aux antiagrégants plaquettaires et, dans une moindre mesure, aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

3. Cutanés

Les EI cutanéomuqueux sont fréquents : prurit, éruption cutanée, rhinite. Certains AINS dont les oxicams peuvent être responsables de Stevens-Johnson ou syndrome de Lyell (34).

4. Rénaux

Les EI rénaux (insuffisance rénale, hyperkaliémie, protéinurie) sont majorés en cas de cardiopathie ou de néphropathie préexistante, d'hypovolémie ou de traitement par diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou sartans.

5. Infectieux

Les AINS pourraient aggraver certaines infections, en particulier à streptocoques de la peau et des tissus mous, et les infections pleuropulmonaires (33).

En effet, à la demande de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament), le Comité européen en charge de l'évaluation des risques et de la pharmacovigilance (PRAC) a conclu en avril 2020 que la prise d'Ibuprofène ou de Kétoprofène peut entraîner, lors de certaines infections, un masquage des symptômes comme la fièvre ou la douleur, conduisant à un retard de prise en charge du patient avec pour conséquence un risque de complications.

Afin de réduire ce risque, le PRAC a recommandé que toutes les notices des médicaments contenant de l'ibuprofène ou du kétoprofène soient modifiées pour mentionner :

- Le risque de masquer les symptômes d'une infection bactérienne en prenant ces AINS ;
- Une recommandation aux médecins de suivre l'évolution de l'infection en cas d'utilisation de ces médicaments dans un tel contexte ;
- Une consigne pour les patients de consulter leur médecin si les symptômes de fièvre et/ou de douleur persistent ou s'aggravent, et d'utiliser l'Ibuprofène et du Kétoprofène à la dose minimale efficace pendant la durée la plus courte nécessaire au soulagement de ces symptômes (33).

6. Cardiovasculaires

Il faut retenir que globalement tous les AINS peuvent être potentiellement responsables d'effets secondaires cardiovasculaires comme de l'hypertension artérielle, une décompensation d'une insuffisance cardiaque, de thrombose coronarienne ou d'accident vasculaire cérébral.

Néanmoins, il ressort de l'analyse de la littérature que ce sont surtout les Coxibs, par leur effet spécifiquement inhibiteur de la Cox-2, qui sont le plus responsables de ces effets cardiovasculaires.

7. Respiratoires

Les AINS sont aussi responsables de bronchospasme, ils sont d'ailleurs contre-indiqués chez les patients aux antécédents d'asthme.

8. Gynécologiques

En inhibant la Cox-2, les AINS exercent une activité tocolytique. Ils exposent le fœtus à une fermeture prématurée du canal artériel et à une insuffisance rénale à partir du sixième mois de grossesse. Ils sont éventuellement responsables d'une diminution de la fertilité mais par contre ne diminuent pas l'efficacité des dispositifs intra-utérins.

9. Thromboemboliques

La prescription d'AINS semble associée à une augmentation du risque relatif d'accidents thromboemboliques (thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires).

10. Thrombotiques

Les effets thrombotiques (infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral) des inhibiteurs de la Cox-2 sont faibles mais ce risque est néanmoins confirmé dans de nombreuses études.

Cependant tous les AINS, surtout utilisés à forte dose, peuvent être responsables de thrombose artérielle, avec un risque plus important pour les Coxibs et le Diclofénac et à un moindre degré l'ibuprofène selon les données des méta-analyses des essais randomisés. Les données actuelles font penser que ce risque est existant même avec une prescription de courte durée (31).

F. Aide à la prescription

Il est nécessaire pour toute prescription de tenir compte des facteurs de risque digestifs et cardiovasculaires. Chez les patients à risque digestif, la prescription d'AINS doit être associée à un inhibiteur de la pompe à protons.

Chez le patient à facteurs de risque cardiovasculaires on adapte comme ceci :

-Antécédent de cardiopathie ischémique avérée, artériopathie des membres inférieurs, antécédent d'AVC ou AIT, insuffisance cardiaque congestive : contre-indication aux Coxibs /au diclofénac et AINS classiques déconseillés.

-Facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme) : prescription d'AINS prudente, seulement si nécessaire, avec surveillance.

La prescription d'AINS doit être évitée en cas d'insuffisance rénale donc on doit alerter le patient sur le risque des AINS en cas de déshydratation ou d'association à un diurétique, IEC ou ARA2.

Une utilisation prolongée d'AINS ne se conçoit pas sans une surveillance régulière, clinique et biologique :

- TA, poids, œdème, si antécédents ou facteurs de risque cardiovasculaire ou rénaux, ou traitement anti-hypertenseur ;
- Manifestations cutanées ;
- Infection : une pathologie infectieuse sérieuse doit conduire à l'arrêt du traitement ;
- Biologie : hémoglobine, débit de filtration glomérulaire, enzymes hépatiques, pro-BNP en fonction du contexte (32).

En résumé, la prescription d'AINS n'est pas une prescription simple et se doit d'être réfléchie et adaptée à la situation et au patient.

G. AINS et migraine

L'ibuprofène et le kétoprofène ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le traitement de la crise de migraine. D'autres AINS sans AMM sont également utilisés dans la migraine (Naproxène, Diclofénac, Indométacine). Ils sont prescrits en première intention soit en monothérapie soit en association avec les triptans.

D'après une étude menée en 2017 en région PACA qui avait pour but d'étudier la prescription des triptans par les médecins généralistes, les AINS restent les médicaments les plus prescrits par les médecins généralistes dans ce contexte (35) (36).

III. Triptans

A. Définition

Le suffixe « triptan » désigne des molécules ayant en commun le noyau indole de la sérotonine.

Ce sont des agonistes des récepteurs sérotoninergiques 5HT_{1B/D} qui inhibent l'inflammation neurogène et la vasodilatation supposées être à l'origine de la céphalée migraineuse via leur action vasoconstrictrice (37). Ils en existent sous différentes formes galéniques : forme orale (comprimé classique ou orodispersible), injectable (uniquement en sous cutanée pour le Sumatriptan) et nasale.

B. Découverte

Le Sumatriptan, premier triptan mis sur le marché en 1990 a été développé spécifiquement selon l'hypothèse qu'il existerait au moment de la crise de migraine une dépression en sérotonine. Cette découverte a marqué un tournant dans la compréhension physiopathologique de la migraine. Depuis d'autres molécules ont été commercialisées : Naratriptan, Zolmitriptan, Elétriptan, Almotriptan, Frovatriptan, Rizatriptan.

C. Mécanisme

Les triptans se comportent comme un agoniste sélectif de certains récepteurs à la sérotonine (5HT_{1B/D}) et agissent selon deux mécanismes : vasoconstriction intracrânienne et une diminution de l'inflammation neurogène.

Les triptans agissent sur le système nerveux central en inhibant l'adénylcyclase et permettent ainsi une vasoconstriction des vaisseaux intra crâniens (37).

D. Utilisations/Indications

Ils sont indiqués dans le traitement de la crise migraineuse. Cependant, ils n'ont aucune action sur les auras migraineuses ou les symptômes neurologiques et ils sont même déconseillés (2).

L'efficacité des triptans porte sur la céphalée et sur les symptômes associés (nausées, vomissements, photophobie, phonophobie). Il est recommandé de les tester sur au moins trois crises. Un patient peut être non répondeur à un triptan et répondeur à un autre.

E. Contre-Indications

Ils sont contre-indiqués en cas d'hypertension, de pathologie cardiaque ischémique, d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'accident ischémique transitoire (AIT), de syndrome de Wolff-Parkinson-White et à éviter en présence de facteurs de risque ischémique (tabagisme, hyperlipidémie, diabète, hérédité).

Au cours de la grossesse et chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de contraception, les triptans ne seront utilisés que s'ils sont clairement nécessaires. Les données les plus nombreuses (environ 1 000 femmes exposées au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse) concernent uniquement le Sumatriptan et sont cependant rassurantes.

F. Effets Indésirables

Les effets indésirables fréquents et transitoires après l'administration, sont les suivants : sensations anormales, étourdissements, hyperesthésie, paresthésie, somnolence, sensation de chaleur et palpitations. L'utilisation prolongée de triptan pour soulager des céphalées peut entraîner leur aggravation (CCQ).

Des hémorragies cérébrales et AVC, ainsi que de très rares cas de vasospasme coronarien, d'angor et d'infarctus du myocarde ont été rapportés.

La prescription de triptans chez des patients traités par ISRS ou IRSN n'est autorisée que sous surveillance étroite en raison du risque de syndrome sérotoninergique (troubles de la conscience, dysautonomie et troubles musculaires) (38).

G. Utilisation dans la migraine

Les recommandations de la SFEMC (Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées) de 2013 préconisent de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan, voir d'emblée un triptan en monothérapie si crises sévères ou si contre-indications aux AINS.

Cependant, d'après plusieurs études, il ressort que la grande majorité des prescripteurs dont les médecins généralistes préconisent en première intention la prise des AINS. En effet, les triptans sont rarement utilisés en première intention et restent sous utilisés (36).

IV. La Covid 19

A. Définition

Le SARS-CoV-2, virus responsable de la COVID-2019 est un nouveau coronavirus découvert dans la ville de Wuhan en Chine en décembre 2019. Il est responsable d'une pandémie mondiale.

Pour rappel, les coronavirus appartiennent à la famille des *Coronaviridae* qui sont de grands virus enveloppés à ARN simple brin. Dans l'espèce humaine, ils sont responsables d'infections respiratoires hautes et basses pouvant être bénignes ou sévères. Leur ARN simple brin code une volumineuse ARN polymérase ARN-dépendante et plusieurs protéines structurales dont une glycoprotéine de surface (S pour *Spike protein*) responsable de l'aspect en couronne du virus en microscopie électronique et permettant la liaison à un récepteur de l'hôte (39).

Le SARS-CoV-2 partage deux éléments majeurs de similarité avec le SARS-CoV : la polymérase et la glycoprotéine S. Ce dernier caractère explique que les deux virus utilisent le même récepteur cellulaire, à savoir l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ACE) de type 2.

B. Transmission

La source zoonotique probable serait la chauve-souris comme réservoir primaire et transmission à l'homme par l'intermédiaire du pangolin.

Les données de surveillances internationales et la littérature scientifique confirment une transmission interhumaine directement par voie respiratoire et aussi de manière indirecte par contact surface inerte-mains-muqueuses avec un RO (taux de transmission) estimé à 2,2 à 2,68.

La maladie se transmet donc :

- Par projection de gouttelettes contaminées : en toussant, éternuant ou en cas de contacts étroits en l'absence de mesures de protection.
- Par contact direct physique (poignée de main, accolade, bise...).
- Par contact indirect, via des objets ou surfaces contaminées (Voir annexe Figure 18).

Les coronavirus survivent jusqu'à trois heures sur des surfaces inertes sèches et jusqu'à six jours en milieu humide. Ainsi la transmission manuportée à partir de l'environnement est possible (40).

C. Caractéristiques

La période d'incubation semble être de cinq jours en moyennes (2-12jours), avec un temps de doublement de l'épidémie de 6,4 à 7,5 jours. La période de contagiosité n'est pas encore bien définie et il n'est pas exclu qu'une personne puisse être contagieuse dans les 48h précédant les symptômes. On peut retrouver des porteurs asymptomatiques (41).

D. Symptômes

Le tableau clinique est varié et peut se présenter sous la forme d'infection des voies aériennes supérieures non grave comme un tableau de rhinopharyngite, de toux, d'odynophagie, de conjonctivite, de syndrome pseudo-grippal avec céphalées, myalgies, asthénie et parfois diarrhées.

On observe parfois l'expression de formes graves : pneumonie hypoxémiante, SDRA (Syndrome de Détresse Respiratoire Aigüe) (42).

En résumé, chez l'adulte comme chez l'enfant, toutes les pathologies virales saisonnières respiratoires ou digestives peuvent donner des signes compatibles avec un Covid-19.

E. Formes cliniques

1. Symptomatiques

Elle est la présentation majoritaire et ce sont souvent des symptômes aspécifiques, hormis l'anosmie qui elle est quasi pathognomonique. La COVID-19 peut se manifester par :

- La fièvre ou la sensation de fièvre (frissons, chaud-froid) ;
- La toux ;
- Des maux de tête, courbatures, une fatigue inhabituelle ;
- Une perte brutale de l'odorat (sans obstruction nasale), une disparition totale du goût, ou une diarrhée ;
- Dans les formes plus graves : difficultés respiratoires pouvant mener jusqu'à une hospitalisation en réanimation voire au décès (43) (Voir annexe Figure 19).

L'académie de médecine alerte en juin 2020 sur la présence de symptômes particuliers pouvant être retrouvés dans une infection COVID (44). Ainsi, certaines présentations cliniques moins fréquentes ne doivent pas être méconnues :

-Manifestations neurologiques : une ophtalmoplégie, un syndrome de Guillain-Barré, un syndrome confusionnel, des troubles mnésiques, des accidents vasculaires cérébraux ischémiques liés à l'activité thrombogène du SARS-CoV-2.

-Signes cutanés : des pseudo-engelures, la dyshidrose, des vésicules, une urticaire, un exanthème, des pétéchies, une livedo.

-Maladie de Kawasaki chez l'enfant avec des signes digestifs initiaux, dont de fortes douleurs abdominales, puis un choc cardiogénique avec une fraction d'éjection effondrée, regroupés sous le nom de syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS). On note un érythème et une possible desquamation.

-Atteintes endocriniennes et métaboliques (en lien avec ACE2 qui est présente au niveau testiculaire, ovarien, hypothalamo-hypophysaire, thyroïdien et pancréatique) : hypokaliémie, hypercortisolismes, thyroïdites aiguës, hypocalcémie, hyperglycémies, lipasémie, amylasémie élevée et déficit en testostérone.

-Troubles du bilan biologique : leucopénie, lymphopénie. Celles associées de façon significative aux formes graves de COVID-19 sont une lymphopénie < 800/mm³, une thrombopénie < 150 000/ml, une hyperleucocytose à polynucléose, et une augmentation des D-dimères.

2. Asymptomatiques

L'existence de formes paucisymptomatiques ou asymptomatiques est avérée. Cette forme de présentation asymptomatique a largement contribué à la diffusion du virus et de sa propagation d'épidémie en pandémie (45).

3. Pédiatriques

Les enfants et les adolescents sont beaucoup moins souvent atteints de formes symptomatiques. Les signes digestifs (diarrhée, vomissements) peuvent être au premier plan. L'anosmie est exceptionnelle avant 6 ans.

L'explication du faible nombre de cas pédiatriques et de la fréquence des formes cliniques atténuées dans cette population reste à approfondir, même s'il s'agit d'une observation partagée avec d'autres viroses respiratoires comme la grippe (46).

4. Gériatriques

Chez le sujet âgé, l'infection est fréquemment responsable de complications non spécifiques, tel un état confusionnel ou une chute.

Le tableau à prédominance digestive avec diarrhée, douleurs abdominales et vomissements est plus fréquent chez les personnes âgées et peut être la seule forme symptomatique chez les populations âgées (42).

5. Femmes enceintes

Dans le contexte épidémique de COVID-19, le CNGOF (Collège National des gynécologues obstétriciens français) a été sollicité à plusieurs reprises et il rappelle que d'une manière générale les femmes enceintes doivent faire l'objet d'une précaution particulière. Le risque associé semble proche de celui de la population générale au premier et au deuxième trimestre de la grossesse tandis que les femmes enceintes au troisième trimestre ont un risque accru de présenter des formes graves voire critiques, en particulier si elles ont des facteurs de risque surajoutés (47)(48).

D'après les études menées, l'infection maternelle périnatale au Covid 19 peut avoir des conséquences néfastes sur les issues obstétricales et sur les nouveau-nés entraînant notamment des détresses respiratoires, des anomalies biologiques des accouchements prématurés et même un décès. Ils recommandent donc la prise de contact avec le pédiatre avant l'accouchement pour toutes les patientes présentant un risque d'être infectées et améliorer ainsi la prise en charge immédiate à la naissance. Des protocoles de prise en charge ont été créés dans ce but-là (Voir annexe Figure 20).

6. Formes Graves

Les signes de gravité suivants sont des indications d'appel au SAMU-Centre 15 :

- Saturation en oxygène mesurée à l'oxymétrie de pouls (SpO₂) < 90% en air ambiant
- Polypnée (fréquence respiratoire > 30 cycles /min ;
- Chute de la pression artérielle systolique < 90 mm HG ;
- Altération de la conscience, confusion, somnolence (39).

On retrouve des facteurs biologiques de gravité comme la lymphopénie < 800/mm³, une thrombopénie < 150 000/ml, une hyperleucocytose à polynucléose, et une augmentation des D-dimères (Voir annexe Figure 21).

Les facteurs de risque d'évoluer vers une forme grave sont les suivants : l'âge ≥ 65 ans, les ATCD cardiovasculaires : HTA compliquée, AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque, l'Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV, le Diabète chronique non équilibré ou avec complications, les Pathologies respiratoires chroniques susceptible de décompenser, l'Insuffisance rénale chronique dialysée , les cancers sous traitement (hors hormonothérapie) , l'Immunodépression, la Cirrhose ≥ stade B, l'Obésité IMC > 30 ou la grossesse à partir du 3ème trimestre.

F. Méthodes diagnostiques

La confirmation diagnostic d'une suspicion de Covid 19 (tableau clinique évocateur, cas contact) peut se faire de différentes manières.

1. La PCR COVID 19

Il s'agit de la méthode de référence. Le test de diagnostic nécessite tout d'abord la réalisation d'un prélèvement nasopharyngé. De ce prélèvement est ensuite extrait l'ensemble des acides nucléiques présents afin de pouvoir détecter le potentiel virus par une méthode de biologie moléculaire, appelée RT-PCR, pour Reverse Transcriptase - Polymérase Chain Réaction (49).

Dans le cadre d'un test de détection pour confirmer ou infirmer une infection par un virus ou une bactérie, la présence des acides nucléiques du pathogène indique alors que la personne est bien infectée.

La sensibilité de ce test est estimée entre 56 et 83% (capacité à détecter le virus quand il est présent) et on estime sa spécificité à 99% (quasiment pas de faux positif) (Voir annexe Figure 22).

2. Test antigénique

Le test antigénique permet de détecter les antigènes que produit le virus SARS-CoV-2. Il cherche à déterminer si la personne est infectée au moment du test. On l'appelle également TROD (test rapide d'orientation diagnostique) (50).

La Haute Autorité de santé a rendu fin septembre un avis favorable à l'utilisation des tests antigéniques sur prélèvement nasopharyngé. Elle en a précisé les performances requises : une sensibilité minimale supérieure à 80% et une spécificité minimale supérieure à 99% (51).

Les tests antigéniques rapides constituent un outil supplémentaire pour réduire les chaînes de transmission virale. Ils viennent en complément des tests RT-PCR qui restent la technique de référence pour la détection de l'infection à la Covid-19.

Avec un résultat disponible en 15 à 30 minutes, ces tests antigéniques permettent la mise en œuvre sans délai des mesures d'isolement et de contact tracing.

3. Test sérologique

Les tests sérologiques unitaires rapides : les tests diagnostiques rapides (TDR), les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) et les autotests ont pour but de rechercher la présence d'anticorps de la Covid 19 dans le sang (52).

Pour rappel, les tests sérologiques, en complément de la RT-PCR, peuvent permettre de répondre à la question « suis-je ou ai-je été malade de la COVID ? ». En revanche, les tests sérologiques ne permettent pas de répondre à la question « Suis-je contagieux ? ». Enfin, ils ne permettent pas encore de répondre à la question « Suis-je protégé contre la COVID-19 ? ».

G. Examens complémentaires

Aucun examen complémentaire hormis les tests de diagnostic n'est obligatoire. Ils seront prescrits selon l'avis médical et dans un but d'orientation. Un bilan biologique peut être demandé pour apporter une aide supplémentaire. Le scanner est réservé à une prise en charge hospitalière en cas de diagnostic suspecté ou confirmé avec signe de gravité clinique (voir plus haut). Le scanner sera non injecté sauf en cas de doute avec une embolie pulmonaire associée (53).

L'OMS a émis des recommandations pour aider à la prescription raisonnée des examens complémentaires :

- Ne pas réaliser une radiographie du thorax à des fins de dépistage pour le diagnostic du COVID-19.
- Ne pas réaliser une échographie thoracique à des fins de dépistage pour le diagnostic du COVID-19.
- Réalisation d'un scanner non injecté en cas de forme grave seulement pour aider à l'orientation thérapeutique ou à la décision ou non d'une hospitalisation.

Pour rappel, les résultats scanographiques observés dans le cadre de l'infection au COVID-19 ne sont pas spécifiques à cette infection (on retrouve souvent des plages de verre dépoli, de manière bilatérale et prédominant en postéro basale et en périphérie du parenchyme pulmonaire) (54) (Voir annexe Figure 23).

H. Stratégies diagnostiques

1. Symptomatique

a) Repérer

Un patient avec des symptômes évocateurs (fièvre, toux, anosmie, agueusie, myalgies) est considéré Covid positif et doit donc être isolé en attendant son résultat de RT PCR. Le médecin qui réalise l'examen clinique du malade doit rechercher et éliminer des facteurs de gravité clinique (taux de saturation, signe de détresse respiratoire) ou liés aux terrains du patient (43).

b) Tester

La PCR Covid est le test de référence. Le test antigénique est réservé aux patients de <65 ans et non à risque de présenter une forme grave avec un tableau de Covid symptomatique depuis moins de quatre jours.

On réalise le test PCR immédiatement si présence de symptômes. Si le test est négatif mais avec une forte présomption, on peut prescrire une deuxième RT PCR à distance tout en maintenant l'isolement.

c) Isoler

Un isolement au domicile est préconisé en attendant le résultat du test. Si le test est positif, le patient sera isolé dix jours au domicile avec des conseils d'hygiène et de surveillance (comme de porter le masque au domicile pour protéger l'entourage, si possible avoir une salle de bain séparée, prendre ses repas de manière isolée, respecter les gestes barrières, chambres séparées surveiller sa température deux fois par jour, consulter si aggravation clinique) (55).

En résumé, la stratégie du gouvernement est Repérer-Tester-Isoler.

2. Asymptomatique

a) Cas contact

Un patient testé positif à la COVID 19 élabore la liste de ces cas contact. Est considéré comme cas contact toute personne :

- Ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable
- Ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades).
- Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins
- Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel ...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24h avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.

En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque (56).

b) Tester et isoler

2 situations se distinguent : les cas contact vivant sous le même toit que la personne positive et celle ne vivant pas au domicile du malade.

-Si la personne vit au domicile, elle doit se faire tester et s'isoler immédiatement. Si le test est positif, elle part pour un isolement de 7 jours. Il faut attendre 2 jours sans fièvre pour considérer le patient comme plus contagieux. Si le test est négatif, le patient reste isolé 7 jours et se refait tester 7 jours après la guérison de la personne COVID+ vivant sous le même toit que lui.

-Si la personne ne vit pas au domicile du malade : elle se fera tester 7 jours après son dernier contact avec la personne COVID +. Si le test est positif, isolement de 7 jours, si le test est négatif, elle n'est probablement pas infectée et peut lever alors son isolement (57).

3. Cas particulier pédiatrique

On pensait initialement que les enfants pouvaient être des transmetteurs importants et jouaient un rôle clef dans la diffusion du virus. Les données épidémiologiques sur la transmission ont infirmé cette hypothèse et les jeunes enfants apparaissent moins souvent malades et transmetteurs que les adolescents ou les adultes. Le pourcentage d'enfants infectés et à l'origine de transmission est moins important que chez l'adulte (46).

La société française de pédiatrie a émis un algorithme de prise en charge des enfants en fonction de leur caractère symptomatique/asymptomatique pour guider les praticiens dans leur pratique en ces temps de pandémie et de haute circulation du virus (Voir annexe Figure 24). Dans tous les cas, les conditions de cas contact sont les mêmes que celles émises chez l'adulte (isolement 10 jours, test immédiat si vie sous le même toit avec recontrôle à J7 si négatif, test à J7 si vie hors foyer).

La société de Pédiatrie recommande de tester en excès plutôt que par défaut. Une liste non exhaustive d'infection pouvant justifier de ne pas rechercher un COVID a été émise, elle a un but d'orientation.

On conseille chez les enfants symptomatiques de moins de 6 ans de tester via des PCR ou TROD sur prélèvements salivaires. La HAS recommande les test salivaires uniquement pour les enfants, personnes âgées ou avec troubles psychiatriques rendant l'acceptabilité du test PCR difficile ou alors si existence d'une contre-indication au prélèvement nasopharyngé (58).

I. Traitements

1. Préventifs

a) *Masques*

Il existe trois types de masques sanitaires (masques FFP2, masques chirurgicaux et masque SMS) et des masques dits grand public (alternatifs ou en tissus). Le REPIAS (Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins) a émis dans ce sens un tableau descriptif des caractéristiques de chacun des types de masques (Voir annexe Figure 25 et 26).

En population générale, des masques dits « grand public » sont indiqués en milieu extérieur et intérieur. Ce port de masque est complémentaire au respect des gestes barrières comme la distanciation physique.

Les masques chirurgicaux sont indiqués pour tous les professionnels de santé, les personnes amenées à être en contact avec des personnes à risques et pour les personnes à risque de forme grave (45). Il est important de suivre les règles de bon usage du port de masque conformément à la notice du fournisseur. Les masques doivent être portés sans les toucher. Chaque manipulation doit être suivie d'une hygiène des mains. Une dotation de masque prise en charge à 100% est prévue pour les personnes à risques selon la liste du HCSP (59).

Les masques FFP2, quant à eux sont réservés à certains cadres particuliers notamment pour les professionnels de santé réalisant des gestes invasifs ou des manœuvres au niveau de la sphère respiratoire.

b) *Gestes barrières (hygiène des mains, distanciation physique)*

(1) Hygiène des mains

L'hygiène des mains (HDM) fait référence au lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou à une friction avec une solution hydroalcoolique (SHA) contenant au moins 60% d'alcool. L'HDM est la mesure d'hygiène la plus efficace pour prévenir la transmission croisée des virus comme le SARS-CoV-2.

Il est recommandé de se laver les mains après toute manipulation d'un masque (tout type de masque), avant de préparer les repas, de les servir et de les consommer et avant de sortir de chez soi. Il est recommandé de se laver les mains après s'être mouché, avoir toussé ou éternué, avoir rendu visite à une personne, chaque sortie à l'extérieur, avoir pris les transports en commun, être allé aux toilettes (55).

Compte tenu des modes de transmission du SARS-CoV-2 (directe par gouttelettes ou indirecte par les mains), l'HDM doit être réalisée fréquemment dans tous les milieux communautaires (domicile, écoles, lieux de travail, etc.).

Il est recommandé de se laver les mains à l'eau et au savon pendant 30 secondes puis de les sécher avec une serviette propre ou à l'air libre. Pour la SHA, il est recommandé d'avoir les mains visuellement propres et de respecter les 6 étapes (paume contre paume/dos) selon les tutoriels de REPIAS (Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins) (45).

(2) Distanciation physique

Afin de limiter le risque de transmission, il est recommandé d'éviter les embrassades, de faire la bise, de serrer les mains et de respecter une distance de minimum 1m entre chaque individu.

Les files et salles d'attentes se sont donc adaptées pour garantir cette distanciation. Les entreprises ont adapté leurs lieux de travail pour respecter cette règle.

Les personnes à risque de formes graves doivent éviter au maximum le contact avec des personnes susceptibles de les contaminer. A ce titre, les déplacements dans des zones de forte densité de population doivent être limités ou organisés pour respecter les mesures de distance physique. Une forme de confinement volontaire est donc souhaitable (60).

c) Aérer les pièces de vie

Le HCSP (Haut conseil de santé publique) considère qu'après actualisation des données de la littérature (juillet 2020), une transmission aéroportée du virus SARS-CoV-2 doit être envisagée dans les espaces clos, notamment mal aérés et insuffisamment ventilés, et dans des rassemblements en extérieur.

Le HCSP rappelle l'importance du port systématique par la population générale d'un masque grand public (référéncé AFNOR) afin de limiter l'émission de particules respiratoires, associé aux autres mesures barrières de distanciation physique, d'hygiène des mains et de nettoyage désinfection des surfaces, et d'aération des locaux, dans les espaces clos qu'ils soient publics ou privés. Il préconise alors une ventilation, une climatisation et l'aération régulière des locaux, comme les salles de réunion, de classes, les espaces de travail, dans les lieux collectifs publics et privés.

d) Télétravail

Afin de casser les chaînes de transmission du virus, le HCSP (Haut conseil de santé publique) recommande de favoriser au maximum dès qu'il est possible le télétravail, et ce d'autant plus pour les personnes à risque de forme grave (61).

Si la présence sur le lieu de travail est nécessaire, l'employeur doit mettre en place une organisation pour permettre le respect des gestes barrières sur le lieu de travail. Il est recommandé de limiter la participation à des regroupements, à des réunions ou lieux à risque de transmission du virus. La mise à disposition de produits pour la désinfection des surfaces de l'espace de travail (ex. bureau, accoudoirs de chaise, ordinateur et connectiques, etc.) est recommandée en arrivant et en quittant son poste de travail (62).

e) Téléconsultation

La téléconsultation permet, dans certaines situations, d'apporter une aide médicale pour tenter d'évaluer la symptomatologie et l'éventuelle gravité, en respectant la stratégie de diminution des contacts actuellement préconisée. (57)

Un guide de téléconsultation a été mis en place par le Ministère de la Santé. L'existence de solutions numériques permettant une téléconsultation ne doit pas faire différer l'examen clinique du patient lorsque le médecin l'estime nécessaire.

f) Adaptation des cabinets médicaux

Le cabinet médical et paramédical doit mettre à disposition de la solution hydroalcoolique, des distributeurs de mouchoirs à usage unique, une signalétique informative pour le sens de circulation, des poubelles avec ouverture automatique par le pied ainsi que des masques chirurgicaux pour les patients qui ne disposent ni d'un masque « grand public » ni d'un masque chirurgical.

Le nombre de patients dans la salle d'attente doit être limité autant que possible avec une adaptation du nombre de places assises qui doivent être espacées d'au minimum un mètre. Il est recommandé de gérer les périodes de consultation sur rendez-vous en limitant autant que possible le temps d'attente des patients avec une gestion optimisée pour le professionnel de santé des horaires prévus dans la mesure du possible (63). Pour les situations particulières (enfants, personnes dépendantes, etc.), il est recommandé de limiter le nombre d'accompagnants à un.

Il est recommandé d'interroger les patients systématiquement pour savoir s'ils ont des signes évocateurs de la maladie Covid-19 lors de la prise de rendez-vous comme lors de leur arrivée dans le lieu de consultation.

Au cabinet médical, il est recommandé d'assurer la ventilation naturelle par l'aération des espaces clos par ouverture des fenêtres en début et fin de consultation et entre deux patients, notamment en cas de gestes générant des aérosols.

g) Isolement

L'isolement concerne les personnes contaminées par la COVID 19 ainsi que les cas contact et celui-ci est également préconisé chez les personnes à risque de forme grave. Cet isolement doit si possible se réaliser dans une pièce spécifique, aérée régulièrement plus si possible avec une salle de bain et WC spécifiques. Le but est d'éviter les contacts avec les autres occupants du domicile et toutes les sorties extérieures ainsi que les visites sont déconseillées. En cas de rendez-vous médicaux, il faut prévenir en amont le personnel soignant, et porter un masque. Le but de cet isolement est de casser les chaînes de transmissions.

h) Vaccins

(1) Principe

La vaccination avec les règles d'hygiène est le meilleur outil pour lutter contre une infection. Le principe de la vaccination est simple : il consiste à injecter une forme atténuée ou inactivée d'un agent infectieux ou certains de ses composants dans l'organisme pour le préparer à un contact ultérieur avec un virus. La rencontre de l'organisme avec l'agent pathogène lors de la vaccination permet en effet de développer des cellules immunitaires « mémoires », capables de reconnaître à nouveau immédiatement cet agent si l'individu venait à y être exposé « naturellement ». L'objectif est de déclencher une réaction immunitaire permettant d'éviter une possible contamination dans le futur. Le but est également de réduire les transmissions et de diminuer le risque de forme grave (64).

(2) Type

Il existe différents types de vaccins et chaque laboratoire a dans sa course de développement choisi de privilégier un type plutôt qu'un autre.

Les grands gagnants sont les vaccins de type ARNm dont la méthode est connue depuis maintenant une dizaine d'années mais faute de financement n'avait pu se développer davantage.

Le principe repose sur le fait de faire produire les fragments d'agents infectieux directement par les cellules de l'individu vacciné. Pour cela, ce n'est pas le virus dans sa forme atténuée qui est injecté mais seulement des molécules d'ADN ou d'ARN codant pour des protéines de l'agent pathogène. Cette méthode présente l'avantage d'être rapide d'exécution puisque les molécules d'ARN m sont synthétisées par voie enzymatique (65).

Les vaccins Pfizer et Moderna (ARNm) et Astra Zeneca et Johnson (atténués) sont les seuls vaccins ayant reçu un accord de l'Agence Européenne du Médicament au mois d'avril 2021 et sont donc ceux utilisés pour guider la stratégie vaccinale française (39).

(3) Stratégie

La campagne de vaccination en France a débuté fin décembre 2020 avec le vaccin Pfizer et elle a été stratifiée afin de vacciner en priorité les personnes à risques. Elle doit se dérouler en 5 phases avec :

- Personnes âgées vivant en EHPAD, USLD avec les professionnels de santé y travaillant >65 ans ou avec des comorbidités
- Personnes âgées de >75 ans ou <75 ans mais avec présence de facteurs de risques (voir liste ci-dessous) ou professionnel de santé >50 ans
- Personnes âgées de 65-75 ans et tous les professionnels de santé peu importe leur âge
- Personnes âgées de 50-65 ans
- Tous les autres

Cette stratégie a été définie le 30 novembre 2020 mais a dû être adaptée en fonction des autorisations des vaccins, des doses reçues. Elle a surtout été modulée par les nouvelles informations de vaccination du Vaccin Astra Zeneca dont les conditions n'ont cessé d'évoluer (64).

(4) Limites

La vaccination a pour but de réduire les chaînes de transmission du virus et de diminuer les formes graves pour réduire l'incidence des hospitalisations ainsi que le nombre de décès. Cependant, l'apparition de variants au COVID 19 est venue bouleverser et questionner sur l'efficacité des vaccins Pfizer/Moderna/Astra Zeneca sur ces nouvelles souches et inquiète les autorités. Leur apparition a motivé une fermeture des frontières hors UE ainsi que la nécessité de test PCR négatif pour entrer sur le territoire français avec des dépistages massifs de ces variants et adaptation des mesures d'isolement (allongement de la durée d'isolement) en cas de positivité à un variant (39).

2. Traitements curatifs

De nombreux essais cliniques ont été menés pour essayer de trouver un traitement efficace contre la Covid 19. L'IDSA (Infectious Diseases Society America) a réalisé en novembre 2020 une synthèse retraçant l'efficacité ou non des molécules testées avec mise à jour régulière pour le suivi des avancées des études cliniques (66).

1. L'hydroxychloroquine (HCQ) +/- Azithromycine (AZ) : Le comité recommande de ne pas utiliser la HCQ seule ou en association avec l'AZ en milieu hospitalier.
2. Corticoïdes : Le comité recommande la dexaméthasone pour les patients atteints de COVID 19 sévère. La posologie recommandée est de 6mg par jour pendant 10 jours.
3. Tocilizumab : Le comité recommande de ne pas utiliser cet anticorps monoclonal chez les patients hospitalisés pour un COVID 19.
4. Remdesivir : Le comité suggère de ne pas utiliser le Remdesivir pour le traitement de routine des patients avec une saturation en oxygène > 94% en air libre. Le comité suggère le Remdesivir pour le traitement du COVID-19 chez les patients hospitalisés avec SpO2 < 94%, y compris les patients sous oxygène d'appoint, sous ventilation mécanique et ECMO. Des essais cliniques supplémentaires sont nécessaires.
5. Ivermectine : Des études de large spectre et randomisées avec une bonne méthodologie sont nécessaires pour s'assurer d'un rapport bénéfice risque favorable.

6. Colchicine : L'efficacité de la colchicine dans la prévention ou le traitement des infections à COVID-19 n'a pas été démontrée. Des études de plus grande ampleur et de meilleure qualité méthodologique sont nécessaires pour démontrer l'efficacité éventuelle de la colchicine dans la prise en charge de la COVID-19 (67) .
7. Plasma : uniquement possible de le donner lors d'essai clinique.
8. Vitamine D : Aucune donnée scientifique de qualité ne justifie cet usage.
9. Lopinavir/Ritonavir : Le comité recommande de ne pas l'utiliser, faute de preuve.
10. Baricitinib et Remdesivir : Uniquement pour les personnes ne pouvant pas recevoir de corticoïde mais des études supplémentaires sont nécessaires.
11. Bithérapie par Anticorps monoclonaux : L'ANSM s'est positionnée favorablement à leur utilisation en association mais uniquement si utilisation précoce dans les cinq premiers jours suivant le début des symptômes. Cette utilisation est réservée à une population précise : >80 ans, patient ayant un déficit immunitaire ou les patients de 70-80 ans avec des comorbidités. (68)

Au total, seule la corticothérapie est recommandée à l'heure actuelle (à l'heure de la rédaction de la thèse en avril 2021). De nombreuses études sont encore en cours d'étude.

J. Prise en charge

Le but est de confirmer le diagnostic puis de déterminer s'il s'agit d'une forme grave ou non ou à risque de le devenir afin d'adapter la prise en charge. On hospitalise un patient qui présente des critères de gravité clinique. Une oxygénation est possible en ambulatoire si l'accompagnement le permet.

Ensuite, il faut définir le risque thromboembolique du patient afin de déterminer si besoin d'une anticoagulation prophylactique(42). En médecine de ville, le HCSP recommande une prophylaxie uniquement en cas d'alitement, pas d'indication dans les autres cas.

La société de Réanimation avec la société d'Infectiologie ont émis des recommandations sur la place de l'anticoagulation dans les services de réanimation (69) :

-En l'absence de contre-indication, il est recommandé de recourir à une thromboprophylaxie de type médicamenteuse et non mécanique.

-Cette prophylaxie doit favoriser les héparines de bas poids moléculaires en absence de contre-indication notamment rénale (la clairance doit être supérieure à 30ml/min). En cas d'insuffisance rénale il faut recourir à l'héparine non fractionnée ou à certaines héparines de bas poids moléculaires pour des clairances entre 20 et 30ml/min.

-Les patients doivent recevoir au moins une dose prophylactique d'anticoagulant. Certaines recommandations proposent une dose systématiquement plus importante et notamment des doses curatives chez les patients les plus sévères. Si ces recommandations sont actuellement utilisées en pratique, des études supplémentaires restent nécessaires pour valider la dose augmentée.

- Le diagnostic de thrombose veineuse ou d'embolie pulmonaire repose sur un examen clinique, le doppler des membres inférieurs et l'angioscanner thoracique scanner si le patient peut être déplacé. La place des D-dimères reste à déterminer.

-En cas de phlébite ou d'embolie pulmonaire le traitement et la surveillance restent classiques avec les mêmes contre-indications.

K. Recommandation AINS et COVID

En mars 2020, le Département Général de la Santé (DGS) ainsi que le ministre de la Santé Olivier Veran lançait une alerte concernant les AINS. Des évènements indésirables graves liés à l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ont été signalés chez des patients atteints de COVID19, cas possibles ou confirmés (70).

Dans ce contexte, la Société Française d'Etude des Migraines et des Céphalées (SFEMC) a émis une recommandation à l'intention de ces patients migraineux via sa présidente, le Pr Anne Ducros (71) (Voir annexe Figure 27).

« En cas de crise de migraine, les traitements recommandés en France sont les AINS et les triptans. Beaucoup de patients prennent également des antalgiques. Durant toute la durée de l'épidémie de COVID-19, les adaptations à suivre sont les suivantes :

- Absence de symptôme d'infection virale respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoire, rhinite, angine) poursuite du traitement de crise habituel en privilégiant les triptans et en limitant les AINS aux crises sévères rebelles aux triptans pris seuls. Les antalgiques (paracétamol ou antalgiques opiacés) peuvent être utilisés si besoin (72).

- Présence de symptômes d'infection virale respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoire, rhinite, angine) : stopper tous les AINS jusqu'à la guérison.

Si une crise de migraine survient, elle devra être traitée par triptans et/ou antalgiques (paracétamol ou antalgiques opiacés). “

Puis finalement, la Société française de la médecine du travail ainsi que le HCSP sont revenues sur cette déclaration. Aucune étude scientifique n'a évalué le rôle des AINS dans l'aggravation d'une infection à SARS-CoV-2. Donc à l'heure actuelle, un lien de causalité n'est pas établi, le principe de précaution semble de rigueur chez les patients présentant une infection à SARS-CoV-2 qui suivraient un traitement par AINS.

En l'absence de données cliniques spécifiques, et au vu des données portant sur d'autres situations infectieuses lors de prise d'AINS, une éviction large et systématique des professionnels en milieu de soin ou de travailleurs assimilés, traités par AINS semble donc excessive (62). Une évaluation au cas par cas est justifiée, afin de proposer une attitude proportionnée.

Partie 2 : Etude Explorer la prise en charge préconisée par les médecins généralistes du Gard dans la gestion des crises migraineuses pendant la pandémie Covid19

I. Matériels et méthodes

A. Choix de la méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative afin d'explorer la prise en charge préconisée par les médecins généralistes du Gard dans la gestion des crises migraineuses pendant la pandémie COVID19. L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact de cette pandémie sur les préconisations futures des médecins.

Les méthodes qualitatives sont issues des sciences humaines et sociales. Elles sont particulièrement indiquées dans notre étude puisqu'elles permettent d'explorer de manière approfondie et détaillée les comportements, les expériences personnelles des sujets de l'étude.

B. Echantillonnage et recrutement

La recherche qualitative est basée sur un échantillon restreint de personnes sur lequel une étude approfondie est menée. Plus particulièrement, elle ne recherche pas la représentativité statistique.

L'étude porte sur un échantillon de médecins généralistes du Gard exerçant en libéral dans un cabinet de groupe, MSP ou seul dans des milieux ruraux, semi ruraux ou urbains. Le recrutement s'est effectué par voie électronique ou par contact direct de mes anciens maitres de stage universitaire. 14 médecins ont répondu favorablement à ma demande. Le nombre d'entretien n'a pas été défini au préalable et nous avons pu nous arrêter après le douzième entretien étant arrivé au phénomène de saturation des données.

C. Recueil de données

1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré en collaboration avec ma directrice de thèse et selon les instructions recommandées dans les analyses qualitatives thématiques. Ce guide comporte des questions ouvertes, simples mais également des sous-questions, qui permettent de relancer les participants, afin qu'ils développent bien les points importants s'ils ne l'ont pas fait avec la question principale. Le guide d'entretien reste souple, permettant de s'adapter aux participants (voir ci-dessous).

Guide d'entretien :

1/*Pouvez-vous vous présenter succinctement en mentionnant votre nom, votre âge, votre mode, lieux et durée d'exercice ? et si vous en avez pouvez-vous également décrire vos spécificités ?

2/*Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

Par exemple, comment se déroule en pratique une première consultation d'un patient migraineux ? Que préconisez-vous en termes de traitements et conseils lors de la première consultation ? Pour combien de temps faites-vous la première ordonnance ?

3/*Quel suivi assurez-vous à vos patients migraineux ?

A combien de temps de la première prescription les revoyez-vous ? Quand évoquez-vous un switch thérapeutique ? Quels outils utilisez-vous ? Quand orientez-vous vers le neurologue ou le centre anti-douleur ?

4/*Quel impact la crise Covid a pu avoir sur votre prise en charge de ces patients migraineux ? Quelles difficultés avez-vous rencontré concernant vos prescriptions ? Par quel biais avez-vous été sollicité par vos patients ? Consultation ? Téléconsultation ? Mail, téléphone, le pharmacien ? Quel a été votre positionnement ? Quels conseils leur avez-vous donné ? Connaissiez-vous les recommandations émises pendant la Covid 19 ?

5/*Quelle influence aura à l'avenir la pandémie COVID 19 sur vos prises en charge de patient migraineux ?

Pensez-vous que la pandémie modifiera vos pratiques et si oui comment ?

2. Entretiens semi dirigés

Au vu de la situation sanitaire actuelle, les entretiens se sont réalisés par visioconférence le plus souvent ou par téléphone uniquement quand l'accès à une caméra était impossible. Il s'agissait d'entretiens semi dirigés pour laisser le praticien s'exprimer sur les thèmes évoqués.

3. Retranscription des entretiens

Après avoir obtenu l'accord des médecins et en respectant leur anonymat, les entretiens ont été enregistrés via un dictaphone et ont ensuite été entièrement retranscrits manuellement en mot à mot pour garder leur authenticité(voir Annexes). Les enregistrements ont par la suite été effacés.

D. Méthodes d'analyses des résultats

Les retranscriptions des entretiens mots à mots permettent une analyse optimale. Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Ainsi, une seule information donnée par un entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois. Il arrive un moment où le recueil n'apporte plus de données nouvelles : c'est la saturation des données qui en permet la généralisation.

Elles ont permis de réaliser une analyse thématique en repérant les idées majeures ressortant des différents entretiens pour faire émerger des thèmes et sous thèmes (méthode inventaire). Les retranscriptions ont été hiérarchisées, découpées en unité de sens afin de catégoriser les thèmes abordés et élaborer ensuite un arbre thématique. Ce travail a été effectué par moi-même et relu et corrigé par ma directrice de thèse.

II. Résultats

A. Caractéristiques de la population

Les entretiens ont été réalisés entre le 14 octobre et le 10 novembre avec une durée moyenne de 27 minutes. Sur les 12 médecins interrogés, 7 étaient des femmes soit une légère prédominance féminine. Tous étaient des maitres de stage universitaire. Leur âge était compris entre 41 et 61 ans.

9 exerçaient dans un cabinet de groupe dont 3 en MSP, les médecins restants exerçaient seul. 9 avaient un mode d'exercice en semi rural (Uzès x2, Calvisson, Bouillargues, Clarensac, Alès, Vauvert, La Grande Combe, Uchaud), 2 en urbain (Ville de Nîmes) et un seul en rural (Valleraugue).

B. Analyse

1. Connaissance de la maladie migraineuse

a) Formations

Les praticiens soulignent un manque de formation initiale « *quand j'étais interne on était peu formés sur le champ des migraines* » (E9) et reconnaissent qu'il s'agit le plus souvent d'une formation personnelle « *mon approche a été modifiée par ma formation douleur* » (E4) ou alors que « *la formation est plus personnelle, avec ce que je peux récupérer des FMC (formations médicales continues), des revues qu'on peut lire* » (E9).

b) Recommandations

Globalement, les médecins sont au courant des recommandations de prise en charge de la migraine même si certains reconnaissent que « *c'est vrai que j'ai des internes au cabinet qui me le rappellent et me tiennent au courant des nouvelles recommandations* » (E6) et d'autres s'aident de certaines revues « *je suivais les recommandations de Prescrire* » (E3).

2. Teneur de la consultation migraineuse

a) Diagnostic

(1) Interrogatoire

Le but de la consultation est de s'assurer des caractéristiques des céphalées pour pouvoir les étiqueter migraineux « *donc le but c'est surtout de s'assurer que ce sont bien des migraines et de poser le diagnostic* » (E7) et cela passe surtout par l'interrogatoire comme le reconnaissent les médecins « *la première consultation est toujours plus longue, je vérifie par un interrogatoire les critères diagnostiques de la migraine* » (E6), « *l'interrogatoire est assez long* » (E12) « *la migraine, c'est un interrogatoire quasiment policier* » (E5).

Tous vont rechercher les caractéristiques des céphalées « *qu'ils me décrivent leurs maux de tête* » (E4), « *sur le mode de déclenchement des crises, le côté unilatéral ou bilatéral, pulsatile ou non, les symptômes associés, les nausées, les vomissements, phénomènes annonciateurs* » (E5) et certains vont penser à développer un possible lien avec le cycle menstruel chez la jeune femme « *si c'est une femme, je cherche un lien avec les cycles* » (E11) ou bien « *je regarde la contraception* » (E12).

D'autres vont plus loin en recherchant « *les antécédents personnels, familiaux, les facteurs déclenchants identifiés, la présence d'aura ou non* » (E9) « *s'ils savent reconnaître les signes annonciateurs de crise et s'ils savent les anticiper* » (E11) et vont parfois même jusqu'au stade « *d'évaluer le retentissement sur la vie générale* » (E2).

Mais en général, ils adaptent leur consultation s'il s'agit d'une première consultation ou si le diagnostic est déjà posé « *tout dépend s'il se connaît migraineux ou non* » (E2).

(2) Examen

Après l'interrogatoire qui reste pour les médecins la phase la plus importante pour la confirmation diagnostic des crises migraineuses, vient le temps de l'examen clinique qui est « *orienté neuro bien évidemment* » (E5), « *examen neuro complet* » (E12). Certains en restent à la clinique « *s'il est normal, j'en reste là* » (E11) alors que d'autres vont s'aider de l'imagerie « *il y a la question de l'imagerie qui se pose* » (E5). Les approches sont différentes selon les médecins « *à faire systématiquement un scanner pour avoir au moins un scanner, un angioscanner de référence* » (E8), *souvent je les revois avec une IRM cérébrale* » (E4) tandis que d'autres l'utilisent dans un second temps « *c'est souvent pour la consultation avec le neurologue car ils aiment bien avoir une imagerie cérébrale* » (E5), ou alors « *uniquement si cela persiste et que j'ai essayé plusieurs traitements* » (E10).

(3) Prescription

Puis vient le temps de la prescription médicamenteuse et là les habitudes sont propres à chacun. La majorité débute par des AINS « *je commence par les AINS* » (E12), « *en première ligne ça reste les AINS* » (E5) avec une large préférence pour certaines molécules « *type Ibuprofène ou Kétoprofène* » (E5) « *souvent chez eux c'est ibuprofène, moi je suis plus Kétoprofène* » (E4).

Ils reconnaissent que ce sont de bons traitements « *souvent quand même ça marche quand même bien* » (E2), alors que d'autres évitent leur utilisation « *je prescris rarement des AINS ou à la limite en cas de crise sévère sous forme d'AINS injectable* » (E7).

D'autres tentent le doliprane en première intention « *je reste assez simple avec Doliprane* » (E6) « *je mets paracétamol* » (E1) même si certains reconnaissent les limites de ce traitement « *souvent ça ne marche pas bien* » (E2). C'est pourquoi certains l'associent à d'autres molécules « *Paracétamol ou Paracétamol/Codéine ou Paracétamol/Caféine* » (E6).

D'autres encore utilisent d'autres classes thérapeutiques comme des antalgiques de pallier 2 « *Si les crises sont espacées, je propose Lamaline* » (E9), « *En crise ? Antalgie de pallier 2 ou traitement spécifique par triptans* » (E7).

Dans un second temps, ils se tournent majoritairement vers les triptans « *Ibuprofène simple puis Biprofénid puis Triptans* » (E12) « *après si ça ne marche pas, je passe aux triptans* » (E2, E3) comme ça peut être « *du Tramadol, plus rarement ou Triptan* » (E6).

b) Suivi

(1) Agenda

Nombreux sont les médecins à utiliser l'agenda des migraines comme un outil d'aide dans le suivi des patients « *quand ils reviennent, je leur demande de me faire un petit agenda des migraines* » (E5) « *ils doivent me noter entre chaque consultation la fréquence des crises, la durée, la localisation* » (E10). Cela les aide pour leurs prescriptions et pour « *évaluer l'efficacité* » (E4) et « *puis voir s'ils ont identifié des facteurs déclenchants* » (E4).

(2) Durée de traitement

Chaque médecin s'organise dans le suivi de ces patients comme ils le souhaitent mais globalement ils demandent de revenir à distance « *au moins un mois, voire 2-3* » (E1) « *au bout d'un mois ou deux* » (E7) « *une quinzaine de jours généralement* » (E10), « *je fais la première ordonnance pour 3 mois* » (E9). D'autres ne précisent pas la durée et prescrivent « *je mets une boîte* » (E11). Souvent, ils conseillent à leurs patients « *d'attendre 2-3 crises et on refait le point* » (E2) bien sûr ils expliquent aux patients de « *revenir me voir si ça ne passe pas rapidement* » (E8) ou « *en leur demandant de revenir avant si besoin* » (E9).

(3) Traitement de fond

Ensuite, se pose la question de la place des traitements de fond et leurs introductions. Les médecins vont le proposer quand « *il y a des migraines très fréquentes, quand s'est installé* » (E1) ou alors « *pour des migraineux connus où le diagnostic est déjà avancé* » (E5). Très majoritairement, ils vont prescrire « *Des Beta bloquants, petite dose de Propanolol* » (E6, E7) avec pour certains parfois « *ça peut être du Sibelium* » (E1, E2), voire « *parfois du Laroxyl* » (E6).

Globalement, le « *propranolol est le seul que je m'autorise à prescrire* » (E10) sinon les médecins préfèrent déléguer au neurologue car « *il s'agit de migraines compliquées quand on en est au traitement de fond* » (E12).

Ils vont penser à proposer le traitement de fond en cas « *de migraines très fréquentes* » (E1) et pour diminuer les consommations médicamenteuses « *c'était pour diminuer consommation d'AINS ou triptans* » (E11).

(4) Recours aux spécialistes

Les médecins généralistes vont solliciter les spécialistes pour différentes raisons, certains pour l'introduction d'un traitement de fond « *pour le traitement de fond, je referais au neurologue* » (E3), « *pour des conseils sur le traitement de fond* » (E1) d'autres « *pour des doutes diagnostiques ou sur des céphalées atypiques* » (E3) ou « *des doutes sur efficacité des traitements* » (E6) ou alors quand il s'agit de « *formes qui résistent aux traitements, où des formes avec des crises rapprochées* » (E7). Le neurologue est donc sollicité en cas de besoin de traitement de fond notamment si les « *beta bloquants sont contre indiqués* » (E2), en cas de besoin de rassurance pour « *s'assurer qu'il n'y a pas d'autres choses en dessous* » (E9).

Dans quelques cas, les médecins généralistes sollicitent le centre anti-douleurs « *CAD ça a pu arriver* » (E9) mais « *c'est assez rare* » (E6). Un médecin rapporte un cas de mésusage chez un de ses patients et « *l'avais orienté vers un addictologue et un neurologue* » (E3).

Donc en résumé, les médecins ont recours majoritairement au neurologue surtout pour une instauration de traitement de fond notamment si les betas bloquants sont contre indiqués, ou pour une rassurance sur le diagnostic. Le recours aux Centres anti-douleur apparait comme plus rare.

3. Perception du malade migraineux

a) *Recours aux soins*

(1) Fréquence

Les médecins dans leur pratique croisent plus ou moins de patients migraineux, certains reconnaissent que ce n'est « *pas si fréquent que ça par rapport aux chiffres qu'on devrait avoir* » (E3) ou bien « *pas l'impression d'avoir une patientèle énorme* » (E3) tandis que d'autres au contraire considèrent que « *c'est un travail quotidien, on en rencontre régulièrement* » (E6) ou que « *c'est un motif qui revient quand même assez souvent, voir banal* » (E12).

(2) Motifs de consultation

Les médecins analysent que les patients migraineux les consultent pour un traitement « *ils viennent surtout chercher un traitement, un traitement de crise* » (E11) mais cependant « *ils viennent rarement que pour cela, souvent c'est noyé au milieu du renouvellement ou de la douleur abdominale depuis 1 mois* » (E11).

b) *Acteurs du soin*

(1) Connaissances

Les médecins adaptent leurs prises en charge aux patients en fonction de « *l'expérience qu'ils ont eux même de cette maladie* » (E4). Ils reconnaissent que ce sont « *quand même des gens qui se connaissent* » (E2) qui peuvent être « *très organisés* » (E1) et capables « *d'identifier des facteurs déclenchants de leurs crises* » (E4).

(2) Demandes

Les patients migraineux sont perçus par certains médecins généralistes comme des patients demandeurs « *alors toute la difficulté est le suivi de ces patients, qui sont souvent demandeurs, demandeurs au départ, et peut être demandeur rapidement d'une solution miracle* » (E9). Ils peuvent être demandeur d'avis spécialisé « *c'est elle qui avait eu la démarche (pour le CAD)* » (E1), « *ils sont demandeurs d'un avis plus spécialisé que le mien* » (E11), ou alors demandeur d'un traitement de fond « *il y a des gens qui sont demandeurs* » (E2). Les médecins adaptent donc leur prise en charge en fonction « *de la gêne et de la demande du patient aussi, s'ils sont très demandeurs ou pas* » (E5). Ils peuvent être également perçus comme des patients anxieux « *si le patient est anxieux, je vais au scanner cérébral* » (E11).

(3) Approche personnalisée

La prise en charge des patients migraineux bénéficie d'une approche centrée patient avec discussion avec celui-ci pour trouver ce qui sera adapté à lui « *ça dépend un petit peu de leurs histoires* » (E9), « *ça dépend vraiment d'où ils en sont* » (E12). Les médecins vont tenir compte « *du schéma de chaque patient* » (E4) « *du profil du patient* » (E4) pour avoir une approche « *à la carte selon les patients* » (E6) qui permet de « *moduler au cas par cas* » (E6).

c) Vécu du patient

(1) Potentiel addictogène

Les patients migraineux sont à risque d'automédication et donc de mésusage thérapeutique. Ces risques sont majoritairement connus par les médecins généralistes et reconnaissent « *des patients qui s'automédiquent* » (E5), avec la nécessité d'évaluer avec eux la consommation de médicaments « *pour voir s'ils n'en prennent pas trop souvent* » (E7). Ce risque de surconsommation médicamenteuse peut induire une introduction de traitement de fond « *c'était pour diminuer sa consommation d'AINS et la deuxième c'était pour diminuer sa consommation de triptans* » (E11) comme il peut être responsable d'une défiance « *je leur fait peut-être à tort plus confiance (les jeunes filles avec dysménorrhées) qu'aux migraineux dans le risque de surdosage* » (E6). Les cas d'addiction chez les patients migraineux sont plus fréquents que dans la population générale comme le cite un des médecins « *il avait un mésusage médicamenteux, il était devenu toxicomane au Tramadol* » (E3).

(2) Dépression

Les patients migraineux sont des patients avec des douleurs qui peuvent se chroniciser et donc ce « *n'est pas toujours évident de comprendre exactement leurs douleurs* » (E9) et certains médecins redoutent un « *sens migraineux-dépressif, avec une recrudescence dans ce sens-là* » (E10) avec notamment le constat que « *les gens sont revenus et c'est le bureau des pleurs* » (E10).

4. Connaissance sur la COVID 19

a) Diagnostic

Les médecins généralistes ont été pendant la pandémie Covid 19, les médecins de premier recours et ils se devaient d'avoir « *une vigilance particulière si les patients me disaient avoir des symptômes différents de leurs migraines habituelles* » (E4) parce que « *on savait que les céphalées pouvaient faire partie des symptômes* » (E4).

b) *Recommandation éviction AINS*

Au tout départ de la pandémie Covid 19 sur le territoire français, les dirigeants, les sociétés savantes dont la Société Française d'étude des Migraines et des Céphalées ont émis comme recommandation d'éviter les AINS car ils pourraient majorer le risque de forme grave.

Les médecins généralistes interrogés étaient tous bien au courant de cette recommandation ainsi que les patients « *on avait les recommandations par rapport à l'ibuprofène en particulier et les AINS de manière générale, dont les patients étaient informés* » (E5), « *ils (les patients) avaient entendus parler du risque de toxicité des AINS* » (E6) et ils reconnaissent donc « *au tout départ, on bannissait les AINS* » (E12) car « *les AINS n'étaient pas particulièrement recommandés* » (E4).

5. Impact de la pandémie

a) *Sollicitation*

(1) Mode

Les médecins généralistes soulignent qu'ils ont été majoritairement sollicités par « *téléphone ou téléconsultation* » (E5) selon leur pratique et leurs patients « *je l'ai eu au téléphone* » (E4) ou « *en téléconsultation* » (E6). Un seul médecin rapporte une sollicitation « *en présentiel* » (E7).

(2) Motifs

Les médecins qui ont été sollicités l'ont été surtout par rapport aux recommandations émises « *pour savoir quoi faire si jamais ils avaient des douleurs* » (E5), pour savoir s'ils avaient « *le droit de le prendre* » (E8) « *s'ils pouvaient prendre leurs anti inflammatoires* » (E12).

En effet, les patients « *avaient entendu parler du risque de toxicité des AINS* » (E6) et donc « *ils s'inquiétaient justement de la prise des AINS* » (E4) et ils « *avaient peur de prendre des AINS* » (E2). Certains patients avaient « *peur de venir* ». (E6).

(3) Renoncement aux soins

Certains médecins au contraire n'ont pas été sollicités par leurs patients migraineux « *on était aux abonnés absents* » (E10), « *je les ai encore moins vu* » (E9). Les médecins reconnaissent une « *rupture avec ces patients-là* » (E5) avec une « *interruption de suivi* » (E5). Le renoncement aux soins est un constat « *je pense qu'il y a eu des patients qui auraient pu venir pour une première consultation de migraine, qui ne sont pas venus, c'est évident* » (E5).

(4) Recrudescence

Dans les suites de lever du premier confinement au mois de Mai, les médecins ont pu constater un retour de ces patients avec « *l'impression qu'ils me sollicitent maintenant* » (E11) et « *les gens sont revenus dans l'été* » (E5, E10). Certains notent une « *augmentation des consultations pour ce motif-là* » (E10) avec parfois comme conséquence « *migraineux-dépressif avec une recrudescence dans ce sens-là* » (E10) et l'impression d'« *être un bureau des pleurs* » (10).

b) Adaptation

(1) Préventive

Les médecins ont donc dû s'adapter aux recommandations et à la peur engendrée par la prise d'AINS qui est souvent le traitement privilégié des migraines.

Au début de la pandémie, ils disaient majoritairement à leurs patients « *de faire attention* » (E1, E2) et ils reconnaissent que « *c'était une vigilance particulière* » (E4) et que c'était une mise en garde de leur part « *c'est plutôt moi qui les mettais en garde* » (E3).

Ils expliquaient ainsi aux patients que « *s'ils se sentaient fiévreux avec un état grippal, il ne faut pas qu'ils prennent des AINS* » (E5).

Par la suite, les recommandations émises par rapport aux AINS, ont évolué et donc le discours des médecins aussi « *maintenant on leur dit de faire attention si fièvre, de bien s'assurer qu'ils s'agissent bien de céphalées aux mêmes caractéristiques que leurs migraines habituelles* » (E12).

A l'avenir, les médecins pensent majoritairement conserver cette attitude préventive de mise en garde face aux AINS « *je pense que je vais continuer en mettant en garde* » (E1) et reconnaissent qu'il « *y aura un peu plus de prévention et de conseil par rapport à la prise des anti inflammatoires à l'avenir* » (E5). En effet, ils avouent un effet positif de cette pandémie « *je pense que la Covid aura cet aspect positif, il m'a sensibilisé à la prescription des AINS, je trouve que de manière générale et de manière particulière chez les migraineux, je fais un peu plus attention, je suis plus vigilant* » (E6). Il y aura donc « *plus d'informations en tout cas, plus de prévention* » (E6). Les médecins se font le rappel qu'en résumé les AINS ce « *sont des très bons médicaments, et en même temps des médicaments extrêmement dangereux* » (E3).

(2) Thérapeutique

(a) Pendant la crise

Les médecins étaient au clair sur les recommandations et ensuite chacun s'est adapté pour la prescription et la préconisation médicamenteuse.

Une minorité (2 médecins sur 12) n'a cependant pas modifié ses habitudes « *il n'y a pas eu de changement au niveau de la prescription* » (E1) et donc « *il n'y a pas eu de difficulté à adapter* » (E1) même si la durée de prescription a elle été modifiée « *j'ai fait des prescriptions plus courtes* » (E1). Un autre médecin reconnaît ne « *pas avoir changé de traitement et avoir continué à prescrire des AINS* » (E11).

Sinon les autres médecins ont tous modifié leurs pratiques pendant la pandémie Covid.

Une grande majorité a privilégié les triptans « *on a essayé les triptans chez les gens chez qui on n'avait jamais essayé* » (E2) « *j'ai eu plus à prescrire des triptans* » (E4). Ils ont « *tenté d'autres molécules, alors j'ai proposé un triptan* » (E6) « *j'ai prescrit les triptans* » (E10). « *On disait non aux AINS donc des triptans* » (E12).

D'autres ont proposé d'autres alternatives comme « *traitement de fond* » (E7) ou alors « *je leur ai dit de d'abord essayer le paracétamol en première ligne et après on a tenté des palliers 2 comme codéine ou tramadol* » (E5). Un autre médecin a eu la même stratégie « *soit de passer à un pallier 2 avec codéine ou tramadol, soit de passer aux triptans* » (E8).

(b) A l'avenir

Interrogé sur l'impact de la pandémie Covid sur leurs futures prescriptions, les médecins ne sont pas tous d'accord.

Trois discours se rencontrent.

Tout d'abord, il y a ceux qui pensent que la pandémie Covid 19 et la mise en garde par rapport aux AINS n'« *aura aucune influence* » (E9) et qu'ils « *garderont le même schéma* » (E12). Ils avouent « *quand il s'agit d'une médication efficace, Covid ou pas Covid, je garde* » (E11) avec la notion que « *si les crises ne sont pas quotidiennes et que les AINS les soulagent, on reste sur ça* » (E4). Ils reconnaissent que « *c'est juste une adaptation temporaire* » (E8) et que « *sur le long terme, je continuerai à prescrire les AINS en première intention* » (E5).

Puis il y a ceux qui vont modifier légèrement leurs pratiques en rajoutant un médicament sur l'ordonnance en plus des AINS « *ça peut être une solution de rajouter sur leur ordonnance un triptan s'il y a un doute ou si jamais les patients sont angoissés par rapport à la prise des AINS* » (E1). « *J'aurais tendance à rajouter ou à proposer un triptan mais s'ils sont bien soulagés par ibuprofène, je continuerai* » (E3)

Et également, ceux qui modifient leurs stratégies thérapeutiques « *j'essayerais plutôt les triptans avant les AINS parce qu'actuellement j'essaie vraiment de les limiter, de les éviter* » (E2). « *Je réserverai la prescription d'AINS aux crises très sévères et sous forme injectable à ce moment-là* » (E7)

Les médecins ont été sensibles à ce rappel de la dangerosité potentielle des AINS « *cela m'a rappelé que les AINS ne sont pas trop conseillés dans les épisodes viraux* » (E6) et donc « *je pense que la Covid aura cet aspect positif, il m'a sensibilisé à la prescription des AINS, je pourrais proposer plus facilement paracétamol/codéine ou paracétamol/caféine sinon triptan* » (E6). Les médecins font le constat de leurs diminutions de prescription d'AINS dans la migraine « *Je pense que ma prescription d'AINS a été diminuée et restera diminuée et que je proposerai des triptans à l'avenir* » (E10).

III. Discussion

A. Forces

L'objectif de ce travail était d'explorer la prise en charge préconisée par les médecins généralistes du Gard des crises migraineuses pendant la pandémie Covid 19. Pour répondre à cet objectif, une analyse qualitative nous a semblé la plus appropriée. En effet, elle permettait d'atteindre l'exhaustivité nécessaire au recueil des nuances de la complexité du sujet. Le recrutement s'est effectué par sollicitation téléphonique auprès de médecin du Gard et de mes anciens maitres de stage universitaire.

J'ai réalisé des entretiens semi dirigés par téléphone ou par visioconférence (en présentiel, c'était compliqué avec la pandémie actuelle) sous couvert d'anonymat et enregistrés par dictaphone. Les praticiens interrogés ont pu s'exprimer librement et sans jugement via les questions du guide d'entretien semi dirigé.

Par la suite, j'ai réalisé une retranscription au mot à mot de chaque entretien afin de ne pas perdre en authenticité. Puis, j'ai effectué une analyse thématique via une méthode inventaire en unité de sens pour ensuite élaborer un arbre thématique (voir annexe Figure 28) que j'ai fait valider par ma directrice de thèse, ce qui permet un double codage. L'arrivée au phénomène de saturation de données permet de confirmer la validation des résultats.

La force de cette étude tient par la méthode utilisée et sur sa validité interne.

B. Limites

Les limites potentielles de cette étude sont un possible biais de sélection des médecins généralistes avec la question de leur aspect représentatif ou non de la population générale. En effet, tous les médecins interrogés sont des maitres de stage universitaire et ceux qui ont répondu étaient intéressés par le sujet.

De plus, le nombre de médecins interrogés et inclus (12 médecins) représente un faible échantillon.

On peut aussi souligner un biais de mémorisation qui est toujours présent quand on interroge des praticiens sur la pratique qu'ils ont effectué de manière rétrospective. Un biais de l'animateur via la formulation n'est pas exclu non plus.

C. Principaux résultats

D'après l'analyse des différents entretiens effectués, on peut voir que la position des médecins généralistes du Gard pendant la pandémie Covid est propre à chacun.

Globalement, les médecins ont une approche assez similaire dans la confirmation diagnostique d'une crise migraineuse avec cependant des habitudes de prescription qui diffèrent selon leurs expériences du malade migraineux en consultation. Les AINS restent les molécules privilégiées pour une introduction de traitement avec une sous-utilisation des triptans ou alors dans un second temps ou sur avis du spécialiste. Le relai par traitement de fond est encore plus rare.

Ils reconnaissent que les patients migraineux sont des patients qui se connaissent bien et ils réalisent donc une approche centrée patient avec parfois pour certains une image négative de ces patients qui sont perçus comme demandeurs/dépressifs ou à risque de toxicomanie ce qui entraîne parfois une défiance.

Ils avouent également avoir été en première ligne lors du recours au soin pendant la pandémie Covid 19 avec une sollicitation principalement par téléconsultation ou au téléphone et non en présentiel. Les médecins ainsi que les patients étaient bien au clair de la recommandation initiale d'éviction des AINS. Un renoncement aux soins est noté au tout début de la pandémie en lien avec la peur du virus puis par la suite une recrudescence des consultations pour céphalée avec dans certains cas un versant dépressif associé.

Comme on pouvait le penser, les médecins ont massivement évité les AINS sauf quelques exceptions qui les ont conservées mais avec cependant une adaptation de leur durée de prescription (durée plus courte). L'adaptation préconisée est celle supposée au début de l'étude avec l'utilisation de triptans ou de palier 2. Cependant, contrairement à ce que l'on pouvait penser au départ, cela reste une adaptation temporaire pour la majorité des médecins. En effet, ils se positionnent majoritairement pour la conservation de l'utilisation des AINS dans leur pratique avec cependant une prévention majorée avec des mises en garde et des conseils d'utilisation. Seule une minorité reconnaît qu'elle poursuivra l'éviction des AINS et préconisera en premier lieu les triptans ou les paliers 2.

D. Littérature et perspective

Il est difficile d'appuyer la validité externe de l'étude car la pandémie Covid est un phénomène d'actualité récent avec peu de recul pour l'instant. La majorité des études réalisées sur ce thème portent sur les médicaments testés, sur la place des médecins généralistes en tant qu'acteur de soins avec évaluation de leurs pratiques de manière globale.

Etudier la prise en charge préconisée par les médecins généralistes des crises migraineuses pendant la pandémie Covid 19 est un sujet intéressant qui reposait principalement sur l'éviction des AINS préconisée au début de la pandémie. Or à ce jour, les autorités compétentes sont revenues sur cette recommandation et donc la question se pose beaucoup moins à l'heure d'aujourd'hui.

Cependant, l'étude ouvre de nouvelles voies et questions. Il serait intéressant de questionner à nouveau les mêmes médecins dans quelques années pour savoir si leur position vis-à-vis des AINS à évoluer, que ce soit dans le cadre de la migraine ou dans le cadre de d'autres pathologies où les AINS sont des traitements de choix comme par exemple dans les maladies rhumatologiques.

De plus, on sait que les triptans sont sous utilisés en première intention par les médecins généralistes, ce qui est sous tendu également dans cette étude donc il pourrait être intéressant d'étudier pourquoi les triptans sont sous utilisés. La même question peut se poser pour l'introduction d'un traitement de fond avec la recherche éventuelle des freins à cette prescription.

IV. Conclusion

Cette étude avait pour but d'explorer la prise en charge préconisée par les médecins généralistes du Gard dans la gestion des crises migraineuses pendant la pandémie Covid19 et a démontré l'éviction des AINS au départ avec adaptation des thérapeutiques.

En résumé, les médecins généralistes du Gard étaient bien informés des recommandations initiales d'éviction des AINS au début de la pandémie Covid 19. C'est pourquoi ils ont adapté leurs pratiques en privilégiant d'autres molécules comme les triptans ou les antalgiques de palier 2.

Cependant, les médecins reconnaissent qu'il s'agit là principalement d'une adaptation temporaire en lien avec la situation sanitaire même si les médecins déclarent qu'à l'avenir ils délivreront plus d'informations et de messages de prévention à l'utilisation de ces molécules.

Une adaptation des durées de prescription, une co-prescription initiale d'AINS et de triptans sont des solutions envisagées par les médecins généralistes pour solutionner les problèmes d'utilisation des AINS en période infectieuse.

Cette pandémie a permis de remettre l'accent sur la nécessité d'information et de prévention quant à l'utilisation de médicaments et plus particulièrement les AINS.

Bibliographie

1. Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/cephalee-aigue-chronique-ladulte-lenfant>
2. Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/migraine-nevralgie-du-trijumeau-algies-face>
3. Gobel H. Home [Internet]. ICHD-3 The International Classification of Headache Disorders 3rd edition. 2021 [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://ichd-3.org/>
4. La migraine | Fédération Française de Neurologie [Internet]. 2020 [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ffn-neurologie.fr/grand-public/maladies/la-migraine>
5. Ashina M. Migraine. *N Engl J Med*. 5 nov 2020;383(19):1866-76.
6. Armstead WM. Role of ATP-sensitive K⁺ channels in cGMP-mediated pial artery vasodilation. *Am J Physiol*. févr 1996;270(2 Pt 2):H423-426.
7. Wellman GC, Quayle JM, Standen NB. ATP-sensitive K⁺ channel activation by calcitonin gene-related peptide and protein kinase A in pig coronary arterial smooth muscle. *J Physiol*. 15 févr 1998;507 (Pt 1):117-29.
8. Migraine [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2020 [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/migraine>
9. SFEMC - Comment traiter la migraine ? [Internet]. [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/13-comment-traiter-la-migraine.html>
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. *Rev Neurol (Paris)*. janv 2013;169(1):14-29.
11. Loder E. Triptan Therapy in Migraine. *N Engl J Med*. 1 juill 2010;363(1):63-70.
12. Geraud G. Recommandations thérapeutiques dans la migraine de l'adulte et de l'enfant. *Wwwem-Premiumcomdatatraitenesne17-39460* [Internet]. 20 déc 2020 [cité 20 déc 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezpum.biu-montpellier.fr/article/29800>

13. Recommandations - Céphalées [Internet]. Société Française de Neurologie. 2014 [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.sf-neuro.org/specialites-cephalees/recommandations-cephalees>
14. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272212/fr/prise-en-charge-diagnostique-et-therapeutique-de-la-migraine-chez-l-adulte-et-chez-l-enfant-aspects-cliniques-et-economiques
15. Robbins DL, MD. New Migraine Treatments: Oral Gepants, Ditan Tablet, and More [Internet]. Practical Pain Management. 2021 [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.practicalpainmanagement.com/treatments/pharmacological/new-migraine-medications-oral-gepants-ditan-tablet-more>
16. Quels sont les médicaments de modification de migraine de la maladie (DMMDs) ? [Internet]. News-Medical.net. 2019 [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: [https://www.news-medical.net/health/What-are-Disease-Modifying-Migraine-Drugs-\(DMMDs\)-\(French\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-are-Disease-Modifying-Migraine-Drugs-(DMMDs)-(French).aspx)
17. Research C for DE and. Drug Trials Snapshots: VYEPTI. FDA [Internet]. 3 nov 2020 [cité 16 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.fda.gov/drugs/drug-approvals-and-databases/drug-trials-snapshots-vyepti>
18. Research C for DE and. Drug Trials Snapshots: REYVOW. FDA [Internet]. 27 janv 2020 [cité 16 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.fda.gov/drugs/drug-approvals-and-databases/drug-trials-snapshots-reyvow>
19. Rimegepant Approved by the FDA [Internet]. American Headache Society. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://americanheadachesociety.org/news/rimegepant-acute-migraine-treatment/>
20. Ahmed F, Gaul C, García-Monco JC, Sommer K, Martelletti P. An open-label prospective study of the real-life use of onabotulinumtoxinA for the treatment of chronic migraine: the REPOSE study. J Headache Pain [Internet]. 7 mars 2019 [cité 19 déc 2020];20(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6734221/>

21. Olesen J. Migraine and Probable Migraine—Results of FRAMIG 3, a French Nationwide Survey Carried out according to the 2004 HIS Classification. *Cephalalgia*. 1 nov 2006;26(11):1347-1347.
22. Pesa J, Lage MJ. The Medical Costs of Migraine and Comorbid Anxiety and Depression. *Headache J Head Face Pain*. juin 2004;44(6):562-70.
23. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol*. mai 2012;19(5):703-11.
24. Lantéri-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, ANLLF et SFETD. *Rev Neurol (Paris)*. mars 2014;170(3):162-76.
25. CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l’abus médicamenteux, prise en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272365/fr/ccq-cephalees-chroniques-quotidiennes-diagnostic-role-de-l-abus-medicamenteux-prise-en-charge
26. Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Chautard MH, Lucas C. Migraine and probable migraine--results of FRAMIG 3, a French nationwide survey carried out according to the 2004 IHS classification. *Cephalalgia Int J Headache*. déc 2005;25(12):1146-58.
27. Cahiers de la SFETD [Internet]. SFETD - Site web de la Société Française d’Etude et du Traitement de la Douleur. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.sfetd-douleur.org/referentiels-cahiers/>
28. Wang S-J, Wang P-J, Fuh J-L, Peng K-P, Ng K. Comparisons of disability, quality of life, and resource use between chronic and episodic migraineurs: a clinic-based study in Taiwan. *Cephalalgia Int J Headache*. févr 2013;33(3):171-81.
29. Orphanet: Migraine hémiplégique familiale ou sporadique [Internet]. 2020 [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=569

30. Prescription et surveillance des classes de médicaments les plus courantes chez l'adulte et chez l'enfant. Anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens [Internet]. 2020 [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.lecofer.org/item-cours-1-31.php>
31. Recommandations AINS (traitement par) [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
32. Bien utiliser les anti-inflammatoires [Internet]. 2020 [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/utiliser-medicaments/utiliser-anti-inflammatoires>
33. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves - Point d'Information actualisé le 20/05/2020 - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2020 [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.anism.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-et-complications-infectieuses-graves-Point-d-Information-actualise-le-20-05-2020>
34. Netgen. Les toxidermies médicamenteuses [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-165/Les-toxidermies-medicamenteuses>
35. Benbia A. Prescription des triptans dans la migraine par les médecins généralistes de la région PACA [Internet]. undefined. 2017 [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: </paper/Prescription-des-triptans-dans-la-migraine-par-les-Benbia/4dcff4c8d2263e598a9fa488cd819c36c2b71a69>
36. Masson E. État des lieux de l'utilisation des triptans en France [Internet]. EM-Consulte. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/82094/figures/etat-des-lieux-de-l-utilisation-des-triptans-en-fr>
37. Triptans [Internet]. 2021 [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/triptans>
38. Soldin OP, Topping JM. Serotonin Syndrome Associated with Triptan Monotherapy. N Engl J Med. 15 mai 2008;358(20):2185-6.
39. Covid-19 - émergences - Groupes de travail - SPILF - Infectiologie [Internet]. 2021 [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.infectiologie.com/fr/covid-19.html>

40. HCSP. Coronavirus SARS-CoV-2 : recommandations thérapeutiques (25/11/2020) [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2020 nov [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=954>
41. Info Coronavirus COVID-19 - Comprendre le covid-19 [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/comprendre-le-covid-19>
42. Coronaclac [Internet]. CMG. 2020 [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/coronaclac/>
43. HCSP. Coronavirus SARS-CoV-2 : actualisation de la prise en charge [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2020 juill [cité 28 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=899>
44. Quels symptômes inhabituels doivent faire rechercher une COVID-19 ? Bull Académie Natl Médecine. oct 2020;204(8):781-2.
45. Informations sur l'épidémie de nouveau coronavirus (Covid-19) [Internet]. Repias : Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins. 2021 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.preventioninfection.fr/informations-sur-lepidemie-de-nouveau-coronavirus-2019-ncov/>
46. COVID-19 [Internet]. Société Française de Pédiatrie. 2021 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.sfpediatrie.com/actualites/covid-19>
47. Elsevier. COVID 19 et grossesse : les recommandations du CNGOF [Internet]. Elsevier Connect. 2021 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/gyneco-sage-femme/covid-19-et-grossesse-les-recommandations-du-cngof>
48. Peyronnet V, Sibiude J, Deruelle P, Huissoud C, Lescure X, Lucet J-C, et al. Infection par le SARS-CoV-2 chez les femmes enceintes : état des connaissances et proposition de prise en charge par CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie. 1 mai 2020;48(5):436-43.
49. Fonctionnement et fiabilité des tests RT-PCR pour la détection du SARS-CoV-2 [Internet]. Institut Pasteur. 2020 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/espace-presse/documents-presse/fonctionnement-fiabilite-tests-rt-pcr-detection-du-sars-cov-2>

50. Dépistage de la Covid-19 : déploiement des tests antigéniques [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/depistage-de-la-covid-19-deploiement-des-tests-antigeniques>
51. COVID-19 : la HAS positionne les tests antigéniques dans trois situations [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3212125/fr/covid-19-la-has-positionne-les-tests-antigeniques-dans-trois-situations
52. Place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19 [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179992/fr/place-des-tests-serologiques-dans-la-strategie-de-prise-en-charge-de-la-maladie-covid-19
53. Place du scanner thoracique [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178626/en/place-du-scanner-thoracique
54. KHALIL A. COVID-19 en Radiologie de A à Z - Medzone.fr [Internet]. 2021 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://medzone.fr/view/view.php?t=lsWRCLAbjdgGTHiPxfqo>
55. Nouveau coronavirus (2019-nCoV): conseils au grand public [Internet]. 2020 [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
56. Avis relatif à la prise en charge à domicile ou en structure de soins des cas de Covid-19 suspectés ou confirmés (complémentaire aux avis des 5 et 23 mars 2020). 2020;20.
57. Coronavirus : outils de prévention destinés aux professionnels de santé et au grand public [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: </dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-outils-de-prevention-destines-aux-professionnels-de-sante-et-au-grand-public>
58. COVID-19 : les tests salivaires peuvent compléter les tests nasopharyngés chez les personnes symptomatiques [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3202317/fr/covid-19-les-tests-salivaires-peuvent-completer-les-tests-nasopharynges-chez-les-personnes-symptomatiques
59. HCSP. Coronavirus SARS-CoV-2 : recommandations relatives au port de masque dans les lieux collectifs clos [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2020

août [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=902>

60. Coronavirus SARS-CoV-2 : Mesures barrières et de distanciation physique en population générale [Internet]. 2021 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=806>

61. Résultats de la recherche [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/spip.php?page=recherche>

62. Dewitte J-D, Petit A, Nisse C. Recommandations de la Société française de médecine du travail (SFMT) : avis relatif à l'affectation, dans le contexte de l'épidémie SARS-CoV-2 (Covid-19), des professionnels exerçant en milieu de soins et travailleurs assimilés, présentant une pathologie chronique traitée par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). 05 avril 2020. Arch Mal Prof Environ. mai 2020;81(3):186-9.

63. Mesures de prévention de la transmission du SARS-coV2 pour la prise en charge des patients en milieu de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021 [cité 9 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218444/fr/mesures-de-prevention-de-la-transmission-du-sars-cov2-pour-la-prise-en-charge-des-patients-en-milieu-de-soins

64. Vaccination contre la Covid-19 : la HAS précise ses recommandations sur la priorisation des publics cibles [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020 [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3225633/fr/vaccination-contre-la-covid-19-la-has-precise-ses-recommandations-sur-la-priorisation-des-publics-cibles

65. Les vaccins à ARNm susceptibles de modifier notre génome, vraiment ? [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2020 [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/les-vaccins-a-arnm-susceptibles-de-modifier-notre-genome-vraiment/41781/>

66. [https://doi.org/10.1093/ajph/202102008](#) >tocilizumab.</div></div> <p>Adarsh B Rebecca L Morgan**, Amy Hirsch Shumaker, Valery Lavergne**, Lindsey Baden, Vincent Chi-Chung Cheng, Kathryn M Edwards, Rajesh Gandhi, Jason Gallagher, William J Muller, John C O’Horo, Shmuel Shoham, M Hassan Murad**, Reem A Mustafa**, Shahnaz Sultan**, Yngve Falck-Ytter**</p> <p>*Corresponding Author **Methodologist</p> <h5 id="b5b06edb-9d34-4536-a206-694368d0a8a8">February 10, 2021</h5> <div><a

- href="/link/a845df2c64664ce192cb1faa418e8da0" aspx" target="_blank" rel="noopener">Version 39 0 has been released and contains an updated literature review for <div><a. COVID-19 Guideline, Part 1: Treatment and Management [Internet]. 2021 [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/>
67. Traitement précoce de la Covid-19 : la colchicine offre un espoir à confirmer [Internet]. Caducee.net. 2021 [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/15296/traitement-precoce-de-la-covid-19-la-colchicine-offre-un-espoir-a-confirmer.html>
68. Traitement contre la Covid-19 : le point sur la bithérapie par anticorps monoclonaux [Internet]. [cité 13 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/traitement-contre-la-covid-19-le-point-sur-la-bitherapie-par-anticorps-monoclonaux>
69. Traitement anticoagulant pour la prévention du risque thrombotique chez un patient hospitalisé avec Covid-19 et surveillance de l'hémostase [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://sfar.org/download/traitement-anticoagulant-pour-la-prevention-du-risque-thrombotique-chez-un-patient-hospitalise-avec-covid-19-et-surveillance-de-lhemostase/>
70. Day M. Covid-19: ibuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists. BMJ [Internet]. 17 mars 2020 [cité 21 juill 2020];368. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1086>
71. SFEMC - SFEMC Position AINS et corticoides pour céphalées et COVID-19 [Internet]. [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/covid-19/70-sfemc-position-ains-et-corticoides-pour-cephalees-et-covid-19.html>
72. Recommandations SFAR / SFETD sur les AINS - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2020 [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://sfar.org/recommandations-sfar-sfetd-sur-les-ains/>

Annexes

Figure 1 : Etiologie des céphalées selon IHCD3	72
Figure 2 : Caractéristiques selon le type de céphalée.....	72
Figure 3 : Physiopathologie de la migraine	73
Figure 4 : Critères diagnostiques IHCD3 migraine sans aura	73
Figure 5 : Critères diagnostiques IHCD3 migraine avec aura	73
Figure 6 : Facteurs déclenchants identifiés dans la migraine	74
Figure 7 : Traitements recommandés dans la crise migraineuse	74
Figure 8 : Résultats étude utilisation préventive de toxine botulique dans les migraines.....	75
Figure 9 : Agenda des crises migraineuses.....	75
Figure 10 : Echelle MIDAS	76
Figure 11 : Echelle HIT6.....	76
Figure 12 : Echelle HAD	77
Figure 13 : Résultat étude lien dépression et score MIDAS dans les migraines.....	78
Figure 14 : Distinction migraine et céphalée de tension (CCQ)	78
Figure 15 : Critères pour le diagnostic d'une CCQ	79
Figure 16 : Molécules impliquées dans les CCQ des patients migraineux avec proportion d'implication.....	79
Figure 17 : Tableaux des AINS commercialisés en France	80
Figure 18: Schéma de transmission de la Covid 19.....	81
Figure 19 : Résultats études des caractéristiques cliniques de la Covid 19.....	81
Figure 20 : Recommandation du CNSF pour prise en charge des femmes enceintes pendant la pandémie Covid 19.....	82
Figure 21 : Gravité de la maladie et caractéristiques	83
Figure 22: test PCR et Antigénique	83
Figure 23 : Scanner thoracique d'un patient Covid 19 Positif avec image en verre dépoli.....	84
Figure 24: Algorithme de prise en charge des enfants pendant le Covid 19.....	84
Figure 25 : Type de masque et description par REPIAS	85
Figure 26 : Suite description masque selon REPIAS.....	85
Figure 27 : Texte de recommandation d'éviction des AINS par SFEMC.....	86
Figure 28 : Arbre thématique.....	87
+ Retranscription des entretiens E1 à E12	

Figure 1 : Etiologie des céphalées selon IHCD3

Céphalées primaires	<ol style="list-style-type: none"> 1. Migraine (15 %) 2. Céphalée dite de tension (épisode 80 %, chronique 20 %) 3. Algie vasculaire de la face (1/1 000) et autres céphalées trigémino-autonomiques 4. Autres céphalées primaires (rares)
Céphalées secondaires	<p>Secondaires à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Un traumatisme crânien ou cervical 6. Une affection vasculaire crânienne ou cervicale 7. Une pathologie intracrânienne non vasculaire 8. La prise d'une substance ou son arrêt (abus médicamenteux 3 %) 9. Une infection (intracrânienne ou générale) 10. Une anomalie de l'homéostasie 11. Une pathologie ophtalmologique, ORL, stomatologique, dentaire, cervicale 12. Une affection psychiatrique
Neuropathies crâniennes douloureuses, autres douleurs faciales et autres céphalées	<ol style="list-style-type: none"> 13. Lésions douloureuses des nerfs crâniens et autres douleurs faciales 14. Autres céphalées

(Source : ICHD-3.)

Figure 2 : Caractéristiques selon le type de céphalée

	Migraine	Céphalée de tension épisodique	Algie vasculaire de la face	Névrалgie essentielle du trijumeau
Sex-ratio	3 F/1 H	F = H	1 F/5 H	F > H
Durée des crises	4–72 heures	3 min–7 jours	15–180 minutes	< 2 minutes
Fréquence des crises	Variable Irrégulière	Variable Irrégulière	1 à 8 par jour Tous les jours	5 à > 100 par jour Tous les jours
Latéralité de la douleur	Unilatérale à bascule ou bilatérale	Bilatérale	Strictement unilatérale Toujours du même côté	Strictement unilatérale Toujours du même côté
Topographie de la douleur	Orbitotemporale, hémicrânienne, diffuse ou postérieure avec cervicalgie	En casque, en bandeau	Orbitotemporale	V2/V3 > V1
Type de la douleur	Pulsatile ou continue	Pression, poids	Broiement, arrachement	Décharge électrique
Intensité douloureuse	Modérée à sévère	Faible à modérée	Très sévère	Très sévère
Signes végétatifs	Possibles	–	Présents	–
Nausées ou Vomissements	Fréquents	–	Possibles	–
Photophobie, phonophobie	Fréquentes et importantes, parfois osmiophobie	Absentes (ou modérées)	Possibles	–
Activité physique	Aggrave la céphalée (pulsatile +-)	Peut améliorer la céphalée	Agitation motrice typique (« lion en cage »)	Lors des exacerbations, le patient évite l'activité par peur des accès

(Source : CEN, 2019.)

Figure 3 : Physiopathologie de la migraine

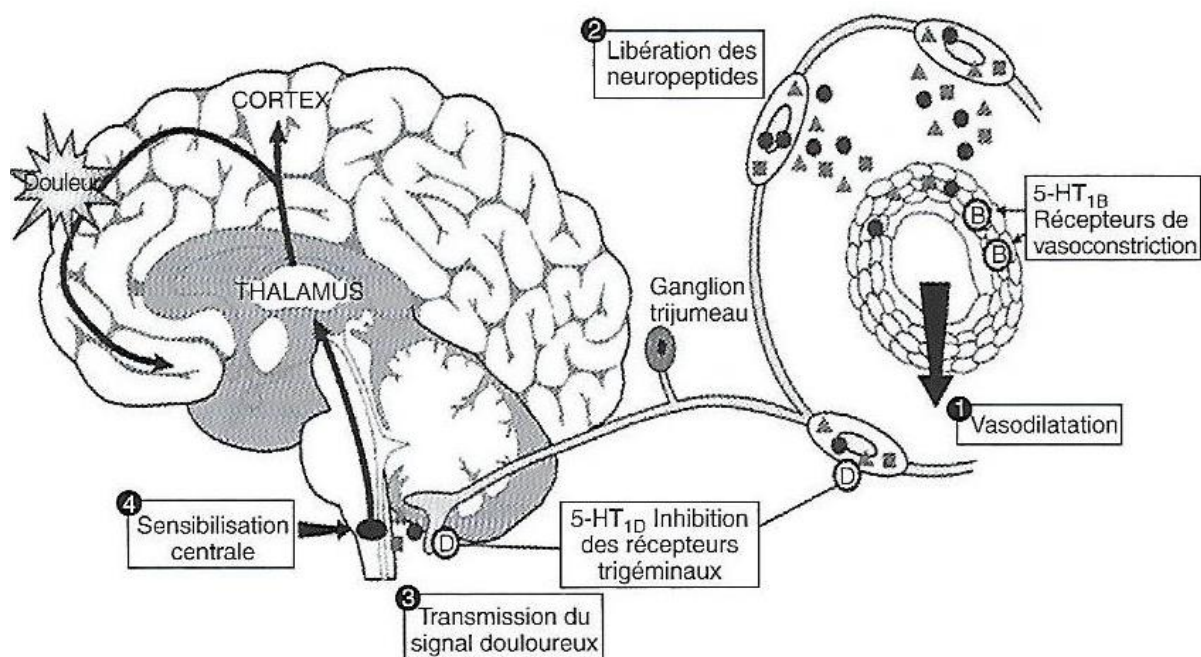


Figure 4 : Critères diagnostiques IHCD3 migraine sans aura

A	Au moins 5 crises répondant aux critères B-D
B	Crises de céphalées durant 4–72 heures (si non traitées ou inefficacement traitées)
C	Céphalées ayant au moins deux des 4 caractéristiques suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Topographie unilatérale 2. Type pulsatile 3. Intensité modérée ou sévère 4. Aggravée par ou entraînant l'évitement des activités physiques de routine (marcher, monter les escaliers)
D	Durant la céphalée, au moins l'un des suivants : <ol style="list-style-type: none"> 1. Nausées et/ou vomissements 2. Photophobie et phonophobie
E	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

(Source : ICHD-3.)

Figure 5 : Critères diagnostiques IHCD3 migraine avec aura

A	Au moins 2 crises répondant aux critères B et C
B	Aura comprenant des troubles visuels, sensitifs et/ou de la parole ou du langage, tous entièrement réversibles, mais pas de symptôme moteur, basilaire ou rétinien
C	Au moins 3 des 6 caractéristiques : <ol style="list-style-type: none"> 1. Au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en ≥ 5 minutes 2. Deux ou plusieurs symptômes de l'aura surviennent successivement 3. Chaque symptôme de l'aura dure 5–60 minutes 4. Au moins un symptôme de l'aura est unilatéral 5. Au moins un symptôme est positif 6. L'aura est accompagnée ou suivie dans les 60 minutes par une céphalée
D	N'est pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'ICHD-3 et un accident ischémique transitoire a été exclu

(Source : ICHD-3.)

Figure 6 : Facteurs déclenchants identifiés dans la migraine

Facteurs psychologiques	Facteurs hormonaux
Contrariété Anxiété Émotion (négative ou positive)	Règles Prise de contraceptifs oraux ou traitement hormonal
Stress, modification du mode de vie	Facteurs sensoriels
Déménagement Changement de travail, surmenage Décontraction : vacances, week-end Voyage	Lumière, bruit Odeur Vibration...

Aliments	Facteurs climatiques
Alcool Repas trop riche (graisses cuites, fromages) Agrumes	Vent Chaleur humide (temps orageux) Froid Changement de pression atmosphérique
Habitudes alimentaires	Autres facteurs
Repas sautés ou irrégulier Jeûne Sevrage en caféine Hydratation insuffisante	Traumatisme crânien (enfant) Manque ou excès de sommeil (grasse matinée) Altitude Effort physique inhabituel

(Source : CEN, 2019.)

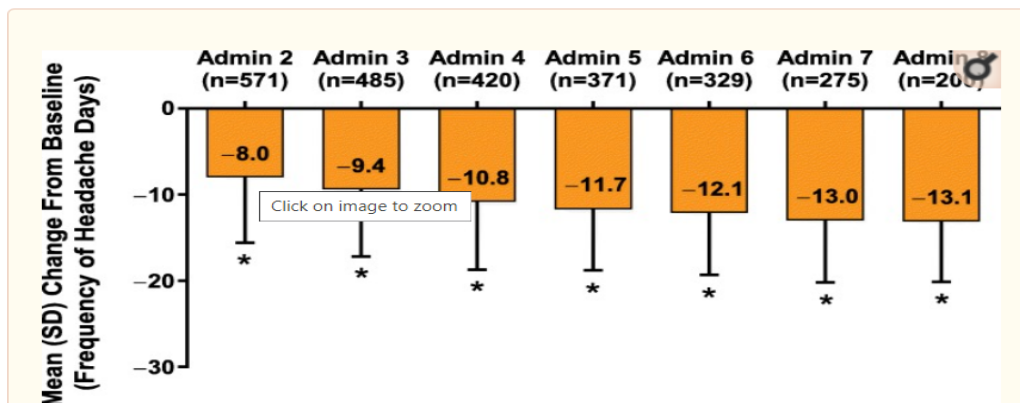
Figure 7 : Traitements recommandés dans la crise migraineuse

	Substances	Effets indésirables*	Principales contre-indications*
Aspirine et anti-inflammatoires	<ul style="list-style-type: none"> – Acide acétylsalicylique 900 mg + métoclopramide 10 mg (Migpriv®) – Ibuprofène 400 mg – Kétoprofène 75–150 mg (maxi 150 mg par jour) 	<ul style="list-style-type: none"> – Troubles digestifs, hémorragies – Allergie ou asthme déclenché par l'aspirine ou les AINS 	<ul style="list-style-type: none"> – Ulcère gastroduodénal en évolution – Grossesse > 24 SA – Pour le métoclopramide : enfant, antécédent de dyskinésie aux neuroleptiques
Triptans Maximum 2 unités par jour	<ul style="list-style-type: none"> – Almotriptan (cp. 12,5 mg) – Élétriptan (cp. 20 ou 40 mg) – Frovatriptan (cp. 2,5 mg) – Naratriptan (cp. 2,5 mg) – Rizatriptan (cp. 5 ou 10 mg ; orodispersible 10 mg) – Sumatriptan (cp. 50 mg, spray nasal 20 et 10 mg, injection SC [non remboursée]) – Zolmitriptan (cp. 2,5 mg ; cp. orodispersible) 	<ul style="list-style-type: none"> – Nausées, vertiges, somnolence – Lourdeur, douleur ou pression thoracique, ou au niveau du cou ou des membres – Palpitations, tachycardie – Spasme coronaire ou syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible exceptionnel 	<ul style="list-style-type: none"> – Coronaropathies, pathologie artérielle ischémique, HTA non contrôlée – AVC ou AIT – Syndrome de Wolff-Parkinson-White (pour le zolmitriptan) – Association aux dérivés ergotés, aux macrolides, aux antiprotéases – Hypersensibilité

* Pour les effets indésirables et contre-indications détaillées, voir le Vidal.

(Source : CEN, 2019.)

Figure 8 : Résultats étude utilisation préventive de toxine botulique dans les migraines



[Open in a separate window](#)

Fig. 1

Mean change from baseline in frequency of headache days. Patient-reported estimate of number of days in a month with a headache (≥ 4 h) at each administration visit through visit 8.† Mean (SD) headache-day frequency at baseline was 20.6 (5.4) days per month. * $P < 0.001$ Wilcoxon signed rank test for change versus baseline (level of significance: 5%). †The numbers of patients in administration (Admin) visits 9–13 were as follows: Admin 9, $n = 119$; Admin 10, $n = 50$; Admin 11, $n = 24$; Admin 12, $n = 13$; Admin 13, $n = 7$. Mean changes from baseline for Admin visits 9–13 were each significant (Admin 9–12, $P < 0.001$; Admin 13, $P = 0.016$)

Figure 9 : Agenda des crises migraineuses

Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques

Annexe. Modèle d'agenda de la migraine (premier semestre)

J	Janvier				Février				Mars				Avril				Mai				Juin			
	D	I	FD	Médicaments	D	I	FD	Médicaments	D	I	FD	Médicaments	D	I	FD	Médicaments	D	I	FD	Médicaments	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, Médicaments : indiquer le nom et la dose

Figure 10 : Echelle 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		

Figure 11 : Echelle HIT6



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

D150-FR-FR-1.0 HIT-6™ France(French) Version 1.0
©1998-2006 Quality Metrics, Inc and Glaxo Wellcome Group Companies

Figure 12 : Echelle HAD



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

Date :

Echelle HAD

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

Score A :

Score D :

Score total : (à remplir par le médecin)

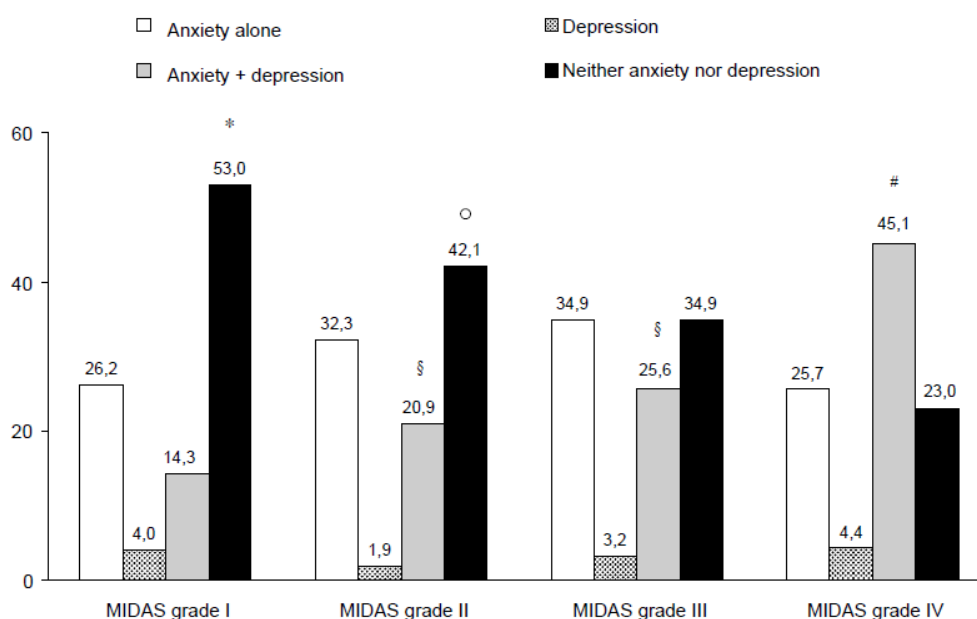


Fig. 1. Influence of anxiety alone, depression alone, and combined anxiety and depression on migraine-related disability as assessed by the MIDAS grade in subjects with assessable MIDAS grade ($n=1843$). §, statistically significant versus the corresponding subjects in grade I; #, statistically significant ($P<0.01$) versus the corresponding subjects in grades I, II and III; *, statistically significant ($P<0.01$) versus the corresponding subjects in grades II, III and IV; ○, statistically significant ($P<0.01$) versus the corresponding subjects in grade IV.

Figure 14 : Distinction migraine et céphalée de tension (CCQ)

	Migraine typique	Céphalée de tension
Topographie de la douleur	Hémicranie	Bilatérale
Type de la céphalée	Pulsatile	Pression, étou
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée
Aggravée à l'effort	+	0
Nausées/vomissements	+	0
Photophobie	+	0/+*
Phonophobie	+	+ / 0*
Durée de la crise	de 4 à 72 heures	30 minutes à 7 jours

* Dans la céphalée de tension, photophobie ou phonophobie peuvent être présentes, mais pas les 2 ensemble.

Figure 15 : Critères pour le diagnostic d'une CCQ

<p>Céphalée par abus d'ergotamine</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec au moins une des caractéristiques suivantes et les critères C et D :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bilatérale ; 2. à type de pression ou d'étau ; 3. intensité légère à modérée. <p>B. La prise d'ergotamine est présente ≥ 10 jours par mois de façon régulière, depuis plus de 3 mois.</p> <p>C. La céphalée s'est développée ou s'est aggravée durant l'abus d'ergotamine.</p> <p>D. La céphalée régresse et revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>
<p>Céphalée par abus de triptan</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec au moins une des caractéristiques suivantes et les critères C et D :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. unilatérale ; 2. pulsatile ; 3. intensité modérée ou sévère ; 4. aggravée par – ou entraînant l'évitement – des activités physiques de routine ; 5. association avec au moins un des signes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - nausées et/ou vomissements, - photophobie et phonophobie. <p>B. Prise de triptan quelle que soit la forme galénique plus de 10 jours par mois depuis plus de 3 mois.</p> <p>C. La céphalée s'est aggravée de façon nette durant l'abus de triptan.</p> <p>D. La céphalée revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>
<p>Céphalée par abus d'antalgique</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec au moins une des caractéristiques suivantes et les critères C et D :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bilatérale ; 2. à type de pression ou d'étau ; 3. intensité légère à modérée. <p>B. Prise d'antalgiques plus de 15 jours par mois depuis plus de 3 mois.</p> <p>C. La céphalée s'est développée durant l'abus d'antalgiques.</p> <p>D. La céphalée revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>
<p>Céphalée par abus d'opioïde</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec les critères C et D.</p> <p>B. Prise d'opioïdes ≥ 10 jours par mois depuis plus de 3 mois.</p> <p>C. La céphalée s'est développée ou s'est aggravée de façon nette pendant l'abus d'opioïdes.</p> <p>D. La céphalée disparaît ou revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>
<p>Céphalée par abus d'antalgique associant plusieurs principes actifs (le plus souvent antalgique simple plus opioïde ou caféine)</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec au moins une des caractéristiques suivantes et les critères C et D :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bilatérale ; 2. à type de pression ou d'étau ; 3. intensité légère à modérée. <p>B. Prise d'antalgiques composés ≥ 10 jours par mois depuis plus de 3 mois.</p> <p>C. La céphalée est apparue ou s'est aggravée durant l'abus.</p> <p>D. La céphalée disparaît ou revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>
<p>Céphalée attribuée à l'abus d'un autre traitement</p> <p>A. Céphalée présente plus de 15 jours par mois avec les critères C et D.</p> <p>B. Abus régulier depuis plus de 3 mois d'un autre traitement que ceux préalablement cités.</p> <p>C. La céphalée est apparue ou s'est aggravée durant l'abus.</p> <p>D. La céphalée disparaît ou revient à son état de base dans les 2 mois qui suivent le sevrage.</p>

Figure 16 : Molécules impliquées dans les CCQ des patients migraineux avec proportion d'implication

Molécules	Implication dans l'abus médicamenteux
Dérives ergotées	4.7%
Triptans	16.3%
AINS	19.8%
Aspirine	2.2%
Paracétamol	41.9%
Opioides	3.5%
Association fixe de plusieurs principe actifs	33.7%

Figure 17 : Tableaux des AINS commercialisés en France

Famille chimique	DCI	Spécialités (exemples)	Posologie quotidienne moyenne/maximale
Salicylés	Acide acétylsalicylique	Aspirine Upsa®	2-3 g/6 g
	Acétylsalicylate de lysine	Aspégic®	2-3 g/6 g
	Carbasalate calcique	Solupsan®	2-3 g/6 g
Acide arylcarboxylique	Acide tiaprofénique*	Surgam® Flanid®	300-400 mg/600 mg
	Fénoprofène	Nalgésic®	900 mg/1 500 mg
	Flurbiprofène	Cébutid®, Antadys®	100 mg/300 mg
	Ibuprofène*	Brufen®, Advil®, etc	1,2 g/2,4 g
	Kétoprofène*	Profénid®, Ketum®	150-200 mg/200 mg
	Naproxène sodique*	Apranax® Naprosyne®	550 mg/1 100 mg
	Nabumétone	Nabucox®	1 g/2 g
	Étodolac	Lodine®	200 mg/600 mg
	Diclofénac*	Voltarène® Flector®	75-100 mg/150 mg
	Alminoprofène	Minalfène®	600 mg/900 mg
	Acéclofénac	Cartrex®	200 mg/200 mg
Acides anthraniliques ou fénamates	Acide niflumique	Nifluril®	750-1 000 mg/1 500 mg
Coxibs	Célécoxib	Celebrex®	200 mg/400 mg
	Étoricoxib	Arcoxia®	30-60 mg/120 mg
Oxicams	Méloxicam	Mobic®	7,5 mg/15 mg
	Piroxicam*	Feldène®, Brexin®	10-20 mg/20 mg
	Tenoxicam	Tilcotil®	10 mg/20 mg
Indoliques	Indométacine*	Indocid®	50-150 mg/200 mg
	Sulindac	Arthrocine®	200 mg/400 mg

Figure 18: Schéma de transmission de la Covid 19

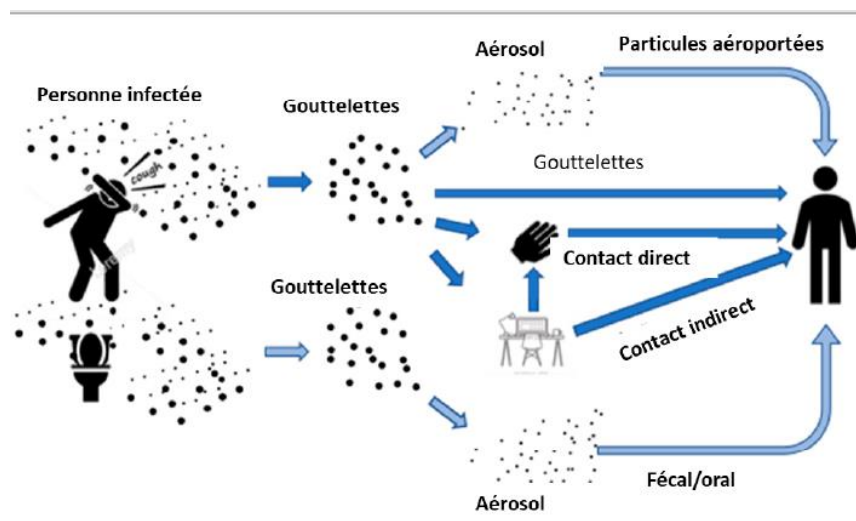



Figure 19 : Résultats études des caractéristiques cliniques de la Covid 19

Référence	Chan J F-W et al. Lancet, 24/01/2020 [19]	Huang C et al. Lancet, 24/01/2020 [21]	Chen N et al. Lancet, 29/01/2020 [23]	Wang D et al. JAMA, 07/02/2020 [28]	Guan W-j et al NEJM 28/02/2020 [33]
Nombre de cas	6	41	99	138	1099
Type d'étude	Cluster familial	Étude prospective	Étude rétrospective	Étude rétrospective	Étude rétrospective
Age en années	Extrêmes : 33-66	Médiane : 49,0	Médiane : 55,5	Médiane : 56	Médiane : 47
Sexe masculin	3/6	30 (73%)	67 (67,7%)	75 (54,3%)	602 (58,5%)
Comorbidités	4/6	13 (32%)	50 (51%)	64 (46,4%)	222 (21,5%)
Intervalle symptômes/admission	7 j (médiane)	6,5-8 j (du début à la dyspnée)	-	7 j (médiane)	-
Fièvre	4/6	40 (98%)	82 (83%)	136 (98,6%)	> 38°C 221/1015 (21,8%)
Température (° C)	37,75 (médiane)	-	-	-	38,3 (médiane)
Toux	4/6	31 (76%)	81 (82%)	82 (59,4%)	745 (67,8%)
Dyspnée	-	22 (55%)	31 (31%)	43 (31,2%)	205 (18,7%)
Myalgies	-	18 (44%)	11 (11%)	48 (34,8%)	164 (14,9%)
Confusion	-	-	9 (9%)	-	-
Céphalées	-	3 (8%)	8 (8%)	9 (6,5%)	150 (13,6%)
Maux de gorge	-	-	5 (5%)	24 (17,4%)	153 (13,9%)
Rhinorrhée	-	-	4 (4%)	-	Congestion nasale 53 (4,8%)
Douleur thoracique	-	-	2 (2%)	-	-
Diarrhée	2/6	1 (3%)	2	14 (10,1%)	42 (3,8%)
Nausées vomissements	-	-	1 (1%)	19 (13,7%)	55 (5,0%)
Diagnostic clinique de pneumonie	-	-	-	-	972/1067 (91,1%)
Pneumonie bilatérale	-	41 (100%)	74 (75%)	138 (100%)	-
Pas d'anomalie à la tomodensitométrie thoracique	-	-	-	-	157/877 (17,9%)
Opacités verre dépoli	6/6	-	14 (14%)	138 (100%)	550/975 (56,4%)
Pneumothorax	-	-	1 (1%)	-	-
Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)	-	12 (29%)	17 (17%)	27 (19,6%)	37 (3,4%)
Réanimation	-	13 (32%)	-	36 (26%)	5%
Décès	-	6 (15%)	11 (11%)	6 (4,3%)	15 (1,4%)
Virémie ou « ARN-émie »	2/6	6 (15%)	-	-	-
Surinfections bactériennes /fungiques	-	4 (10%)	-	-	-

Figure 20 : Recommandation du CNSF pour prise en charge des femmes enceintes pendant la pandémie Covid 19

 **Guidelines pour la pratique des Sages-Femmes par rapport au risque Covid-19**
15 mars 2020

1. Toute personne non indispensable au fonctionnement du cabinet médical (accompagnant, enfant, visiteur, stagiaire ...) ne doit pas s'y rendre.

2. Report des séances de préparation à la naissance et à la parentalité collectives. Report des séances de rééducations périnéales. Privilégier les consultations individuelles.

3. Espacer les consultations afin d'éviter les que les femmes attendent en salle d'attente (respecter une distance d'1 mètre entre les usagers). **Consultations uniquement sur rendez-vous.** Retirez les objets susceptibles d'être touchés et contaminés (revus, jeux ...).

4. Repérer les patientes et les soignants symptomatiques présentant des signes d'infection respiratoire basse avec de la fièvre :

- Examiner les patients en leur mettant un masque de soins et en mettant soi-même un masque de soins,
- Préférer une **visite à domicile** de ces patientes « à risque » et pour les consultations post-natales.

5. Bien appliquer les consignes habituelles :

- **Ne pas serrer les mains** ou embrasser patients et collègues
- **Ne pas porter les mains à son visage**, en cours d'examen
- **Nettoyer les appareils** entre chaque patient avec le détergent-désinfectant habituel, comportant au minimum un ammonium quaternaire
- **Port de gants en cas de contact** avec des liquides biologiques ou présence de lésions cutanées
- **Lavage des mains ou friction SHA entre chaque patiente**, après retrait des gants après être allé aux toilettes, avant les repas, en arrivant des transports en commun,
- Lave-main ou SHA (fixés) à disposition des patients à l'entrée du cabinet ou dans les salles d'attente
- **Bionettoyage des salles d'attente**, bras des fauteuils et poignées de portes en fin de consultation

6. Pour les sages femmes libérales ou territoriales : se reporter au site du Ministère des Solidarités et de la santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/coronavirus-PS>)

7. Pour les sages-femmes hospitalières : se référer aux mesures et protocole mis en place dans les services et se référer à l'équipe hygiène hospitalière (EOH)

6. Examen de patientes suspects COVID-19 : Reporter autant que possible l'examen ; en cas d'impossibilité, préférer recevoir cette patiente en fin de journée.

7. Examen de patientes confirmés COVID-19 : reporter l'examen ou la consultation : inviter la patiente à rester chez elle et contacter la maternité référente.

8. Conduite à tenir devant une patiente ou un personnel ayant été en contact rapproché à moins d'un mètre sans équipement de protection, notamment de masque, avec un cas confirmé COVID-19

+

- Surveillance de la température 2 fois par jour et de l'apparition de symptôme,
- Masque chirurgical en continu sur le lieu de travail,
- Lavage des mains et friction avec SHA rigoureuses et répétées.

9. Nous demandons aux instances publiques à ce que soient prises en charge les téléconsultations pour les sages-femmes, comme mesure d'urgence.

Si apparition de fièvre ou symptôme : port du masque de soins en continu, arrêt de travail, consultation avec un référent infectiologue qui prescrira une PCR diagnostique.

Figure 21 : Gravité de la maladie et caractéristiques

Gravité de la maladie	Caractéristiques habituelles
Forme bénigne	Fièvre, toux, fatigue, anorexie, essoufflement, myalgies, maux de gorge, congestion nasale, maux de tête, symptômes gastro-intestinaux, perte de l'odorat (anosmie), perte du goût (agueusie), sans signe de pneumonie virale ou d'hypoxie. Les enfants sont moins susceptibles que les adultes de présenter de la fièvre ou des symptômes respiratoires bénins. ^a
Forme modérée	Adolescent ou adulte présentant des signes de pneumonie, mais aucun signe de pneumonie sévère, et présentant une saturation en oxygène (SpO ₂) ≥90 % à l'air ambiant normal. Enfant présentant une toux ou des difficultés respiratoires et une respiration rapide avec un tirage sous-costal, mais n'ayant pas besoin d'oxygène ou ne présentant aucun signe de pneumonie sévère.
Forme grave	Adolescent ou adulte présentant des signes de pneumonie sévère, à savoir fièvre ou suspicion d'infection respiratoire, plus l'un des éléments suivants : fréquence respiratoire >30 respirations/min ; détresse respiratoire grave ; ou SpO ₂ <90 % à l'air ambiant normal. Enfant présentant une toux ou des difficultés respiratoires et au moins l'un des signes suivants : cyanose centrale ou SpO ₂ <90 % à l'air ambiant normal ; détresse respiratoire grave (p. ex., geignement, tirage sous-costal très prononcé) ; signes de pneumonie avec signe général de danger (incapacité à téter ou à boire, léthargie ou perte de conscience, ou convulsions). D'autres signes de pneumonie peuvent être présents, p. ex. une respiration rapide pour l'âge.
Détérioration clinique	Aggravation soudaine de l'hypoxie, œdème ou érythème au niveau d'une extrémité, essoufflement inexplicable disproportionné par rapport à la saturation en oxygène, augmentation de la tachycardie, ou, pour les patients sous ventilation mécanique, augmentation de la fraction d'espace mort disproportionnée par rapport au changement de compliance pulmonaire.
Forme critique	Syndrome de détresse respiratoire aiguë, état septique, anomalie du fonctionnement d'un organe engageant le pronostic vital.

^a Voir la note scientifique de l'OMS *Syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants et les adolescents atteints de COVID-19* : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332190>.

Source: adapté de la référence (9).

Figure 22: test PCR et Antigénique

	TEST RT-PCR	TEST ANTIGÉNIQUE
Type de prélèvement	Prélèvement nasopharyngé (avec écouvillon)	
Professionnels qualifiés	Analyse en laboratoire par un biologiste	Professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers) pour la lecture et le rendu du résultat
Objectif du test	Déterminer si la personne est infectée au virus SARS-CoV-2	
Délai pour obtenir les résultats	24h en moyenne	De 15 à 30 minutes
Fiabilité	Technique de référence	Risque plus élevé de faux négatifs pour les personnes dont la charge virale est faible à modérée
Nécessité de confirmation	NON	OUI, contrôle par test RT-PCR lorsque le résultat est négatif ET qu'il s'agit d'une personne de plus de 65 ans ou d'une personne présentant au moins un facteur de risque
Contre-indication(s)*	Aucune	<ul style="list-style-type: none"> Personnes contacts Personnes asymptomatiques (sauf dépistage collectif ciblé pour trouver un cluster ou recommandation du professionnel de santé) Personnes symptomatiques > 4 jours
Priorisation*	<ul style="list-style-type: none"> Personnes symptomatiques Personnes contacts Professionnels de santé Personnels des écoles, collèges, lycées 	<ul style="list-style-type: none"> Personnes symptomatiques ≤ 4 jours

* Selon la doctrine en vigueur

Figure 23 : Scanner thoracique d'un patient Covid 19 Positif avec image en verre dépoli

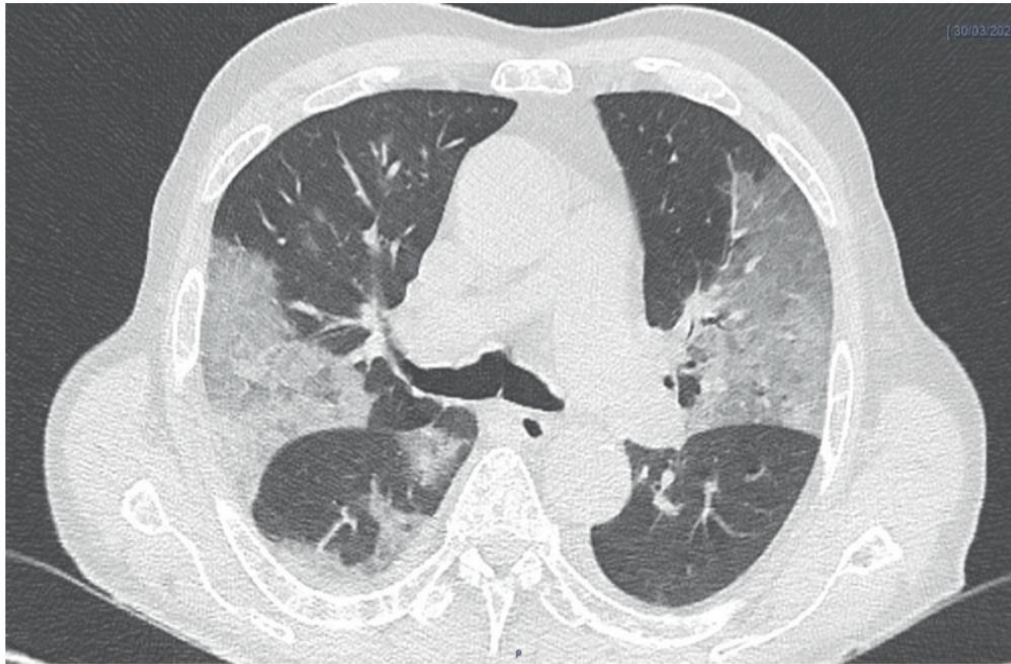


Figure 24: Algorithme de prise en charge des enfants pendant le Covid 19

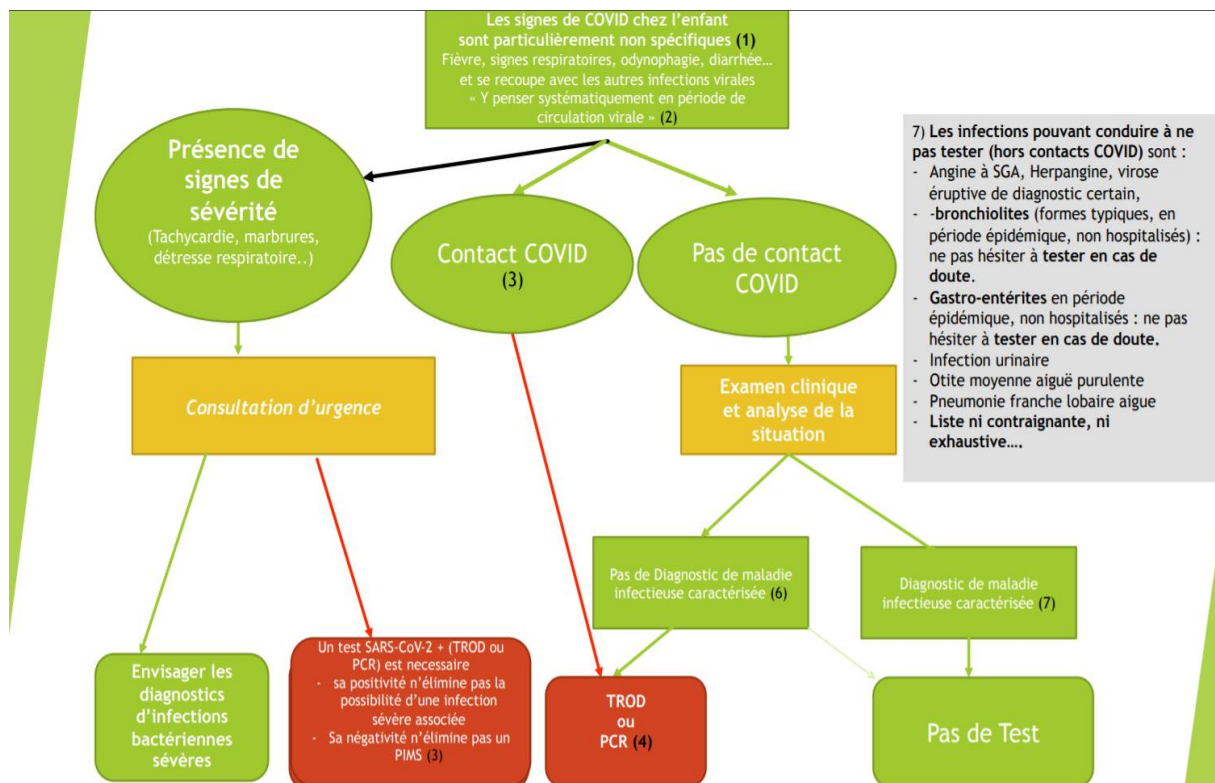





Figure 25 : Type de masque et description par REPIAS

MASQUES EXCLUSIVEMENT RESERVES A UN USAGE NON SANITAIRE uniquement en complément des gestes barrières et l'adaptation des postes et organisation de travail le cas échéant			
Catégorie de masque	Masque barrière (tissu) (10, 11, 12, 13, 14) 	Masque barrière (tissu) (10, 11, 12, 13, 14) 	Masque barrière (tissu) (10, 11, 12, 13, 14) 
Type de masque Capacité filtrante	Catégorie 1 >90% des particules de 3µm	Catégorie 2 >70% des particules de 3µm	Masque "do it yourself" non testé
Spécifications	Testé par un organisme compétent	Testé par un organisme compétent AFNOR SPEC S76-001 (15)	AFNOR SPEC S76-001 (15)
Indication	Masque individuel à usage des professionnels en contact avec le public destiné à l'usage de personnes ne présentant pas de signes d'infection respiratoire amenés à rencontrer un grand nombre de personnes lors de leurs activités (hôtesses et hôtes de caisses, agents des forces de l'ordre, ...)	Masque de protection à visée collective pour protéger l'ensemble d'un groupe portant ces masques destiné à l'usage de personnes ne présentant pas de signes d'infection respiratoire ayant des contacts occasionnels avec d'autres personnes dans le cadre professionnel. Ce masque pourra être porté par l'ensemble des individus d'un sous-groupe (entreprise, service) lorsque le poste ou les conditions de travail le nécessitent.	Masque tissu pouvant répondre à un besoin pour des personnes ne présentant pas de signes d'infection respiratoire non directement exposées.
Usage	<ul style="list-style-type: none"> - Réutilisable - Testé par la DGA, liste sur le site de la DG Entreprises (colonne filtration particulaire) - Preuves de conception, performance, respirabilité à fournir par le fabricant - Modalités d'utilisation et d'entretien à respecter selon instructions du fabricant, en conformité avec les précisions de l'ANSM 	<ul style="list-style-type: none"> - Réutilisable - Testé par la DGA ou par fournisseur, liste sur le site de la DG Entreprises (colonne filtration particulaire) - Preuves de conception, performance, respirabilité à fournir par le fabricant - Modalités d'utilisation et d'entretien à respecter selon instructions du fabricant, en conformité avec les précisions de l'ANSM 	<ul style="list-style-type: none"> - Réutilisable - A fabriquer et à utiliser selon les modalités décrites dans la norme - Modalités d'entretien à respecter en conformité avec les précisions de l'ANSM - Couture verticale au milieu non recommandée

Figure 26 : Suite description masque selon REPIAS

MASQUES RESERVES A UN USAGE SANITAIRE			
Catégorie de masque	Appareil de protection respiratoire 	Masque à usage médical (aussi dénommé masque chirurgical ou masque de soins) 	Masque dit « SMS » 
Norme	NF EN 149 (1)	Norme NF EN 14683 (8)	NF EN 868 et NF EN ISO 11607 (Feuilles de stérilisation)
Type de masque Capacité filtrante	FFP2 : 94 % des particules de 0,6µm	Type I : 95 % des particules de 3 µm Type II : 98 % des particules de 3 µm Type IIR : 98 % des particules de 3 µm + protection contre les éclaboussures	SMS : Capacité filtrante potentielle équivalente au masque chirurgical de type I
Indication	<p>Appareil de protection respiratoire exclusivement réservé (2) aux professionnels de santé réalisant des gestes médicaux invasifs, ou des manœuvres, au niveau de la sphère respiratoire chez un patient Covid-19 (précautions complémentaires Gouttelettes Covid-19) comme par exemple (3) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intubation / extubation (dont masque laryngé) - Ventilation mécanique avec circuit expiratoire « ouvert » - Ventilation mécanique non invasive (VNI) - Oxygénothérapie à débit élevé - Aspiration endotrachéale (hors système clos) - Trachéotomie ou intervention sur trachéotomie - Fibroscopie bronchique - Kinésithérapie respiratoire générant des aérosols - Aérosolthérapie - Prélèvement nasopharyngé - Explorations fonctionnelles respiratoires - Autopsie - Actes de chirurgie dentaire avec usage d'instruments rotatifs à haute vitesse <p><u>Hors Covid-19</u> : Le port d'un appareil de protection respiratoire FFP2 reste indiqué pour les professionnels de santé prenant en charge des patients en précautions complémentaires Air : tuberculose, rougeole, varicelle.</p>	<p>Masque chirurgical anti-projections réservé (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aux professionnels de santé <ul style="list-style-type: none"> * En cas de contact avec un patient présentant des signes d'infection respiratoire (précautions complémentaires Gouttelettes) * En cas de signes d'infection respiratoire chez lui (précautions standard) - Aux patient/résident en cas de signes d'infection respiratoire et d'exposition de personnes non protégées (précautions standard) - Le cumul d'un port de masque par le soignant et par le soigné (si possible) est indiqué lors de soins rapprochés (en face à face) chez un patient suspect ou confirmé Covid-19 (2) 	<p>Masque SMS réservé (9)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aux professionnels de santé présentant des symptômes respiratoires non présents dans les services de soins et non au contact des patients - Aux professionnels de santé des services de soins se déplaçant en dehors des services de soins - Aux patients Covid-19 en retour à domicile



Conseils de la SFEMC sur la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients atteints de migraine durant l'épidémie de COVID19

Le 19 mars 2020

Il existe un possible risque d'aggravation d'une infection par le coronavirus COVID19 chez les patients ayant pris des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pour traiter leurs symptômes (fièvre notamment). La Direction Générale de la Santé a rappelé le 14 mars 2020 que le traitement d'une fièvre mal tolérée ou de douleurs dans le cadre du COVID19 ou de toute autre virose respiratoire repose sur le paracétamol, sans dépasser la dose de 60 mg/kg/jour et de 3 g/jour. Les AINS doivent être proscrits dans ces cas.

En cas de crise de migraine, les traitements recommandés en France sont les AINS et les triptans. Beaucoup de patients prennent également des antalgiques. Durant toute la durée de l'épidémie de COVID-19, les adaptations à suivre sont les suivantes :

- Absence de symptôme d'infection virale respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoire, rhinite, angine) poursuite du traitement de crise habituel en privilégiant les triptans et en limitant les AINS aux crises sévères rebelles aux triptans pris seuls. Les antalgiques (paracétamol ou antalgiques opiacés) peuvent être utilisés si besoin.
- Présence de symptômes d'infection virale respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoire, rhinite, angine) : stopper tous les AINS jusqu'à la guérison. Si une crise de migraine survient, elle devra être traitée par triptans et/ou antalgiques (paracétamol ou antalgiques opiacés).
- L'aspirine est un anti-inflammatoire à une posologie supérieure ou égale à 500 mg/jour.

Pour le Conseil d'Administration de la SFEMC
Pr Anne Ducros, Présidente

Figure 28 : Arbre thématique



E1.

Voilà après la première question est assez facile hein, c'est juste de se présenter le nom l'âge le mode d'exercice, où est-ce qu'on travaille et depuis combien de temps vous êtes installé ?

Voilà donc bon (nom, prénom), donc ça tu savais, et mon âge, c'est soixante-et-un an voilà. Et donc je suis installé depuis, euh je réfléchis 90 septembre 90 voilà. Euh, dans ce cas, je travaille à Uzès, le mode on va dire semi rurale, parce que c'est à la fois une petite ville, mais on n'est quand même pas en campagne et donc dans un cabinet de groupe pour le moment. J'ai le DU de gynéco médicale. J'ai fait le DU mais quand je n'étais pas encore installée, le DU : Réparation juridique du dommage corporel parce que je me suis dit que je pourrais faire des expertises, mais il ne me sert pas vraiment, en fait je ne l'utilise pas du tout. Et par contre ce qui me sert, c'est le DU de gériatrie, que j'ai passé avant de m'installer donc très ancien. Je pense qu'il est peut-être plus d'actualité au niveau de ce que j'ai appris. Mais bon après on apprend au fur et à mesure voilà.

2/Sinon quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

Quelle est mon expérience dans ? La question est vaste. Expérience dans quel sens ?

Comment se déroule en pratique une première consultation d'un patient migraineux, qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire, de demander ?

D'accord, OK, alors un patient migraineux en première consultation, c'est que je lui demande depuis quand il est migraineux, quand surviennent les crises, combien il y en a par mois ? Euh, s'il y a des antécédents de migraine aussi au niveau familial ? Euh, il y a en général. Après je leur demande, j'essaie de leur demander, et ce n'est pas toujours facile, hein, de les revoir avec un agenda de migraine, en fait pour voir un peu les crises, si vraiment elles sont régulières. Alors quelquefois il n'y a pas besoin, parce qu'ils sont très organisés, ils ont déjà leurs, ou ils savent.

Et quand vous proposer de les revoir avec l'agenda, c'est au bout de combien de temps ?

Au moins un mois, voire 2 ou 3. Parce que si les crises ne sont pas très fréquentes, voilà, ça permet d'avoir quand même quelque chose d'un peu plus précis. Voilà.

Et qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire pour les soulager ?

Alors au départ, euh, c'est très simple, je mets paracétamol. Alors s'ils ont déjà essayé quelques fois et du coup après, je vais passer plutôt aux anti inflammatoires du style ... ben je sais que j'ai une patiente qui prend du Cebutid mais en général c'est plutôt du kétoprofène de l'ibuprofène.

C'est vrai que ça peut marcher. Voilà. En première intention, c'est vrai que ça, c'est la première intention. Voilà. Alors après, pour les traitements de fond, c'est vrai que c'est plutôt quand il y a des migraines très fréquentes, quand c'est installer, quitte quelquefois demander un avis spécialisé en passant par un neurologue pour des conseils sur les traitements de fond. Surtout pour les traitements de fond, là je demande. Alors c'est vrai que je donne quelquefois un peu de beta bloquant avec du propranolol en fait. Ce que j'utilise aussi que j'ai testé quelques fois, c'est du sibelium en traitement de fond. Je sais que j'ai déjà utilisé pour d'autres patients, mais du coup finalement, je pense que je n'ai pas tant de patients migraineux que ça en fait en réalité.

Euh, et du coup quand vous faites la première ordonnance, là pour en première intention avec les anti-inflammatoires vous la faites, pour combien de temps ?

L'ordonnance, au moins 3 mois, je pense au moins 3 mois, voire 6 mois. En disant ,3 mois mais peut-être que vous revenez s'il y a un souci. Comme ce sont souvent des patients jeunes, c'est vrai que j'ai plutôt tendance à faire en fait 6 mois.

Est-ce que ça vous est déjà arrivé de prescrire des triptans en première intention ?

Euh, en première intention, je ne pense pas, hein. Euh, en fait, c'est quelquefois en première intention, mais sans l'être car ce sont des patients migraineux connus, déjà chronique. Connus que je prends en cours de route, qui ont déjà eu des traitements, qui ont déjà pris des anti-inflammatoires, et qui ne sont pas bien soulagés, et du coup j'ai prescrit un Triptan mais ce n'est pas une vraie première intention parce que je les connais peu et ce sont des patients migraineux chroniques. Je pense que sur une première intention véritable, c'est-à-dire un migraineux, qui n'a pas vraiment de traitement de fond, et qu'il décrit des crises, alors je pense que je ne vais pas lui prescrire en première intention un triptan, je pense que c'est en second plan. Enfin dans ma pratique après je ne sais pas si j'ai raison voilà voilà.

Est-ce que vous utilisez des outils pour vous aider à prescrire ou pour le suivi des migraineux ?

Est-ce qu'il y a des ressources que vous utilisez ?

Très honnêtement, non, je ne pense pas. Voilà, c'est plus interrogatoire, je n'ai pas vraiment d'outils s'il y en a en fait je ne les connais pas.

3/Est-ce que vous avez certains de vos patients migraineux, donc vous parliez du recours au neurologue pour certains, quand il y avait beaucoup de crise et besoin de traitement de fond, est-ce que certains de vos patients migraineux sont aussi suivi par le centre anti-douleur ?

Alors il y en a qui ont eu un suivi à une époque, mais plus maintenant. J'ai une patiente en particulier, oui, qui est passée par le centre anti-douleur j'y pense mais c'était il y a 10, 15 ans en arrière et actuellement comme elle est stabilisée et a un traitement régulier elle n'est plus suivie en fait hein voilà. En fait, elle est suivie. Je lui renouvelle tous les 6 mois son traitement. En fait, elle est sous bêtabloquants en traitement de fond et prends de temps en temps des anti-inflammatoire/triptans.

Et ce recours là au centre anti-douleur, c'est vous qui l'aviez demandé ou c'est la patiente qui l'avait sollicité ?

Je pense que c'était elle qui l'avait sollicité justement. En fait j'étais un peu, c'est-à-dire qu'on tournait un peu en rond, on ne trouvait pas de traitement et on en avait discuté et voilà et c'est elle qui avait été. Voilà enfin qui avait été non, on en avait discuté mais je pense que c'est elle qui avait eu la démarche au départ.

4/Quel impact la crise Covid, a pu avoir sur la prise en charge de ces patients migraineux ?

Alors je pense qu'elle n'a pas eu, enfin pas véritablement d'impact. C'est vrai qu'il y avait cette histoire des anti-inflammatoires qu'on ne devait pas prescrire. C'est-à-dire que je disais au patient de faire attention mais c'est vrai que le migraineux, la plupart des migraineux que j'ai, ce sont des traitements ponctuels. C'est-à-dire qu'ils vont prendre un jour un anti inflammatoire un jour, une fois ou 2, et ça ne va pas être durable. Donc comme ils étaient bien soulagés par leurs anti-inflammatoires, je n'ai pas changé, il n'y a pas eu de changement au niveau de la prescription. Donc il n'y a pas eu de difficulté à adapter les prescriptions pendant la pandémie Covid par rapport à ça, en fait. En fait, je pense que quand on a été en plein dans l'épidémie, je n'ai pas eu de questionnement de certains patients par rapport aux anti-inflammatoires. Voilà alors peut-être parce qu'il en prenait moins à ce moment-là. Je ne sais pas, hein. Voilà, euh, c'est vrai que dans les patients que j'ai, ce sont des chroniques, donc du coup ce sont plus des renouvellements en revanche là à 6 mois effectivement et j'ai l'impression qu'ils ne se sont pas posé la question en fait. Et puis après on a pris du recul à ce qu'on a dit et c'est vrai qu'on nous a dit après qu'il fallait quand même prescrire les anti inflammatoires aux patients qui en avaient besoin, qu'il fallait leur donner. Je pense que ça ne va pas changer.

Par contre, ça a pu changer ma pratique dans les problèmes on va dire, dans les lombalgies, dans les problèmes ostéoarticulaires, quand il y a des problèmes, plus dans cette prescription là où j'ai fait du coup des prescriptions beaucoup plus courtes à cause du Covid. Voilà en me disant bon en leur disant attention il peut y avoir une interaction donc il vaut mieux ne pas en prendre trop longtemps. Mais j'ai quand même prescrit en fait hein.

Voilà, très bien et est-ce qu'il y a des patients qui vous ont sollicité pour avoir votre avis sur le fait qu'ils faillaient en prendre ou ne pas en prendre ou pas du tout ?

Euh, alors, dans le cas de mes migraineux non, personne ne m'a appelé, j'ai eu des demandes d'avis mais pas chez les migraineux en fait hein. Alors peut-être que je n'en ai pas assez. J'ai ouvert un dossier d'un de mes patients migraineux et c'est vrai que lui est sous triptans donc la question ne s'est pas posée en fait. Mais j'ai une patiente qui a des anti-inflammatoires et je n'ai pas le souvenir qu'elle m'a appelé pour me demander. Elle prend du Kétoprofène et elle a des triptans au cas ou alors je ne sais pas si elle a basculé mais elle ne m'a pas appelé en fait hein.

D'accord. OK. **Donc il n'y a pas eu de sollicitation par rapport à ça ?**

Non Non, non, par rapport à ça, je n'en ai pas vu, en tout cas pas pour mes migraineux, ils ont peu appelé pour me demander. Alors après, peut-être que je leur ai suggéré à certains, je pourrais peut-être leur en avoir mis je pense en tout cas au moins les 2/3 premiers mois. Voilà alors si alors cette dame je suis en train de voir j'ai une patiente qui elle, est sous anti-inflammatoire quand elle a des crises, mais elle a un triptan en nasal. Du coup, elle a peut-être fait plus du nasal mais elle ne m'a pas appelé honnêtement, non. Le pharmacien n'a pas appelé non plus.

5/Est-ce que vous pensez que la pandémie Covid aura un impact, une influence sur vos prescriptions futures des patients migraineux ? Où est-ce que du coup vous allez continuer les anti-inflammatoires ?

Pareil, non, je pense que je vais continuer. Je pense que je vais continuer en en mettant en garde les patients en disant attention si vous avez des symptômes, un petit peu de fièvre et attention, pensez au Covid, des courbatures et du coup éviter les anti-inflammatoires. Donc si ça va modifier un peu, peut-être mon discours en les mettant en garde sur la prise d'anti-inflammatoires au moment des symptômes. Voilà. Alors après c'est vrai, on se pose toujours la question s'ils vont bien et sont asymptomatiques : Est-ce que ce n'est pas une erreur de leur

donner des anti inflammatoires ? Mais les recommandations actuelles on disait que quand les patients vont bien, on pouvait prescrire les anti-inflammatoires. Donc je pense qu'on a pris du recul et qu'on va prescrire des anti-inflammatoires avec prudence, mais on va en prescrire. Voilà.

Est-ce que ce serait possible, je ne sais pas, que vous puissiez envisager de rajouter un triptan juste pour qu'il puisse être dépanné si jamais ?

Euh oui oui je pense que ça peut être une solution de mettre un triptan pour que, euh, s'il y a un doute, voilà ou s'ils sont angoissés par rapport à la prise des anti inflammatoires. Oui, oui oui, tout à fait.

E2

Pour la première question, c'est assez facile, il s'agit juste de se présenter un peu succinctement avec votre nom, votre âge, votre mode d'exercice et là où vous travaillez.

D'accord, donc je m'appelle (nom, prénom), j'ai 43 ans, je suis installé depuis 15 ans et je travaille en ville et on est 2 médecins dans le cabinet.

OK, est-ce qu'il y a des spécificités d'exercice ?

Oh non, non non. À côté j'organise des formations mais sinon pas de spécificité particulière. Je vois des nourrissons jusqu'au vieillards, on va dire voilà.

2/Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

Ah bah je trouve que ce n'est pas si fréquent que ça par rapport au chiffre qu'on devrait voir. Ou alors, ou alors on passe au travers, mais du coup je n'en ai pas énormément. En réfléchissant à l'entretien, voilà je n'ai pas l'impression d'avoir une patientèle énorme au niveau de de la prise en charge de la migraine.

Ok et du coup pour ceux que vous avez, généralement la première consultation, comment ça se déroule à peu près ?

Ah, c'est très variable, ça dépend, s'ils sont des migraineux connus auquel cas ils ont déjà probablement un plan d'action par rapport à la crise de migraine, ou alors parfois dans le diagnostic mais ce que je te disais c'est que c'est quand même rare. Je trouve qu'on récupère souvent des migraineux chroniques mais le diagnostic initial de migraine, si j'en ai un tous les 2

ou 3 ans, c'est peut-être le bout du monde quoi. Voilà donc après on va en fonction de l'interrogatoire et de ce qu'ils ont.

Okay, et donc du coup, généralement, quand ceux qui vont venir vous voir tous les 2 à 3 ans pour un diagnostic quelles sont vos habitudes ? Qu'est-ce que vous recherchez ? Qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire ?

Alors Ben, j'essaye d'éliminer toute autre cause neurologique de maux de tête. Après quand ça paraît assez typique sur la migraine, moi je suivais les reco de « Prescrire ». Donc globalement au niveau de traitement, le paracétamol en première intention, si ça ne marche pas avec bien entendu les conseils de s'isoler et se mettre au calme et tout ça, si ça ne marche pas de l'ibuprofène. Et après si ça ne marche pas, je passe aux triptans. En général je procède toujours comme cela.

Dans cet ordre-là ?

Oui.

L'ibuprofène, c'est ça en anti inflammatoire ?

Oui, Ibuprofène.

Ok et généralement vous prescrivez pour combien de temps ?

Bah après je prescrit une boîte hein. Enfin une boîte ou un comprimé en cas de crise et puis je leur demande de me revoir pour voir l'évolution ça marche/ça marche pas/ si ça revient ou si ce n'est pas efficace.

OK, et vous là, quand vous proposer de les revoir, vous leur proposez un délai ou c'est en fonction d'eux ou du temps ?

Non, alors c'est vrai qu'il y a quelquefois où je leur donne des consignes assez strictes. Là c'est vraiment variable en fonction de si ça revient ou pas. Parce que parfois, enfin je trouve que le diagnostic de migraine ça va être sur le temps aussi qu'on va l'avoir. Donc c'est vrai que la première crise migraineuse et genre tout aussi bien le traitement va être efficace qu'ils ne vont pas avoir d'autres « migraine » ça va être juste une céphalée comme une autre on va dire.

3/Euh, quel suivi vous assurez à vos patients migraineux ?

Alors après ceux qui sont connus en général, s'ils n'ont pas de problème, bah je les revois pour le renouvellement du traitement de la crise si ça les soulage bien. Euh, mais après je ne mets pas en place un suivi particulier. Je vais les revoir au décours quand ils n'ont plus les traitements de la crise.

Et est-ce que dans votre patientèle il y a parfois eu besoin d'orienter vers des spécialistes comme le neurologue ?

Oui ça m'est arrivé. J'avais un patient migraineux qui en fait avait un mésusage médicamenteux, qui était devenu toxicomane au tramadol, du coup je l'avais réorienté vers un addicto et un neurologue. C'est marrant, lui je l'ai vu en début de semaine et le neurologue lui avait proposé un traitement de fond, mais il m'a dit « j'attends encore un peu et tout » donc je dois le re revoir à distance pour instaurer son traitement de fond.

Est-ce qu'en dehors du neurologue, est-ce que toi, ça t'es déjà arrivé de prescrire, euh, quelque chose dans le traitement de fond ?

Alors dans le traitement de fond, non jusqu' à présent, parce que je n'avais pas d'ECG mais maintenant j'ai un ECG donc je pense que je serais beaucoup moins frileux pour prescrire du propranolol. Et j'étais un peu frileux, le fait de pas avoir d'ECG ça m'a embêté de prescrire un beta bloquant sans faire un électro de base. Du coup, avant on referrait au neurologue.

Est-ce qu'il y a certains des patients migraineux qui ont eu besoin d'un recours au centre anti douleur ? Par exemple, quand on ne s'en sortait pas quoi ?

Non. Après non, non mais c'est globalement quand même, c'est rare d'avoir accès au neurologue, peut-être 2/3 fois ou alors pour des doutes diagnostic sur des, sur des céphalées atypiques, mais globalement c'est rare.

4/ Quel impact la crise COVID a pu avoir sur vos prises en charge de vos patients migraineux ?

Ah pas grand-chose parce que je n'ai pas eu le cas qui s'est présenté pendant la crise. Mais c'est vrai que la prescription d'anti-inflammatoires pour moi j'en prescris très peu parce que je trouve que ce sont des très bons médicaments et en même temps des médicaments extrêmement dangereux, les anti-inflammatoires.

Mais c'est vrai que du coup pendant le COVID, euh j'en ai encore moins prescrit que ce que je prescrivais mais je n'ai pas eu le cas de de migraineux à gérer pendant la crise.

OK, personne ne vous a sollicité pour une téléconsultation, pour des conseils dans ce sens-là ?

Non, non, non.

Et le pharmacien non plus vous a pas demandé s'il avait vu certains de vos patients dans ce cadre-là ?

Non. Après, si les pharmaciens appelaient le médecin pour délivrer des anti-inflammatoires, j'en serais ravi, mais malheureusement non.

5/ La dernière question va être assez rapide, est-ce que vous pensez que la pandémie COVID va avoir une influence sur vos habitudes de prescription pour vos patients migraineux ?

Non parce que enfin, s'ils sont bien soulagés par l'ibuprofène je continuerai. Je continuerai quand même à le prescrire. Moi je pense qu'il y a du recul, puis après, avec les masques, tout ça en théorie, le risque est quand même réduit. Donc après c'est vrai que si c'est quelqu'un qui est en immunosuppression ou autres, j'y réfléchirai mais en immunosuppression, je pense que l'ibuprofène je ne m'amuserais pas à leur en donner comme ça.

Est-ce que ça peut être envisageable de rajouter sur l'ordonnance un triptan en plus si jamais le patient il est un peu inquiet de tout ça ?

Oui, tout à fait. S'il y avait un cas particulier qui se présentait, oui, c'est vrai que même si l'ibuprofène marche bien, j'aurais tendance à rajouter ou de proposer un triptan.

E3

1/La première question, est assez facile, est-ce que vous pouvez vous présenter succinctement mentionnant votre nom, votre âge, votre mode d'exercice ? Où est-ce que vous exercez ? Et si vous avez des DU, des choses comme ça.

Alors donc je suis médecin généraliste, j'exerce un libéral à Alès depuis 10ans. Euh, en fait, euh. Oui, j'ai donc une capacité de prise en charge de la douleur, une capacité de d'urgence. Et puis, un DU de pédiatrie et un DU de maladie infectieuse.

D'accord. Vous travaillez dans un cabinet de groupe, toute seule ?

Non, c'est un cabinet de groupe, nous sommes 3.

2/Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

Alors c'est vague, je veux dire que c'est large. En fait, oui, enfin, je suis quelques patients migraineux. C'est vrai que mon approche a peut-être été quand même modifiée par ma formation douleur. Oui, bah je ne sais pas trop quoi vous répondre sur ce point.

Comment ça se passe en pratique une première consultation d'un patient migraineux ?

Alors, la première chose, c'est effectivement qu'ils me décrivent ces maux de tête qu'ils les situent dans le temps, depuis combien de temps ? Donc la description du type de douleur, est-ce qu'il y a une aura ou est ce qu'il n'y a pas ? La fréquence bien entendu, euh s'il a déjà eu des examens, les traitements qui ont été testés pour cela voilà.

Et vous, quand vous les prenez en charge, qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire?

Alors tout dépend. Vous voulez dire au niveau thérapeutique, au niveau examen ? Bien, alors tout va dépendre de l'ancienneté de leurs migraines et de l'expérience qu'ils ont eux-mêmes de cette maladie. Volontiers, on va entamer le traitement si c'est quelqu'un qui consulte pour la première fois pour ce sujet-là. Je vais proposer un traitement de crise, euh. Donc, en fonction sans doute de ce qu'il a, de ce qu'il a déjà testé. Mais le plus souvent un anti inflammatoire au moment de la crise.

Vous préconisez lequel en anti-inflammatoire, généralement ?

Là encore, ça dépend aussi de l'expérience de la prise, souvent chez eux, c'est de l'ibuprofène. Moi, je suis plus Ketoprofène.

Très bien. Généralement quand vous leur faites une ordonnance pour ces traitements, là de la douleur, vous leur faites pour combien de temps ?

Alors moi, je leur fais pour un mois et j'aime bien qu'on se revoie pour réévaluer l'efficacité. Alors si c'est quelqu'un qui n'a jamais eu de bilan, on va dire d'imagerie au sujet de cette migraine qui voilà qui consulte vraiment pour la première fois. Souvent, je le revois avec une IRM cérébrale à ce moment-là. On s'adapte, mais c'est vrai que souvent je les revois pour évaluer l'efficacité et je leur demande de me tenir un agenda des migraines, pour voir quel jour ils ont eu des migraines, ce qu'ils ont essayé comme traitement, l'efficacité au bout de combien de temps ils ont été soulagés. Et puis s'ils ont identifié des facteurs déclenchant de crise.

Est-ce que ça vous arrive de prescrire des triptans ?

Oui, bien sûr. Alors c'est vrai que c'est rarement la première fois que quelqu'un vient consulter pour migraine. C'est plutôt un petit peu plus loin quand les choses sont plus fixées.

3/Quel suivi vous assurer à vos patients migraineux ?

C'est vrai que c'est difficile parce que ça dépend des patients. Ce que j'essaie de leur expliquer à la première consultation : c'est il y a des traitements de crise et puis le traitement de fond, qu'on met en place, les traitements de fond lorsqu'il y a une fréquence, euh, assez important de crise. Donc, en fait, ça va dépendre un peu du schéma de chaque patient.

Ça vous est déjà arrivé de prescrire des traitements de fond où vous référer plutôt à l'avis du neurologue ?

Non, ça m'est déjà arrivé dans mon exercice.

Hum, vous mettez quoi généralement ?

Alors ça peut être un bêtabloqueur comme ça peut être le sibelium. Voilà ça, ça va un peu dépendre aussi du profil du patient. Voilà.

4/Quel impact a eu la crise Covid sur vos prises en charge de vos patients migraineux ?

Alors c'est vrai qu'il y avait une double question. D'abord, on nous a dit, on savait que les céphalées pouvaient faire parties des symptômes. Donc, c'était en fait une vigilance particulière si les patients me disaient avoir des symptômes différents de leur migraine habituelle. C'est c'était la première chose. Et puis la 2e chose c'était qu'effectivement les anti inflammatoires n'étaient pas particulièrement recommandés et que sans doute j'ai eu plus à prescrire des triptans à ce moment-là.

D'accord, vous avez été sollicité par vos patients migraineux pendant la pandémie ?

Alors de mémoire, un seul, un seul m'avait contacté.

Que vous aviez vu en consultation, téléconsultation, ça s'était passé comment ?

Alors je l'ai eu au téléphone. En fait, il s'inquiétait justement de la prise d'anti-inflammatoires. Oui euh bah voilà, j'ai repris l'interrogatoire avec lui, du coup je lui proposé effectivement d'essayer les triptans. C'est un patient qui était vraiment remarquablement soulagé très rapidement par les anti inflammatoires.

D'accord, donc du coup vous lui avez fait une ordonnance de triptan c'est ça ?

Voilà, c'est ça là, pour lui.

Vous lui avez fait pour combien de temps ?

Alors, je lui ai prescrit, après c'est toujours le même schéma, je propose une boîte et je leur demande de me tenir au courant. Bah voilà, ça marche toujours pareil, à savoir à quel moment ils ont eu des crises ? Est-ce qu'ils ont eu recours à un 2^e ? On fait le point au bout de leur boîte.

D'accord, et vous aviez eu un retour pour ce patient, à savoir si les triptans avaient été efficaces ou pas du tout ?

Moi, je l'ai revu après en consultation lors du déconfinement. Il était bien soulagé par les triptans, ça avait bien fonctionné. Je sais par contre qu'il était beaucoup plus fatigué après la prise du triptan que lors de la prise d'un anti inflammatoire seul.

D'accord, et donc du coup, par la suite, pour ce patient là, vous étiez repassé à des anti inflammatoire où il est resté sous triptan ? Comment ça s'est passé ?

Alors on en a beaucoup discuté, mais il a préféré repasser sur des anti inflammatoires. D'autant que c'était, un patient qui finalement n'en consommait pas trop par mois.

5/Du coup, quelle influence va avoir la pandémie Covid sur vos prescriptions ? Est-ce que ça va changer un peu vos premières intentions ?

Je ne suis pas sûre (rire). Je ne suis pas sûre que ça va changer. Alors c'est clair que de toute façon, les patients qui avaient, qui étaient soulagés par les anti inflammatoires mais qui avaient des crises très fréquemment, souvent je les basculais sous traitement de fond. Ce qui fait que la prise d'un ou deux comprimés par mois ne me fais pas changer leurs habitudes. Le problème des triptans c'est qu'effectivement ça marche très bien mais c'est vrai que beaucoup de patients disent que lorsqu'ils ont recours aux triptans, en fait, ils ne peuvent pas continuer leur travail, dans le sens où ils sont vraiment endormis. Voilà donc c'est une discussion avec eux mais pour peu que les crises ne soient pas quotidiennes et que les anti inflammatoires les soulagent, on reste sur ça.

E4

1/La première question est vraiment simple, c'est juste histoire de se présenter où est-ce que vous travaillez ? Est-ce que c'est un cabinet de groupe, et depuis combien de temps vous êtes installée ?

D'accord, donc moi je travaille, à Uchaud. C'est un cabinet, on va dire semi rural e à 15 minutes de Nîmes, donc 15 minutes d'un CHU. Euh, on va dire un petit cabinet de groupe et on est 2 euh, je suis installée depuis une dizaine d'années et avant j'ai eu un parcours d'urgentiste. Voilà.

Okay, mais si je me souviens bien vous avez des DU ?

Je viens de passer un Du de Diabétologie qui est très bien par ailleurs. DU de pédiatrie, prise en charge de l'enfant en médecine générale, du d'infectieux antibiothérapie en ville, CAMU, DU de diététique et de cardio gériatrie mais qui commence à dater, ainsi qu'une capacité de médecine du sport.

2/ Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

Alors, euh, alors ça, c'est une question un peu vaste, qu'est-ce que je peux te dire ? Bah, il y en a quand même quelques-uns, ce sont quand même des gens qui se connaissent. Quelques migraines accompagnées. Euh, donc on essaye de trouver un traitement aigu et puis éventuellement un traitement de fond quand ça s'accélère trop.

Comment se déroule en pratique une première consultation d'un patient migraineux ?

Alors non, tout dépend si, euh, s'il se connaît migraineux ou pas. Je vais déjà évaluer la fréquence de crise par semaine ou par mois, euh, voir ce qui fait que la thérapeutique qu'il adopte lui convient sur l'épisode aigu et lui redonner ou essayer d'autres thérapeutiques aiguës, si ça ne lui convient pas. Et puis euh, s'il a plus de 4 épisodes par mois, en fait ça je sais plus trop si c'est le chiffre ou pas, et puis on essaie de mettre un traitement de fond. J'avoue que moi j'aime bien les bêtabloquants quand il n'y a pas de contre-indications donc parce que ça, ça ne me fait pas trop peur eux. En général, je commence par ça. Après il y a tout ce qui est migraine accompagnée. Bah déjà essayé de euh, je vais essayer de regarder la contraception déjà arrêté les oestroprogestatifs qui pour moi sont contre-indiqués. Et lui mettre un progestatif enfin plutôt microprogestatif. Puis évaluer le retentissement sur la vie en général. J'évalue si besoin d'un traitement de fond ou pas et si je n'y arrive pas, je passe la main et je l'envoie chez le neurologue.

Qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire pour vos patients migraineux ?

Euh, bah là, je commence par les choses toute bête. Est-ce que le doliprane ça marche ? Souvent ça ne marche pas bien. Les AINS ? Euh, souvent quand même ça marche quand même bien. Et puis si ça ne marche pas, je prescris des triptans.

Les AINS, il y a des molécules que vous préconisez plus que d'autres ou pas ?

Euh, ouais, alors, euh, c'est vrai que je commence plutôt par le kétoprofène, qui est un peu fort si on peut, s'il n'y a pas de problème à l'estomac. Euh, parce que, mais bon, après ça dépend. Je crois que j'avais lu que l'ibuprofène est pas mal. Alors après, les gens qui sont un peu, qui ont un peu mal à l'estomac ou quoi, je leur donne parfois. Enfin ça dépend soit Kétoprofène, soit Ibuprofène.

Ok, en tout cas c'est ces deux-là qui ressortent. Est-ce que cela est déjà arriver qui vous ayez eu besoin de solliciter le neurologue ?

Oui, c'est déjà arrivé, rarement mais parce que je n'y arrivais pas ou si mettons que les bêtabloquants sont contre-indiqués pour de l'asthme ou un syndrome de Raynaud. Puis il y a des gens qui sont demandeurs et c'est vrai que les autres traitements de fond, les anti épileptiques et tout ça j'ose moins instaurer ce genre de traitement en fait.

Est-ce que c'est déjà arrivé qu'il y a une orientation vers un centre anti-douleurs ou pas ?

Alors, moi : non, non je vais faire plutôt neurologue, après un centre anti-douleur pour des migraines non.

Très bien. Et du coup là quand vous leur faites la prescription d'anti-inflammatoires, généralement vous la mettez pour combien de temps ?

Alors je leur explique qu'il ne faut pas le prendre tous les jours, mais que si besoin. J'attends qu'il y a 2 ou 3 crises et on refait le point. En général, un mois après ou deux mois, je leur dis. Mais je ne leur mets pas des anti inflammatoires une fois par jour tous les jours.

4/Quel impact la crise Covid a pu avoir sur vos prises en charge de patients migraineux ?

Euh. (Long silence) Moi, je ne sais pas si j'en ai bien eu, ou s'ils se sont manifestés. Euh, après je n'ai pas souvenir d'avoir eu de nouveaux patients migraineux pendant le confinement, et après les patients migraineux connus. Ah oui, bah je leur disais éventuellement d'éviter les Anti-inflammatoires. Voilà, maintenant depuis le COVID, je suis un peu plus frileuse.

Mais euh bon voilà quand on a testé plein de choses, il y a que ça qui marche bien, je leur dis quand même allez-y quoi. En revanche, faites attention.

Et du coup pour ceux à qui vous disiez d'éviter de les prendre, est-ce que vous avez proposé autre chose à la place ?

On a essayé les triptans chez les personnes chez qui on n'avait pas essayé.

D'accord. Y a-t-il eu des patients qui vous ont sollicité pendant la crise COVID par rapport à leurs migraines ?

Franchement, je ne sais pas, je n'ai pas souvenir. Euh, peut-être que j'ai fait un renouvellement ou 2 mais je n'ai pas souvenir d'avoir eu d'autres patients.

Quand ils vous ont sollicité, c'étaient des consultations, par téléphone ou par quel biais ?

Oui, oui, téléconsultation, téléconsultation.

Ok, ce sont des patients qui avaient peur de prendre des anti-inflammatoires ?

Euh. Voilà. Euh, je pense que c'était pour des renouvellements un qui, euh, donc il me faisait appel pour des renouvellements d'ordonnances. Après est ce qu'ils avaient peur ? Ça dépend. Je ne me souviens pas. C'est plutôt moi qui les mettais en garde.

5/Est-ce que vous pensez qu'à l'avenir, la pandémie COVID elle va changer votre manière de prendre en charge les patients migraineux ou pas ?

Bah c'est vrai que j'essaierais plutôt les triptans avant les anti-inflammatoires parce que actuellement j'essaye vraiment de limiter, de les éviter.

Okay, donc ça c'est quelque chose que vous pourriez maintenir par la suite ?

Ben ouais, tant qu'il y a cette épidémie COVID je vais essayer de faire comme ça.

E5

1/Alors la première question est assez simple, il s'agit juste de se présenter en mentionnant votre nom, votre âge, votre mode et lieux d'exercice, depuis quand vous êtes installés ?

Ok je suis le Dr (nom, prénom), je suis médecin généraliste dans le Gard, à Clarensac, à 15-20 minutes du CHU de Nîmes donc on peut dire que c'est du semi rural ou semi urbain comme on veut. Je suis maître de stage depuis une dizaine d'année maintenant. J'exerce la médecine générale dans son ensemble, je n'ai pas de DU, pas de formations particulières.

C'est un cabinet de groupe ou un cabinet individuel ?

Un cabinet de groupe, j'ai une associée depuis mon installation, donc depuis 17 ans et là on a mis en place, on a créé une MSP avec les deux autres médecins du village, un cabinet infirmier, la pharmacie, des kinés et des orthophonistes. Donc là on est en train de monter en puissance un petit peu sur les objectifs de santé publique, de santé territoriale.

2/Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

C'est-à-dire ?

**Comment se déroule en pratique une première consultation d'un patient migraineux ?
Qu'avez-vous l'habitude de prescrire ?**

Hum ça dépend de beaucoup de chose, de l'âge du patient. Savoir s'il est connu migraineux, si on doit reprendre un dossier ou si c'est vraiment une première fois avec un patient non connu migraineux. C'est quoi ta question exactement ?

Que recherchez-vous lors de la consultation d'un patient non connu migraineux et qui consulte pour ce motif ?

Alors c'est essentiellement une consultation basée sur l'interrogatoire. Quand on commence à suspecter la migraine, c'est un interrogatoire quasiment policier sur le mode de déclenchement des crises, leurs durées, le côté unilatéral/bilatéral, le côté pulsatile, les symptômes associés, les nausées, les vomissements, est-ce qu'il existe des phénomènes annonciateurs ? la récurrence des facteurs déclenchants ? Comment le patient va gérer sa crise douloureuse ? Donc c'est vraiment basé sur l'interrogatoire, après l'examen clinique est orienté neuro bien évidemment, prise de tension et puis je conclus en mettant un nom sur ce qui se passe, car les patients parfois ils ne savent pas migraineux parce que personne ne leur a dit qu'il l'était.

Mettre un nom sur la pathologie., sur le diagnostic, déjà c'est avancer dans la prise en charge. Il faut leur expliquer qu'ils n'ont pas juste mal au crâne parce qu'ils sont fatigués. Expliquer qu'il existe des traitements, qu'il existe des portes de sorties avec les spécialistes si besoin.

Qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire vous ? En première intention ? Lors d'une première consultation ?

En première ligne, ça reste les AINS type Ibuprofène ou Kétoprofène, voir paracétamol mais ça ne marche pas souvent, parfois associés à des antis nauséux, vraiment si cela fait partie des symptômes associés fréquents. Tout en essayant de repérer quand même les facteurs déclenchants qui seraient évident comme les facteurs de sommeil : insister sur l'hygiène de vie, ça peut permettre aux gens de se rendre compte qu'ils manquent de repos ou ce genre de chose et cela peut aider dans la prise en charge. Donc en première ligne de traitement c'est cela. Après quand ils reviennent, je leur demande de me faire un petit agenda des migraines

Et vous les revoyez au bout de combien de temps ?

Ça dépend, si les gens font des migraines très souvent, quand ils font des crises 1 à 2 fois par semaine, on n'a pas besoin de beaucoup de temps pour les revoir, si ce sont des crises beaucoup plus espacées, j'attends qu'ils en aient fait quelques-unes, genre 3-4. Ça dépend de la gêne et de la demande du patient aussi, s'ils sont très demandeurs ou pas. Donc en général, je leur demande un petit autocontrôle et je les revois après. Puis dans un second temps, j'essaie les triptans puis après les consultations neurologiques ou les consultations de la douleur.

C'est déjà arrivé des orientations vers les neurologues ou centre anti-douleur ?

Oui mais dans un second temps.

Est-ce que vous déjà introduit des traitements de fond ?

Des betas bloquants c'est déjà arrivé, oui. Propranolol c'est déjà arrivé, mais c'est rarement sur une première consultation, c'est plutôt sur des migraineux connus, où le diagnostic est déjà avancé avec des patients qui s'automédiquent avec plusieurs choses et qui n'ont jamais essayé les traitements de fond. Ça peut arriver que je leur propose un traitement de fond par Propranolol, à ce moment-là.

La prescription initiale d'anti inflammatoire, vous la faites généralement pour combien de temps ?

Euh, bah c'est pareil, ça va dépendre du nombre de crises sur un mois. Si les crises sont rapprochées, dans pas trop longtemps car j'aime bien les revoir quand même. Après il y a la question de l'imagerie qui se pose mais c'est souvent pour la consultation avec le neurologue car ils aiment bien voir les patients avec une imagerie cérébrale, une IRM avec comme argument : on intervient en deuxième ligne donc on se doit d'être exhaustif, d'avoir une imagerie de base au cas où. Je ne sais pas au cas où quoi, mais au cas où. C'est un discours que j'ai entendu 2 ou 3 fois. Pareil pour le centre de la douleur, quand on fait des demandes il y a souvent un souhait d'imagerie au préalable.

4/Quel impact la crise Covid a pu avoir sur vos prises en charge de malade migraineux ?

(Haussement du regard). Ben à deux niveaux à mon avis, tout d'abord en première ligne c'est qu'on ne les voyait plus (rire), comme beaucoup d'autres pathologies chroniques. On a été en rupture avec ces patients-là. Je pense qu'il y a eu des patients qui auraient pu venir pour une première consultation de migraine et qui ne sont pas venus, cela est évident. Donc il y a forcément eu des retards diagnostiques, après je ne peux pas les quantifier mais il y en a eu c'est évident comme il y a eu une interruption des suivis. Après c'est peut-être moins grave que dans certaines pathologies mais je pense que c'est arrivé. Et puis après l'autre impact, c'est l'utilisation des anti inflammatoires. Ça c'est évident car on avait les recommandations par rapport à l'ibuprofène en particulier et les AINS de manière générale, dont les patients étaient informés. Moi par exemple j'ai commencé à les réintroduire dans l'été, quand les patients sont revenus.

Et pendant la période COVID, avez-vous été sollicités par vos patients migraineux ?

Je n'ai pas souvenir d'en avoir vu.

Personne dans votre patientèle de patients migraineux ne vous a sollicité pour avoir votre avis concernant les anti inflammatoires, pour savoir s'ils devaient les arrêter ou s'ils pouvaient les continuer ?

Si ça s'est arrivé.

Par quels moyens ils vous contactaient, téléconsultation, téléphone ?

Téléphone ou téléconsultation oui.

Vous leur disiez quoi à vos patients par rapport à ces AINS ?

C'étaient des patients connus, qui avaient l'habitude de gérer leurs crises par Ibuprofène ou Kétoprofène, j'en ai deux en tête-là qui se sont manifestés pour savoir quoi faire si jamais ils avaient des douleurs. Moi je leur ai dit d'abord essayer le paracétamol en première ligne et puis après on a tenté des paliers 2 comme de la codéine ou tramadol.

Et vous avez eu des retours de vos patients pour lesquels vous avez mis en place un switch thérapeutique ? Qu'est-ce qu'ils en ont pensé ?

Un de mes patients a très mal toléré le tramadol donc il en est resté au paracétamol, il s'en est accommodé. Et l'autre a gardé la codéine.

5/Quelle influence aura à l'avenir la crise COVID sur vos prises en charge de patients migraineux ?

Sur le long terme ? Non je ne pense pas, je continuerais à prescrire des AINS en première ligne. Là avec la deuxième vague qui monte, on recommence à faire attention. Après on a espoir qu'à un moment donné cela va se stabiliser et donc on explique aux gens que s'ils se sentent fiévreux avec un état grippal, il ne faut pas qu'ils prennent l'anti inflammatoire. Qu'il y ait des précautions à prendre, cela dit cela est vrai pour d'autres situations aussi, ce sont des précautions à prendre dès qu'il a de la fièvre. Donc il y aura un peu plus de préventions et de conseils par rapport à la prise des AINS à l'avenir.

E6

1/La première question est assez facile, il suffit de se présenter succinctement en mentionnant votre nom, votre âge, votre lieux et mode d'exercice et depuis combien de temps vous êtes installé ?

Médecin généraliste, 60 ans, Dr (Nom,prénom) à Nîmes dans un cabinet seul. J'ai été associé mais celui-ci a fait une reconversion professionnelle dans le cadre d'un Burn out. Je suis installé à Nîmes dans une cité depuis 20 ans et mon associé est parti il y a 7 ans donc j'ai déménagé pour pouvoir continuer à travailler dans de bonnes conditions. Avant j'ai travaillé au SAMU pendant 2 ans dans le 93, puis je me suis installé dans le 95, 10 ans.

2/Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

Vaste question, question très ouverte. C'est un travail quotidien. On en rencontre régulièrement.

Comment se déroule en pratique la première consultation d'un patient migraineux ?

Alors la première consultation est toujours plus longue car je suis censé en pratique voir que mes patients, car il y a déjà pas mal de patients que je connais où le diagnostic a déjà été porté par moi-même ou il avait été déjà porté auparavant et je vérifie par un interrogatoire les critères diagnostic de migraine, avec les critères majeurs et mineurs. Mais moi je mets tous ces critères sur le même plan pour savoir s'il s'agit bien d'une migraine ou si on s'oriente sur autre chose.

Qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire en première intention pour soulager vos patients ?

Alors on va dire c'est à la carte, selon les patients, ce qu'ils ont déjà pris, ce qui a marché ou pas. Je reste assez simple avec un pallier 1, mais qui souvent ne marche pas comme le paracétamol ou paracétamol associé à de la codéine, associé à de la caféine. Des AINS bien sur quand on passe à des niveaux 2, des dérivés ergots de seigle plus maintenant, et puis ça peut être du tramadol plus rarement mais ça peut arriver ou des triptans quand il s'agit des traitements de la crise, pour les traitements de fond c'est différent.

Vous avez des patients sous traitement de fond ?

Quelques un effectivement, sous beta bloquant. Petite dose de propranolol.

Que vous avez introduit ou bien le spécialiste ?

Non c'est moi qui les avais introduits avec une bonne tolérance. Si je peux donner un demi comprimé à 40 mg, je donne un demi comprimé. Plus généralement je donne des betas bloquants, ou sinon parfois du Laroxyl et puis après si ça devient compliqué, parfois je fais appel à un neurologue quand j'ai un doute sur le diagnostic ou sur l'efficacité des traitements.

Est-ce que cela a pu arriver d'avoir recours à un centre anti-douleur pour gestion de l'antalgie ?

Euh bonne question. Je réfléchis, c'est assez rare on va dire. Je n'ai pas de patient en tête.

Quand vous prescrivez les anti inflammatoires, vous avez des préférences de molécule ou peu importe ?

Alors souvent, les patients ont déjà fait de l'automédication, comme tout bon migraineux. Ça peut m'arriver de prescrire de l'Ibuprofène à 400 mg et parfois du Kétoprofène.

3/Quel suivi vous assurez à vos patients migraineux ? Vous les revoyez au bout de combien de temps de prescription ?

Je ne leur demande pas toujours une consultation immédiate. Souvent je leur laisse la possibilité de prendre, uniquement quand j'ai un patient qui a une migraine récente ou un patient qui n'a pas pris beaucoup de médicaments, d'avoir 2 médicaments sur l'ordonnance, on va dire Claradol caféiné et un triptan. Et là à ce moment-là, je lui demande de revenir me voir dans les 3 mois pour me donner une réponse, pour savoir ce qui a marché, ce qui n'a pas marché, s'il y a eu des effets indésirables.

Donc cela permet de voir ce qui a été testé pour évaluer ce qui peut être maintenu ?

Oui j'aime bien avoir un retour pour noter dans le dossier ce qui a marché ou non et je fais la liste de ce qui ne fonctionne pas.

Donc si je comprends bien, vos patients migraineux avec une longue histoire ou qui ont déjà testé l'ibuprofène vous restez avec un AINS sinon quand il s'agit d'une histoire récente de migraine avec peu de médicament essayé, vous partez plutôt sur une proposition de Claradol caféine ou triptan ?

Oui c'est cela. Après je module au cas par cas aussi mais dans l'idée c'est cela oui.

4/Quel impact a pu avoir la crise COVID sur la prise en charge de vos patients migraineux ?

Alors, hum est ce que j'ai eu quelques cas ? Oui j'en ai eu, après peu car je me méfie des AINS et je ne les aime déjà pas beaucoup à la base et encore je suis en train de réfléchir, je les prescris plus facilement aux jeunes filles dans les dysménorrhées que dans les crises migraineuses car je leur fais peut-être à tort plus confiance qu'aux migraineux dans le risque de surdosage. J'ai dû avoir 2-3 cas de patients qui sont venus par eux même car ils avaient entendu parler du risque de toxicité des AINS dans le Covid ou dans les maladies virales. Du coup on a tenté d'autres molécules.

Est-ce que vous vous souvenez de ce que vous leur avez proposé à la place ?

Alors j'ai proposé un triptan, ce que je propose déjà assez facilement quand cela n'a pas été essayé par le passé par le patient.

Vous les avez vu en consultation ou par téléconsultation ?

En téléconsultation, j'en faisais beaucoup à cette période. De mémoire, car cela fait déjà 6 mois. J'ai continué à recevoir mes patients au cabinet, j'avais ouvert des plages en plus. Je travaillais avec moins de patients mais sur de plus grandes amplitudes et puis je me suis rendu compte que certains médecins avaient fermé leurs cabinets, que certains patients avaient peur de venir d'où les téléconsultations en plus du présentiel, ce qui me faisait des grosses journées finalement.

5/Pensez-vous que la pandémie COVID aura une influence sur vos prises en charge futures des patients migraineux ?

Je pense que oui, cela m'a fait prendre conscience et cela m'a rappelé que les AINS ne sont pas trop conseillés dans les épisodes viraux. Après, c'est vrai que j'ai des internes au cabinet qui me le rappellent, qui me tiennent au courant des nouvelles recommandations. Je pense que oui, je pense que le COVID aura cet aspect positif, il m'a sensibilisé à la prescription des AINS, je trouve que de manière générale et de manière particulière chez le migraineux, je fais un peu plus attention, je suis plus vigilant. Je pourrais proposer à l'avenir plus facilement paracétamol/codéine ou paracétamol/caféine, s'ils tolèrent bien la codéine, sinon des triptans. Après je n'ai pas tant que ça modifier ma pratique car après il faut répondre à la demande des patients et à leurs douleurs. Je ne me priverais quand même pas d'un traitement par AINS si c'est le seul efficace et je mettrais les patients en garde notamment dans un contexte infectieux. Plus d'informations en tout cas, plus de prévention.

E7

1/La première question est assez simple, est-ce que vous pouvez vous présenter succinctement en mentionnant votre nom, votre âge, votre mode d'exercice et où est-ce que vous exercez ?

Donc, (nom, prénom), 59 ans, dans un cabinet rural à Valleraugue.

Vous travaillez dans un cabinet de groupe ?

Je suis seul et je suis dans une structure avec des kinés, infirmiers, dentistes, ostéopathes à côté.

Et vous êtes installé depuis combien de temps là ?

30 ans, 31 ans.

Est-ce que vous avez des DU, des capacités, des choses comme ça ?

Capacité de gériatrie, ouais. Equivalence de médecine d'urgence

2/Quelle est votre expérience du malade Migraineux en consultation, vous ?

C'est-à-dire ?

Vous avez des patients migraineux dans votre patientèle ?

Oui, oui, oui, c'est relativement fréquent, je ne connais pas la fréquence cependant.

Ils disent 10 pourcents généralement.

Je ne sais pas si j'en vois autant au cabinet.

Par exemple, pour vous, comment se déroule en pratique une première consultation avec un patient Migraineux ?

Descriptions des symptômes, sur les symptômes de la crise, vérifier si ce sont bien les caractéristiques d'une migraine ou de céphalées. L'historique des crises, les antécédents familiaux. Recherche d'autres causes de céphalées, y compris domestiques.

Donc le but, c'est surtout de s'assurer que ce sont bien des migraines, de poser le diagnostic.

Oui, effectivement. Je recherche si c'est quelque chose d'ancien et les traitements qui ont été pris : traitement de crise, traitement de fond.

Vous, qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire à vos patients migraineux ?

En crise ? antalgie de pallier 2 ou traitement spécifique par les triptans

Dans les paliers 2, c'est lesquels que vous utilisez ?

La codéine semble un peu mieux marcher, même si je n'aime pas la codéine.

Est-ce que cela vous arrive de prescrire des anti-inflammatoires ?

Euh (hésitation) rarement. Dans les formes graves, à la limite, si crise sévère ou grosse crise, sous forme d'AINS injectable, mais pas en traitement de fond

Et quand vous instaurez ce traitement, vous les mettez pour combien de temps la première fois?

Euh, Lesquels, les triptans ?

Les triptans ou la codéine ?

Euh ... Je ne sais pas, le temps pour eux de faire un traitement d'épreuve.

Du coup, vous proposez de les revoir ? Comment ça se passe ?

Oui.

A combien de temps vous les revoyez ?

Au bout d'un mois ou deux. On revoit si cela a été efficace, s'il y a eu des effets secondaires, voir s'ils n'en prennent pas trop souvent, fréquence des prises.

3/Quel suivi vous assurez à vos patients migraineux ?

Je les revois un peu à la demande ou si ça suffit pour autre chose.

Ça vous est déjà arrivé de prescrire des traitements de fond pour certains de vos patients ?

Oui.

Est-ce que vous vous souvenez de ce que vous avez l'habitude d'utiliser ?

Beta Bloquant.

Ah, ça, c'est vous qui l'aviez instauré ou ce n'est pas avec le neurologue ?

Non, non, non, non, non,

Et est-ce que cela a pu vous arriver de référer certains de vos patients au neurologue ou au centre anti-douleur ?

Oui. Pas souvent, mais c'est arrivé.

Par rapport au neurologue, c'était dans quel cadre ? Par rapport aux thérapeutiques ou plus quand il y avait un doute diagnostique, dans quelles circonstances ?

Ou des formes qui résistent aux traitements ou des formes où il y a des crises rapprochées et pur essayer d'instaurer d'autres traitements de fond.

Très bien et le centre anti-douleur, ça vous est déjà arrivé d'avoir eu besoin de voir avec eux ?

Euhhh non.

4/Quel impact la crise Covid a pu avoir sur vos prises en charge, pour vos patients migraineux ?

Comme je prescris rarement des anti inflammatoires, pas trop.

Est-ce que vous avez été sollicité par certains de vos patients, là, pendant la pandémie ?

Oui, parce qu'il y a beaucoup de fois, je vois des patients qui ont vu des neurologues à l'hôpital ou en ville et qui ont des ordonnances avec des anti inflammatoire. J'ai proposé des alternatives.

Est-ce que vous vous souvenez ce que vous leur avez proposé ?

Ou triptans ou traitement de fond.

C'est des patients qui vous avez sollicité par quel biais ? Par téléphone, téléconsultation, est-ce que vous souvenez ?

En Présidentiel.

Vous avez eu un retour par rapport au fait qu'il y a eu un changement de traitement. Ce qu'ils ont pensé ?

Je ne m'en souviens pas là (Rire). Je ne peux pas dire.

5/Quelle influence aura la pandémie COVID à l'avenir sur vos prises en charge de vos patients migraineux ?

Pas une grosse différence car je ne prescris pas beaucoup d'AINS. Je pense que la prescription d'AINS dans la crise migraineuse est quelque chose d'assez récente et moi je suis resté sur mes bases et je ne regrette pas. Je réserverais la prescriptions d'AINS aux crises très sévères et sous forme injectable à ce moment-là. Cela a dû arriver une ou deux fois en six mois.

E8

1/Merci de vous présenter succinctement en mentionnant, votre nom, votre âge, votre mode et lieux d'exercice et depuis combien de temps êtes-vous installé ?

Alors donc (nom, prénom), j'ai 50 ans, mode d'exercice libéral dans un cabinet seul à Vauvert dans le Gard, je suis installé depuis 1997, 23ans.

Est-ce que vous avez des spécificités d'exercice ? Des DU ou capacités ?

DU de gériatrie-gérontologie et maitre de stage université.

2/Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

C'est un motif de consultation qui est fréquent.

Comment se déroule en pratique la première consultation d'un patient migraineux ?

Euhh, hum un questionnaire sur les symptômes qui pourraient faire penser à une migraine ou à tout autre type de céphalée, un interrogatoire, un examen clinique. Et après si la confirmation se fait pour un diagnostic de migraine, on discute d'un traitement et de ceux déjà entrepris par le patient. Cependant, même si j'ai un examen rassurant, un examen neurologique j'entends, je vais tout de même être amené à faire systématiquement un scanner cérébral quand même. Pour avoir au moins un scanner de référence.

D'accord, c'est un scanner que vous faites injecter ou non injecter ?

Injecter, un angi scanner. Pas forcément à l'issue de la première consultation mais rapidement si on s'oriente vers des céphalées chroniques, pas forcément étiquetées migraine mais dans tous les cas dans les trois mois qui suivent.

Donc si je comprends, tous vos patients étiquetés migraineux ont eu à un moment donné une imagerie de type scanner ?

Oui c'est cela. Si cela a déjà fait par un autre, je ne refais pas bien sûr. Mais j'aime bien avoir une imagerie dans le dossier pour tous mes patients.

Qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire pour vos patients migraineux ?

En général, dans un premier temps, je démarre simple par paracétamol +/- caféine associé à AINS, après cela dépend aussi de ce qu'ils ont déjà essayé.

Il y a des AINS que vous prescrivez plus que d'autres ?

Le biprofenid en général.

Généralement l'ordonnance vous la faites pour combien de temps ?

1 mois on va dire.

Vous les revoyez systématiquement après un mois de traitement ?

Je demande aux patients en tout cas de revenir me voir si ça ne passe pas rapidement., au bout de quelques jours si cela ne les soulage vraiment pas.

Sinon je leur demande de revenir quand ils n'auront plus de médicament. Je peux leur proposer un coup de fil, pas forcément une consultation en présentiel.

Donc ça peut être géré par téléphone ?

Oui.

Est-ce que vous avez déjà instauré des traitements de fond pour certains de vos patients ?

Oui bien sûr, c'est déjà arrivé. Je prescris des bêtas bloquants type propranolol 40mg, je commence à petite dose comme un demi, fois deux. Après il y en a d'autres mais on les a oubliés depuis bien longtemps type les ergots de seigle ou autres. Après je pense que je faisais plus d'essai de traitement de fond quand j'étais jeune médecin que maintenant j'adresse plus facilement au neurologue pour instaurer un traitement de fond.

Est-ce que c'est déjà arrivé que pour certains de vos patients il y ai besoin d'un recours au centre anti douleurs pour des prises en charge antalgique ?

Je ne sais plus, peut-être mais je n'ai pas envoyé. En général, non. Après les patients ont pu aller les voir sans me le dire, ça peut arriver cela mais pas de moi-même. Attention, pour les traitements de la crise, moi je commence par paracétamol et AINS mais après si cela ne marche pas, je passe assez rapidement au triptan.

Donc si je résume c'est en première intention paracétamol caféine/AINS puis Triptan si échec ?

Oui c'est cela.

Très bien.

4/Quel impact a pu avoir la crise COVID sur vos prises en charge de patients migraineux ?

Oui oui, un impact sur le fait de devoir faire attention aux AINS. Ouais, ouais. De stopper la prescription d'AINS de manière quasi systématique.

Vous aviez été sollicité par vos patients par rapport à cette mise en gardes des AINS ?

Ça a pu arriver, notamment des gens qui avaient un traitement de fond qui savent que ça marche bien avec Ibuprofène ou Biprofenid lors des crises, qui m'ont appelé oui. Ils me l'ont demandé oui, est-ce que j'ai le droit de le prendre ? à partir du moment où l'on m'a dit que je ne devais pas en prendre. Après il doit en avoir certains, pour lequel j'ai dit oui parce que physiquement ça allait bien avec pas de risque de COVID ou voilà. D'autant plus que pendant la première vague,

on n'a pas été tellement impacté, pas un seul cas positif dans ma patientèle donc je n'étais pas tellement inquiet. Maintenant, au vu de la deuxième vague depuis octobre, il y a beaucoup plus de cas, avec des cas positifs tous les jours, donc là maintenant pas d'AINS (on évite complètement). Je leur déconseillais, même sans les voir en consultation, je leur déconseillais par téléphone.

Que leur avez-vous proposé à la place ?

Soit de passer à un palier 2 avec codéine ou tramadol si cela n'avait pas déjà été essayé, soit triptan. Après le triptan, ça passe forcément par un passage au cabinet. Pour la codéine, s'ils avaient du codoliprane au domicile, je ne les voyais pas forcément.

Donc en résumé, vous avez adapté vos prises en charge.

Oui, oui.

Par quels biais vous avez été sollicité par vos patients migraineux vis-à-vis de ces AINS ?

Par téléphone, et en consultation.

Est-ce que le pharmacien a pu vous contacter concernant des prescriptions d'AINS ?

Non, non après le pharmacien a très certainement lui aussi mis en garde contre les AINS mais sans devoir m'appeler.

5/Pensez-vous que la pandémie COVID aura une influence à l'avenir sur vos habitudes de prescription ?

Non, je ne pense pas à terme. C'est juste une adaptation temporaire pour le moment. Je reviendrais à mes habitudes classiques. Je represcrirais paracétamol/caféiné et AINS avec passage rapide au triptan. Je suis très triptans moi, j'en prescrit toutes les semaines.

Est-ce que vous pensez que vous prescrirez plus de triptans qu'habituellement ?

Actuellement oui, mais par la suite, pas certain.

E9

1/Alors la première question est assez facile, il s'agit de se présenter succinctement en mentionnant votre nom, votre âge, votre mode d'exercice, votre lieu et depuis combien êtes-vous installée ?

Alors Dr (nom, prénom), j'ai 46 ans et je travaille dans la maison de santé pluriprofessionnelle de la Grande Combe, dans le Gard, depuis 3 ans maintenant.

Et ça fait combien de temps que vous êtes installée ?

Alors moi, ça va faire 17 ans.

Ok, est ce que vous avez des DU, des capacités, des spécificités d'exercice ?

J'ai un DU de diététique et je suis maître de stage universitaire depuis 5-6 ans, 5 ans je crois.

2/Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

Alors, euh ... ça veut dire quoi mon expérience ? Si j'en traite ? Si j'en vois ?

Alors la question est volontairement un peu vaste pour voir ce que les médecins ressortent en premier lieu. Je pourrais vous aiguiller un peu si besoin par la suite.

Alors mon expérience elle est toute relative car je n'ai pas de formation particulière dans ce domaine-là. Je trouve que quand j'étais interne on était peu formés sur le champ des migraines, en tout cas à l'époque. La formation était plus personnelle avec ce que peut récupérer lors des formations médicales continues (FMC), les revues qu'on peut lire, les choses comme cela. La prise en charge au cabinet pour moi est toujours relativement problématique car je ne me sens pas toujours ultra à l'aise dans tout ce qui est migraine ou céphalée.

Qu'est ce qui pourrait vous poser un problème ?

Parfois le diagnostic car ce n'est pas toujours évident de comprendre exactement leurs douleurs, de comprendre les caractéristiques des douleurs. Après dans la pratique, ce n'est pas un motif de consultation fréquente, me semble-t-il, en tout cas pour moi. Donc voilà je me sens peut-être moins à l'aise car moins récurrent comme motif de consultation.

Comment se déroule en pratique une première consultation d'un patient migraineux ?

Après un peu comme pour tous les autres motifs c'est-à-dire que je vais revenir sur les antécédents personnels, familiaux ensuite la description du type de douleurs, les facteurs déclenchants identifiés par le patient, la présence d'auras ou non. Voilà après l'examen clinique et puis aussi l'histoire de leurs migraines, ce qu'ils ont déjà pris comme traitement et après j'essaie de trouver une solution pour calmer les douleurs, solutionner les crises.

Et vous qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire ?

Comme traitement ?

Oui.

Ça va du simple doliprane jusqu'au triptans et cela dépend un petit peu de leurs histoires migraineuses, si ce sont des enfants, si ce sont des ados, par rapport aux règles pour les femmes. Ce qu'ils ont déjà essayés, ce qui a marché et ce qui n'a pas marché. J'essaie de faire le point.

Est-ce que vous êtes amené à prescrire des anti-inflammatoires à vos patients migraineux ?

Ça peut arriver, oui. Pas de préférence de molécule, je commence juste par de l'ibuprofène et après on avise et on essaie d'autres choses si besoin. Alors après toute la difficulté est le suivi de ces patients, qui sont souvent demandeurs, demandeurs au départ et peut être demandeurs rapidement de la solution miracle et ce même quand ils ont déjà vu plusieurs médecins et qu'ils ont du mal à trouver ce qui leur va à eux.

3/Justement, quel suivi vous assurez à vos patients migraineux ?

En général, je fais la première ordonnance pour 3 mois en leur demandant de revenir avant si besoin, mais de ne pas revenir dès la première crise et qu'il faut attendre 2-3 crises pour voir comment cela se passe.

Est-ce que vous avez déjà été amené à prescrire des traitements de fond pour certains de vos patients ?

De manière générale, je préfère les envoyer chez le neurologue pour s'assurer qu'il n'y a pas autre chose en dessous.

Est-ce que vous avez pu être amené à orienter vers le centre anti-douleurs quand la gestion de l'antalgie devenait compliquée ?

Oui, ça pu arriver. C'est très compliqué d'avoir des rendez-vous dans ces centres. Les patients me disent au bout de 3 mois qu'ils n'ont toujours pas été contacté.

4/Quel impact la crise COVID a pu avoir sur vos prises en charge de patients migraineux ?

Je ne vois pas beaucoup de migraineux de base, alors pendant la pandémie je les ai encore moins vu, ce que je te disais quand tu m'avais contacté pour ta thèse.

Il n'y a pas eu de sollicitation de vos patients ?

Non. Ni plus ni moins.

Le pharmacien ne vous pas contacté concernant la prise d'anti inflammatoire chez certains de vos patients ?

Non. Je pense qu'avec tout ce qu'on a entendu au début de la crise COVID avec les AINS, les patients ont tous arrêté d'eux même, leur traitement aigue. Ils ont bien retenu : pas d'ibuprofène.

Donc vous pensez que vos patients se sont gérés seuls ?

Oui, peut-être qu'ils se sont contentés de simple paracétamol, après ça je ne peux pas le dire. Après je n'en ai pas beaucoup et je n'ai pas que je suis de manière régulière et qui viennent spécifiquement pour cela. Je n'ai pas notion de ce qui a pu se passer.

5/Quelle influence pourrais avoir la pandémie COVID sur vos prises en charge future ?

Aucune.

E10

1/La première question est assez facile, il s'agit de se présenter succinctement en mentionnant votre nom, votre âge, votre mode et lieux d'exercice ?

Alors (nom, prénom), j'exerce à Bouillargues dans un cabinet de groupe, je suis installée depuis 3 ans dans ce cabinet et sinon j'ai commencé ma carrière depuis 15 ans. Mode d'exercice semi rural.

Est-ce que vous avez des DU ou capacité ou des spécificités d'exercice ?

DU d'ostéopathie, oui.

2/Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

Qu'est-ce que tu veux que je te dise ?

Alors par exemple, comment se déroule en pratique la première consultation d'un patient migraineux ?

Bah, migraineux ... Je demande la fréquence des migraines, la durée, les horaires, est ce que c'est soulagé par des antalgiques de pallier 1 ? Ça commence comme cela quoi.

Vous recherchez d'autres choses ?

La localisation, si ça touche tout l'hémicrânie ou si ça fait tout le tour, si ça fait mal derrière les yeux, s'il y a une raideur cervicale associée, s'il y a une névralgie associée. Enfin tout le débrouillage. Je recherche un lien avec le cycle.

Qu'est-ce que vous avez l'habitude de prescrire en première intention ?

Du Doliprane.

Généralement vous faites des ordonnances pour combien de temps ?

Une quinzaine de jours généralement.

Vous demandez à les revoir systématiquement après l'introduction d'un traitement ?

Oh même sans demander à les revoir, ils reviennent s'ils ne sont pas soulagés et après on les récupère et ne s'en défait plus.

Est-ce qu'il y a des conseils que vous leur donnez, autre que les médicaments ?

Bien sûr, sur l'hygiène de vie, sur le sommeil.

Est-ce que vous avez l'habitude d'utiliser des examens complémentaires ?

En règle générale, non. Uniquement quand cela persiste et que j'essaie plusieurs traitements. Parfois, ça aboutit sur un scanner ou une IRM cérébrale.

Donc vous si je résume vous commencez par du doliprane et si jamais les patients reviennent vous voir en disant que cela n'a pas marché, qu'est-ce que vous proposez ?

Je passe alors, si les crises sont espacées je propose classe 2 type Lamaline ou AINS.

3/Quel suivi vous assurez à vos patients migraineux ?

Ils doivent me noter entre chaque consultation, la fréquence des crises, la durée et la localisation.

Comme un agenda des crises ?

Oui c'est cela, ils doivent aussi me préciser la durée d'efficacité de l'antalgie essayé à ce moment-là. Ça permet d'évaluer. Je fais également une échelle de la douleur.

Est-ce que cela vous est arrivé de devoir orienter vers un neurologue ou un centre anti-douleurs ?

Oui, mais alors pas tout de suite, pas au début de la prise en charge cependant. C'est une fois que j'ai essayé classe 2, AINS, triptans et propranolol. C'est quand plus rien ne marche que j'oriente vers le neurologue.

Donc là vous me parlez de propranolol, ça vous déjà arrivé de devoir introduire des traitements de fond ?

Oui. C'est le seul après vérification de la tension et des constantes, que je m'autorise à prescrire et après je donne la main si besoin.

Et le centre anti-douleur ?

Oui c'est arrivé, c'est soit via le neurologue spécialisé de la migraine ou alors centre anti-douleurs.

C'est vous qui les orienter ou ce sont les patients qui sont demandeurs ?

Ah non c'est moi qui oriente.

4/Quel impact la crise COVID a pu avoir sur vos prises en charge de malade migraineux ?

Une recrudescence des céphalées, souvent dans le contexte du COVID c'est transitoire et c'est localisé sur une période donnée.

Vous avez été sollicité par vos patients ?

Pendant le confinement, pas de sollicitation. On était aux abonnés absents. Après les gens sont revenus et c'est le bureau des pleurs.

C'est-à-dire ?

On les a tous récupérés après, ils ont tous débarqués. On a eu pas mal de migraineux, avec une augmentation des consultations pour ce motif-là.

Est-ce que certains de vos patients vous ont sollicités par rapport à leur prise d'AINS ?

Oh bah oui. Les AINS depuis le COVID on en met de moins en moins.

Qu'est-ce que vous leur proposiez à la place ?

C'est là où j'ai prescrit les triptans souvent.

Donc la pandémie COVID a permis de modifier vos prescriptions avec arrêt des AINS et proposition de triptans ?

Oui légère modification.

Est-ce que vous avez été sollicité par les pharmaciens par rapport à la prescription d'AINS ?

Alors ça je ne réponds pas, sinon je vais m'énerver ... Ne se prononce pas (sourire).

5/Pensez-vous que la pandémie COVID pourrait avoir une influence sur vos prises en charge futures des patients migraineux ?

Je pense.

Dans quel sens ? C'est-à-dire ?

Je te dirais dans le sens migraineux -dépressif avec une recrudescence dans ce sens-là.

Est-ce que vous pensez que vous prescrirez moins d'AINS ? Que vous proposerez davantage les triptans ? Quelle sera votre position par rapport à l'antalgie ?

Hum ... oui je pense que ma prescription d'AINS a été diminué et restera diminué et que je proposerais les triptans à l'avenir.

Est-ce que vous avez eu des retours des patients pour lesquels vous aviez switcher AINS par triptans ? Qu'en pensent-ils ?

Alors oui, je suis en plein dedans. Je ne me suis pas très convaincu des triptans en fait, ça sera au cas par cas, selon le contexte du patient. Il n'y a pas de généralités.

E11

1/La première question est assez simple, il s'agit de se présenter succinctement en mentionnant votre nom, votre âge, votre lieu et mode d'exercice.

Alors (nom, prénom), 45 ans, installée à Uzès, bientôt installée à Laudun, installée depuis 10 ans à Uzès avec un autre médecin avec un remplaçant régulier.

Avez-vous des spécificités d'exercice, des DU ?

Non.

2/Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

C'est-à-dire ?

Alors on reste volontairement sur une question vague pour voir ce que les médecins ressortent en premier.

Quelle est mon expérience ? C'est la question trop vaste. Alors je répondrais quoi. Je dirais que de manière générale, ils viennent surtout chercher un traitement, un traitement de la crise, ce n'est pas pour une instauration d'un traitement de fond.

Alors par exemple, comment se déroule en pratique la première consultation d'un patient migraineux ?

Alors je serais honnête, ils viennent rarement pour que pour cela donc il n'y a pas un déroulé précis de consultation. Souvent cela est noyé au milieu du renouvellement de traitement, de la douleur abdo depuis 1 moi. Je pense que dans ma pratique, je n'oriente pas le patient pour une consultation dédiée. Je n'ai pas souvenir d'avoir dans mes patients, d'avoir eu une consultation unique pour ce seul motif. Je n'ai qu'une patiente comme cela.

Donc par exemple, s'ils viennent à te parler de leurs céphalées, que vas-tu rechercher ?

Je recherche en premier, la fréquence des crises, les signes associés : nausées, vomissements, photophobie, sonophobie, les auras. Si c'est une femme, je recherche un lien avec les cycles.

Pour un samedi matin, c'est dur, j'aurais dû prendre ma cafetière. Je cherche s'ils savent reconnaître les signes annonciateurs de crise et s'ils savent les anticiper. Je suis migraineuse donc spontanément c'est ce que je fais donc c'est ce que je vais rechercher. S'ils arrivent à prendre un médicament avant la crise.

Ok. Est-ce que tu as l'habitude de faire des examens complémentaires ?

Je fais un examen neuro clinique, s'il est normal, j'en reste là. Mais si le patient est anxieux, je vais au scanner cérébral mais sinon pas plus.

Et toi qu'as-tu l'habitude de prescrire en traitement antalgique ?

Alors, les anti inflammatoires.

Tu préfères certaines molécules ?

Kétoprofène oui. Mais je commence par Ibuprofène et si cela ne marche pas je passe à un autre anti inflammatoire : Kétoprofène.

Et généralement tu fais une ordonnance pour combien de temps ? Tu demandes à les revoir ?

Si oui au bout de quel délai ?

Alors, euh, si cela marche bien, je le mets généralement pour 6 mois. Quand il s'agit d'un traitement initié pour la crise, je mets une boîte et c'est eux qui reviennent me voir par la suite.

3/Quel suivi assurez-vous à vos patients migraineux ? Avez eu besoin d'un recours au centre anti-douleurs ou neurologue ?

Centre anti-douleurs : non. Neurologue oui, souvent car ils sont demandeurs d'un avis plus spécialisé que le mien. Centre anti-douleur j'avoue que je n'y pense pas.

Est-ce que certains de tes patients sont sous traitement de fond ?

Oui, une seule, propranolol LP. Ah non j'en ai une deuxième.

Que tu avais introduit ou c'est le neurologue qui avait initié la prescription ?

Oui c'est moi pour les 2. La première c'était pour diminuer sa consommation d'anti inflammatoire et elle en consomme quand même et la deuxième c'était pour diminuer sa consommation de triptan mais elle en consomme quand même.

Donc toi tu commences par anti inflammatoire, ibuprofène puis Kétoprofène et si jamais les anti inflammatoires ne les soulagent pas, qu'as-tu l'habitude de leur proposer ?

Triptan ! Relpax.

4/Quel impact a pu avoir la crise COVID dans la gestion des crises migraineuses de tes patients ?

Aucune. Non ce que je veux dire c'est que si le traitement était déjà en place et qu'ils étaient bien soulagés par les anti inflammatoires, je n'ai pas changé de traitement. J'ai continué à prescrire des AINS. Je pense, je ne suis pas certaine d'avoir eu des patients pendant la pandémie pour initier un traitement par anti inflammatoire.

Est-ce que certains de tes patients t'ont sollicité pour avoir ton avis concernant cette prise d'AINS ?

Je t'avouerais que j'ai plus l'impression qu'ils me sollicitent maintenant que pendant le premier confinement.

Et tu leurs réponds quoi ?

Je leur dis oui à condition qu'il n'y a pas de fièvre.

Tu n'as jamais été sollicité par un pharmacien concernant une prescription d'AINS ?

Non.

Hop. As-tu eu des difficultés dans la prise en charge de tes patients migraineux pendant la crise COVID ?

Là tu me parles pendant le COVID en général ou pendant le confinement ?

Covid général.

Euhh, je dirais que non.

5/Est-ce que tu penses que la pandémie COVID pourrait une influence sur tes habitudes de prescription dans la prise en charge des malades migraineux ?

Tu veux dire si je vais changer mes ordonnances ? Non quand il s'agit d'une médication efficace, COVID ou pas COVID je garde.

E12

1/Pouvez-vous présenter succinctement en mentionnant votre nom, votre âge, votre mode et lieux d'exercice ? Et mentionnez vos spécificités d'exercice s'ils y en a.

Donc (nom, prénom), 41 ans, je travaille dans une MSP en milieu semi rural, à 20 minutes de Nîmes, on est 8 associés généralistes, 3 kinés, 1 sagefemme, 1 diététicienne, 1 orthophoniste, 1 podologue et IDE : on est 18 au total. A Calvisson.

Et vous êtes installée depuis combien de temps ?

Dans la MSP c'est récent, elle date de février 2019 et je suis installée à Calvisson depuis 2011.

Avez-vous des DU ?

DU accueil des urgences pédiatriques et Infectiologie extra hospitalière.

1/Quelle est votre expérience du malade migraineux en consultation ?

Alors, mon expérience. Ce sont des consultations qu'on a assez régulièrement au final. Je fais beaucoup de pédiatrie dans mon exercice, cependant j'ai des adultes jeunes dans ma patientèle et je trouve que c'est un motif qui revient quand même assez souvent., voir banal.

Comment se déroule en pratique une première consultation d'un patient migraineux ?

Alors beaucoup sur l'interrogatoire, ce sont des consultations qui sont souvent assez longues au final. On a souvent des patients étiquetés migraineux et quand on creuse un peu, on se rend compte que non, et souvent non explorées. Interrogatoire assez long, examen neuro complet. S'il n'y a pas déjà eu, je prescris une imagerie de type IRM cérébrale. Après on discute des traitements, moi je n'introduis jamais des traitements de fond quand on est ce stade j'adresse au neurologue au CHU, au Dr Le FLOCH à Nîmes le plus souvent.

Il y a des choses que vous recherchez en particulier à l'interrogatoire ?

Surtout de faire le diagnostic, les caractéristiques de leurs maux de tête, pour être sûr que cela rentre bien dans le cadre de la migraine, les antécédents familiaux. Souvent je leur fais faire un calendrier des migraines, et à l'interrogatoire, j'insiste bien sur quel type de maux de tête pour éliminer un truc neuro autre.

Quelle antalgie avez-vous l'habitude de prescrire chez vos malades migraineux ?

Souvent, ça dépend vraiment où ils en sont. Je commence par ibuprofène simple, ensuite Bi Profenid puis Triptan. Dans les triptans, c'est très variable. Je n'ai pas franchement de préférence.

Si je résume bien, c'est d'abord anti inflammatoires puis triptans par la suite.

Oui voilà c'est cela, je commence par les AINS.

Vous prescrivez pour combien de temps ?

Alors souvent si c'est la première fois que je les vois, je prescris en leur disant de faire aussi le calendrier des migraines, en notant la survenue des crises, si les médicaments ont été efficaces ou non et je les revois, pas forcément avec un délai précis. Je les revois au bout de quelques crises pour faire le point.

Mais vous proposez systématiquement de les revoir ?

Ah oui !!

Donc vous n'instaurez jamais de traitement de fond, vous préférez orienter vers le neurologue pour que cela soit lui qui décide si besoin ou non d'un traitement de fond si j'ai bien compris ?

Je me dis que quand on est au stade de traitement de fond il s'agit de migraines compliquées donc je préfère passer la main.

Est-ce que pour certains de vos patients vous avez eu besoin d'un recours du centre anti-douleurs ? quand cela devenait difficile sur la gestion de l'antalgie ?

Euh, non je ne crois pas. De mémoire, cela ne me vient pas, je ne pense pas. Je suis en train de réaliser, mais non, souvent je les adresse au neurologue. J'ai deux patientes pour lequel c'est vraiment compliqué, qui sont suivies par les neurologues spécialisés dans les céphalées donc après c'est eux qui gèrent. Il y a même une de mes patientes qui doit essayer un traitement qui n'a pas encore l'AMM.

Ah oui j'en ai entendu parler.

Ils font une étude à ce sujet au CHU de Nîmes, c'est le Dr LE FLOCH pour ce médicament hors AMM mais elle est partie en congé maternité donc ma patiente attendait. Donc non je n'ai pas recours au centre anti-douleurs, plutôt avec les neurologues du coup.

4/Quel impact la crise COVID a pu avoir sur la gestion de vos malades migraineux ?

Euh, quel impact, quel impact, quel impact ? Pas énorme. Au tout départ, on bannissait les AINS et maintenant on leur dit de faire attention si fièvre, de bien s'assurer qu'ils s'agissent bien de céphalée aux mêmes caractéristiques que leurs migraines habituelles. Donc non pas un impact délirant je dirais.

Du coup, au départ est ce que vous avez pu avoir des difficultés dans vos prescriptions ?

Comme ça, ça ne me vient pas. Après en mars et Avril, on disait non aux AINS. Après est ce que j'ai eu des appels pour cela, honnêtement je ne me souviens plus. Si les patients m'ont contacté à ce moment-là pour savoir s'ils pouvaient prendre leur anti inflammatoire, j'ai dû leur dire non au démarrage.

Ok et vous vous souvenez ce que vous avez pu leur prescrire à la place ?

Des triptans je dirais. Mais il ne s'agit pas de consultation qui m'est marquée particulièrement.

Donc à ce moment-là, on était plutôt sur non aux AINS et on switch par des triptans si je comprends bien.

Oui, mais au tout démarrage, par ce que maintenant je leur dis de bien surveiller si absence de fièvre et de vérifier qu'il s'agisse bien de leurs migraines, si absence de signes ORL et si oui ils peuvent prendre leurs AINS.

Les pharmaciens ne vous ont jamais sollicités pour savoir s'ils pouvaient délivrer ou non des AINS à vos patients à cette période ?

De mémoire, non je ne pense pas.

Avez-vous des retours de vos patients qui ont eu un switch thérapeutique ?

La comme ça, ça ne me vient pas. Ça ne m'a pas semblé être un réel problème.

5/Est-ce que vous pensez que la pandémie COVID pourrait avoir à l'avenir une influence sur vos futures prises en charge de malade migraineux ?

Euh ... Pas franchement non. Pas franchement. Je garderais le même schéma.

Serment d'Hippocrate

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : La migraine, avec une prévalence de 15%, est une pathologie fréquente mais qui reste largement sous diagnostiquée et sous traitée. Les recommandations de la SFEMC de 2013 préconisent de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan. Cependant, d'après les études, les AINS sont les molécules privilégiées et les triptans restent sous prescrits. Or depuis décembre 2019, le monde doit faire face à la pandémie Covid 19. Au tout début, il semblait que les AINS puissent être un facteur d'aggravation de l'infection et leur éviction avait été recommandé par la SFEMC.

Objectif : Explorer la prise en charge préconisée par les médecins généralistes du Gard des crises migraineuses pendant la pandémie Covid19.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 12 médecins généralistes du Gard.

Résultats : Les médecins ont massivement évité les AINS en préconisant l'utilisation de triptans ou de paliers 2 à leurs places.

Discussion : Cette étude a démontré l'éviction des AINS avec adaptation temporaire des thérapeutiques par utilisation des triptans ou paliers 2. Bien qu'ils se positionnent majoritairement pour la poursuite d'utilisation des AINS en première intention, il n'exclut pas d'y ajouter un triptan et ils pensent développer une prévention majorée avec des mises en garde et des conseils d'utilisation.

Conclusion : Bien que les médecins généralistes du Gard aient adapté leurs pratiques concernant la prise en charge des patients migraineux pendant la pandémie Covid via l'éviction des AINS, celle-ci ne changera pas fondamentalement leurs manières de prescrire. Cependant, cette pandémie a permis de remettre l'accent sur la nécessité d'information et de prévention quant à l'utilisation de médicaments et plus particulièrement les AINS.

Mots clés : Migraines/Prise en charge médicamenteuse /Covid 19/Pandémie/ AINS /Médecine générale