

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2019

N° 2019-04 et
2019-05

THESE

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DES DE MEDECINE GENERALE)**

Par

Angèle, Sophie, Marguerite DUCRET

Née le 10/03/1989 à Chenôve (21)

Et

Coralie, Jacqueline, Martine, Agnès MASUREL COLAS

Née le 14/12/1989 à Les Sables d'Olonne (85)

Présentée et soutenue publiquement le 9 janvier 2019

**Description du parcours de soins et des difficultés de prise en charge
des patients céphalalgiques chroniques, migraineux et de tension,
adressés au CETD du CHU de Nantes :
Enquête quantitative avec regards croisés patients et médecins**

Président du Jury :

Directrice de thèse :

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Madame le Docteur Emmanuelle BOUGOUIN-KUHN

Madame le Docteur Solène DE GAALON

Madame le Docteur Céline BOUTON

Madame le Docteur Brigitte TREGOUET

Madame le Docteur Caroline VIGNEAU-VICTORRI

Remerciements

Remerciements communs :

Au Professeur Julien NIZARD, merci de nous avoir fait l'honneur de présider notre jury de thèse. Votre réactivité et votre bienveillance nous ont touchées.

Au Docteur Emmanuelle BOUGOUIN-KUHN, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vos remarques pertinentes ont su nous guider.

Au Professeur Céline BOUTON, merci pour votre précieuse aide, dès les prémices de ce travail au cours de l'atelier thèse puis lors de nos doutes méthodologiques. Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury.

Au Docteur Solène DE GAALON, merci de nous avoir apporté votre soutien au cours de nos laborieuses inclusions. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Docteur Brigitte TREGOUET, merci pour ta présence, ta bienveillance et ton soutien. Tes remarques et ta vision « med gé » sur ce travail nous sont précieuses.

Au Docteur Caroline VIGNEAU-VICTORRI, merci d'avoir accepté d'être membre du jury et de prendre le temps de juger ce travail.

Remerciements d'Angèle :

- A mes parents, mes sœurs et leurs familles que j'aime profondément. Vous êtes mon socle, ma base. Merci pour la richesse de ce que vous m'apportez.

- A ma famille au sens large : Mamie, Papi, les cousins/cousines, oncles/ tantes et Albert. Des valeurs sûres ! Nos différences sont une force.

Une mention spéciale pour Audrey, qui m'a donné envie de creuser le sujet.

- A Vincent, mon rayon de soleil

Une pensée pour toute la famille Le Squère. J'espère avoir droit à une petite chanson pour fêter ça !

- Que serait la vie sans les amis ?! :

A Marine mon amie de toujours, la famille Brunet, sans oublier Romain et le petit bout à venir.

Aux Polynésiens, loin des yeux mais près du cœur : Adé, Vanina, leur famille et toute la joyeuse troupe. Vaheana, quelle belle rencontre !

Aux Charentais : Amandine et Rémi, Doriane et Bélise. Mais aussi à Pauline et Richard.

Aux Bordelais : Mélanie, Sarah, Margaux, Elisa, Mathilde, Héloïse, Sandra G, Sandra P, Marie, Clément, Vincent, Arthur, Nikhil, Mylène, Elodie, les copains de la salsa et tous les autres... Merci pour ces belles années en votre compagnie.

Aux Nantais : Nathalie, Lisa et Gabrielle, trois belles rencontres, qui resteront. A Margaux, ma copine bordelaise, retrouvée à Nantes. A mes copines d'aventures et co-internes de folie : Marie, Marion, Manon, Margot, Hélène, Emma et Marie.

Aux inclassables : Capucine, Olivier, Matthieu et Juliette. Votre amitié compte énormément.

- A Coralie, co-thésarde parfaite ! J'ai apprécié ta rigueur, ta capacité de travail, ton attention et l'aisance avec laquelle nous avons travaillé en binôme. Tu vas pouvoir profiter de Romain et de ta petite puce maintenant.

- A mes maîtres de stage, Dr Pluvinage, Dr Guéry, Dr Tregouet, Dr Deniniolle, Dr Collen, Dr Vartanian et Dr Pommier. Merci de m'avoir appris et transmis, avec générosité et bienveillance, les clés pour exercer notre beau métier.

De manière générale à tous les soignants que j'ai pu croiser au cours de ces longues années. A ceux qui m'ont soutenue, transmis, réconfortée. Une pensée également à ceux, trop nombreux, qui sont actuellement en souffrance, qui doutent malgré leur amour du soin et des autres.

- A l'ensemble de la MSP Gaston Ramon à la Roche : quelle équipe ! Quel bonheur de travailler avec vous ! Mention spéciale pour Brigitte, tête de proue du navire ; ton énergie, ton ouverture

d'esprit et le sens que tu donnes à ton travail auprès des patients sont de vraies sources d'inspiration pour moi.

- Aux médecins et patients qui ont bien voulu participer à cette thèse. Aux différentes petites mains qui ont pu nous aider à chaque étape.

- A tous les patients avec qui j'ai pleuré, ri, appris et échangé. Merci.

Remerciements de Coralie

-A mes parents, merci pour votre soutien au cours de toutes ces années (vous méritez une médaille !) et votre amour inconditionnel. Vous avez toujours su trouver les mots et vous m'accompagnez à chaque étape de ma vie ! Merci de votre présence au quotidien à nos côtés !

-A mon frère, Damien, toujours présent avec ses petites attentions, pour toutes ces choses que l'on partage ensemble au quotidien et pour cette belle complicité ;

-A mon mari, Romain, l'amour de ma vie ! Tu es mon repère, mon refuge, mon ami, mon confident. Tu m'as soutenue (et supportée...) tout au long de ces années ; ton amour me porte chaque jour ;

-A ma fille, Océane, ce petit rayon de soleil entré dans ma vie et tant attendu qui m'apporte chaque jour joies et bonheur ! Ton sourire et ta bouille d'amour illuminent mes journées et me donnent la force d'avancer tous les jours ;

-A toute la famille Masurel, mamie, oncles/tantes, cousins/cousines, des repas de famille toujours dans la bonne humeur, malgré la distance qui nous sépare ; A la famille Lardeux, Lucie, Victor, Benoît, Marine et leurs 3 poulettes ; les épreuves nous ont rapprochés ;

-A tous ceux disparus trop tôt, papys et mamie, parrain, qui auraient sûrement souhaité partager tout cela avec moi, mais qui, je le sais, veillent toujours sur moi ;

-A ma belle-famille au complet, merci d'être présents dans notre quotidien et de partager tous ces instants de vie avec nous, un bonheur d'être entrée dans la famille Colas ;

-A ma témoin, Marjolaine, et à Marie : heureusement que Skype et Messenger existent nous permettant de continuer à partager H24 nos émotions et nos quotidiens malgré la distance ;

-A Pauline, ma rencontre de l'internat ; qui aurait-cru que l'on avait tant de points communs ?! Un soutien et une écoute au quotidien. Du bonheur en perspective t'attend avec Jerem et future babychou ;

-A mes amies sablaises : Camillou, Lulu, Fanou, Ju, Anso, Fannychon : une amitié sans faille depuis des années (on ne compte plus !) et un soutien au quotidien, vous êtes mes repères, toujours à l'écoute, et vous me faites avancer tous les jours ;

-A la Redteam (Cloe, Elise, Jeanne, Tiphaine et Ariane) sans qui cet internat aurait été différent ;

-A l'équipe OSLC : que ce soit sur les Sables ou sur Nantes, les moments et soirées passées ensemble ont toujours été des bouffées d'oxygène ; partante pour les suivant(e)s !

-A Angèle, une super co-thésarde, rien à redire ! Un réel bonheur d'avoir partagé et mené ce projet à bout. Poursuit ta route et plein de bonheur à venir pour toi et Vincent ;

-A mes anciens maîtres de stage, Dr Delansorne, Dr Durand, Dr Maestriperi, Dr Cosset-Balestre, Dr Guyon et Dr Métaireau qui ont su m'encadrer, me donner confiance et me conforter dans mon choix de médecine générale ;

-A mes collègues, Bruno, Gaby et Alain qui continuent de m'encadrer tous les jours. Un bonheur de travailler au quotidien avec vous !! De belles années à venir aux Salines !

-Merci aux patients et médecins qui ont contribué à rendre ce travail possible ;

-A tous les patients, soignants médicaux et paramédicaux que j'ai pu croiser au cours de mon parcours avec lesquels j'ai pu rire, pleurer et partager tant de choses.

Liste des abréviations

AINS :	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
AIT :	Accident Ischémique Transitoire
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ASALEE :	Action de Santé Libérale En Equipe
ATCD :	Antécédents
AVC :	Accident vasculaire Cérébral
BAV :	Bloc Atrio-Ventriculaire
BPCO :	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CAM :	Céphalée par Abus Médicamenteux
CCQ :	Céphalées Chroniques Quotidiennes
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CETD :	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP :	Comité de Protection des Personnes
CUMIC :	Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires
DCEM :	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DPC :	Développement Professionnel Continu
DSM :	Manuel Diagnostique et Statistique
DU :	Diplôme Universitaire
DIU :	Diplômes Inter Universitaires
EHF :	European Headache Federation
EQ 5D :	Euro Quality Of Life five dimensions questionnaire
FDR :	Facteur(s) De Risque
FMC :	Formation Médicale Continue
GNEDS :	Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé
HAD :	Hospital Anxiety and Depression
HBP :	Hypertrophie Bénigne de le Prostate
HAS :	Haute Autorité de Santé
HIT :	Headache Impact Test
HTA :	Hypertension Artérielle
IDE :	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IDM :	Infarctus du Myocarde
IHCD :	International Classification of Headache Disorders
IHS :	International Headache Society
IMAO :	Inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase
IMC :	Indice de Masse Corporelle
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MAC :	Médecines Alternatives et Complémentaires
MDQ-H :	Medication Dependence Questionnaire in Headache patients
mg :	milligrammes
MG :	Médecin(s) Généraliste(s)
MIDAS :	Migraine Disability Assessment Questionnaire
MINI :	Mini International Neuropsychiatric Interview
MSP :	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MsQoL :	Migraine-Specific Quality of Life Measure
NSN :	Nombre de Sujets Nécessaires
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ORL :	Oto-Rhino Laryngologie

PEC :	Prise En Charge
QVM :	Qualité de Vie Migraineux
SFEMC :	Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées
SFETD :	Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur
UE :	Unité(s) d'Enseignement(s)

Sommaire

Remerciements	2
Liste des abréviations.....	7
Sommaire	9
Liste des figures et des tableaux.....	14
I-Prérequis	16
A-Généralités et épidémiologie.....	16
B-Prise en charge thérapeutique des céphalées	20
1) Traitement de crise de la migraine	20
a) Non médicamenteux.....	20
b) Médicamenteux	20
2) Traitement de fond de la migraine.....	22
a) Non médicamenteux.....	22
b) Médicamenteux	23
3) Traitement des céphalées de tension	25
4) Traitements médicamenteux des CCQ	25
5) Prise en charge des facteurs de risque de chronicisation.....	25
C-Evaluation du retentissement des céphalées	26
II-Introduction.....	29
III-Matériel et Méthodes.....	32
A-Type d'étude	32
B-Population de l'étude.....	32
1) Les patients.....	32
2) Les médecins	32
3) Nombre de Sujets Nécessaires (NSN) et échantillonnage de la population	33
a) Nombre de Sujets Nécessaires	33
b) Stratégie d'échantillonnage	33
4) Critère de jugement principal	33
C-Questionnaires et recueil de données.....	33
1) Le questionnaire du CETD (annexe n°1)	33
2) Questionnaires Patient-Médecin (annexes n° et n°)	34
a) Elaboration des questionnaires initiaux.....	34
Choix du type de questionnaire	34
Construction des questionnaires	35
Elaboration du questionnaire patient.....	35
Elaboration du questionnaire médecin	36
Validation des questionnaires.....	37
b) Résultats de la pré-enquête et élaboration des questionnaires finaux.....	37

3)	Recueil des données pour analyse	38
a)	Recueil des données « patients »	38
b)	Recueil des données « médecins »	38
	D-Traitement des données	39
	E-Cadre éthique de l'étude	39
	F-Répartition des tâches au sein du binôme	40
	IV-Résultats	41
	A-Population étudiée	41
1)	Diagramme de flux (Figure n°2)	41
2)	Profil des populations de médecins et patients	43
a)	Médecins	43
b)	Patients	43
	Caractéristiques sociodémographiques	43
	Caractéristiques des céphalées	44
	Antécédents anxio-dépressifs	45
	Antécédents familiaux	46
	Consommations et comportements à risque	46
	<i>-Consommation médicamenteuse et non médicamenteuse en rapport avec les céphalées</i>	46
	<i>-Consommation non médicamenteuse / médicamenteuse et comportements perçus excessifs sans rapport avec les céphalées</i>	47
	B-Parcours de soins des patients	49
1)	1 ^{er} contact médical et ressenti	49
2)	Thérapeutiques utilisées	49
a)	Traitements de crise	50
	Molécules utilisées	50
	Modalités de prise	50
	Efficacité	51
	Causes d'échec du traitement de crise selon les MG	53
b)	Traitements de fond pris par les patients	53
	Molécules utilisées	53
	Modalités de prise	55
	Causes d'échec du traitement de fond selon les MG	55
c)	Automédication	56
	Les raisons de l'automédication du point de vue des patients	56
	Information du soignant référent	56
	Point de vue des médecins généralistes	57
3)	Retentissement	57
a)	Echelles d'évaluation	58
b)	Fréquence de consommation de soins	58
	C-Pratiques des soignants	59

1)	Habitudes de prescription	59
a)	Traitement de crise	59
	Evaluation du traitement de crise	59
b)	Traitement de fond	59
	Critères d'instauration	59
	Molécules utilisées	60
2)	Suivi et évaluation du retentissement	61
a)	Suivi	61
	Suivi lors de l'instauration d'un traitement de fond	61
	Utilisation de l'agenda de crises	61
	Consultations dédiées aux céphalées	62
	Prise d'avis par les MG	62
b)	Evaluation du retentissement	62
	D-Prévention de la chronicisation	63
1)	FDR de chronicisation	63
a)	Connaissance des FDR de chronicisation	63
	Point de vue des patients	63
	Point de vue des médecins généralistes	64
b)	Moyens de lutte contre les FDR de chronicisation	64
	Moyens mis en place par les patients	64
	Thérapeutiques non médicamenteuses proposées par les MG	66
2)	Prévention de la chronicisation	66
a)	Formation des médecins	66
b)	Sensibilisation aux risques de chronicisation et d'abus	67
	E-Difficultés pour la prise en charge	67
1)	Pour les médecins	67
2)	Pour les patients	70
3)	Perspectives avec le CETD	72
a)	Motif de demande de rendez-vous au CETD	72
	Vision des médecins généralistes (n=16)	72
	Vision des patients (n=26)	72
b)	Attentes vis-à-vis du CETD	73
	Côté médecins	73
	Côté patients	73
	F-Pistes d'amélioration	74
	V-Discussion	75
	A-Profil du céphalalgique chronique au CETD	75
1)	Caractéristiques socio-démographiques ; ATCD anxiodépressifs des patients	75
a)	Age et sexe	75
b)	IMC	75
c)	Activité socio-professionnelle	75

d)	Terrain anxiodépressif.....	76
2)	Caractéristiques des céphalées	76
3)	Notion de céphalées réfractaires.....	77
4)	Consommations et comportements à risque	78
B-	Le parcours de soins.....	80
1)	Généralités.....	80
2)	1 ^{er} contact médical.....	80
3)	Evaluation du retentissement.....	80
a)	Echelles de retentissement	80
b)	Retentissement professionnel	81
c)	Impact émotionnel.....	82
4)	Evaluation et dépistage de l'automédication, du mésusage et de l'abus	83
a)	Automédication	83
b)	Mésusage.....	86
c)	Abus	87
5)	Traitements de crise.....	88
a)	Molécules	88
b)	Modalités de prise	89
c)	Efficacité	90
6)	Traitements de fond.....	91
a)	Molécules	91
b)	Observance.....	92
7)	Suivi et ressenti des patients.....	93
8)	Prévention de la chronicisation	95
a)	Identifier les FDR de chronicisation	95
b)	Prise en charge des FDR de chronicisation	95
	Prises en charge effectuées.....	95
	Place des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC).....	97
9)	Recours au CETD.....	99
C-	Pistes d'amélioration et perspectives.....	101
1)	Education thérapeutique	101
2)	Rôle majeur du pharmacien.....	103
3)	Outils pour les soignants	103
4)	Formation des MG.....	104
5)	Sensibilisation de la population / actions de santé publique	105
D-	Points forts – Limites de ce travail de thèse.....	106
1)	Points forts.....	106
2)	Limites.....	106
VI-	Conclusion.....	107

VII-Bibliographie	109
Annexes	115
Annexe 1 : Questionnaire Céphalée du CETD.....	115
Annexe 2 : Lettre d’information aux patients.....	122
Annexe 3 : Questionnaire Patient.....	123
Annexe 4 : Lettre d’information aux médecins.....	128
Annexe 5 : Questionnaire Médecin	130
Résumé	137

Liste des figures et des tableaux

Figure n°1 : Arbre diagnostic des différentes CCQ

Figure n°2 : Diagramme de flux

Figure n°3 : Délai pour la 1^{ère} consultation concernant les céphalées (n=26)

Figure n°4 : Propositions de réponse des patients à la question « Qu'est-ce qu'un traitement de crise efficace ? » (n=25)

Figure n°5 : Nombre de consultations des patients en rapport avec leurs céphalées sur les 3 derniers mois (n=26)

Figure n°6 : Evaluation du retentissement psychologique et socio-professionnel des patients par les MG (n=16)

Figure n°7 : Sensibilisation des patients au risque d'abus médicamenteux et de chronicisation des céphalées par les MG (n=16)

Figure n°8 : Propositions de réponses des médecins généralistes concernant la difficulté majeure du patient céphalalgique au cours de la prise en charge de sa maladie (n=14)

Figure n°9 : Difficulté majeure ressentie par les patients au cours de leur prise en charge (n=37)

Tableau n°1 : Molécules du traitement de crise de la migraine de l'adulte

Tableau n°2 : Classification des traitements de fond de la migraine selon leur niveau d'efficacité

Tableau n°3 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins inclus (n=16)

Tableau n°4 : Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus (n=26)

Tableau n°5 : Caractéristiques des céphalées des patients inclus (n=26)

Tableau n°6 : Résultats du score de l'échelle HAD des patients (n=25)

Tableau n°7 : Consommations d'anxiolytiques, antidépresseurs et somnifères des patients (n=26)

Tableau n°8 : Récapitulatif des molécules d'automédication et du mésusage prises en cas d'échec du traitement de crise prescrit (n=46)

Tableau n°9 : Substances consommées et comportements à risque addictif pratiqués de manière abusive selon les patients (n=23)

Tableau n°10 : Traitements de crise utilisés en 1^{ère} intention par les patients en fonction de leur type de céphalées (n=26)

Tableau n°11 : Causes les plus fréquemment retrouvées par les MG pouvant expliquer l'échec du traitement de crise (n=42)

Tableau n°12 : Traitements de fond actuel des patients céphalalgiques migraineux et mixtes (n=18)

Tableau n°13 : Traitements de fond actuel des patients céphalalgiques de tension (n=4)

Tableau n°14 : Causes les plus fréquemment retrouvées par les MG en cas d'échec du traitement de fond (n=31)

Tableau n°15 : Explications données par les patients pour le recours à l'automédication (n=27)

Tableau n°16 : Explications données par les médecins justifiant le recours à l'automédication des patients (n=12)

Tableau n°17 : Traitements de crise prescrits par les MG (n=50)

Tableau n°18 : Critères d'instauration d'un traitement de fond par les MG (n=55)

Tableau n°19 : Traitements de fond les plus prescrits pour les migraines par les MG (n=25)

Tableau n°20 : Traitements de fond les plus prescrits pour les céphalées de tension par les MG (n=14)

Tableau n°21 : FDR de chronicisation (n=45) par lesquels se sentent concernés les patients

Tableau n°22 : FDR de chronicisation connus (n=70) des MG

Tableau n°23 : Moyens de lutte contre les FDR de chronicisation (n=130) mis en place par les patients (n=24)

Tableau n°24 : Thérapeutiques non médicamenteuses proposées par les MG (n=14) pour prendre en charge les facteurs de chronicisation (n=49)

Tableau n°25 : Etapes les plus compliquées pour les MG dans la gestion du traitement de crise (n=20)

Tableau n°26 : Etapes les plus compliquées pour les MG dans la gestion du traitement de fond (n=19)

Tableau n°27 : Etapes les plus difficiles de la prise en charge globale des céphalalgiques chroniques selon les MG (n=45)

Tableau n°28 : Principaux obstacles à la prise en charge des céphalalgiques chroniques en médecine générales (n=23)

Tableau n°29 : Les aides à la prise en charge des céphalalgiques chroniques que les médecins généralistes aimeraient avoir (n=43)

I-Prérequis

A-Généralités et épidémiologie

Les céphalées, appelées en langage courant « maux de tête », désignent un symptôme. Ce sont des douleurs de l'extrémité céphalique englobant la face (1). Ce symptôme subjectif motive de nombreuses consultations chez les médecins généralistes et aux urgences. Elles touchent à l'échelle mondiale environ 50% des adultes. (2)

La classification internationale International Classification of Headache Disorders de 2013 (IHCD-3) oppose deux groupes :

- les céphalées primaires ;
- les céphalées secondaires. (3)

Les céphalées primaires sont les plus fréquentes. Elles sont dues à une dysfonction du système nerveux central avec l'activation des systèmes nociceptifs crâniens en l'absence de lésion sous-jacente.

Les céphalées secondaires sont symptomatiques d'une cause sous-jacente locale (neurologique, ORL, ophtalmologique, ...) ou générale. Ce sujet ne sera pas abordé dans la suite de ce travail.

La migraine et la céphalée de tension sont les plus fréquentes des céphalées primaires.

La migraine est due à une excitabilité neuronale anormale, sous-tendue par une prédisposition génétique complexe et modulée par des facteurs environnementaux intrinsèques (hormones) ou extrinsèques (stress, aliments...). (1)

Elle évolue par crises durant de 4 à 72 heures en l'absence de traitement efficace.

La douleur de la céphalée est :

- Unilatérale
- Pulsatile
- D'intensité modérée à sévère
- Souvent majorée par les efforts physiques. (4)

Cette céphalée est associée à au moins un autre symptôme, selon les critères IHS (International Headache Society) :

- Nausées voire vomissements
- Hyperesthésie sensorielle traduite par une intolérance aux bruits (phonophobie) ou aux lumières (photophobie).

La céphalée de migraine peut parfois être précédée de signes neurologiques transitoires constituant une aura.

Les céphalées de tension se caractérisent par des douleurs dysfonctionnelles avec interaction de facteurs périphériques myogènes (crispation des muscles péri crâniens) et de facteurs neurologiques centraux, avec dysfonction des systèmes de contrôle de la douleur. (1) (5) L'intensité est en général faible ou modérée et la durée est variable, de 30 minutes à 7 jours. On ne retrouve pas d'aggravation par les activités physiques. (5)

Elles se manifestent par une sensation de « pression », « d'étau », de « serrement » ou de « pesanteur » au niveau de la tête, de façon souvent bilatérale et de topographie variable.

Elles sont souvent associées à la migraine. Leur pathogénie exacte reste méconnue.

Ces céphalées primaires peuvent avoir deux modes d'évolution :

- Soit épisodique : survenue par crises ponctuelles, résolutives avec des intervalles libres sans douleur ;
- Soit chronique (d'emblée ou non) : céphalées quotidiennes ou quasi quotidiennes.

On parle notamment de Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ) en cas d'évolution vers la chronicité.

En France, la prévalence des CCQ est estimée entre 3 et 4 % de la population avec une prédominance chez la femme (sexe ratio de 3/1) entre 40 et 50 ans.(6) (7) (8) A titre comparatif, en France, 5.4% de la population est traitée de manière médicamenteuse pour le diabète. (9)

Les CCQ migraineuses et de tension sont définies comme des céphalées survenant plus de 15 jours par mois et plus de 4 heures par jour, en l'absence de traitement, depuis plus de 3 mois, sans substratum lésionnel ou symptomatique.

Ces CCQ sont fréquemment associées à un abus médicamenteux : on parle dans ce cas de Céphalées par Abus Médicamenteux (CAM). (6) (10)

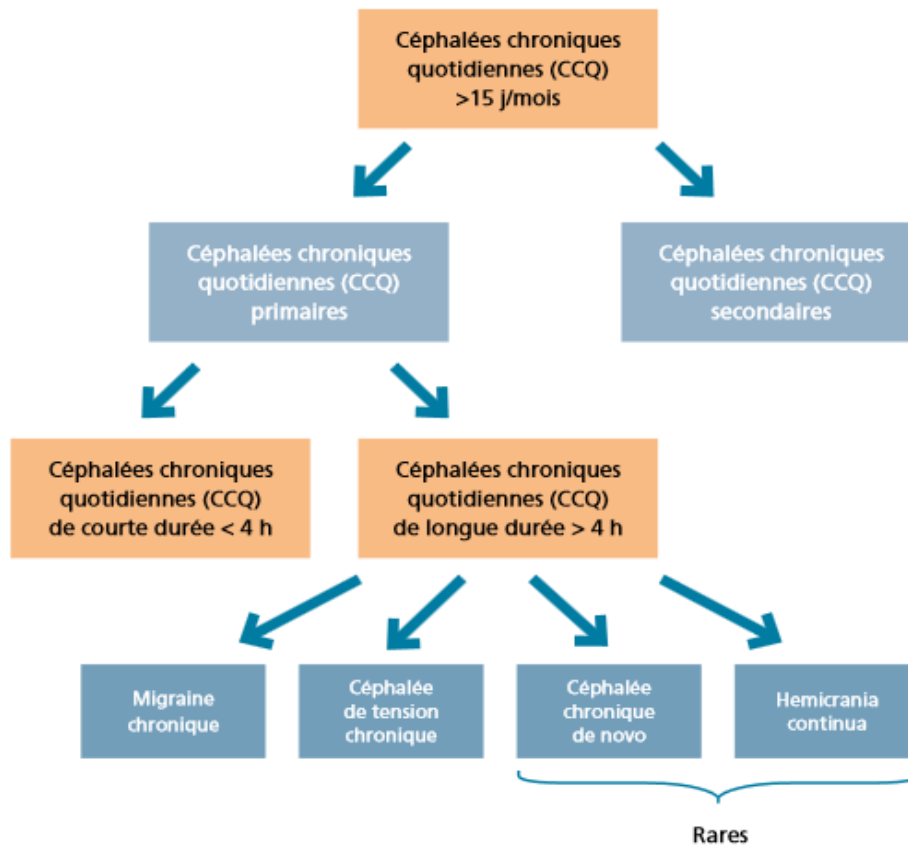


Figure 1 : Arbre diagnostic des différentes CCQ (7)

La notion de céphalées réfractaires a été introduite il y a plusieurs décennies face à des cas de patients migraineux chroniques difficilement « traitables ».

Devant la nécessité de regrouper en une entité commune ces céphalées, des critères ont été instaurés pour mieux les définir.

Les premiers critères de migraine chronique réfractaire, établis en 2006 par Goadsby, incluaient les notions suivantes :

- Céphalées dont la prise en charge par les traitements conventionnels, approuvés par les recommandations nationales, est un échec ;
- Pour la migraine : échec d'au moins 4 classes médicamenteuses recommandées d'après des études randomisées, dont 3 au moins font partie des molécules recommandées (Bétabloquants, Anticonvulsivants, Inhibiteurs Calciques et Antidépresseurs Tricycliques) ;
- A doses adéquates, pendant une durée adéquate, en prenant en considération l'abus médicamenteux ;
- L'échec d'un traitement signifiait : effets thérapeutiques non obtenus ou insatisfaisants, effets secondaires non tolérés, contre-indication ;

En 2008, l'American Headache Society d'une part et d'autre part D'Amico, reprennent ces critères en y ajoutant/introduisant certaines notions :

- Uniquement pour la migraine répondant aux critères de l'ICHD-II ;
- Retentissement important sur la qualité de vie malgré des traitements de crise et de fond adéquats et des modifications du mode de vie (prise en compte des facteurs déclenchants la crise ...) ;
- Echec des traitements de crise adéquats, sauf contre- indication (AINS/antalgiques et triptans ou Dihydroergotamine) ;
- Echec d'au moins deux classes des traitements de fond recommandés cités plus haut ;
- L'identification et la prise en charge des comorbidités nécessaire.

En 2014, l'European Headache Federation (EHF) propose les critères qui font actuellement foi :

- Critères de la migraine chronique ICHD-3beta. Absence d'abus médicamenteux ;
- Médicaments prophylactiques de migraine dans des dosages adéquats utilisés pendant au moins 3 mois chacun ;
- Contre-indications ou effet nul des médicaments préventifs suivants avec au moins 3 médicaments appartenant aux classes ci-dessous :
 - Bêtabloquants : Propranolol jusqu'à 240mg/j, Métoprolol jusqu'à 200mg/j, Aténolol jusqu'à 100mg/j, Bisoprolol jusqu'à 100mg/j ;
 - Anticonvulsivants : Valproate de sodium jusqu'à 1.5g/j, Topiramate jusqu'à 200mg/j ;
 - Tricycliques : Amitriptyline jusqu'à 150mg/j ;
 - Autres : Flunarizine jusqu'à 10mg/j, Candesartan 16 mg/j ;
 - Toxine botulinique A : 155 - 195 U.
- Traitement adéquat des comorbidités psychiatriques ou autres par une équipe multidisciplinaire, si disponible ;
- Notes
 - *Les céphalées secondaires doivent être exclues ;
 - *L'IRM ne doit fournir aucune cause sous-jacente ;
 - *Les analyses de laboratoire et de LCR doivent être normales, y compris la pression du LCR ;

*Signification de l'efficacité = réduction des jours de céphalées > 50% ;

*Procédure de sevrage (hospitalière ou non) : intraveineuse, per os et les conseils seuls sont tous acceptés

L'intérêt de ces critères est de repérer les patients nécessitant une prise en charge spécifique par des experts et de pouvoir leur proposer d'autres solutions thérapeutiques le plus rapidement possible. (11)

B-Prise en charge thérapeutique des céphalées

1) Traitement de crise de la migraine

a) Non médicamenteux

Le repos dans un environnement sombre et silencieux avec éviction si possible du facteur déclenchant offre un soulagement. D'autres moyens peuvent aussi être utilisés comme l'application de glace sur la tête, la friction du front ou des tempes avec de la menthe, ... (8)

b) Médicamenteux

4 types de substances ont une efficacité démontrée dans la crise migraineuse (Tableau n°1) :

-**Les traitements non spécifiques** : antalgiques (Paracétamol et Aspirine) et AINS ;

-**Les traitements dits spécifiques** : triptans, dont 7 ont une AMM en France, et dérivés ergotés.

D'autres substances sont utilisées comme adjuvants : antiémétiques, psychotropes, caféine. (8)

Les dérivés ergotés sont moins utilisés depuis l'arrivée des triptans.

On retrouve tout de même :

-Tartrate d'ergotamine (Gynergène caféiné *) ;

-Dihydroergotamine (Diergospray * en spray nasal et Dihydroergotamine * en solution injectable).

Le Paracétamol n'a pas l'AMM spécifique dans le traitement de la crise migraineuse, y compris en association avec la caféine. Il est également recommandé d'éviter les opioïdes (Codéine, Opium, Tramadol, Morphine et autres Opioïdes forts).

L'Aspirine est considérée comme efficace seul à des doses de 500 à 1000mg et en association avec le métoclopramide (900-10mg). Cette dernière association a par ailleurs l'AMM dans le traitement de la crise migraineuse. (8)

TRAITEMENT	DCI / NOMS COMMERCIAUX	DOSES par prise / maximum par jour (En mg)	CONTRE INDICATION
Aspirine (Non spécifique)	Aspirine 900mg / métoclopramide 10mg *	900/2700	- Antécédent d'allergie ou d'asthme provoqué par la prise d'AINS ou d'aspirine - Hémorragie et risque hémorragique, - Insuffisance hépatique ou rénale grave
AINS (Non spécifique)	Ibuprofène *	400/800	- Antécédent d'allergie ou d'asthme provoqué par la prise d'AINS ou d'aspirine - Antécédent d'hémorragie digestive au cours d'un précédent traitement par AINS
	Kétoprofène *	150/300	- Ulcère de l'estomac ou du duodénum en cours, antécédent d'ulcère ou d'hémorragie digestive répétée
	Naproxène	550/1100	- Insuffisance hépatique grave - Insuffisance rénale grave - Grossesse
Triptans (Spécifique)	Eletriptan *	20 à 40 / 80	- IDM ou pathologie cardiaque ischémique, vasospasme coronarien.
	Almotriptan *	12.5/ 25	
	Frovatriptan *	2.5/5	- AVC ou AIT
	Naratriptan *	2.5/5	
	Rizatriptan *	5 à 10/ 20	- Pathologie vasculaire périphérique
	Sumatriptan *	50/300	- Insuffisance hépatique sévère - HTA modérée à sévère, ou HTA légère non contrôlée - Association avec les IMAO
	Zolmitriptan *	2.5 à 5/ 10	

Tableau n°1 : Molécules du traitement de crise de la migraine de l'adulte
(8) (12)

* = traitements ayant l'AMM

Les triptans ne doivent pas être pris pendant la phase d'aura.

Selon les recommandations ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) de 2002 révisées en 2012 par la SFEMC (Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées), il faut évaluer le soulagement apporté par le traitement de crise du patient au moyen de 4 questions :

- Etes-vous suffisamment soulagé 1 à 2h après la prise de ce traitement ?
- Utilisez-vous une seule prise de ce traitement dans la journée ?
- Ce traitement est-il efficace sur au moins 2 crises sur 3 ?
- Ce traitement est-il bien toléré ?

Si le patient répond OUI aux 4 questions, on ne modifie pas le traitement ;

Si le patient répond NON à au moins 1 réponse, il est recommandé de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un Triptan. Le patient prendra d'abord l'AINS et gardera le Triptan en cas de non soulagement 1 à 2h après la prise de l'AINS.

Il faut réévaluer le traitement au bout de 3 crises.

En cas d'inefficacité de l'AINS sur au moins 2 des 3 crises, le Triptan sera pris par la suite en 1^{ère} intention ; puis une association AINS/Triptan en simultanée pourra être prescrite en cas d'inefficacité du Triptan seul. (8) (12)

2) Traitement de fond de la migraine

a) Non médicamenteux

La relaxation, le rétrocontrôle (biofeedback) et les thérapies cognitivo- comportementales de gestion du stress ont prouvé leur efficacité. (8)

Il est important d'éduquer le patient :

- A repérer les facteurs de survenue des crises afin de pouvoir les éviter le plus possible. Les plus connus sont le manque de sommeil, le stress, le tabac, le café, le vin, le jeûne, les stimulations visuelles et les facteurs hormonaux. Ne pas oublier de penser aux médicaments : vasodilatateurs (dérivés nitrés, sildénafil) et contraceptifs hormonaux ;
- A avoir une hygiène de vie la plus saine possible (sommeil, alimentation, exercice physique) ;
- Aux risques d'abus médicamenteux et de chronicisation ;
- Aux risques de l'automédication.

b) Médicamenteux

L'objectif du traitement de fond est une réduction de la fréquence et une diminution de la sévérité des crises, une amélioration de la réponse aux traitements de crise et une réduction de la sensibilité aux facteurs déclenchants.

Le traitement de fond est prescrit s'il existe au moins 3 crises par mois mais cela reste une décision prise en accord avec le patient, en évaluant toujours la balance bénéfices/risques.

Le recours au traitement de fond est indispensable chez des patients qui prennent des traitements de crise plus de 2 jours / semaine pour éviter l'évolution vers une CCQ par abus. (13)

Un traitement de fond peut également être prescrit en cas de retentissement sur la vie personnelle ou socio professionnelle, notamment en cas de score MIDAS de grade III ou IV. (8)

Les traitements de fond sont classés en fonction du niveau de preuve d'efficacité. (Tableau n°2)

Pour le choix de la molécule, il faut considérer à la fois le niveau de preuves d'efficacité, la balance bénéfices-risques et l'existence d'une AMM, ce qui explique que les Béta-bloquants sont à privilégier en 1^{ère} intention, en l'absence de contre-indication (Métoprolol et Propranolol).

En cas de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité des Béta-bloquants, le choix de la molécule sera fait en fonction du terrain, des comorbidités et de la sévérité de la migraine, en considérant toujours la balance bénéfices-risques et l'existence d'une AMM. (8)

Une augmentation lente des doses est nécessaire pour éviter les effets secondaires et pour atteindre la dose efficace. Une fois cette dose acquise et en cas de bonne tolérance, le traitement est poursuivi pendant 2-3 mois avec tenue d'un calendrier des crises.

Si l'on note un succès du traitement au bout de cette période, on poursuit ce traitement à dose efficace pendant au moins 6 mois ; puis on réalisera une diminution lente pour essayer l'arrêt ou pour trouver la dose minimale efficace.

Ce traitement de fond est poursuivi pendant 1 an s'il existe un antécédent d'abus ou d'échecs répétés de plusieurs traitements de fond, ou une fréquence des crises élevée. (13)

TRAITEMENT	DCI	POSOLOGIE (en mg/j)	CONTRE INDICATION
Efficacité démontrée	Propranolol*	10 à 160	- Asthme, BPCO
	Métoprolol * (Bétabloquants)	50 à 200	- BAV, insuffisance cardiaque - Syndrome de Raynaud - Bradycardies, hypotensions
	Topiramate *	50 à 100	- Grossesse - Coliques néphrétiques - Glaucome
	Valproate de sodium	500 à 1000	- Grossesse - Pathologies hépatiques
Efficacité probable	Amitriptyline	10 à 50	- Glaucome - HBP
	Flunarizine *	10 (Pas plus de 6 mois consécutifs)	- Syndrome dépressif - Syndrome extra pyramidal
	Oxétorone *	60 à 180	
	Pizotifène *	1 à 3 comprimés/ jour	- Glaucome - Troubles urétro prostatiques
	Aténolol, Néбиволol, Timolol (Bétabloquants)	100 5 10 à 20	- cf. plus haut
	Venlafaxine	75 à 150	- Association aux IMAO - Allaitement - Galactosémie congénitale
	Méthysergide	2 à 6 (arrêt un mois tous les 6 mois)	- HTA - Insuffisance coronarienne - Association aux triptans - Artériopathies - Ulcères gastriques
	Candesartan	8 à 16	- Insuffisance rénale et hépatique - Insuffisance hépatique et rénale - 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de grossesse
	Dihydroergotamine *	10	- Association aux triptans
Efficacité douteuse	Gabapentine	1200 à 2400	-Hypersensibilité à la gabapentine
	Verapamil	240 à 320	-Bradycardie -BAV -Association aux bétabloquants

Tableau n°2 : Classification des traitements de fond de la migraine selon leur niveau d'efficacité (8) (14)

*=Traitements ayant l'AMM dans le traitement de fond de la migraine

3) Traitement des céphalées de tension

Le traitement de la céphalée de tension peu fréquente ou épisodique repose essentiellement sur le traitement pharmacologique des épisodes douloureux, limité aux antalgiques non opioïdes et aux AINS. (15) Ainsi, le Paracétamol, l'Aspirine, l'Ibuprofène, le Naproxène sodique et le Kétoprofène sont les molécules disposant du meilleur niveau de preuve d'efficacité.

Le traitement de la céphalée épisodique fréquente et de la céphalée de tension chronique est plus difficile.

Il faut éviter l'utilisation répétée d'antalgiques afin de prévenir l'abus médicamenteux.

La prise en charge doit être globale : association d'un traitement de fond pharmacologique à un traitement non pharmacologique permettant une meilleure gestion du stress (relaxation, sophrologie, hypnose, thérapies cognitivo-comportementales) et une limitation des facteurs musculaires d'entretien (kinésithérapie). (5)

Le traitement de fond de 1^{ère} intention est le plus souvent l'Amitriptyline (hors AMM) en débutant à une dose quotidienne de 10 à 25mg le soir. Une titration est ensuite mise en place progressivement par paliers de 5 à 10mg tous les 5 à 7 jours jusqu'à une posologie efficace entre 50 et 75mg.(8) (15)

4) Traitements médicamenteux des CCQ

Les traitements prophylactiques de 1^{ère} intention en cas de CCQ sont le Topiramate et l'Amitriptyline. (8)

5) Prise en charge des facteurs de risque de chronicisation

A l'heure actuelle, certains facteurs de risque de chronicisation (FDR) modifiables des céphalées ont été identifiés dans plusieurs études. (6) (7) (16) (17) (18) Parmi ceux-ci :

- le surpoids et l'obésité,
- les évènements biographiques stressants,
- l'anxiété et la dépression,
- les troubles du sommeil dont notamment le syndrome d'apnée du sommeil,
- la présence de douleurs chroniques autres, notamment les troubles musculo squelettiques,
- l'abus médicamenteux de traitement de crise ou d'autres substances telles que le tabac ou la caféine.

Après avoir identifié ces FDR, il convient d'expliquer au patient le rôle de ces facteurs dans la chronicisation de leurs céphalées et de proposer une prise en charge adéquate pour chacun d'entre eux : (7)

- L'abus médicamenteux doit être pris en charge au moyen d'un sevrage, hospitalier ou ambulatoire, à l'aide d'une molécule prophylactique (Topiramate ou Amitriptyline) et de mesures non médicamenteuses comprenant une démarche éducative et des thérapies cognitivo-comportementales ou de gestion du stress. Une prise en charge en addictologie doit être prévue en cas de dépendance avérée ;

-Face à l'anxiété, la dépression, et de manière générale toute comorbidité psychiatrique, une prise en charge psychologique/ psychiatrique doit être proposée. La consommation d'anxiolytiques doit être explorée et évitée tant que possible ;

-Concernant le surpoids et l'obésité, une prise en charge diététique, nutritionnelle voire psychologique doit être réalisée ;

-Les troubles du sommeil doivent être explorés : dépistage et prise en charge d'un syndrome d'apnées du sommeil ou de ronflements pathologiques (appareillages, prise en charge maxillo-faciale ou ORL...), dépistage et prise en charge des insomnies (psychothérapies, centre du sommeil...), dépistage et sevrage tant que possible des consommations de somnifères associées ;

-Les Troubles Musculo Squelettiques (TMS) et autres douleurs chroniques doivent être particulièrement recherchés. Ces pathologies nécessitent des prises en charge globales et multidisciplinaires (psychothérapies, kinésithérapie, thérapies psychocorporelles...). Elles sont fortement pourvoyeuses d'abus médicamenteux ou de mésusage ; encore une fois le dépistage et l'éducation sont très importants ;

-Il est important d'éduquer le patient sur le lien entre consommation de tabac, de caféine et autres substances psychoactives et la chronicisation des céphalées. Un sevrage doit être proposé.

C-Evaluation du retentissement des céphalées

L'évaluation du retentissement des céphalées sur la vie sociale, familiale et professionnelle est réalisée avec des outils reproductibles et validés.

Cette évaluation se fait en plusieurs étapes : (19) (20)

1/ Utiliser un agenda de crise : cet outil est une auto observation sur un mois concernant :

-le nombre de jours de céphalées ;

-le type de céphalées (le patient doit essayer de différencier les céphalées de tension des migraines) ;

-le nombre de jours de prise d'antimigraineux de crise, le traitement et sa dose ;

-les facteurs déclenchants.

Cet agenda est utilisé pour évaluer la sévérité des céphalées et guider le choix thérapeutique. Il permet également de reconnaître les CCQ et les CAM.

2/ Evaluation du handicap ou du retentissement fonctionnel :

Le retentissement fonctionnel et l'altération de la productivité liée à la migraine peut être évalué par des échelles génériques spécifiques validées en français que sont les échelles MIDAS et HIT-6.

-*Echelle MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire)* : c'est une échelle conçue aux Etats-Unis et traduite en Français.

Elle évalue sur un trimestre la perte de productivité ou l'incapacité dans les différents domaines de la vie (professionnelle, domestique, sociale) en évaluant le nombre de jours d'activité perdus dans chacun des 3 domaines et le nombre de jours pour lesquels la productivité a été diminuée de moitié. Le résultat se traduit en grade :

Grade 1 si moins de 6 jours de perte de productivité par trimestre ;

Grade 2 entre 6 et 10 jours ;

Grade 3 entre 11 et 20 jours ;

Grade 4 si plus de 20 jours.

-*Echelle HIT-6 (Headache Impact Test)* : c'est une échelle rapide de mesure du handicap lié à la migraine. Ce questionnaire de 6 questions, balayant plusieurs domaines, donne un score allant de 36 (impact nul) à 78 (impact maximal). Ce score permet d'assigner au sujet un score d'impact croissant :

Impact léger si < 50 ;

Impact modéré entre 50 et 55 ;

Impact important entre 56 et 59 ;

Impact majeur si > 60 .

3/ La composante émotionnelle est évaluée par 2 instruments :

-*Un entretien structuré type MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)* regroupant les critères diagnostiques du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV).

-*Un questionnaire type échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression)*. Cette échelle est un auto-questionnaire court et facile à remplir par le patient, validée en français avec individualisation de 2 dimensions : la sous-échelle anxiété (7 questions A) et la sous-échelle dépression (7 questions D).

Un score inférieur ou égal à 7 signe l'absence de pathologie anxieuse ou dépressive.

Un score compris entre 8 et 10 inclus signe une symptomatologie douteuse.

Un score supérieur ou égal à 11 signe une symptomatologie anxieuse ou dépressive avérée.

4/ L'évaluation du retentissement de la qualité de vie :

Il existe 2 échelles de qualité de vie spécifiques de la migraine que sont l'échelle MsQoL (Migraine-Specific Quality of Life Measure) et l'échelle QVM (Qualité de Vie Migraineux).

- Seule *l'échelle QVM* est validée en Français.

C'est un auto-questionnaire de 20 items répartis en 8 items pour la dimension physique, 6 pour la dimension psychologique, 4 pour la dimension sociale et 2 questions pour explorer la gêne représentée par le traitement de la migraine. Les réponses aux questions génèrent un IGN (Index Global de qualité de vie), soit un score de 0 à 100.

- On peut également utiliser *l'échelle EQ 5D* qui évalue la mobilité, l'autonomie, les activités courantes, la/les douleur(s) ou la gêne et l'anxiété ou la dépression de la personne.

5/ L'évaluation des comportements pathologiques de surconsommation médicamenteuse

Il est recommandé de rechercher des signes de dépendance avec les critères de dépendance du DSM-IV ou d'évaluer ces comportements avec une échelle de mesure des comportements de dépendance aux médicaments antimigraineux de crise validée en français : MDQ-H (Medication Dependence Questionnaire in Headache patients).

II-Introduction

Le Médecin Généraliste (MG) est le plus souvent le premier recours en cas de céphalée. Il est donc à l'origine du diagnostic initial puis de la mise en place d'une thérapeutique adaptée et du suivi en cas de céphalée primaire.

La céphalée de tension et la migraine sont les céphalées primaires les plus rencontrées en médecine.

Chez l'adulte de 18 à 65 ans, on estime qu'entre 17 et 21% souffrent de migraine (migraine stricte 8-11%, migraine probable 9-10%).(12) La prévalence sur 1 an des céphalées de tension varie de 30 à 80% (cette disparité étant liée à l'hétérogénéité de la méthodologie et des définitions utilisées dans les études et souvent à un manque de différenciation entre céphalée de tension épisodique et chronique).(15) On peut dire que dans sa forme à expression clinique épisodique, on retrouve une prévalence de 24 à 43% correspondant à une fréquence de céphalées entre 12 et 180 jours/an. (8)

Le suivi médical est crucial, même en cas de symptomatologie épisodique, car on retrouve chez cette population de céphalalgiques un risque accru d'automédication, de nomadisme médical, de mésusage médicamenteux et de possible chronicisation.

Une étude nord-américaine a démontré que 2,5 % des sujets souffrant de migraine épisodique développent une CCQ en une année. (7)

En France, 1,7 % des adultes présenteraient une migraine chronique sans abus médicamenteux et 0.8 % une migraine chronique associée à un abus médicamenteux. (7) (21) La forme chronique des céphalées de tension affecte quant à elle 1 à 3% des adultes dans le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2)

La chronicisation amène avec elle son lot de difficultés pour le patient, le ou les soignants et la société.

-A l'échelle individuelle, les crises à répétition, accompagnées souvent de l'appréhension constante du prochain épisode douloureux minent la vie des patients céphalalgiques entraînant une réelle détresse psychologique avec parfois des conduites d'évitement. (2) (8) Les activités courantes sont réduites chez 70% des patients (activités domestiques, sociales, familiales, loisirs et professionnelles) entraînant un handicap socio professionnel important. La qualité de vie des patients souffrant de CCQ est altérée et encore plus en cas d'abus médicamenteux. Le handicap décrit par ces patients est plus important que celui relaté par les migraineux. (6)

-A l'échelle sociétale, le retentissement est également non négligeable : coûts directs (consommation de médicaments, de consultations, d'hospitalisations voire d'examens de laboratoire/ imagerie, malgré leur inutilité) et indirects (absentéisme, invalidité et baisse de productivité professionnelle).

Les coûts directs annuels induits par les CCQ (représentant 3% de la population) sont estimés à 2 milliards d'euros alors que ceux induits par la migraine épisodique (représentant plus de 12% de la population générale) ne s'élèvent qu'à 1 milliard d'euros. (7) (8)

Les patients souffrant de CCQ ont tendance à consulter beaucoup plus fréquemment et leur consommation médicamenteuse est 6 fois plus importante que celle des patients migraineux. (6)

Rappelons que certains facteurs de risque de chronicisation modifiables des céphalées ont été identifiés : le surpoids et l'obésité, les événements biographiques stressants, l'anxiété et la dépression, les troubles du sommeil, la présence de douleurs chroniques autres, l'abus médicamenteux de traitement de crise ou d'autres substances telles que le tabac ou la caféine. La prévention de la chronicisation des céphalées passerait donc, entre autres, par la prise en charge de ces facteurs.

Mais dans quelle mesure la connaissance, le dépistage et la prise en charge de ces facteurs est-elle réalisée/réalisable en médecine générale ? Au-delà de ces facteurs de chronicisation, quelles sont les difficultés que rencontrent les généralistes et leurs patients dans la prise en charge des céphalées chroniques ?

Des travaux de recherche ont été réalisés dans ce domaine :

Concernant les perceptions des patients sur leur prise en charge, les travaux font ressortir : (22) (23)

- Un manque d'éducation thérapeutique des patients vis-à-vis de leurs céphalées,
- Un manque également d'informations sur leur pathologie responsable de fausses croyances, notamment sur les thérapeutiques,
- Une méconnaissance de la notion d'abus médicamenteux et de son rôle dans la chronicisation des céphalées,
- Une surconsommation médicamenteuse justifiée par l'absence de thérapeutiques considérées comme efficaces.
- Un manque d'écoute et d'empathie de la part des médecins, avec l'impression que ces derniers ne peuvent répondre à leurs attentes.

Du côté des médecins, les perceptions retrouvées sont : (24) (25) (26)

- Un manque de connaissances à ce sujet notamment concernant le mésusage ou l'abus médicamenteux peu recherché en consultation, avec une sous-estimation du versant de l'automédication,
- Un manque de moyens pour mettre en place un suivi au long cours pour ces patients avec des difficultés d'accès à la multidisciplinarité ;
- Un suivi jugé comme chronophage et complexe, chez des patients noyant souvent leurs céphalées au milieu de multiples motifs de consultation.

Au fil des lectures, aucune étude comparant à la fois la vision du patient et celle de son médecin sur le parcours de soin du céphalalgique chronique n'a pu être trouvée.

Il paraissait donc intéressant, novateur et nécessaire de mettre en parallèle dans une même étude ces deux visions sur les céphalées et leur chronicisation afin de mieux cerner les dysfonctionnements et difficultés de chaque côté et à chaque étape de la prise en charge.

Nous sommes parties de l'hypothèse que de nombreux patients céphalalgiques chroniques sont adressés au CETD (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur) suite à un « échec » de leur prise en charge en médecine de ville. La mission principale de ces structures spécialisées est d'appréhender la douleur chronique selon un modèle bio-psycho-social, avec une prise en charge reposant d'abord sur une démarche évaluative puis sur un traitement, souvent multimodal, dont l'objectif est réadaptatif (27). Ces centres prennent en charge des patients souffrant de douleurs chroniques, soit des douleurs récurrentes ou persistantes depuis plus de 6 mois répondant mal au traitement et induisant une altération de leur qualité de vie. (28). Les CCQ représentent au moins 40% des consultations céphalées en centres spécialisés, les CAM étant prédominantes.(20)

En partant de cette hypothèse, nous avons souhaité étudier cette population de consultants et leur parcours de soin afin de savoir pourquoi et comment ils en sont arrivés à consulter au CETD.

L'intérêt de ce travail est triple : pour les médecins généralistes, pour les patients et pour les CETD. Il va permettre :

- De faire un état des lieux des pratiques actuelles des médecins généralistes et repérer où résident leurs difficultés face à la prise en charge des céphalalgiques ;

- D'identifier le profil des patients céphalalgiques consultant au CETD et leur vision sur leur parcours de soin afin de détecter leurs difficultés ;

- De mettre en parallèle les réponses des patients et des médecins généralistes qui les adressent afin de trouver et d'identifier des similitudes et/ou des discordances de point de vue et en dégager des problématiques ;

- De permettre aux soignants du CETD de mieux cerner leur patientèle et ses attentes, ainsi que celles des médecins qui les adressent.

L'objectif principal de ce travail est d'identifier les difficultés de prise en charge des céphalalgiques chroniques en médecine générale grâce à la vision croisée MG/patient sur le parcours de soin et le profil des céphalalgiques adressés au CETD du CHU de Nantes.

Les objectifs secondaires seront de :

- Faire émerger de nos conclusions des pistes et/ou des outils d'aide à la prise en charge des patients céphalalgiques en médecine générale afin de l'optimiser ;

- Définir un « profil type » du patient céphalgique adressé au CETD.

III-Matériel et Méthodes

A-Type d'étude

Cette étude s'est inscrite dans la lignée des enquêtes non interventionnelles, quantitatives épidémiologiques, descriptives et transversales. Elle a été menée de façon rétrospective de Janvier à Août 2018. C'était une étude monocentrique en ce qui concerne le recrutement des patients (Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes) et isolée.

B-Population de l'étude

Ce travail portait à la fois sur une population de patients et une population de soignants (les médecins généralistes ayant adressé leurs patients au CETD). L'intérêt de cette double population était de comparer les réponses obtenues afin d'analyser les similitudes et/ou divergences de points de vue.

1) Les patients

Ont été inclus les patients céphalalgiques primaires souffrant de migraines, avec ou sans aura, ou de céphalées de tension, orientés vers le CETD de Nantes en consultation céphalée. Les patients ont été recrutés avant le premier entretien avec le médecin spécialiste algologue.

Les patients devaient répondre aux critères diagnostiques de l'IHS, que ce soit pour les migraines ou pour les céphalées de tension. Ils devaient être âgés de plus de 18 ans et ne pas avoir consulté de spécialiste de la douleur au CETD de Nantes.

N'ont pas été inclus les patients âgés de moins de 18 ans, souffrant de céphalées secondaires ou mal étiquetées, d'algies vasculaires de la face ou de névralgie du trijumeau.

Ont été exclus :

- les patients pour lesquels le consentement n'a pas pu être recueilli ;
- les patients ayant refusé de participer ;

Le recrutement des patients a été réalisé au CETD du CHU de Nantes, à l'Hôpital Laennec, en amont du premier rendez-vous en consultation céphalée.

Les questionnaires du CETD ont été récupérés et triés afin de sélectionner les patients qui correspondaient aux critères d'inclusion cités précédemment.

2) Les médecins

La population de médecins correspondait aux médecins généralistes des patients recrutés et inclus dans notre étude, ayant adressé ces derniers en consultation au CETD.

Ils ont pu être retrouvés :

- soit via le courrier d'adressage du patient en consultation ;
- soit par interrogatoire du patient inclus dans l'étude.

Parmi les médecins, ont été exclus les médecins généralistes pour lesquels le consentement n'a pas pu être recueilli ou ayant refusé de participer.

3) Nombre de Sujets Nécessaires (NSN) et échantillonnage de la population

a) Nombre de Sujets Nécessaires

Le NSN s'élevait à 384 couples patient/médecin.

En dessous du seuil de 30 (petit échantillon), les statistiques relatives aux paramètres d'échantillon ne correspondaient plus à des distributions normales. L'objectif initial était donc de recruter au moins 30 patients et 30 médecins.

b) Stratégie d'échantillonnage

L'échantillon a été constitué au fur et à mesure par les patients adressés au CETD par leurs médecins, à partir du moment où ils entraient dans les critères d'inclusions pré établis.

4) Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal choisi était « la survenue d'évènement(s) dans le parcours de soins ou de caractéristique(s) chez les patients pouvant expliquer leur arrivée en consultation au CETD ».

C-Questionnaires et recueil de données

Le recueil de données a été réalisé via plusieurs questionnaires : le questionnaire du CETD, un questionnaire patient et un questionnaire médecin.

1) Le questionnaire du CETD (annexe n°1)

Avant d'être vus en consultation « Céphalée », les patients adressés au CETD doivent remplir un questionnaire. Ce questionnaire leur est envoyé par courrier ou bien les patients peuvent le récupérer directement sur le site internet du CHU de Nantes. Ils doivent l'avoir complété et

renvoyé avant leur première consultation avec le médecin algologue, conjointement avec un courrier de leur médecin généraliste.

Ce questionnaire a été élaboré par les médecins algologues et neurologues du CETD de Nantes et a été validé nationalement. Il a été remanié en Juillet 2017.

Il renseigne sur :

- les antécédents et la situation professionnelle des patients,
- la description clinique de leurs céphalées,
- les traitements utilisés jusqu'à présent (médicamenteux de crise et de fond, et non médicamenteux) et leur efficacité ressentie.

On y trouve aussi une frise chronologique relatant l'historique des céphalées et des prises médicamenteuses.

Il se clôture par des échelles d'évaluation de l'impact fonctionnel, émotionnel, social, familial et professionnel des céphalées (échelles HIT, MIDAS, HAD, EQ 5D).

C'est ce questionnaire qui a été utilisé dans un premier temps afin de recruter les patients en fonction des critères d'inclusions préétablis.

2) Questionnaires Patient-Médecin (annexes n°3 et n°5)

Deux autres questionnaires ont été élaborés afin d'obtenir des informations complémentaires au questionnaire du CETD concernant les patients céphalalgiques et les médecins généralistes les ayant adressés.

a) Elaboration des questionnaires initiaux

Les questionnaires ont été construits dans le but d'obtenir des approfondissements par rapport aux données factuelles du questionnaire du CETD. Leur but était également d'obtenir des éléments de réponse expliquant les dysfonctionnements pouvant survenir à chaque étape de la prise en charge des patients céphalalgiques en médecine libérale.

Choix du type de questionnaire

Les questionnaires ont été principalement réalisés avec des questions fermées (OUI/NON) ou à choix multiples.

Ce choix a été fait pour plusieurs raisons :

-Laisser les enquêtés choisir parmi plusieurs réponses celle(s) qui convenai(en)t le mieux à leur opinion ;

-Pouvoir aborder plusieurs notions afin de poursuivre et approfondir des recherches qualitatives faites à ce sujet ;

-Avoir un panel plus large de population étudiée que ne l'auraient permis des entretiens ouverts pour avoir plus de données à analyser.

Les questions fermées ont permis une facilité de réponses pour les enquêtés ainsi qu'une facilité de codage.

Quelques questions ont été laissées ouvertes afin de permettre aux patients et aux médecins de répondre plus librement. Ces questions ne canalisait pas les enquêtés qui pouvaient donc exprimer clairement leurs opinions. Elles avaient pour but de laisser apparaître des informations ou pistes de réflexion supplémentaires.

Ces réponses n'ont pas été analysées comme des réponses qualitatives pures : des regroupements d'idées ont été réalisés.

Construction des questionnaires

Les questions à choix multiples ont été élaborées progressivement à partir de recherches bibliographiques, donc des données de la littérature, mais également à partir de nos propres hypothèses.

Ces questionnaires avoisinaient les 30 questions et ont été structurés en plusieurs rubriques.

Elaboration du questionnaire patient

- *Partie 1 : Etat des lieux*

Le but de cette partie était d'obtenir un rapide aperçu de la vision du patient sur ses céphalées et son parcours de soins.

- *Partie 2 : Médicaments utilisés (traitement de crise, traitement de fond, consommations et comportements associés)*

Le but de cette partie était d'évaluer la gestion et la connaissance des patients sur les traitements qu'ils utilisent, ainsi que leurs consommations associées.

Il était important de comprendre pourquoi les thérapeutiques prescrites ne sont pas forcément bien suivies ou efficaces.

Le questionnaire du CETD évaluait les consommations médicamenteuses des patients via des listes pour savoir lesquelles avaient été utilisées. Cependant, il n'y avait pas

d'évaluation concernant les modalités de prise. De plus, le questionnaire du CETD n'étudiait que les consommations médicamenteuses prescrites.

Cette partie a donc été élaborée pour éclaircir les modalités de prise médicamenteuse, étudier le versant de l'automédication et enfin renseigner sur l'existence de comportements et consommations de substances potentiellement à risque addictif.

- *Partie 3 : Prévention*

La prévention n'ayant pas été abordée dans le questionnaire du CETD, des questions ont pu être construites en ce sens. Le but de cette partie était d'analyser les connaissances des patients dans ce domaine, notamment sur les facteurs de risque de chronicisation de leurs céphalées.

- *Partie 4 : Perspectives avec le CETD*

Cette partie a été volontairement laissée sous forme de questions ouvertes afin d'évaluer les attentes des patients vis-à-vis du CETD.

Elaboration du questionnaire médecin

Pour mener à bien l'analyse croisée du point de vue des patients et de leurs médecins, le questionnaire médecin a été conçu le plus possible « en miroir » de celui du patient. Les différentes parties de ce questionnaire étaient donc identiques, avec quelques spécificités supplémentaires.

- *Partie 1 : Etat des lieux*

Le but de cette partie était de faire un rapide état des lieux de la formation, des connaissances et des pratiques des médecins généralistes concernant les céphalées chroniques.

- *Partie 2 : Médicaments utilisés (traitements de crise, de fond, consommations et comportements associés)*

Cette partie, axée sur la pharmacologie, avait pour but d'étudier les prescriptions médicamenteuses des médecins généralistes, en termes de traitements de crise et de fond.

Elle avait aussi pour objectif d'évaluer la connaissance par les médecins généralistes de l'automédication et/ou des consommations et comportements à risque associés de leurs patients.

- *Partie 3 : Prévention*

Le but de cette partie était d'aborder avec les médecins le risque de chronicisation afin d'évaluer leurs pratiques dans ce domaine.

- *Partie 4 : Difficultés*

Cette partie a été créée uniquement dans le questionnaire médecin. Il était important de rechercher les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge quotidienne de leurs patients céphalalgiques.

- *Partie 5 : Perspectives avec le CETD*

Tout comme dans le questionnaire patient, cette partie a été volontairement laissée sous forme de questions ouvertes afin d'évaluer les attentes des médecins généralistes vis-à-vis du CETD.

Validation des questionnaires

Ces hypothèses ont été testées lors d'une pré-enquête, via le recueil de couples patient/médecin dits « tests ».

Au cours de cette pré-enquête, toutes les questions ont été volontairement posées de façon ouverte : aucune proposition de réponse n'a été suggérée aux patients et aux médecins interrogés sauf s'ils ne savaient pas quoi répondre.

Le but de cette pré-enquête était de valider les questionnaires avant de lancer le recueil des données :

- En testant leur intelligibilité ;

- En évaluant la pertinence des questions et des réponses aux questions à choix multiples afin notamment de ne pas passer à côté de questions ou réponses auxquelles nous n'aurions pas pensé lors de l'élaboration des questionnaires.

b) Résultats de la pré-enquête et élaboration des questionnaires finaux

Cinq dossiers de patients ont été récupérés au secrétariat du CETD avant leur premier rendez-vous en consultation « Céphalée » avec le médecin algologue. Un des dossiers n'a pas été conservé car le médecin traitant du patient étudié était parti à la retraite.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone ou, pour l'un d'entre eux, en direct au cabinet du médecin généraliste. Dans les deux cas, les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone.

L'entretien était construit autour du canevas des questions élaborées pour chaque questionnaire. Chaque entretien se concluait par une interrogation des médecins et des patients sur les éventuels manques/lacunes de ces questionnaires.

Les questions ont été posées de manière ouverte initialement ; les réponses possibles n'ont été suggérées que si la question était mal comprise ou si l'interviewé n'avait pas d'idée de réponse.

Au total, 3 binômes patients/médecins et une patiente seule (son médecin n'ayant finalement pas pu participer faute de disponibilité) ont été interviewés, après obtention de leur consentement oral pour participer à cette pré-enquête.

Les réponses obtenues n'ont pas été incluses dans l'analyse finale. Elles ont cependant permis de retravailler certains points dans chaque questionnaire.

3) Recueil des données pour analyse

Les réponses aux différents questionnaires ont été collectées de plusieurs manières.

a) Recueil des données « patients »

Le recrutement a été réalisé dans un premier temps via le questionnaire du CETD.

Ces questionnaires ont été collectés régulièrement via le secrétariat du CETD de l'Hôpital Laennec qui recueillait les questionnaires des patients et les courriers des médecins généralistes.

Ces questionnaires et courriers ont donc été analysés afin d'inclure les patients selon les critères d'inclusion préétablis.

Une fois le recrutement réalisé par le biais du questionnaire du CETD, le choix a été fait de contacter les patients par téléphone. Ce premier contact permettait de leur présenter l'étude, de récupérer leur consentement oral pour leur participation, et de convenir d'un autre entretien téléphonique pour récolter les données.

Les questions étaient soumises au patient à l'oral lors de l'entretien téléphonique.

Les données manquantes du questionnaire CETD étaient également récupérées lors de l'entretien téléphonique lorsqu'il était incomplet.

Ce mode de recueil a été choisi plutôt que l'envoi du questionnaire seul par voie postale afin de garantir un meilleur taux de réponses en obtenant des informations plus fiables.

b) Recueil des données « médecins »

Un premier contact a également été établi soit par téléphone ou par e-mail pour présentation de l'étude et recueil du consentement de participation. Les questionnaires ont ensuite été diffusés puis récupérés par e-mail.

Ce mode de recueil a été privilégié par souci de rapidité et de praticité pour les médecins qui ont des emplois du temps chargés et qui sont régulièrement sollicités pour d'autres études.

Les médecins généralistes avaient ainsi un temps de réflexion et pouvaient choisir le meilleur moment pour eux pour répondre à notre enquête.

Le choix de préférer un questionnaire écrit à compléter de manière autonome par les médecins généralistes visait aussi à éviter le fait d'influencer les collègues dans leurs réponses par la manière de les questionner. Ce choix d'autonomie pour la réponse leur permettait également de se sentir moins pressé ou jugé pour les questions d'évaluation de pratique, qui, lorsqu'elles sont posées par les pairs en entretien peuvent déstabiliser.

Une relance par mail puis téléphonique a été faite si les questionnaires n'étaient pas renvoyés trois semaines après l'envoi initial afin de garantir un meilleur taux de réponse.

D-Traitement des données

Les données recueillies ont été codées et analysées via le logiciel Excel.

E-Cadre éthique de l'étude

Pour cette étude, toutes les données ont été anonymisées à l'aide d'un code pour chaque couple « patient-médecin ».

Cette étude faisant partie des études non interventionnelles, elle ne dépendait pas de la Loi Jardé. Il n'était donc pas nécessaire de faire appel au CPP (Comité de Protection des Personnes), d'autant plus qu'elle faisait partie des études rétrospectives.

Les données recueillies ont également été traitées informatiquement conformément à la Charte de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), après accord.

Les patients ont été informés des modalités et finalités de cette étude afin de faire valoir leur droit d'opposition.

De plus, les consentements de chaque patient et médecin ont été obtenus pour valider leur inclusion dans le protocole de l'étude.

Pour les patients :

- Un premier consentement oral était demandé lors du premier contact téléphonique ;

- Le second consentement, écrit, était quant à lui recueilli sur le site du CETD lors de la consultation avec l'algologue.

Pour les médecins :

-Le consentement écrit était envoyé conjointement au questionnaire. Si le médecin acceptait de participer, il renvoyait donc ses réponses au questionnaire ainsi que le consentement daté et signé.

Il était possible pour tous les patients et médecins de se retirer de l'étude à tout moment.

L'accord du comité d'éthique GNEDS (Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé) a été obtenu avant le début de l'inclusion des patients dans l'étude.

F-Répartition des tâches au sein du binôme

Cette thèse ayant été réalisée en binôme, il a fallu se répartir les tâches.

Les recherches bibliographiques ont majoritairement été réalisées et résumées par Coralie.

Les questionnaires ont été réalisés en partenariat.

La rédaction de l'introduction a été réalisée par Angèle et remaniée puis complétée par Coralie ; celle du paragraphe « Matériels et Méthodes » majoritairement par Coralie.

Les entretiens pré-tests ainsi que le recueil des données patients ont été réalisés par Angèle.

Le recueil des données médecins a été réalisé par Coralie.

Concernant l'analyse des données et la rédaction des résultats, Angèle a traité le versant médecin et Coralie le versant patient.

Une double lecture a été réalisée afin d'éviter des erreurs entre les étapes recueil/codage et analyse : celle qui recueillait et codait les données était relue par l'autre qui réalisait l'analyse dans un second temps. Ce principe a été réitéré pour la vérification des calculs.

La rédaction de la discussion et de la conclusion a été faite conjointement, tout comme la relecture et la mise en page.

IV-Résultats

A-Population étudiée

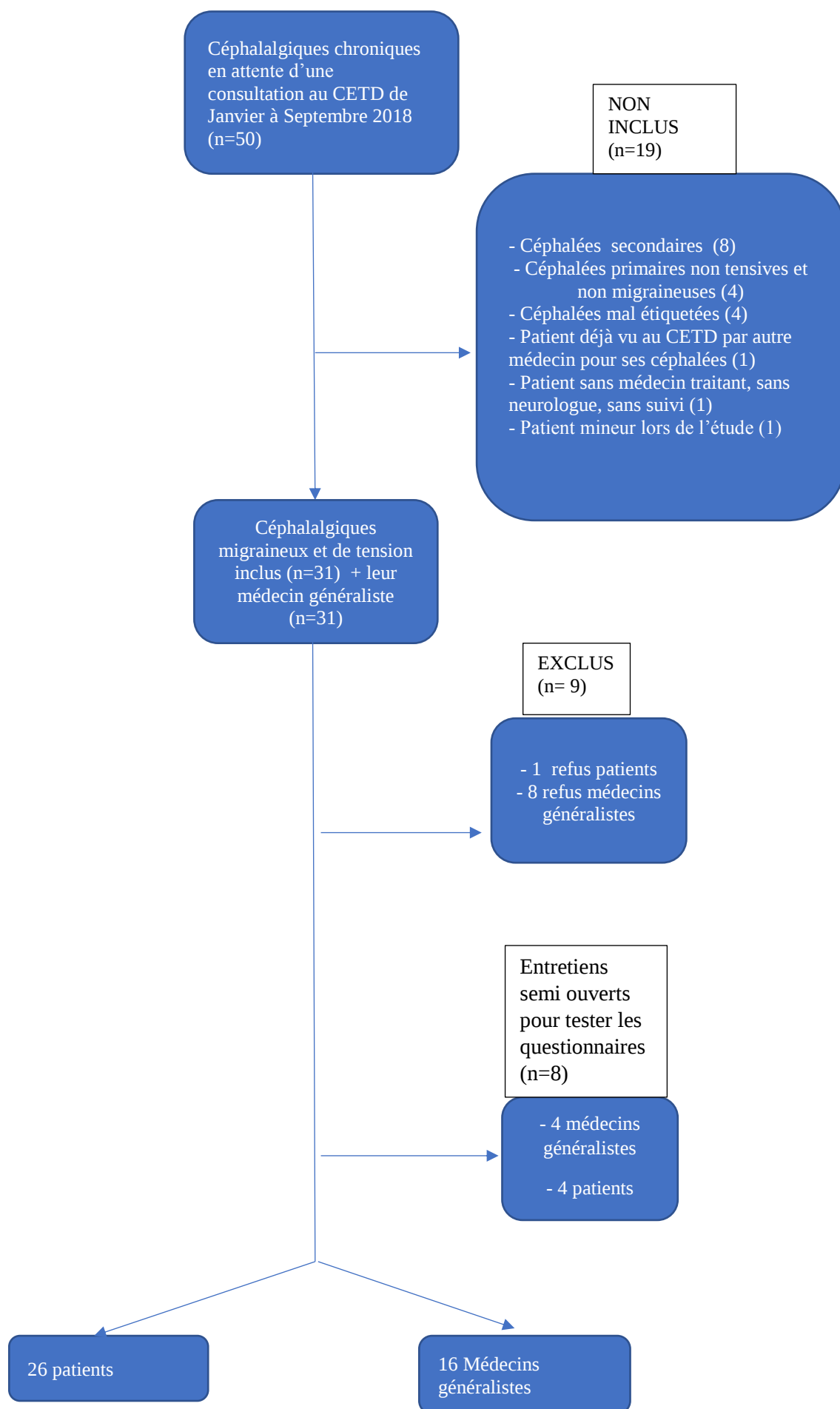
1) Diagramme de flux (Figure n°2)

Au cours des 8 mois de recueil de données, 50 dossiers de patients ont été récupérés au CETD entre janvier et septembre 2018.

Au total, 26 patients et 16 médecins généralistes ont été questionnés soit 16 binômes patients/médecins et 8 patients seuls.

Parmi les 8 MG ayant refusé de participer à cette étude :

- 2 d'entre eux ont évoqué le fait de leur départ en retraite proche et leur souhait de ne pas s'investir ou s'intéresser à ce sujet ;
- Plusieurs médecins ont parlé des nombreuses difficultés rencontrées lors de la prise en charge de leur patient céphalalgique et n'ont pas voulu réaborder le sujet ;
- Plusieurs médecins n'avaient pas le temps de répondre au questionnaire qu'ils trouvaient trop long, en plus de leur charge de travail habituelle.



2) Profil des populations de médecins et patients

a) Médecins

CARACTERISTIQUES		EFFECTIF, n	POURCENTAGE, %
Sexe	<i>Hommes</i>	6	37.5
	<i>Femmes</i>	10	62.5
Age (en années)	<i>25-30</i>	0	0.0
	<i>31-40</i>	9	56.3
	<i>41-50</i>	1	6.2
	<i>51-60</i>	4	25.0
	<i>61-70</i>	2	12.5
Département d'exercice	<i>44</i>	8	50.0
	<i>85</i>	3	18.9
	<i>49</i>	2	12.5
	<i>79</i>	1	6.2
	<i>78</i>	1	6.2
	<i>35</i>	1	6.2
Mode d'exercice	<i>MSP</i>	2	12.5
	<i>Cabinet de groupe</i>	11	68.7
	<i>Cabinet seul</i>	3	18.8
Milieu d'exercice	<i>Rural</i>	0	0.0
	<i>Semi rural</i>	9	56.2
	<i>Urbain</i>	7	43.8

Tableau n°3 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins inclus (n=16)

b) Patients

Caractéristiques sociodémographiques

La moyenne d'âge des patients inclus était de 42.3 ans pour les hommes et de 37.4 ans pour les femmes.

CARACTERISTIQUES		EFFECTIF, n	POURCENTAGE, %
Sexe	<i>Hommes</i>	11	42.0
	<i>Femmes</i>	15	58.0
IMC	<i>Maigreur</i>	2	7.7
	<i>Normal</i>	15	57.7
	<i>Surpoids</i>	6	23.1
	<i>Obésité grade I</i>	2	7.7
	<i>Obésité grade II</i>	1	3.8
Situation professionnelle	<i>Activité</i>	20	76.9
	<i>Chômage</i>	3	11.5
	<i>Arrêt maladie longue durée</i>	2	7.7
	<i>Invalidité</i>	1	3.9

Tableau n°4 : Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus (n=26)

Caractéristiques des céphalées

CARACTERISTIQUES		EFFECTIF, n	POURCENTAGE, %
Type de céphalée	<i>Migraines</i>	11	42.3
	<i>Céphalées de tension</i>	6	23.1
	<i>Céphalées mixtes</i>	9	34.6
Céphalées Chroniques Quotidiennes		22	84.6
Apparition d'emblée sous forme de CCQ		5	19.2
Abus médicamenteux		14	53.8
Molécules d'abus (n=17)	<i>Triptans</i>	7	41.2
	<i>AINS</i>	4	23.5
	<i>Paracétamol</i>	2	11.8
	<i>Opiacés</i>	4	23.5

Tableau n°5 : Caractéristiques des céphalées des patients inclus (n=26)

La prévalence des céphalées considérées comme réfractaires selon les critères émis par la Société Européenne des Céphalées en 2014 était de 3.8%, soit une patiente.

Cette patiente n'était pas en abus médicamenteux, présentait des migraines chroniques répondant aux critères de l'ICHD-II, n'avait pas trouvé de traitement de crise efficace ou bien toléré parmi les triptans, les AINS et les antalgiques de palier 1 et 2. Elle n'a pas eu de traitement de fond bien toléré ou efficace que ce soit l'Epitamax, l'Amitriptyline ou les Bétabloquants. Le retentissement sur sa vie est important avec un MIDAS stade IV. Elle ne présente aucune comorbidité psychiatrique ni facteur de risque de chronicisation connu.

Antécédents anxio-dépressifs

La moyenne du score HAD d'anxiété était de 8/21

La moyenne du score HAD de dépression était de 6.3/21

RESULTATS ECHELLE HAD	EFFECTIF, n	POURCENTAGE, %
Symptomatologie anxieuse seule confirmée	4	16.0
Symptomatologie dépressive seule confirmée	2	8.0
Symptomatologie anxio – dépressive confirmée	2	8.0

Tableau n°6 : Résultats du score de l'échelle HAD des patients (n=25)

	EFFECTIF, n	POURCENTAGE de patients consommateurs, %
Anxiolytiques	5	19.2
Antidépresseurs à dose antidépressive	3	11.5
Antidépresseurs à dose non antidépressive	11	42.3
Hypnotiques	0	0.0

Tableau n°7 : Consommations d'anxiolytiques, antidépresseurs et somnifères des patients (n=26)

- 10 patients étaient sous antidépresseurs tricycliques (Amitriptyline) dont 9 à doses non antidépressives (de 5 à 50 mg par jour en fonction des patients) et 1 seul à dose antidépressive (150 mg par jour).

- 2 patients étaient sous Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS), (Escitalopram)

- 2 patients étaient sous Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa), (Duloxétine à 30 mg par jour et Venlafaxine à 37,5 mg par jour, à visée antalgique, comme traitement de fond des céphalées).

Parmi les 3 patients sous antidépresseurs à visée antidépressive, seul un obtenait un score HAD en rapport avec une symptomatologie dépressive confirmée.

Parmi les 5 patients consommant des anxiolytiques, seul un obtenait un score HAD évocateur d'une symptomatologie anxieuse confirmée.

Antécédents familiaux

Parmi les 20 patients présentant des céphalées migraineuses et mixtes, 10 avaient des antécédents familiaux de migraine.

Consommations et comportements à risque

-Consommation médicamenteuse et non médicamenteuse en rapport avec les céphalées

20 patients sur 26 (76.9 %) estimaient qu'ils consommaient trop de médicaments.

En se référant à nos données chiffrées, parmi ces 20 patients, 13 étaient en abus médicamenteux avéré.

Une patiente était en abus avec 3 molécules de crise différentes (AINS, triptans et opioïdes). Un patient l'était avec deux molécules de crise (Paracétamol et AINS). Les autres patients étaient mono-abuseurs.

Un seul patient étant en abus avéré ne trouvait pas qu'il consommait trop de médicaments.

Parmi les 14 patients en abus médicamenteux avéré, 8 disaient ne jamais avoir été alerté par un professionnel de santé (médecin généraliste, neurologue, pharmacien...).

En cas de non-efficacité ressentie du traitement de crise de 1^{ère} intention, 69.2% des patients (n=18) avaient l'habitude de s'automédiquer et/ou d'utiliser des médicaments ou substances non adaptés pour les céphalées.

USAGE	SUBSTANCES ET MOLECULES	EFFECTIF, n	POURCENTAGE, de patients (n=26) utilisant la substance, %
Mésusage	Anxiolytiques	4	15.4
	Opioides faibles	5	19.2
	Méthylphénidate	1	3.8
	Tabac	1	3.8
	Alcool	1	3.8
	Cannabis	3	11.5
Automédication	Antalgiques/AINS en vente libre	13	50.0
	Homéopathie	3	11.5
	Phytothérapie	5	19.2
	Huiles essentielles	10	38.5

Tableau n°8 : Récapitulatif des molécules d'automédication et du mésusage prises en cas d'échec du traitement de crise prescrit (n=46)

-Consommation non médicamenteuse / médicamenteuse et comportements perçus excessifs sans rapport avec les céphalées

11 patients sur 26 estimaient avoir une consommation excessive de substances à risque addictif, médicamenteuses ou non, sans rapport avec leur céphalée, soit 42% des patients de l'étude.

Parmi ces 11 patients, 6 étaient également en abus médicamenteux avéré de traitement de crise, soit 54.5%

7 patients sur 26 pensaient avoir/avoir eu des comportements excessifs vis-à-vis de certaines pratiques (12% actuellement ; 15% uniquement passé) à risque addictif.

Parmi ces 7 patients, 5 étaient en abus médicamenteux avéré de traitement de crise et 5 trouvaient qu'ils avaient une consommation excessive de substances à risque addictif.

La notion d'abus/d'excès par rapport aux substances consommées et aux comportements pratiqués était relative au ressenti du patient lors de l'entretien téléphonique. Ces données n'étaient évaluées de manière quantitative que lors de la consultation au CETD.

SUBSTANCES ET COMPORTEMENTS	EFFECTIF, n	POURCENTAGE de patients concernés, % (n=26)
Tabac	4	15.4
Alcool	1	3.8
Caféine	5	19.2
Sucreries	3	11.5
Anxiolytiques	2	7.7
Sport	3	11.5
Anorexie/ Boulimie	4	15.4
Jeux	1	3.8

Tableau n°9 : Substances consommées et comportements à risque addictif pratiqués de manière abusive selon les patients (n=23)

25% (n= 4) des MG savaient que leur patient avait une consommation de substances à risque addictif.

Aucun médecin n'avait connaissance que son patient avait ou avait eu des comportements excessifs à risque.

Au total : 3 patients cumulaient l'abus médicamenteux de traitement de crise, la consommation à risque de substances à risque addictif et les comportements excessifs/addictifs vis-à-vis de certaines pratiques.

Ces 3 patients présentaient des CCQ mixtes et avaient moins de 35 ans.

B-Parcours de soins des patients

1) 1^{er} contact médical et ressenti

Dans 62% des cas (n=16), le délai de consultation se situait entre 0 et 6 mois après le début des premiers symptômes de céphalées. (Figure n°3)

15% des patients (n=4) ont attendu plus de 15 ans, avant de consulter un médecin pour leurs céphalées.

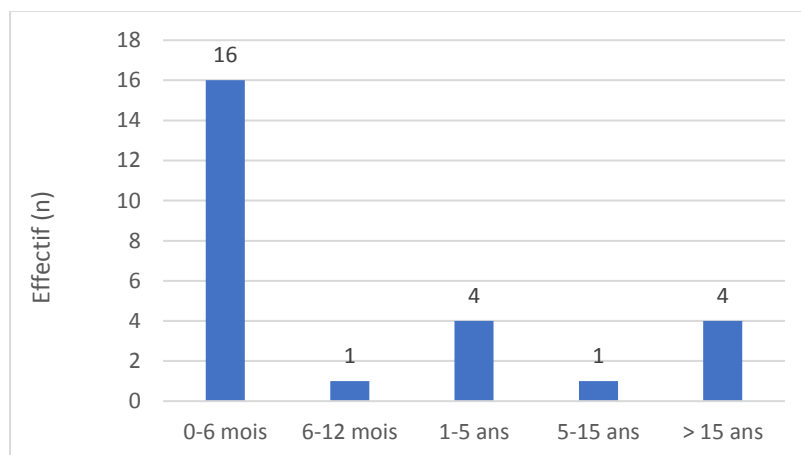


Figure n°3 : Délai pour la 1^{ère} consultation concernant les céphalées (n=26)

Pour 57,7% des patients l'aggravation est apparue plus de 5 ans après les premiers symptômes.

En ce qui concerne le ressenti global de la prise en charge des patients, 84,6% (n=22) d'entre eux étaient moyennement satisfaits, voire insatisfaits. Les sous parties explorées concernaient la satisfaction vis-à-vis des explications reçues sur la pathologie, des explications reçues sur la thérapeutique et vis-à-vis du suivi, de l'écoute et du soutien reçus au cours de la prise en charge.

L'insatisfaction venait surtout du fait de ne pas avoir de solution thérapeutique efficace, de ne pas savoir pourquoi leurs céphalées s'étaient chronicisées ni comment agir dessus.

Les notions d'errance thérapeutique et de soignants démunis (neurologues et médecins généralistes) revenaient régulièrement dans les propos des patients.

2) Thérapeutiques utilisées

96% (n=25) des patients interrogés disaient connaître la différence entre un traitement de crise et un traitement de fond. Un seul patient était incapable d'en donner une définition exacte.

a) Traitements de crise

Molécules utilisées

PATIENTS MIGRAINEUX (n=11)	PATIENTS CEPHALALGIQUES DE TENSION (n=6)	PATIENTS CEPHALALGIQUES MIXTES (n=9)
Triptans : 91% (n=10)	Paracétamol : 67% (n=4)	Triptans : 56% (n=5)
AINS : 9% (n=1)	Benzodiazépines : 17% (n=1)	AINS : 33% (n=3)
Tramadol : 9% (n=1)	Aucun : 17% (n=1)	Lamaline : 11% (n=1)

Tableau n°10 : Traitements de crise utilisés en 1^{ère} intention par les patients en fonction de leur type de céphalées (n=26)

En 1^{ère} intention, les patients migraineux et céphalalgiques mixtes utilisaient prioritairement les triptans suivis des AINS.

Les céphalalgiques de tension utilisaient le Paracétamol.

3 patients sur 26 utilisaient des traitements de crise non adaptés, quel que soit leur type de céphalées : Paracétamol + poudre d'opium, Benzodiazépines ou Tramadol.

Un patient n'utilisait aucun traitement de crise.

En 2^{nde} intention pour gérer leur crise, 4 autres patients utilisaient des molécules non adaptées : ils utilisaient tous du Tramadol, un patient utilisait également de la Codéine et un autre du Méthylphénidate.

Modalités de prise

→ *En fonction du début de la crise*

- 56% (n=14) des patients, lorsqu'ils prenaient un traitement de crise, le faisaient dès le début de la crise douloureuse.

- 16% (n=4) des patients le prenaient après avoir attendu une heure, en espérant que la crise se soit amendée seule d'ici là.

→En fonction des jours et des circonstances :

50% (n=13) des patients prenaient leur traitement de façon aléatoire :

- Soit parce que les crises survenaient la nuit et ils ne savaient pas quand cette dernière avait débuté (2 patients) ;
- Soit parce qu'il existait un fond douloureux permanent les empêchant d'identifier clairement les crises (3 patients) ;
- Soit par peur des effets secondaires (que ceux-ci ne gênent l'activité professionnelle notamment) (7 patients) ;
- Soit par peur de l'abus médicamenteux (la prise était donc en fonction de nombre de traitement de crise déjà pris au cours de la semaine) (2 patients).

→En l'absence de crise

40 % des patients (n=10) reconnaissaient utiliser parfois voire souvent des traitements de crise de façon anticipée, avant que la douleur ne soit là, afin d'empêcher une crise de se déclarer à un moment important.

Efficacité

12 patients sur 25, soit 48%, trouvaient que leur traitement de crise actuel avait une bonne efficacité.

Ces patients étaient tous migraineux ou mixtes. 11 étaient sous triptans et un seul sous AINS.

Sur ces 12 patients, 5 étaient en abus avec leur traitement de crise principal et 2 l'étaient avec une autre molécule que leur traitement de crise principal.

Pour 16 patients, soit 64%, la définition d'un traitement de crise efficace était un traitement qui supprime la douleur, y compris dans les 30 minutes ou sans effets secondaires à la prise de ce traitement (Figure n°4).

Un patient n'a pas été capable de donner de définition et un autre a défini cela comme le simple fait de ne pas avoir à en prendre.

Aucun patient n'a su donner la définition exacte d'un traitement de crise efficace qui regroupe plusieurs notions.

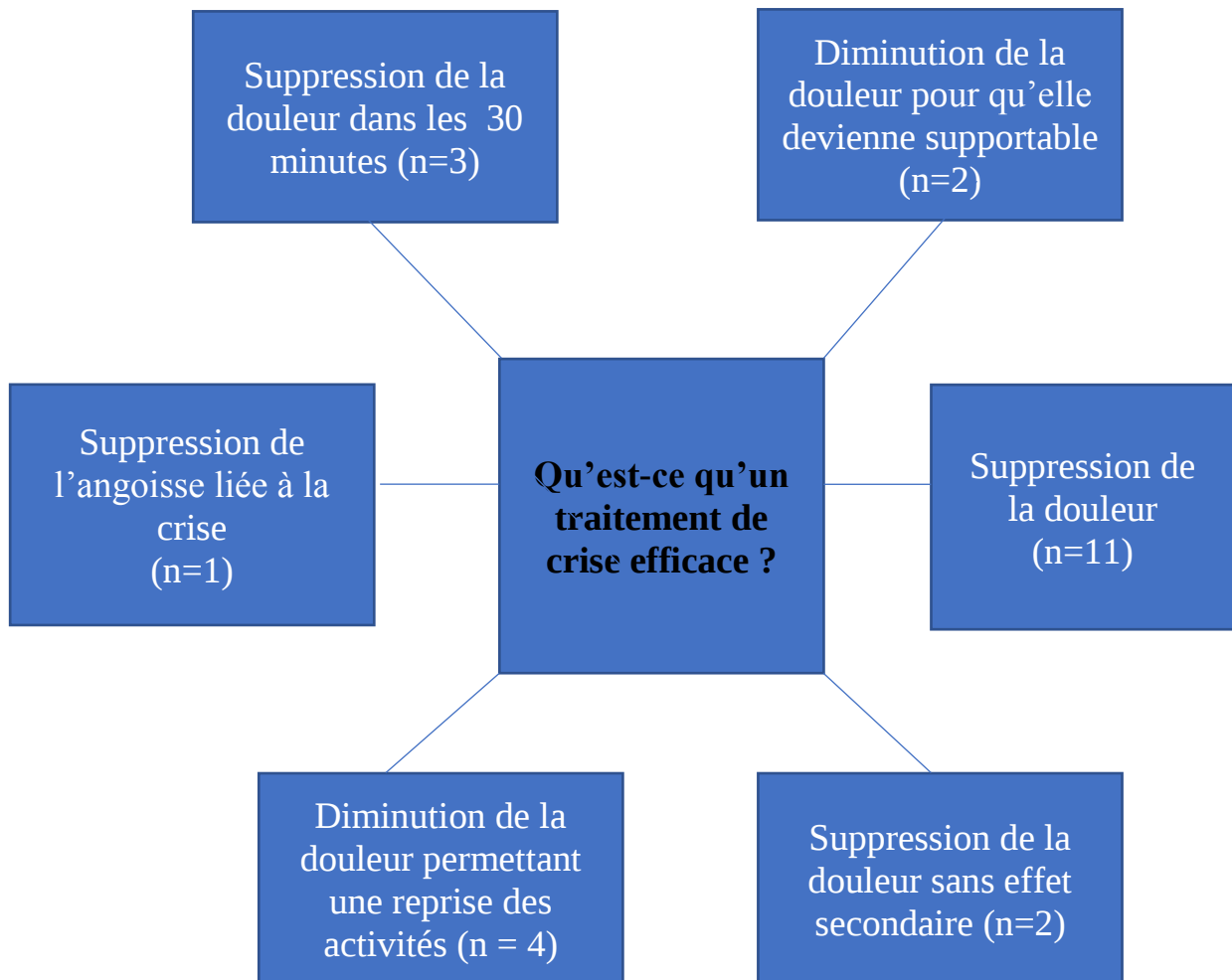


Figure n°4 : Propositions de réponse des patients à la question « Qu'est-ce qu'un traitement de crise efficace ? » (n=25)

Causes d'échec du traitement de crise selon les MG

CAUSES	EFFECTIF, n	POURCENTAGE par rapport aux autres causes, %	POURCENTAGE de médecins ayant proposé cette cause, %
Mauvais délai de prise du médicament	11	26.2	68.7
Automédication avec une molécule non adaptée pour les céphalées	9	21.4	56.2
Réelle inefficacité de la molécule	9	21.4	56.2
Signes de mauvaise tolérance du traitement	6	14.3	37.5
Doses insuffisantes	3	7.1	18.8
Confusion traitement de crise / traitement de fond	2	4.8	12.5
Persistance de l'exposition à un facteur de risque modifiable	2	4.8	12.5

Tableau n°11 : Causes les plus fréquemment retrouvées par les MG pouvant expliquer l'échec du traitement de crise (n=42)

b) Traitements de fond pris par les patients

Molécules utilisées

26.9% (n=7) des patients n'avaient aucun traitement de fond : 4 migraineux (dont un considéré comme ayant des céphalées réfractaires), 2 mixtes et 1 céphalalgique de tension.

Ces 4 patients migraineux avaient essayé en moyenne 3 molécules de fond adaptées avant de ne plus en prendre.

Les 2 patients mixtes avaient essayé une molécule de fond (Amitriptyline) avant de ne plus en prendre.

Le patient céphalalgique de tension en avait essayé 2 (Amitriptyline et Lévétiracetam) avant de ne plus en prendre.

Les différents traitements avaient été arrêtés à cause d'effets secondaires invalidants ou d'une réelle inefficacité de la molécule (parfois n'ayant pu être donnée à doses efficaces en raison de problèmes de tolérance).

4 patients étaient sous bithérapie.

2 patients ont déclaré comme étant leur traitement de fond des molécules non adaptées pour les céphalées : un patient sous Clonazépam (prescrit par le neurologue pour les céphalées) et un patient sous Escitalopram, (prescrit pour la dépression et non les céphalées).

TRAITEMENTS		EFFECTIF, n	POURCENTAGE, %
Adaptés	Bétabloquants *	4	22.5
	Topiramate *	1	5.5
	Amitriptyline	9	50
	Flunarizine *	1	5.5
	Oxétorone *	1	5.5
	Duloxétine	1	5.5
Non adaptés	Clonazépam	1	5.5

Tableau n°12 : Traitements de fond actuels des patients céphalalgiques migraineux et mixtes (n=18)

* = ayant l'AMM pour la migraine

TRAITEMENTS		EFFECTIF, n
Adaptés	Amitriptyline	1
	Gabapentine	1
Non adaptés	Topiramate	2

Tableau n°13 : Traitements de fond actuels des patients céphalalgiques de tension (n=4)

Modalités de prise

15% des patients (n=4) ne prenaient pas leur traitement de fond de façon quotidienne.

Plusieurs raisons ont été citées par les patients :

- l'oubli (un patient) ;
- les effets indésirables que cela a engendré (un patient) ;
- la peur de devenir dépendant (un patient) ;
- l'inefficacité du traitement (2 patients) ;
- le souhait de s'en passer (un patient).

Causes d'échec du traitement de fond selon les MG

CAUSES	EFFECTIF, n	POURCENTAGE, par rapport aux autres causes %	POURCENTAGE de médecins affirmant cette cause, %
Apparition d'effets secondaires invalidants	11	35.6	73.3
Durée insuffisante pour évaluer l'efficacité	6	19.3	40.0
Réelle inefficacité de la molécule	6	19.3	40.0
Défaut d'utilisation	5	16.1	33.3
Posologie trop basse	3	9.7	20.0

Tableau n°14 : Causes les plus fréquemment retrouvées par les MG en cas d'échec du traitement de fond (n=31)

c) Automédication

19 patients sur 26 reconnaissaient avoir eu recours à l'automédication actuellement, ou par le passé (respectivement 42%, n=11 et 31%, n=8).

Les raisons de l'automédication du point de vue des patients

EXPLICATIONS	EFFECTIF, n	POURCENTAGE, %
Technique personnelle de gestion de la crise	13	48.2
Pas d'intérêt d'aller en consultation pour des médicaments en vente libre	7	25.9
Limitations des prescriptions par le MG	3	11.1
Insatisfaction de la prise en charge des médecins	2	7.4
Manque de temps pour consulter le MG	1	3.7
Recherche d'autres effets que le seul soulagement de la douleur	1	3.7

Tableau n°15 : Explications données par les patients pour le recours à l'automédication (n=27)

Information du soignant référent

11 des 19 patients ayant eu recours à l'automédication, assuraient en avoir informé leur MG.

Les raisons pour lesquelles 8 patients n'avaient pas informé leur MG de leur automédication étaient :

- la croyance en l'absence de conséquences sur leur santé (5 patients) ;
- la croyance en l'absence d'intérêt du MG pour cette automédication (3 patients) ;
- l'absence de rendez-vous avec leur MG (2 patients) ;
- l'envie de tester de nouveaux traitements seul (1 patient) ;
- l'oubli (1 patient).

Point de vue des médecins généralistes

68.8% des médecins (n=11) savaient que leurs patients s'automédiquaient.

Sur les 11 médecins qui savaient que leurs patients s'automédiquaient, 9 l'ont su en posant directement la question à leur patient.

EXPLICATIONS	EFFECTIF, n
Patient insuffisamment soulagé par le traitement de crise prescrit	4
Désir d'être actif sur sa santé	3
Appréhension de la douleur	2
Effets secondaires du traitement de crise ne permettant pas une vie professionnelle	1
Manque d'information sur les conséquences possibles de l'automédication	1
Conseils de l'entourage	1

Tableau n°16 : Explications données par les médecins justifiant le recours à l'automédication des patients (n=12)

3) Retentissement

88% des patients interrogés considéraient leurs céphalées comme une réelle maladie (n=23).

12% (n=3) ne considéraient pas cela comme une maladie :

- un patient trouvait que ses céphalées n'étaient pas suffisamment graves pour parler de maladie ;

- les autres ressentait cela plutôt comme un handicap, dans le sens où ils estimaient qu'il n'y avait pas de diagnostic clair ou de réel traitement.

a) Echelles d'évaluation

L'échelle MIDAS

66.7% patients (n=16) étaient classés dans la catégorie IV avec un score supérieur ou égal à 21 sur 90, signifiant une importante perte de productivité dans les domaines professionnel, domestique et social.

La moyenne des scores obtenus à :

- **L'échelle EQ 5D** était de 8/15 (n=23)
- **L'échelle de santé** était de 55.5/100 (n=24)
- **Le score d'impact HIT** était de 68.24/78 (n=25)

b) Fréquence de consommation de soins

38.5% (n=10) des patients sont allés aux urgences et 15.4% (n=4) ont été hospitalisés au cours des 3 derniers mois pour leurs céphalées.

Un seul patient n'a pas consulté de médecins pour ses céphalées dans les 3 derniers mois.

La patiente ayant le plus consulté pour ses céphalées sur les trois derniers mois rapportait 20 consultations.

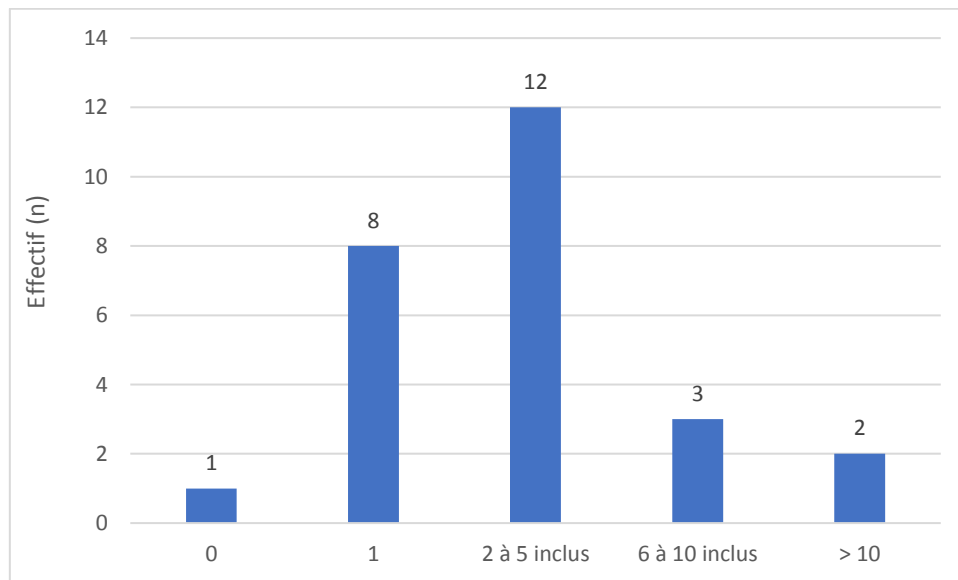


Figure n°5 : Nombre de consultations des patients en rapport avec leurs céphalées sur les 3 derniers mois (n=26)

C-Pratiques des soignants

1) Habitudes de prescription

a) Traitement de crise

TRAITEMENTS de CRISE		EFFECTIF, n	POURCENTAGE, %
Recommandés	AINS	16	32.0
	Triptans	13	26.0
	Paracétamol	13	26.0
	Aspirine	1	2.0
Non recommandés	Opioïdes faibles *	7	14.0

Tableau n°17 : Traitements de crise prescrits par les MG (n=50)

* (3 Tramadol, 2 Paracétamol+ opium, 2 Codéine)

Evaluation du traitement de crise

3/4 des médecins utilisaient les 4 questions rapides types d'évaluation du traitement de crise.

« Etes-vous soulagé 1 à 2h après la prise du traitement ? Utilisez-vous une seule prise de ce médicament dans la journée ? Ce traitement est-il efficace sur au moins 2 crises par mois ? Ce traitement est-il bien toléré ? ».

b) Traitement de fond

Critères d'instauration

CRITERES	EFFECTIF, n	POURCENTAGE de médecins (n=16) utilisant ce critère, %
Surconsommation du traitement de crise	12	80.0
Lourd retentissement social, professionnel ou familial	13	81.3
>4 prises par mois	10	62.5
>2 crises par mois	3	20.0
Céphalées résistantes aux traitements de crise correctement pris	9	56.3
Type de céphalée *	5	33.3
Demande du patient	3	20.0

Tableau n°18 : Critères d'instauration d'un traitement de fond par les MG (n=55)

* en fonction de l'existence d'une symptomatologie de migraine, céphalées de tension et/ou CCQ

Molécules utilisées

Un médecin ne prescrivait jamais de traitement de fond, ne se sentant pas suffisamment à l'aise avec les thérapeutiques de fond des céphalées chroniques.

TRAITEMENTS de la migraine	EFFECTIF, n	POURCENTAGE, %
Efficacité démontrée	Bétabloquants (Propranolol* et Métoprolol*)	14
	Topiramate *	1
Efficacité probable	Amitriptyline	4
	Pizotifène *	3
Efficacité douteuse / Non recommandés	Dihydroergotamine	1
	Gabapentine	1
	Duloxétine	1

Tableau n°19 : Traitements de fond les plus prescrits pour les migraines par les MG (n=25)

* = Traitements ayant l'AMM dans le traitement de fond de la migraine

Sur 16 médecins interrogés, 7 n'utilisaient jamais de traitement de fond en cas de céphalées de tension, soit 43.8%.

TRAITEMENTS des céphalées de tension		EFFECTIF, n	POURCENTAGE, %
Adaptés	Amitriptyline	4	28.6
	Gabapentine	1	7.1
	Duloxétine	1	7.1
	Venlafaxine	2	14.3
Non adaptés	Bétabloquants	6	42.9

Tableau n°20 : Traitements de fond les plus prescrits pour les céphalées de tension par les MG (n=14)

NB : aucun traitement de fond n'a l'AMM pour les céphalées de tension

2) Suivi et évaluation du retentissement

a) Suivi

Suivi lors de l'instauration d'un traitement de fond

75% des MG (n=12) réévaluaient leur patient régulièrement lors de l'instauration du traitement de fond jusqu'à ce qu'ils trouvent un traitement adapté.

75% des médecins (n=12) déclaraient parvenir à respecter le délai de 3 mois avant de conclure à l'inefficacité d'une molécule.

Les causes retrouvées expliquant l'impossibilité d'attendre ce délai étaient la présence d'effets secondaires trop invalidants et l'insistance des patients pour changer le traitement avant la fin des 3 mois.

Les patients disaient avoir bénéficié d'un suivi rapproché lors de l'instauration de leur traitement de fond par le neurologue ou le médecin généraliste dans 62% des cas (n=16). Les rendez-vous étaient uniquement à leur demande dans 38% des cas (n=10).

Utilisation de l'agenda de crises

25 patients sur les 26 inclus (96%) reconnaissent avoir déjà rempli un agenda de crise.

68.8% des MG (n=11) disaient utiliser parfois un agenda de crise ; 12.5% (n=2) reconnaissaient ne jamais en utiliser.

50% distribuaient un agenda de crises sur 3 mois pour le suivi du traitement de fond.

Consultations dédiées aux céphalées

Sur 16 médecins, 9 réalisaient des consultations spécifiquement dédiées aux céphalées de leur patient. Parmi ces 9 médecins, 100% réalisaient une consultation au moins une fois par an.

De leur côté, 24 patients sur 26, soit 92%, reconnaissaient avoir eu au moins une consultation spécifiquement dédiée à leurs céphalées.

Prise d'avis par les MG

Les médecins généralistes lorsqu'ils sollicitaient l'avis d'un confrère, sollicitaient avant tout les neurologues (100%).

40% des MG sollicitaient un algologue.

Un médecin généraliste sollicitait également un confrère MG.

b) Evaluation du retentissement

Tous les médecins interrogés évaluaient le retentissement des céphalées de leurs patients en les questionnant directement ; un quart se servait également des informations des agendas de crises lorsque ces derniers en contenaient. Un seul médecin se servait des échelles de retentissement connues.

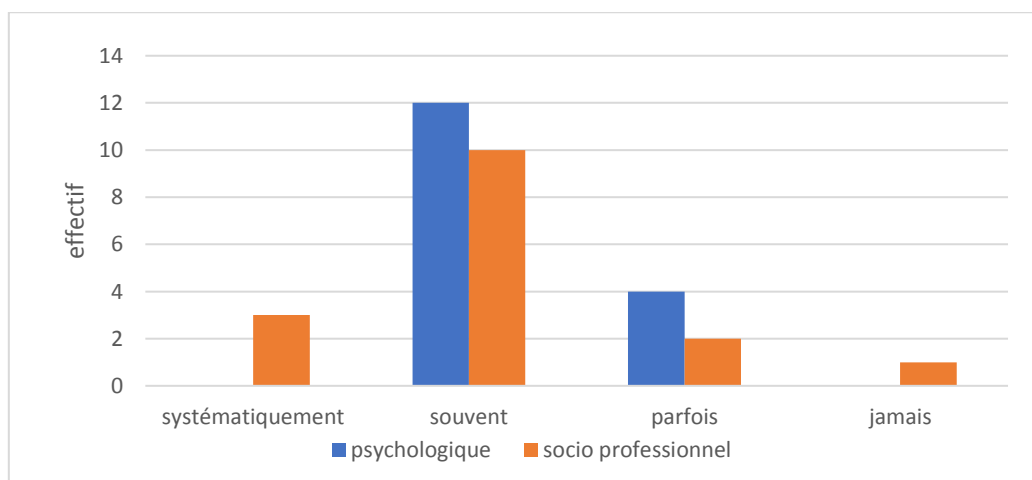


Figure n°6 : Evaluation du retentissement psychologique et socio professionnel des patients par les MG (n=16)

D-Prévention de la chronicisation

1) FDR de chronicisation

a) Connaissance des FDR de chronicisation

Point de vue des patients

23% des patients (n=6) connaissaient des FDR de chronicisation des céphalées. Ils nommaient :

- la surconsommation ou le mésusage médicamenteux (4 patients) ;
- les évènements de vie stressants, l'anxiété ou la dépression (2 patients) ;
- les troubles du sommeil (1 patient).

11,5% des patients (n=3) déclaraient que l'aggravation de leurs céphalées correspondait à une période de vie marquée par un évènement pénible.

FDR DE CHRONICISATION	EFFECTIF, n	POURCENTAGE des patients (n=26) se sentant concernés par ce FDR, %
Evènements de vie stressants / Anxiété / Dépression	17	65.4
Surconsommation / Mésusage médicamenteux	9	34.6
Troubles du sommeil	7	26.9
Surpoids / Obésité	5	19.2
Troubles musculosquelettiques	5	19.2
Abus de substances	2	7.7

Tableau n°21 : FDR de chronicisation (n=45) par lesquels se sentent concernés les patients

Point de vue des médecins généralistes

FDR DE CHRONICISATION	EFFECTIF, n	POURCENTAGE des MG (n=16) connaissant ce FDR, %
Anxiété / Dépression	15	93.7
Surconsommation / Mésusage médicamenteux	15	93.7
Evènements biographiques stressants	10	62.5
Surconsommation de caféine	9	56.2
Ronflements / Apnées du sommeil	9	56.2
Tabagisme	5	31.2
Troubles musculosquelettiques	4	25.0
Surpoids / Obésité	3	18.7

Tableau n°22 : FDR de chronicisation connus (n=70) des MG

b) Moyens de lutte contre les FDR de chronicisation

Moyens mis en place par les patients

92% des patients (n=24) ont mis en place des moyens pour lutter contre les FDR de chronicisation (Tableau n°23).

NIVEAU de PREUVE	MOYENS mis en place		EFFECTIF, n	POURCENTAGE de patients (n=24) ayant utilisés cette méthode, %
Niveau de preuve fort	Kinésithérapie		16	66.7
	Psychothérapies		10	41.7
	Règles hygiéno-diététiques	Régime alimentaire	6	25.0
		Activités physiques et sportives	6	25.0
	Sevrage	Médicamenteux	3	12.5
		Alcoolique	1	4.2
		Tabagique	1	4.2
	Relaxation		18	75.0
Niveau de preuve faible ou non évalué	Systèmes axés sur le corps et la manipulation	Ostéopathie, chiropraxie	21	87.5
	Approches corps/esprit	Hypnose	6	25.0
	Approches énergétiques	Energéticien	6	25.0
	Systèmes médicaux parallèles	Acupuncture, auriculothérapie	17	70.8
	Cures thermales		1	4.2
	Cryothérapie		1	4.2
	Consultation auprès des autres spécialistes	Dentiste/ maxillo-facial	3	12.5
		Ophtalmologiste	2	8.3
		Neuro chirurgien	1	4.2
	Arrêt de travail		1	4.2
	Infiltrations cervicales		6	25.0
	Simulations électriques		4	16.7

Tableau n°23 : Moyens de lutte contre les FDR de chronicisation (n=130) mis en place par les patients (n=24)

Thérapeutiques non médicamenteuses proposées par les MG

87.5% des MG (n=14) proposaient une prise en charge non médicamenteuse des FDR de chronicisation.

NIVEAU de PREUVE	THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES		EFFECTIF, n	POURCENTAGE de prescription par les MG (n=14), %
Niveau de preuve élevé	Kinésithérapie		3	23.1
	Psychothérapie		13	92.8
	Règles hygiéno-diététiques	Régime alimentaire	4	30.8
		Activités physiques et sportives	1	7.7
	Sevrage médicamenteux		5	35.7
	Relaxation		12	87.5
Niveau de preuve faible ou non évalué	Systèmes médicaux parallèles	Acupuncture	4	28.6
	Systèmes axés sur le corps et la manipulation	Ostéopathie	5	37.5
	Arrêt de travail / Changement de poste de travail		2	15.4

Tableau n°24 : Thérapeutiques non médicamenteuses proposées par les MG (n=14) pour prendre en charge les facteurs de chronicisation (n=49)

2) Prévention de la chronicisation

a) Formation des médecins

75% des médecins estimaient ne pas avoir été formés à dépister et prendre en charge les céphalées chroniques (n=12).

La moitié des médecins déclarant avoir été formés à la prise en charge des céphalées chroniques l'ont été lors de FMC et non au cours de leurs études médicales.

b) Sensibilisation aux risques de chronicisation et d'abus

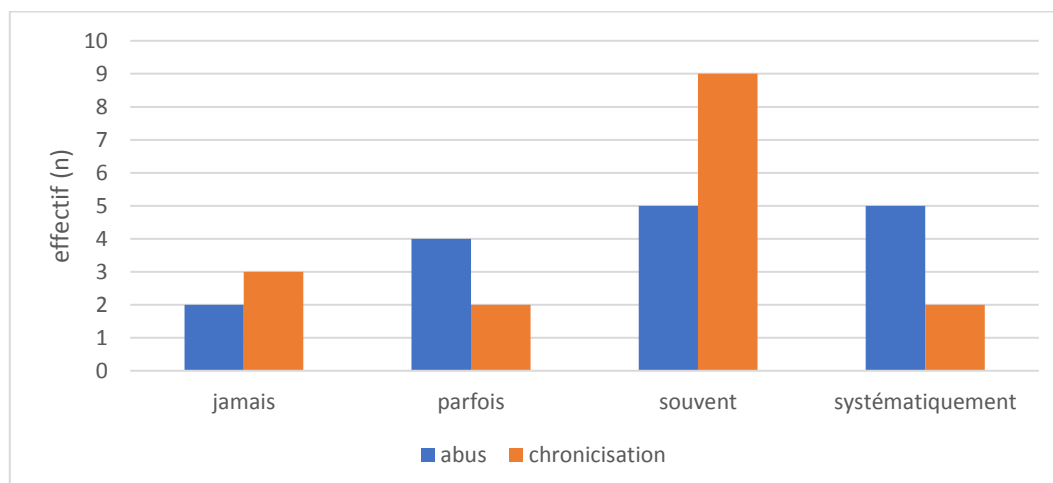


Figure n°7 : Sensibilisation des patients au risque d'abus médicamenteux et de chronicisation des céphalées par les MG (n=16)

65% des patients avaient connaissance du concept des CCQ (n=17).

Les médecins et Internet étaient les sources les plus citées par les patients (respectivement n=10 et n=8).

E-Difficultés pour la prise en charge

1) Pour les médecins

ETAPE LA PLUS COMPLIQUEE dans la gestion du traitement de crise	EFFECTIF, n	POURCENTAGE des MG (n=16) se sentant concernés, %
Trouver la molécule adaptée	10	62.5
Identifier et éduquer les patients sur les facteurs déclenchants	5	33.3
Eduquer le patient à la gestion de la crise	3	20.0
Evaluer l'efficacité et la tolérance du traitement	2	13.3

Tableau n°25 : Etapes les plus compliquées pour les MG dans la gestion du traitement de crise (n=20)

ETAPE LA PLUS COMPLIQUEE dans la gestion du traitement de fond	EFFECTIF, n	POURCENTAGE des MG (n=16) se sentant concernés, %
Le choix de la molécule	8	50.0
La période d'ajustement thérapeutique	5	33.3
Repérer les indications de traitements	4	26.7
L'éducation du patient sur les modalités thérapeutiques	1	6.7
La gestion des effets secondaires des traitements	1	6.7

Tableau n°26 : Etapes les plus compliquées pour les MG dans la gestion du traitement de fond (n=19)

ETAPES	EFFECTIF, n	POURCENTAGE par rapport aux autres étapes, %	POURCENTAGE de médecins (n=16) ayant répondu cette étape, %
Instauration, adaptation et suivi du traitement de fond	12	26.7	75.0
Dépistage des CCQ et/ ou de l'abus médicamenteux	9	20.0	56.3
Accès aux spécialistes pour avis et prise en charge spécifique	8	17.8	50.0
Prise en charge des facteurs de chronicisation	8	17.8	50.0
Diagnostic de la céphalée	3	6.7	18.7
Education du patient	3	6.7	18.7
Instauration, adaptation et suivi du traitement de crise	2	4.3	12.5

Tableau n°27 : Etapes les plus difficiles de la prise en charge globale des céphalalgiques chroniques selon les MG (n=45)

75% de médecins généralistes (n=12) estimaient qu'il y avait des obstacles à la prise en charge des céphalées chroniques en médecine générale.

OBSTACLES	EFFECTIFS, n	POURCENTAGE, %	POURCENTAGE de médecins (n=12) ayant répondu cet obstacle, %
Manque d'appui des neurologues et algologues pour des problématiques en cours de suivi	8	34.8	66.7
Nécessité d'une multidisciplinarité difficile à mettre en place	6	26.1	50.0
Le manque de temps (consultations très chronophages)	5	21.7	41.7
Dépister et limiter l'automédication	3	13.1	25.0
Manque de formation des MG	1	4.3	8.3

Tableau n°28 : Principaux obstacles à la prise en charge des céphalalgiques chroniques en médecine générale (n=23)

2) Pour les patients

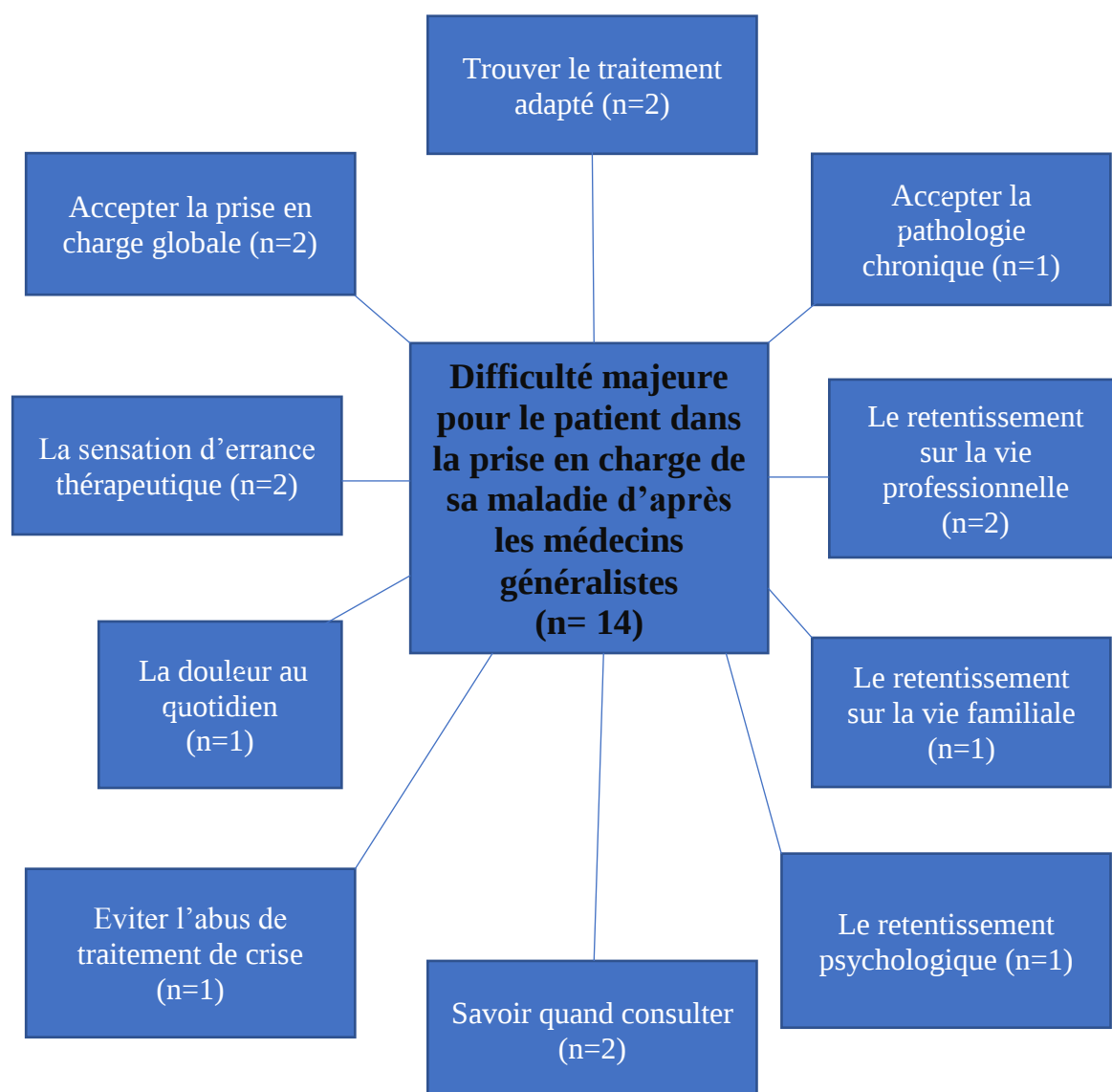


Figure n°8 : Propositions de réponses des médecins généralistes concernant la difficulté majeure du patient céphalalgique au cours de la prise en charge de sa maladie (n=14)

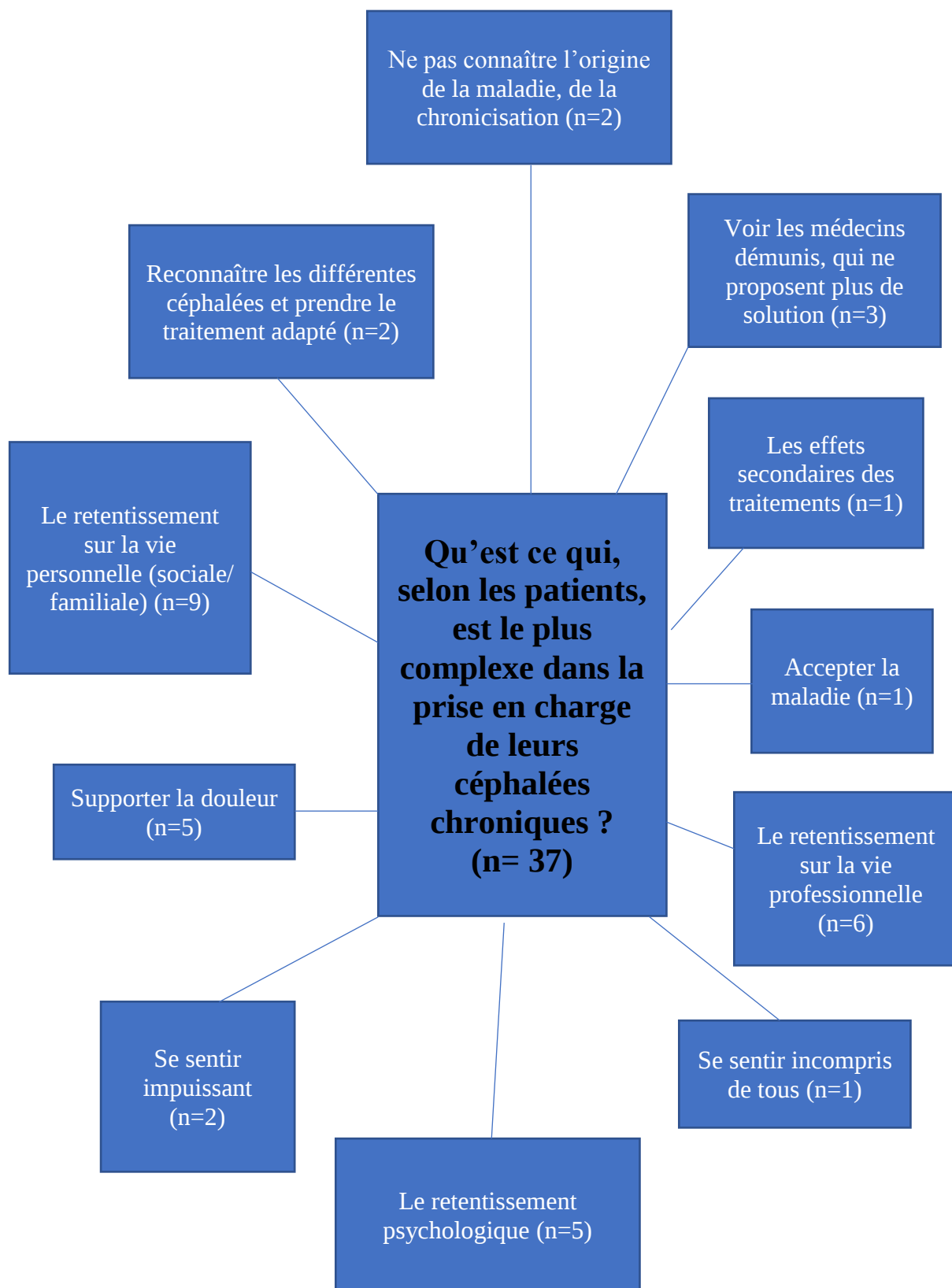


Figure n°9 : Difficulté majeure ressentie par les patients au cours de leur prise en charge (n=37)

Pour les patients, le retentissement de leurs céphalées sur leur vie professionnelle, personnelle ainsi que sur leur état psychique était ce qu'il y avait de plus complexe à gérer. Cela représentait 54% des réponses obtenues (n=20) (Figure n°9).

Les réponses des médecins généralistes plaçaient également en tête des difficultés pour le patient le retentissement des céphalées sur leur vie avec 28,5% des réponses (n=4) (Figure n°8).

3) Perspectives avec le CETD

a) Motif de demande de rendez-vous au CETD

Vision des médecins généralistes (n=16)

Afin de répondre à la question " Pourquoi avoir adressé votre patient au CETD ?" :

- 9 médecins faisaient référence à l'impasse thérapeutique dans laquelle ils se trouvaient ;
- 6 faisaient référence au retentissement professionnel, familial ou psychologique des céphalées sur la vie de leur patient ;
- 2 faisaient référence à la nécessité d'une prise en charge globale ;
- 1 à la situation de douleur chronique ;
- 1 autre à l'aggravation de la maladie ;
- 1 médecin souhaitait un sevrage médicamenteux ;
- 1 autre médecin souhaitait répondre à la pression des parents de la patiente ;
- 1 médecin n'a pas répondu.

Vision des patients (n=26)

Pour répondre à la question « Pourquoi avez-vous été adressé au CETD ? » :

- 10 patients faisaient référence à leur demande/à leur propre initiative ;
- 9 faisaient référence à la sensation que leurs MG ou neurologues étaient démunis face à la situation ;
- 4 faisaient référence à l'impasse thérapeutique ;
- 2 au retentissement majeur sur leur vie ;
- 1 patient souhaitait un second avis neurologique.

b) Attentes vis-à-vis du CETD

Côté médecins

Les attentes des médecins (n=18) en adressant leurs patients au CETD étaient :

- Une expertise sur les différentes thérapeutiques et trouver de nouvelles alternatives thérapeutiques (n=6) ;
- La réalisation d'une éducation thérapeutique auprès des patients (n=5) ;
- Une prise en charge globale (n=4) ;
- Un sevrage médicamenteux (n=1) ;
- Une amélioration du retentissement de céphalées sur la vie quotidienne de leur patient (n=1) ;
- Une disparition des céphalées du patient (n=1).

Côté patients

Les attentes des patients (n=36) vis-à-vis du CETD étaient :

- Trouver des solutions thérapeutiques (n=20, soit 77.0% des patients) ;
- Obtenir des explications sur le diagnostic de la céphalée et les raisons de la chronicisation (n=9, soit 34.6% des patients) ;
- Avoir un meilleur suivi (n=2) ;
- Un sevrage médicamenteux (n=1) ;
- Recevoir une prise en charge globale (n=1) ;
- Obtenir une reconnaissance (n=1) ;
- Une aide pour accepter le diagnostic (n=1).

Un patient n'avait aucune attente

F-Pistes d'amélioration

AIDES	EFFECTIF, n	POURCENTAGE, %	POURCENTAGE des médecins (n=16) souhaitant cette aide, %
Une plus grande disponibilité des algologues et des centres référents pour des avis	11	25.7	66.6
Des supports informatiques d'aide à la prise en charge	9	20.9	56.3
Des recommandations récentes orientées et adaptées pour la médecine générale	7	16.3	46.6
Des supports papiers type brochures explicatives à fournir aux patients	6	13.9	40.0
Des formations en FMC ou groupe qualité	5	11.6	33.3
Accès à une éducation thérapeutique plus poussée par une IDE ASALEE	5	11.6	33.3

Tableau n°29 : Les aides à la prise en charge des céphalalgiques chroniques que les médecins généralistes aimeraient avoir (n=43)

V-Discussion

A-Profil du céphalalgique chronique au CETD

- 1) Caractéristiques socio-démographiques ; ATCD anxiodépressifs des patients

a) Age et sexe

Nos résultats retrouvent une proportion de 58% de femmes dont la moyenne d'âge est de 37.4 ans. La moyenne d'âge des hommes est de 42.3 ans.

Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature qui retrouvent une prédominance féminine et un maximum de prévalence entre 30 et 50 ans pour la migraine. (8)

b) IMC

57% de patients ont un IMC normal, 23% sont en surpoids, 12% souffrent d'obésité et 8% sont en état de maigreur.

Le surpoids et l'obésité sont des FDR démontrés de chronicisation modifiables des céphalées.

En France, l'obésité concernait 17,5% des adultes en 2012. On notait également une prévalence de 41% de surpoids chez les hommes et 24% chez les femmes dans la population générale française. (29)

Dans l'étude étasunienne CaMEO datant de 2015 (30), parmi les patients céphalalgiques migraineux chroniques, 41.6% souffraient d'obésité. La différence de chiffres entre notre population céphalalgique chronique et celle de l'étude CaMEO est à relativiser car d'une part l'obésité est une maladie plus présente aux Etats-Unis d'Amérique (USA) qu'en France ; d'autre part l'effectif de notre patientèle, issue d'un centre tertiaire, est très faible ; enfin, nos patients ne sont pas exclusivement migraineux contrairement à l'étude CaMEO.

Dans une étude de 2013, Schramm et al retrouvent le chiffre de 19% d'obésité chez les migraineux chroniques et 5% chez les céphalalgiques de tension chroniques. (31)

c) Activité socio-professionnelle

76.9% des patients de notre étude sont en activité (hors chômage et arrêt maladie). Ces chiffres sont tout à fait en lien avec les données de la littérature concernant la population jeune et active des migraineux et céphalalgiques de tension chroniques.

Le retentissement professionnel des céphalées sera développé un peu plus loin.

Si l'on compare cela avec d'autres pathologies chroniques, on remarque par exemple que les lombalgies chroniques représentent la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés de moins de 45 ans. Chaque année, plus de 8 millions de journées de travail sont perdues pour les arrêts de travail et maladies professionnelles liés aux lombalgies. (32)

d) Terrain anxiodépressif

16% des patients ont une symptomatologie anxieuse seule et 8% ont une symptomatologie dépressive seule selon l'échelle HAD.

8% ont une symptomatologie à la fois anxieuse et dépressive.

L'étude SMILE menée en cabinet de MG en France entre Novembre 2005 et Juillet 2006 a analysé les résultats obtenus avec cette échelle chez des patients migraineux consultant en soins primaires. Ils ont ainsi obtenu une répartition avec :

-67% de patients présentant une anxiété dont 28% avec anxiété seule et 39% avec anxiété et dépression ;

-2% avec dépression seule ;

-31% sans aucun symptôme. (33)

Dans notre étude, 19% de patients étaient sous anxiolytiques et 11,5% sous antidépresseurs à visée et doses antidépressives.

Plusieurs études permettent de dire que les troubles anxieux et dépressifs ont une fréquence élevée chez les patients souffrant de CCQ consultant en centre spécialisé. Un trouble anxieux serait présent chez un patient sur deux et un trouble de l'humeur chez un patient sur deux ou trois. (8)

Notre patientèle ne présente pas des proportions aussi élevées de troubles anxieux ou de l'humeur. Il faut noter cependant que l'échelle HAD utilisée est une échelle remplie par les patients, qui ne pose pas de diagnostic mais qui correspond à une aide diagnostique.

Enfin 42.3% des patients de l'étude sont sous antidépresseurs à doses non suffisantes pour être antidépressives selon les recommandations mais qui pourraient influencer tout de même sur les symptômes anxiodépressifs et minimiser le score HAD.

2) Caractéristiques des céphalées

Notre population de céphalalgiques chroniques se composait de 42% de migraineux, 35% de céphalalgiques mixtes et 23% de céphalalgiques de tension.

Parmi ces céphalalgiques chroniques, 85% souffraient de CCQ c'est-à-dire des céphalées au moins 15 jours par mois.

54% des patients étaient en abus médicamenteux : majoritairement aux triptans (40%) puis aux AINS et aux opiacés à 23%, et enfin au Paracétamol à 12%.

La littérature à ce sujet retrouve les mêmes proportions, notamment sur la chronicité et à propos de l'abus médicamenteux.

Les CCQ représentent au moins 40% des consultations en centres spécialisés, les CAM étant prédominantes (jusqu'à 80% des CCQ).(34) (20)

Dans une étude descriptive transversale coréenne datant de 2014 traitant des CCQ dans la population générale, on retrouvait la moitié des patients atteints de CCQ en abus médicamenteux. (35)

Concernant l'abus, l'étude FRAMIG-3, menée sur les molécules en cause retrouvait plus généralement en première ligne les antalgiques non spécifiques tels que les opioïdes faibles et le Paracétamol, alors que notre travail retrouve une majorité d'abus aux Triptans et aux AINS. (34) (36) (37)

Ces différences sont peut-être dues au fait que notre patientèle, suivie par le MG et le neurologue, a davantage été sensibilisée aux risques du mésusage médicamenteux que la patientèle de migraineux intermittents ou chroniques, suivis ou non, de l'étude FRAMIG 3. Nous pouvons également noter que suite aux résultats cette étude FRAMIG, il y a eu une certaine prise de conscience vis-à-vis de certaines pratiques, notamment l'utilisation inadaptée des opioïdes faibles. Cette médiatisation des opioïdes a permis une meilleure sensibilisation des soignants et une réactualisation des recommandations sur la migraine.

Dans notre étude, les patients concernés par l'abus le sont majoritairement avec leur traitement de crise de 1^{ère} intention. Ils sont pour les $\frac{3}{4}$ migraineux ou mixtes, donc l'on retrouve comme pourvoyeurs d'abus les traitements de crise adaptés à ce type de céphalée, à savoir les triptans. Parmi les 4 patients abuseurs d'opioïdes, aucun n'avait déclaré ce traitement comme étant son traitement de crise de 1^{ère} intention.

3) Notion de céphalées réfractaires

Ces critères ont été établis pour identifier les patients nécessitant des prises en charges spécifiques multidisciplinaires dans des centres spécialisés adaptés. (11)

Nous pourrions penser que les patients céphalalgiques consultant en centre tertiaire souffrent donc en majorité de céphalées réfractaires. Or, si l'on s'en réfère à la proposition de définition de l'EHF en 2014 (vue précédemment dans le chapitre Prérequis), seule une patiente sur les 26 de notre étude pourrait être considérée comme atteinte de céphalées réfractaires. Ce chiffre pourrait d'ailleurs être discutable car nous n'avons pas l'historique précis de la prise en charge de cette patiente.

Nous nous rendons compte que ce type de céphalées représente une part relativement faible de la patientèle du CETD car les difficultés pour les soignants de premier recours se situent bien avant de pouvoir faire le diagnostic d'une céphalée réfractaire selon les critères établis.

Nous pourrions critiquer plusieurs points :

- l'absence de consensus sur la définition et la conduite à tenir actuellement face à ces céphalées ; ce qui entraîne une méconnaissance du sens que peut avoir le terme réfractaire pour le médecin adressant ;

- l'absence de preuves scientifiques pour prouver que c'est une entité à part entière nécessitant une prise en charge différente et non un défaut de prise en charge des facteurs de chronicisation par exemple, insuffisamment décrits dans les critères actuels ;

- leur prise en charge serait-elle vraiment différente de celle des autres céphalalgiques chroniques ? La notion de multidisciplinarité est de toute façon essentielle pour chaque céphalalgique chronique.

4) Consommations et comportements à risque

Dans notre étude, 77% des patients, qu'ils soient abuseurs avérés de médicaments ou non, trouvent qu'ils consomment trop de médicaments en rapport avec leurs céphalées. Une étude qualitative réalisée en centres spécialisés en 2017 relate cette relation particulière aux médicaments « entre besoin, scepticisme et peur ».(38)

Parmi nos 14 patients en abus médicamenteux avéré, 8 disaient ne jamais avoir été alertés par un professionnel de santé (médecin généraliste, neurologue, pharmacien...).

Notre étude a mis en évidence que 27% des patients pensaient avoir ou avoir eu des comportements excessifs vis-à-vis de pratiques à risque addictif, telles que des conduites alimentaires excessives, du sport ou des jeux en excès. De plus, 42.3% des patients estiment aussi avoir une consommation excessive avec des substances, sans rapport avec leurs céphalées, notamment la caféine, le tabac et les sucreries.

Ces données sont basées sur des ressentis des patients ; elles sont donc subjectives et non chiffrées. La quantification des substances consommées, autre que médicamenteuses, n'était pas évaluée en amont de la consultation avec l'algologue.

Il se dégage de nos résultats des profils multi addictifs : la moitié des patients considérés en abus de substances sont également en abus de traitement de crise. 71% des patients estimant avoir un comportement excessif vis-à-vis de certaines pratiques sont aussi en abus de traitement de crise et/ou de substances à risque addictif.

Ce profil addictif a déjà été mis en évidence par certains auteurs, notamment par Radat F. qui pointait déjà en 2005 le fait que les CAM remplissent des critères diagnostiques de dépendance dans :

- 66% des cas avec une utilisation d'antalgiques codéinés ;
- 41.5% des cas avec les antalgiques caféinés ;
- 10% des cas avec les triptans ;
- 5% des cas avec l'utilisation d'autres substances (AINS, Aspirine, Paracétamol non codéiné). (36)

Les critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV correspondent à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. la substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu ;
2. incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter ;
3. apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage ;
4. existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant ;
5. beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets ;
6. réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance ;
7. persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes. (39)

Lors d'une revue de la littérature internationale menée en 2011 pour mettre en évidence un lien entre les CAM et l'addiction, on retrouve 2/3 des CAM présentant des critères du DSM-IV de dépendance. Il existe souvent une coexistence avec une dépendance à d'autres substances psychoactives (caféine, alcool, tabac, sédatifs/anxiolytiques). (8) (40)

Cette dimension addictive est d'autant plus importante que les médicaments consommés contiennent une substance à effet psychoactive, soit la caféine, soit les dérivés opiacés. Il y a alors un double conditionnement : d'une part l'effet antalgique ; d'autre part l'effet détente pour les dérivés morphiniques et l'effet stimulant pour la caféine. (8)

Seuls 25% des MG savaient que leur patient consommait des substances à risque addictif et aucun n'avait connaissance que son patient avait ou avait eu des comportements excessifs à risque.

Devant ces constats, nous nous rendons compte qu'il existe un manque de connaissance du profil poly-addictif du céphalalgique chronique par les MG et donc, par conséquent, un manque de dépistage. Or, si cette comorbidité n'est pas dépistée, la prise en charge ne peut être efficiente : il faut proposer à ces patients un sevrage et une prise en charge psychologique si l'on veut traiter leurs céphalées chroniques. (41) (42)

B- Le parcours de soins

1) Généralités

Des recommandations européennes sur la prise en charge des céphalées ont été proposées par *The Global Campaign against Headache*. Elles proposent une filiarisation des patients céphalalgiques avec une organisation à trois niveaux :

- Le premier est constitué par les médecins généralistes : ils représentent le niveau de première intention d'accès aux soins, et peuvent, si nécessaire, adresser le patient à un spécialiste ayant une compétence particulière dans la prise en charge des céphalées ;

- le second est constitué de ces médecins spécialistes ayant reçu une formation spécifique dans le domaine des céphalées ;

- si nécessaire, ces médecins spécialistes pourront orienter le patient vers un centre tertiaire spécialisé dans la prise en charge des céphalées. (43)

Ce fut le cas pour tous nos patients inclus : avant d'avoir un rendez-vous de consultation au CETD, ils devaient, d'une part, avoir un courrier de leur MG et, d'autre part, avoir été vus auparavant par un neurologue pendant leur parcours de soins.

2) 1^{er} contact médical

Dans 62% des cas, le délai de consultation se situait entre 0 et 6 mois après le début des premiers symptômes de céphalées. Cependant, 19% des patients interrogés ont attendu plus de 5 ans avant de consulter. Dans la littérature à ce sujet, on retrouve qu'en moyenne les patients consultent pour leurs migraines 4 ans après l'arrivée des premiers symptômes. (21)

3) Evaluation du retentissement

Pour les patients interrogés, le retentissement de leurs céphalées sur leur vie professionnelle, personnelle ainsi que sur leur état psychique était ce qu'il y avait de plus complexe à gérer.

Les MG sont plutôt conscients de cela : le retentissement des céphalées sur la vie de leur patient arrive en tête des réponses sur les principales difficultés, selon eux, pour leur patient dans la gestion de leurs céphalées.

a) Echelles de retentissement

L'évaluation du retentissement des céphalées sur la vie professionnelle, sociale et familiale ainsi que sur l'état psychologique des patients n'est pas systématique chez les MG.

Un seul des MG interrogés utilise les échelles d'évaluation du retentissement validées qui permettent d'avoir des données plus objectives que l'interrogatoire par de simples questions.

Comme nous avons pu le voir dans les recommandations lors des prérequis, les échelles d'évaluation du retentissement sont longues et nombreuses. Il est difficile pour le MG de les intégrer dans leur pratique quotidienne avec des consultations classiques de 20 minutes.

Dans l'étude ORAGE (Observatoire de la cRise de migrAine chez le GEnéraliste), les MG ont conseillé la tenue d'un agenda de crise à 71% des patients.(44) Ils sont, dans notre étude, 68.8% à ne l'utiliser que parfois.

Afin d'améliorer l'évaluation du retentissement et faciliter la pratique du MG, nous pourrions suggérer la distribution des principaux questionnaires à la fin d'une consultation et les récupérer remplis lors d'une consultation suivante spécifiquement dédiée à cela. Un autre gain de temps pourrait se faire également via la création d'un outil numérique permettant au patient de répondre en ligne aux questionnaires et de calculer le score automatiquement.

Les informations de ces échelles sont nombreuses et importantes pour la prise en charge de ce type de patients. Cependant, c'est essentiellement l'agenda des crises qui est primordial : il est nécessaire de le distribuer à tous les patients. Les autres échelles peuvent être réalisées en cas de non réponse à des thérapeutiques mises en place.

b) Retentissement professionnel

Les céphalées ont un fort retentissement sur la vie professionnelle des patients puisque 66.7% d'entre eux sont classés en catégorie IV du questionnaire MIDAS. Il y a donc un impact important des céphalées sur la productivité des patients.

La Fédération Française de Neurologie estime que 35% des migraineux de la population générale ont une perte de productivité d'au moins 6 jours par trimestre et que pour 20% des migraineux cette perte de productivité dépasse les 11 jours. (45)

Une étude récente a été menée par l'Alliance Européenne contre la migraine et les maux de tête (EMHA) entre septembre 2017 et février 2018 sur plus de 11 000 personnes réparties dans plus d'une trentaine de pays. Elle met en évidence que six employés sur dix souffrant de cette maladie sont absents en moyenne une semaine par mois et révèle que cette pathologie réduit de moitié la productivité au travail. (46)

L'étude GRIM-2 en 2002 et l'étude FRAMIG-3 en 2005 avaient trouvé des répartitions de l'échelle MIDAS relativement similaires

- Grade I : de 65.0 à 74.1% de la patientèle,
- Grade II : de 13.3 à 17.2%
- Grade III : de 7.7 à 11.7 %
- Grade IV : de 4.3 à 6.1% (47) (48)

Cependant, cette dernière étude a été menée sur des patients migraineux sans qu'ils soient forcément chroniques ; D'où la très nette différence (dix fois moins de stade IV) comparativement à notre patientèle.

Nous disposons également de données pour l'absentéisme engendré par les céphalées de tension : le nombre de jours d'absentéisme s'élève à 820 par an pour 1000 employés contre 270 jours pour la migraine. (15)

En 2009, l'HAS a publié un argumentaire sur la douleur chronique en général à la demande du SFETD. Il y était mis en évidence que parmi les patients consultant en CETD, 50% avait une activité professionnelle. Parmi ces patients, 60% continuaient d'exercer leur profession et 40% étaient en arrêt maladie ou en arrêt pour accident du travail. 31% des patients étaient en retraite et 9% étaient en invalidité. (28)

Dans notre patientèle : 3.8% étaient en invalidité, 7.7% étaient en arrêt maladie depuis plus d'un an à cause de leurs céphalées, 11.5% étaient au chômage et 76.9% travaillaient.

Nous remarquons donc que nos patients céphalalgiques chroniques, malgré un lourd retentissement au niveau absentéisme et productivité, restent majoritairement insérés sur le plan professionnel, comparativement à d'autres douloureux chroniques. Cependant les arrêts de travail ponctuels d'une part et, en cas de présence, la baisse de productivité des travailleurs d'autre part, sont des coûts non négligeables pour la société. Pour le patient, l'épanouissement au travail est limité : pénibilité augmentée, culpabilité vis-à-vis des collègues ou des employeurs, limitation ou retrait de certaines activités/responsabilités.

Nos patients sont donc insérés professionnellement parlant, mais à quels prix ?

c) Impact émotionnel

88% des patients de notre travail considèrent leurs céphalées chroniques comme une maladie nécessitant une prise en charge et un suivi régulier.

Dans son propre travail de thèse, Morèse K. a étudié les croyances et les perceptions des patients migraineux souffrant de CCQ associées à un abus médicamenteux (22). Ses patients percevaient leur pathologie comme une maladie chronique motivant une recherche d'aide médicale avec des pensées catastrophistes majorant le handicap. Ils ont un sentiment de colère associé à un sentiment d'injustice majorant le ressenti émotionnel.

L'impact individuel se traduit par une perte de qualité de vie. Cette perte de qualité de vie s'exprime pendant les crises, obligeant les patients à stopper leurs activités aussi bien professionnelles que personnelles/familiales ; mais elle s'exprime aussi entre les crises avec l'apparition de conduites d'évitement liées à l'appréhension de leur survenue.

Un patient de l'étude nous précisait qu'il recherchait avec le traitement de crise une suppression de l'angoisse liée à la crise avant tout. Les prises anticipées de traitement de crise, observées chez 40% de nos patients, expliquent aussi en partie cette angoisse permanente autour de la douleur et du handicap qu'elle provoque. La prise anticipée étant vécue comme une solution afin d'éviter la survenue d'une nouvelle crise douloureuse et donc réduisant l'angoisse anticipatoire.

Nos patients évoquaient également un sentiment d'impuissance, d'incurabilité ainsi que le manque de reconnaissance de l'entourage face à une pathologie « invisible ». Ces ressentis majorent les caractéristiques anxieuses et dépressives que l'on retrouve chez de nombreux céphalalgiques chroniques.

Le retentissement psychologique de leurs céphalées était ce qu'il y avait de plus dur à gérer pour 20% des patients de l'étude.

Les patients ont un besoin de reconnaissance de leurs souffrances au quotidien. Notre travail ne retrouvait que 38% de patients plutôt satisfaits voire très satisfaits du soutien, du suivi et de l'écoute qu'ils avaient pu recevoir des différents médecins consultés pour leurs céphalées.

Il est important de consacrer du temps à l'exploration du ressenti émotionnel de nos patients : s'ils ne se sentent pas compris et soutenus par leur médecin, cela va majorer leurs perceptions négatives et favoriser la mise en place de résistances vis-à-vis de la prise en charge de leur maladie et vis-à-vis de leur médecin. Ils seront donc moins enclins à rentrer dans une démarche de soin.

4) Evaluation et dépistage de l'automédication, du mésusage et de l'abus

Il est important de questionner nos patients sur toutes leurs consommations médicamenteuses et non médicamenteuses via un interrogatoire quasi policier. L'automédication peut mener au mésusage et à l'abus, facteurs majeurs de la chronicisation des céphalées. Un calendrier des crises, sur lequel figure toutes les thérapeutiques de crise, est un outil indispensable pour le dépistage de ces consommations.

a) Automédication

Dans leur thèse sur les représentations du médicament, Penard C. et Maindru T. refont le point sur la définition de l'automédication (49) :

- Selon l'OMS, l'automédication correspond à l'emploi, par une personne, de sa propre initiative ou sur les conseils d'un professionnel de santé, de médicaments détenteurs d'une AMM, légalement délivrés sans prescription ;

- Selon le Conseil de l'Ordre des Médecins, elle est définie comme l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens ;

- Selon Fainzang S., anthropologue et directrice de recherche à l'INSERM, « l'automédication s'envisage comme l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne ». La notion d'autonomie du patient est alors introduite. « La dimension

anthropologique de l'automédication réside en grande partie dans le fait qu'il y a, avec l'automédication, rupture de dépendance à l'égard des médecins ». (50)

- Selon Lecomte en 1999, la définition de l'automédication peut s'étendre à l'ensemble des décisions que prend le patient afin de résoudre un trouble de santé. Ces décisions peuvent donc être aussi bien des choix médicamenteux que non médicamenteux.

Dans ce dernier cas, le concept d'automédication peut s'élargir à la pratique de l'auto soin.

Pour Fainzang S., la notion d'auto soin renvoie à la consommation d'un produit de santé au sens large. Elle englobe donc, en plus de l'automédication, les techniques d'homéopathie, phytothérapie, aromathérapie, naturopathie et tous les « remèdes maison ». Elle comprend aussi le recours aux médecines alternatives ou parallèles comme l'ostéopathie, la médecine chinoise, la sophrologie, la chiropraxie, l'étiopathie, ainsi que les magnétiseurs et autres rebouteux. Cette liste est loin d'être exhaustive.

Le débat sur les définitions d'automédication et d'auto soin est toujours d'actualité.

En ce qui concerne notre étude, nous inclurons sous l'étiquette « molécules d'automédication », en plus des traitements médicamenteux, les techniques d'homéopathie, phytothérapie, aromathérapie et naturopathie.

Les molécules les plus utilisées en automédication selon notre étude sont les antalgiques et les AINS en vente libre, puis l'aromathérapie et la phytothérapie.

Les MG pensent que leurs patients utilisent l'automédication pour trouver un soulagement de la douleur non obtenu avec le traitement de crise prescrit. Pour 75% d'entre eux, l'automédication avec un traitement non adapté pour les crises est une des causes principales de l'échec du traitement de crise. Dans une étude concernant les céphalées auprès de 54 MG, 84% d'entre eux considéraient l'évaluation de l'automédication comme difficile. (26)

Les raisons évoquées par nos patients pour justifier le recours à cette pratique d'automédication sont :

- une technique de gestion personnelle de la crise, c'est-à-dire la volonté du patient d'appliquer ses propres schémas d'auto soin avec des molécules qu'il connaît ou bien en testant de nouvelles molécules ;
- le manque d'intérêt d'aller chez le MG pour des médicaments en vente libre.

On retrouve avec ces réponses des causes également évoquées dans la littérature sur l'automédication en générale : (50) (51) (52)

- un désir de réponse immédiate à un symptôme gênant pour s'éviter la contrainte du rendez-vous chez le médecin pour des pathologies paraissant bénignes ;
- l'aspiration à une certaine autonomie dans la gestion de son état de santé, ce qui se rapproche de la notion d'auto soin introduite par Lecomte et Fainzang ;
- une déception vis-à-vis de la médecine allopathique expliquant une orientation vers une auto prescription homéopathique, phytothérapie, d'aromathérapie ou autres.
- la facilité d'accès des molécules.

Concernant l'automédication chez les céphalalgiques, un dossier sur le parcours de soins de la migraine réalisé en 2015 a montré que 40,8% des migraineux reconnaissaient ne pas consulter leur médecin généraliste et privilégiaient l'automédication. Les auteurs suggèrent que ce comportement d'automédication peut être expliqué à la fois par le fatalisme de certains patients migraineux, en particulier s'il existe des antécédents familiaux de migraine, mais également par le nomadisme médical. (43)

L'enquête FRAMIG 1 réalisée en France en 1999 montrait que 48% des migraineux se traitaient par automédication, utilisant un médicament obtenu sans ordonnance chez le pharmacien ou donné par l'entourage. (8)

Lors d'une étude menée auprès de patients céphalalgiques dans les pharmacies, l'achat d'une spécialité médicamenteuse précise sans ordonnance ou la demande d'un conseil au pharmacien concernaient respectivement 25% et 12% des patients. (53)

Dans notre étude, c'est 73% des patients qui affirmaient avoir ou avoir eu recours à l'automédication pour soigner leurs céphalées.

Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que nous ayons intégré dans l'automédication l'aromathérapie, la phytothérapie et l'homéopathie, ce qui n'était peut-être pas le cas dans les études précédentes.

Les raisons de l'automédication chez le céphalalgique chronique et intermittent ne sont aussi peut-être pas les mêmes. Nos patients chroniques ne sont plus dans le cas du nomadisme médical ni même dans l'essai de nouvelles molécules. Ils sont plutôt dans la répétition de schémas thérapeutiques de gestion de crise prescrits ou non par leur médecin. Ils ne voient plus l'intérêt de consulter ce dernier pour obtenir des médicaments qu'ils peuvent avoir sans ordonnance.

Et c'est là l'erreur : le patient pensant pouvoir gérer cela seul peut tomber dans l'abus ou le mésusage sans même que son médecin ne soit au courant.

Les patients doivent donc être sensibilisés dès le début aux risques directs de l'automédication à savoir les interactions et effets secondaires, le mésusage, l'abus médicamenteux et la chronicisation des céphalées.

Il pourrait être judicieux de faire figurer sur l'ordonnance les familles de molécules à éviter pour gérer la crise.

Le conditionnement des boîtes de médicaments peut être une autre aide : les triptans peuvent être prescrits par boîte de 6. Ainsi la prescription d'une seule boîte de 6 par mois peut limiter l'abus.

b) Mésusage

Selon la définition stricte, c'est un usage inapproprié par rapport aux données de référence pertinentes, survenant au cours de la chaîne des soins, exposant un patient donné à un risque avéré ou potentiel, sans bénéfice corrélatif. (54)

Il peut donc survenir suite à une automédication ou dans un contexte de traitement prescrit.

Selon un rapport mené par la SFETD sur l'usage des opioïdes en Janvier 2016, la notion de mésusage d'un médicament antalgique opioïde correspond à tout usage en dehors des conditions fixées par l'AMM que l'on retrouve dans le Résumé des Caractéristiques du Produit d'un médicament. L'AMM des opioïdes étant large, il faut, dans la prise en charge de la douleur chronique, s'appuyer sur les recommandations professionnelles de la SFETD de 2016. Celles-ci confirment d'une part que les opioïdes faibles ou forts n'ont pas leur place dans la prise en charge des céphalées primaires ; Elles rappellent d'autre part que toute prescription doit être accompagnée de l'évaluation du risque de comportement addictif et qu'il existe des outils de dépistage du risque de mésusage (Opioid Risk Tool entre autres). (55)

Ce rapport précise que le mésusage peut être aussi bien du fait du prescripteur (prescription en dehors de l'indication, non-respect d'une contre-indication, ...) que du patient (recherche d'un autre effet que celui prévu par la substance). L'addiction à un médicament antalgique sous-entend un mésusage.

Prévenir ou dépister le mésusage est une façon de prévenir l'apparition d'une réelle addiction, qui sera d'autant plus difficile à traiter qu'elle est associée à une pathologie douloureuse chronique, voire une comorbidité psychiatrique. (55)

Dans notre étude, 3 patients étaient en mésusage avec leur traitement de crise de 1^{ère} intention : un patient migraineux sous Tramadol, un patient céphalalgique mixte sous Lamaline et un patient céphalalgique de tension sous Benzodiazépines.

Les molécules et substances utilisées en mésusage étaient en premier lieu les opioïdes faibles utilisés par 19.2% des patients, les anxiolytiques par 15.4% d'entre eux, et le cannabis par 11.5%. De manière plus anecdotique, on retrouve du mésusage avec du Méthylphénidate ainsi que des usages inappropriés avec du tabac ou de l'alcool. Ces substances ont été utilisées par les patients afin de gérer leurs crises de céphalées ; ils ont donc détourné l'usage initial de ces substances, ce qui représente un mésusage.

Les patients justifiaient cette consommation comme étant un recours en cas de non efficacité du traitement de crise prescrit.

La fréquence de ce mésusage n'était pas précisée en amont de la consultation avec l'algologue, pour ce qui était des substances non médicamenteuses. En revanche le mésusage médicamenteux était quantifié grâce au questionnaire.

Notre travail ne questionnait pas l'origine des traitements utilisés en mésusage. Il aurait pourtant été intéressant de savoir comment les patients s'étaient procuré ces substances. Certaines peuvent être délivrées en pharmacie sans ordonnance tels que certains mélanges de Paracétamol/codéine/caféine ; mais la majorité des molécules médicamenteuses citées ne peuvent être obtenues que sur ordonnance.

Est-ce que ces molécules ont été prescrites dans le cadre d'autres comorbidités que présentait le patient ? Est-ce que les patients ont obtenu ces substances par d'autres biais (famille, amis, internet, trafic) ?

c) Abus

L'abus médicamenteux se définit par :

- La prise régulière et fréquente au moins 15 jours / mois d'antalgiques non opioïdes ;
- La prise régulière et fréquente au moins 10 jours / mois d'antalgiques opioïdes, d'ergotés, de triptans, ou d'antalgiques associant plusieurs principes actifs et/ou en cas d'utilisation combinée de plusieurs médicaments par le patient.

Comme dit précédemment, 54% de notre patientèle d'étude est en situation d'abus médicamenteux.

Dans son travail de thèse, Morèse K. a mis en évidence qu'il existait une méconnaissance de la notion d'abus médicamenteux de la part des patients qui percevaient leur surconsommation médicamenteuse comme justifiée. Il existe un véritable manque d'information à l'origine de fausses croyances sur les thérapeutiques. (22)

Ces abus résultent de nombreux facteurs : l'automédication, le manque de systèmes d'alertes et de communication entre les pharmaciens et les médecins, l'absence de notification de ces risques sur les notices des traitements de crise, la méconnaissance des patients à propos de ce problème et les difficultés de dépistage/ d'éducation pour les MG.

56,3% des MG de notre étude se sentaient en difficulté pour le dépistage de l'abus médicamenteux, malgré le fait que 93.7% d'entre eux connaissaient le rôle de l'abus dans la chronicisation des céphalées et que 62.5% d'entre eux sensibilisaient les patients à ce propos souvent, voire systématiquement.

Il aurait été intéressant de questionner davantage les MG pour savoir où résidaient leurs difficultés et ce qui pourrait leur être proposé pour les aider dans le dépistage et l'évaluation de l'abus médicamenteux.

Pour chaque traitement de crise prescrit, il serait utile de fixer un seuil de prise par mois à ne pas dépasser et de l'indiquer sur l'ordonnance.

Les pharmaciens d'officine pourraient notamment apporter une aide précieuse à ce sujet puisqu'ils sont également au centre de la délivrance de certaines substances. Le dossier pharmaceutique partagé pourrait dans ce cas être utile.

5) Traitements de crise

95% des patients indiquaient connaître la différence entre un traitement de crise et un traitement de fond.

a) Molécules

En 1^{ère} intention, les patients inclus utilisaient prioritairement les triptans en cas de migraine ou de céphalées mixtes (91% et 56%) suivis des AINS (9% et 33%). En cas de céphalées de tension on retrouvait prioritairement le Paracétamol (67%).

Ces traitements sont les traitements qui sont recommandés dans la prise en charge des crises de migraine et en cas de céphalées de tension. (12) (15)

3 patients sur 26 utilisaient donc des traitements de crise non adaptés (Opiïdes, Benzodiazépines ou Tramadol).

L'étude ORAGE menée fin 2003 pour mieux connaître les caractéristiques de la prise en charge des patients migraineux consultant un MG retrouve des résultats globalement similaires avec une utilisation des triptans en majorité (36%), suivis du Paracétamol (32%), des AINS (24%), de l'aspirine (21,5%) et des opioïdes (6%). (44)

L'étude prospective observationnelle SMILE menée quelques années plus tard retrouve des résultats également proches : les triptans sont le plus souvent utilisés (32%), puis le Paracétamol (20%) et les AINS (18%). (33)

Les MG prescrivent majoritairement des AINS (32%), des triptans (26%) puis du Paracétamol (26%). Ils sont donc fidèles aux recommandations de la SFEMC.(12)

En revanche, 14% des traitements de crise prescrits ne sont donc pas adaptés selon les recommandations (Opiïdes faibles), pouvant donner lieu à un mésusage.

En 2005, Saper J, Hamel R et Lake A expliquent que les comportements qui pourraient inciter les médecins à prescrire des substances opioïdes incluent :

- des présentations un peu théâtrales des patients ;
- des demandes répétitives et fréquentes ;

-et des visites au cabinet prolongées avec des protestations sur le traitement adéquat.
(42)

Le mésusage médicamenteux n'est donc pas qu'une affaire d'automédication : il survient également sur une part de prescription médicale inadaptée par les MG, comme ce qu'avait pu mettre en évidence la SFETD dans son rapport sur les opioïdes.

Seuls 12,5% des MG se sentaient en difficulté dans la gestion du traitement de crise en comparaison avec les autres étapes de la prise en charge du patient céphalalgique. Dans cette gestion du traitement de crise, trouver la molécule adaptée était la partie la plus compliquée pour 62,5% des MG interrogés.

Une étude menée auprès de 54 MG a mis en évidence que 84% des généralistes estimaient ne pas avoir de problème dans la gestion des crises de migraine, surtout depuis l'arrivée des triptans et de leur recommandation d'utilisation. (26)

Les difficultés des MG dans la gestion du traitement de crise pourraient donc plutôt venir des céphalées de tension puisqu'il n'y a pas de molécule spécifique recommandée. Il serait intéressant de détailler cela auprès des professionnels.

b) Modalités de prise

En crise, seulement 54% des patients de notre étude, lorsqu'ils prennent un traitement, le prennent dès le début de la crise.

Ces résultats sont conformes à l'étude ORAGE qui montre que 57% des patients prenaient leur traitement dès le début de la crise, 36% le prenaient entre 0 et 2 heures et 5% entre 2 et 4 heures.
(44)

L'étude FRAMIG-3 montre une première prise médicamenteuse survenant peu de temps après le début des symptômes dans 35,3% des cas seulement et dans les 2h dans 84,9% des cas. (21)

50% des patients, lorsqu'une crise survient, prennent leur traitement de manière aléatoire en fonction des jours et des circonstances.

Les causes avancées par les patients expliquant cette gestion aléatoire de leur traitement de crise étaient :

- les crises nocturnes dont le début est difficilement identifiable par les patients ;
- les effets secondaires que peuvent entraîner les traitements de crise qui dissuadent les patients d'en prendre dans certaines circonstances (professionnelles notamment) ;
- la crainte de l'abus qui amène les patients à éviter de prendre un traitement de crise s'ils ont en déjà trop pris dans la semaine ;
- des crises difficilement identifiables en raison d'un fond douloureux permanent, ce qui correspond donc à des patients souffrant de CCQ.

40% des patients prennent parfois, voire souvent leur traitement de crise de façon anticipée, en l'absence de douleur, afin d'éviter l'apparition d'une crise.

Pour 68.7% des MG interrogés, la principale cause d'échec du traitement de crise est un mauvais délai de prise.

Nos résultats mettent donc en évidence plusieurs dysfonctionnements dans les modalités de prise des traitements de crise. Ces derniers semblent connus des MG mais ne sont malheureusement pas tous modifiables. La gestion des crises nocturnes est, par exemple, un vrai problème.

En revanche un délai de prise tardif après le début de la crise et les prises anticipées sont des comportements modifiables par l'éducation thérapeutique et l'exploration des croyances et peurs des patients.

c) Efficacité

48% des patients ont un traitement de crise qu'ils jugent efficace dans notre étude contre 61.8% dans l'étude FRAMIG-3 (21). Rappelons que l'étude FRAMIG-3 a été menée chez des patients migraineux chroniques et intermittents, ce qui peut expliquer cette différence de satisfaction.

Ces patients satisfaits étaient tous migraineux ou mixtes. 11 étaient sous triptans et un seul sous AINS.

Sur ces 12 patients, 5 étaient en abus avec leur traitement de crise principal et 2 l'étaient avec une autre molécule que leur traitement de crise principal.

On remarque que les triptans sont les traitements de crise les plus efficaces dans notre étude, mais qu'ils sont également pourvoyeurs d'abus.

Aucun patient céphalalgique de tension n'estime avoir un traitement de crise efficace.

Dans l'étude ORAGE de 2003, 7,5% des patients se sont déclarés très satisfaits de leur traitement de crise, 23% satisfaits, 47% moyennement satisfaits et 23% pas satisfaits.

Les patients sous triptans étaient plus satisfaits de leur traitement que ceux sous AINS, antalgiques ou dérivés ergotés, ce qui se superpose aux résultats de notre étude.

Cette étude ORAGE donne aussi une définition d'un traitement de crise efficace avec plusieurs critères :

-efficacité en moins de 2 heures ;

-avec retour rapide aux activités habituelles ;

-avec une prise médicamenteuse unique et une bonne tolérance.(44)

Ces 3 critères ont été cités par les patients de notre étude lorsqu'on leur demandait la définition d'un traitement de crise efficace pour eux. Cependant, aucun patient n'a été capable de donner la définition complète.

Ces chiffres mettant en avant une insatisfaction des patients vis-à-vis de leur traitement de crise peuvent en partie expliquer l'automédication des patients et leurs recours à d'autres substances.

Cependant, cette inefficacité reste à relativiser puisque comme nous avons pu le voir dans la partie précédente sur les modalités de prise des traitements, les patients ne les utilisent pas toujours de façon appropriée. L'éducation des patients sur l'utilisation correcte de leur traitement et les effets qu'ils doivent en attendre serait probablement un bon moyen de majorer l'efficacité de leur traitement de crise.

6) Traitements de fond

a) Molécules

Pour $\frac{3}{4}$ des MG interrogés, la partie la plus compliquée dans la prise en charge des céphalalgies chroniques était la gestion du traitement de fond ; et plus particulièrement le choix de la molécule.

Les MG prescrivaient majoritairement des traitements de fond recommandés et ayant fait preuve de leur efficacité pour la migraine avec les Béta-bloquants dans 56% des cas. Suivent ensuite des traitements avec une efficacité probable : l'Amitriptyline (16% des cas) et le Pizotifène (12% des cas).

En revanche, ils étaient en difficulté pour les céphalées de tension : 40% des MG interrogés n'utilisaient pas de traitement de fond pour les céphalées de tension. Ceux qui en prescrivaient, utilisaient majoritairement des Béta-bloquants. Or ce n'est pas une classe thérapeutique adaptée. Cela représente 42,9% des molécules qu'ils ont l'habitude de prescrire, devant l'Amitriptyline (28,6%) et la Venlafaxine (14,3%).

Nous constatons différents problèmes avec le traitement de fond de la céphalée de tension :

- d'une part, l'absence de traitement pharmacologique ayant l'AMM et donc l'absence de consensus clair sur la conduite à tenir médicamenteuse ;

- d'autre part, l'Amitriptyline qui est le traitement de 1^{ère} intention est non dépourvu d'effets secondaires.

- enfin, il existe une confusion de la part des médecins entre le traitement de fond de la migraine et celui des céphalées de tension.

b) Observance

73% des patients de l'étude ont actuellement un traitement de fond. Aux vues du nombre de jours de céphalées par mois et du retentissement majeur sur leur vie, tous les patients de notre étude devraient avoir un traitement de fond. Pour quelles raisons n'est-ce pas le cas ?

Dans notre étude, ce sont les patients qui décidaient de ne plus prendre de traitement de fond, souvent « refroidis » par les échecs des essais précédents. Le plus souvent les patients citaient les effets secondaires comme étant responsables de l'arrêt de leur traitement. C'était également la cause d'échec du traitement de fond la plus citée par les MG qui étaient 73,3% à l'évoquer.

Une autre cause d'échec du traitement de fond largement citée par les patients était l'inefficacité des molécules utilisées.

Il est cependant important de noter que 15% des patients ayant ou ayant eu un traitement de fond, ne le prenaient pas de manière quotidienne, ce qui peut expliquer en partie, le manque d'efficacité.

L'observance thérapeutique des traitements de fond peut être difficile à respecter pour les patients souvent en attente d'une efficacité immédiate et majeure. Linde et Al, en 2008, ont noté que 35% des patients migraineux n'utilisaient pas le traitement prophylactique prescrit par leurs médecins. (56)

Il est donc important de prévenir d'emblée le patient de l'objectif (réduction d'au moins 50% des crises), de l'importance de prendre quotidiennement son traitement, et de la nécessité d'attendre 3 mois avant d'en juger l'efficacité à dose moyenne efficace. (43)

75% des médecins déclaraient parvenir à respecter ce délai de 3 mois avant de conclure à l'inefficacité d'une molécule. Les causes retrouvées expliquant l'impossibilité d'attendre ce délai étaient la présence d'effets secondaires trop invalidants et l'insistance des patients pour changer le traitement avant la fin des 3 mois.

Une étude hollandaise qualitative de 2012 a examiné les opinions, les motivations et les attentes des patients en matière de traitement prophylactique de la migraine. (57)

Ce travail souligne que la décision de démarrer un traitement prophylactique est basée sur la prise en considération des perspectives et expériences du patient. Il faut tenir compte de son ressenti face au retentissement de sa migraine, des avantages et inconvénients attendus avec le traitement de fond, de sa relation avec son médecin, de son souhait d'être entendu et actif dans sa prise en charge, de sa satisfaction vis-à-vis du traitement de crise et des mesures non médicamenteuses.

Les peurs et projections négatives des patients vis-à-vis du traitement de fond sont capitales à rechercher et à discuter pour obtenir une bonne observance. Cette étude qualitative citait notamment la peur des effets secondaires et de la dépendance à la molécule de fond, le sentiment que son état de santé est mauvais s'il faut prendre un traitement tous les jours et la peur de devenir un « patient chronique ». La connotation anti dépressive de nombreux traitements de fond est mal vécue par les patients qui pensent que le médecin ne prend en compte que le retentissement émotionnel de la pathologie. Ils découvrent, souvent seuls, cette composante anti dépressive en lisant la notice et peuvent se sentir insuffisamment compris, voir mal diagnostiqués. « On me prend pour un fou ».

Les causes relatées par les patients de notre étude qui ne prenaient pas leur traitement de façon quotidienne étaient effectivement la peur de la dépendance et le souhait de ne pas avoir à prendre un traitement tous les jours, ce qui rejoint les causes évoquées dans la littérature.

7) Suivi et ressenti des patients

Dans notre étude, lorsque l'on explore le ressenti global concernant leur prise en charge, 84,6% des patients sont moyennement satisfaits voire complètement insatisfaits. L'insatisfaction venait surtout du fait de ne pas avoir de solution thérapeutique efficace, de ne pas savoir pourquoi leurs céphalées s'étaient chronicisées, ni comment agir dessus. Les notions d'errance thérapeutique et de soignants démunis (neurologues et médecins généralistes) revenaient régulièrement dans les propos des patients.

Ces propos mettent en exergue le manque de notoriété des CCQ et des facteurs de chronicisation tant au niveau des patients que des soignants.

Dans notre étude, nous avons à faire à des patients qui consultent (rappelons qu'hormis un patient, tous les autres avaient consulté au moins une fois leur médecin dans les 3 derniers mois).

Concernant le suivi, 9 sur 16 des MG interrogés organisaient au moins une consultation dédiée par an aux céphalées. Ce principe reste important pour eux afin de ne pas « noyer » le problème des céphalées au milieu d'autres motifs de consultation.

Lorsque l'instauration d'un traitement de fond était faite par le neurologue, les patients évoquaient le fait de ne pas toujours savoir s'ils devaient revoir le neurologue ou le MG, et de se sentir un peu « lâchés dans la nature » avec leur traitement. Quand les MG instauraient un traitement de fond, ils étaient 75% à réévaluer leur patient régulièrement tant qu'ils n'avaient pas trouvé un traitement ou une posologie adaptée.

38% des patients confiaient que les rendez-vous de suivi n'étaient qu'à leur demande.

Ces propos reflètent donc que notre groupe de patients est inséré dans le circuit de soin mais ne sait pas toujours quand ni qui consulter. Ils reflètent surtout que les patients auraient besoin

d'un suivi régulier, d'échéances fixes avec des consultations dédiées à leurs céphalées pour se repérer et se sentir accompagnés, comme dans les autres pathologies chroniques (Diabète, HTA...).

Or, un des principaux obstacles chez les céphalalgiques de manière générale, notamment intermittents est le fait qu'ils consultent peu.

Dans les études françaises, 40% des migraineux n'ont jamais consulté pour leur migraine et parmi les 60% ayant déjà consulté spécifiquement pour leur migraine, seuls 20% restent dans le circuit de soins. (43) Aux USA, 42% des patients pensaient que leur médecin ne pourrait rien faire pour leurs symptômes. (58)

Il paraît donc important d'instaurer ce suivi standardisé dès le début de la prise en charge afin que le patient se sente pris en considération, écouté, soigné et suivi.

Lanteri et al en 2015 expliquent que les déterminants majeurs du maintien dans le circuit de soins semblent être la qualité de la première consultation dédiée en MG avec notamment l'empathie de la part du médecin, un temps suffisant consacré à cette consultation, des explications fournies sur la maladie migraineuse avec l'établissement du diagnostic, et la prescription de traitements spécifiques.

Telle qu'est organisée la consultation type du MG actuellement, cette 1^{re} consultation est problématique car le céphalalgique va aborder ses symptômes, en les noyant au milieu des autres maux ; de plus, elle requiert un temps bien supérieur à 20 minutes. (25) Cette 1^{ère} consultation sera par définition longue, car elle inclut un interrogatoire détaillé, afin de valider les critères diagnostiques de la migraine ou de la céphalée de tension, de préciser les traitements déjà entrepris, la réalisation d'un examen clinique complet, ainsi qu'un temps pour donner les explications concernant les mécanismes de la maladie et les modalités des traitements. La durée requise par cette première consultation constitue clairement une limitation pour le médecin traitant. (43)

La part chronophage de ces prises en charge est également mise en avant par les MG de notre étude (41,7%). Les patients consultent souvent pour obtenir des solutions, des arrêts de travail, des traitements, pour pouvoir exprimer leurs souffrances et se sentir écoutés. Les consultations sont longues car le retentissement est multiple (psychologique, professionnel, familial) et donc les plaintes sont multiples.

L'idéal serait de reconvoquer le patient sur un créneau long (avec adaptation forfaitaire) et dédié uniquement aux céphalées. Il pourrait également être intéressant de déléguer certaines tâches (nous développerons ce point un peu plus loin)

Il pourrait aussi être intéressant de réaliser cela en 2 temps, comme le suggère Géraud G (8) :

-dans un 1^{er} temps, confirmer le diagnostic selon les critères IHS et remettre un agenda de crises ;

-dans un second temps, 2 à 3 mois plus tard, la lecture de l'agenda permettra d'évaluer la sévérité et la durée des crises, leur fréquence, la consommation d'antalgiques et de décider avec le patient du meilleur traitement de crise et la nécessité éventuelle d'un traitement de fond.

8) Prévention de la chronicisation

a) Identifier les FDR de chronicisation

Seuls 23% des patients connaissaient la notion de FDR de chronicisation des céphalées. Le plus cité était la surconsommation ou le mésusage médicamenteux.

Après que des explications aient été données sur les différents FDR de chronicisation, 65% des patients se sentaient concernés par le facteur « dépression, anxiété ou événements de vie stressants ». En revanche seulement 11,5% des patients déclaraient que l'aggravation de leurs céphalées correspondait à une période de vie marquée par un événement pénible.

35% des patients se sentaient concernés par le facteur « surconsommation ou mésusage médicamenteux » alors que notre population se composait de 54% d'abuseurs.

Du côté des MG, 93,7% d'entre eux connaissaient les facteurs « anxiété, dépression » et « surconsommation ou mésusage médicamenteux ». 62,5% connaissaient le facteur « événements biographiques stressants ».

Le tabagisme, les TMS, les troubles du sommeil et le surpoids/obésité étaient peu connus des MG.

On constate qu'il existe un manque de connaissance des FDR de chronicisation, à la fois du côté des MG et du côté des patients. Or leur dépistage et leur prise en charge sont essentiels dans la prévention de la chronicisation, comme le recommande la SFETD. (7)

b) Prise en charge des FDR de chronicisation

Prises en charge effectuées

Dans notre étude, 92% des patients ont mis en place des moyens afin de lutter contre la chronicisation de leurs céphalées. Ces moyens étaient prescrits/recommandés par les médecins ou mis en place par eux-mêmes. Ils essayaient d'être actifs et autonomes dans leur prise en charge en cherchant des solutions thérapeutiques non médicamenteuses variées.

Les moyens les plus utilisés étaient :

-les thérapies axées sur le corps et la manipulation (ostéopathie/chiropraxie) testées par 87.5% des patients ;

-les approches corps esprit : relaxation testée par 75%, et hypnose testée par 25% des patients ;

-les systèmes médicaux parallèles (acupuncture, auriculothérapie) testées par 71% des patients.

Nos patients avaient recours à la kinésithérapie dans 61% des cas et à un psychiatre ou psychologue dans 42% des cas.

25% des patients avaient adopté de nouvelles règles hygiéno-diététiques en changeant de régime alimentaire et / ou en débutant une activité physique et sportive.

Les MG étaient 92,8% à proposer une prise en charge psychologique ou psychiatrique et 85,7% de la relaxation, thérapeutiques non médicamenteuses qu'ils prescrivaient le plus.

35.7 % d'entre eux proposaient un sevrage. Les thérapies axées sur le corps et la manipulation étaient proposées par 35,7% des MG et la kinésithérapie par 23,1% des MG.

On remarque qu'il existe une différence entre le pourcentage de prise en charge psychologique/psychiatrique proposée par les MG (92,8%) et le pourcentage des patients qui y ont recours (42%). De plus, ce faible recours des patients est étonnant étant donné que les patients sont 65% à reconnaître la dépression, l'anxiété ou les événements de vie stressants comme facteur de chronicisation de leurs céphalées.

Dans une étude sur la prise en charge des CAM par les MG, ces derniers étaient favorables à la prise en charge par des psychologues mais ils se disent confrontés à la résistance des patients face à des prises en charge non remboursées par la Sécurité Sociale. 1/3 des MG interrogés avaient plutôt recours aux psychiatres mais ils pointaient leur nombre insuffisant et leur manque de disponibilité, ainsi qu'un frein de la part des patients d'aller consulter ce type de spécialistes. (26)

Pour pallier à cela, ne faudrait-il pas mettre en place un forfait de consultations remboursées avec des psychologues dans le cadre de la prise en charge globale des patients céphalalgiques chroniques ?

Notre population de patients comporte 54% d'abuseurs alors que le sevrage n'est proposé que par 38,5% des MG.

En enquêtant auprès de 54 MG prenant en charge des CAM, Rousselon et al. mettent en évidence que seulement 14% des MG avaient mis en route un sevrage en ambulatoire.

80% se disaient favorables à cela mais éprouvent des difficultés à le faire et souhaiteraient des protocoles initiés par les CETD avec un appui de ces derniers (médecins joignables par téléphone immédiatement pour avis rapides et délais de rendez-vous plus courts). (26)

Ce manque de soutien mais également la difficulté qu'éprouvent les MG à dépister la surconsommation médicamenteuse et à instaurer des sevrages semblent être des freins dans la PEC des céphalalgies chroniques.

Place des Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC)

Nous avons pu constater dans notre travail que les Médecins Alternatives et Complémentaires (MAC) sont les thérapies non médicamenteuses les plus utilisées par les patients dans la prise en charge de leurs FDR de chronicisation. Qu'est-ce que cela traduit : une déception vis-à-vis de la médecine conventionnelle ? Un besoin d'essayer tout ce qui pourrait soulager ? Une volonté d'autonomie vis-à-vis des soins ?

Des études mettent en avant différentes raisons pour cela (59) :

- Une demande accrue pour tous les services de santé ;
- Le souhait d'être davantage informé, d'où une meilleure prise de conscience des solutions disponibles ;
- Le mécontentement grandissant à l'égard des services existants et un regain d'intérêt pour les « soins holistiques » et pour la prévention des maladies, lesquels sont plus souvent associés aux médecines traditionnelles et complémentaires. De plus, ces médecines prennent en compte le besoin de privilégier la qualité de vie quand la guérison n'est pas possible

Ces dernières années, pour tous les schémas d'utilisation, la part de l'auto-prise en charge sanitaire a augmenté. De plus en plus de consommateurs décident d'être davantage acteurs de leur santé. Beaucoup se tournent vers les produits et les pratiques des médecines traditionnelles et complémentaires en considérant que ce qui est naturel est sans danger, ce qui n'est pas forcément vrai. (60)

Les MAC, regroupent, selon l'OMS, des approches, des pratiques, des produits de santé et médicaux, qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle (médecine occidentale, médecine allopathique). Selon l'usage qui en est fait, on parlera de Médecines « complémentaires » quand elles sont utilisées en complément de la médecine conventionnelle, ou de Médecines « alternatives » quand elles sont utilisées à la place de la médecine conventionnelle. (61)

De nombreuses classifications en ont été proposées, notamment dans l'article de Wieland et al reprenant la revue de la littérature Cochrane au sujet des MAC (62). Celle élaborée par le

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) des Etats-Unis, une agence des National Institutes of Health (NIH) en est un bon résumé (63) :

- Systèmes médicaux parallèles (systèmes complets avec fondements théoriques et pratiques) = homéopathie, naturopathie, médecine traditionnelle chinoise, Ayurveda, etc...
- Approches corps-esprit (utilisation de l'esprit pour agir sur les mécanismes de guérison) = groupes de soutien, méditation, prière, hypnose thérapeutique, art, musique, danse, etc...
- Traitements à fondement biologique (utilisation de substances trouvées dans la nature) = suppléments alimentaires, herbes, aliments thérapeutiques, vitamines, phytothérapie etc...
- Systèmes axés sur le corps et la manipulation (utilisation de la manipulation ou du mouvement d'une ou de plusieurs parties du corps) = ostéopathie, chiropraxie, massothérapie, etc...
- Traitements énergétiques (utilisation de l'énergie corporelle) = Qi Gong, Reiki, bio électromagnétisme, utilisation des champs magnétiques, etc...

En France, n'entrent pas dans ce périmètre les « thérapeutiques non médicamenteuses validées » couvertes par le rapport d'orientation publié par la Haute Autorité de Santé en avril 2011, à savoir :

- Les règles hygiéno-diététiques (régimes diététiques, activités physiques et sportives, modifications des comportements alimentaires, règles d'hygiène),
- Les traitements psychologiques (thérapies d'inspiration analytique et psychanalyse, thérapies cognitivo- comportementales),
- Les thérapeutiques physiques (techniques de rééducation, kinésithérapie, ergothérapie).

Nous nous sommes servies de la classification du NCCAM et des thérapeutiques non médicamenteuses actuellement recommandées pour la prévention de la migraine chronique pour l'organisation de nos résultats.

Ces thérapeutiques recommandées sont la relaxation, le biofeedback et les thérapies comportementales et cognitives de gestion du stress qui ont une efficacité reconnue. Les données de la littérature ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité de l'acupuncture mais ne recommandent pas l'homéopathie et les manipulations cervicales. (8)

Nous pouvons cependant critiquer notre organisation des données. Par exemple, la relaxation a été démontrée comme étant efficace pour la prévention des céphalées chroniques. Mais comment définir la pratique de la relaxation ? Sous quelles formes est-elle validée ? La

relaxation fait partie des approches corps/esprit, dans ce cas, pourquoi les autres pratiques de cette approche ne sont pas reconnues comme efficaces également ?

Pourquoi certaines approches sont-elles remboursées et d'autres non ? Nous songeons notamment au débat actuel concernant l'homéopathie.

Nous voyons qu'il est difficile de poser un cadre pour toutes ces thérapeutiques non médicamenteuses « non validées ». Il y a, à l'heure actuelle, beaucoup d'auto soin de la part des patients et peu de recommandations pour les soignants. De ce fait le médecin, même s'il n'a pas à prescrire ces thérapies, a un rôle de conseils et d'orientation auprès du patient et doit donc s'engager, prendre position sans avoir les connaissances ou le recul nécessaires.

De son côté, l'OMS a proposé une stratégie pour la médecine traditionnelle et complémentaire pour 2014 -2023 (60). Les buts de cette publication sont :

- de consolider la base de connaissances et formuler des politiques nationales ;
- de renforcer la sécurité, la qualité et l'efficacité via la réglementation ;
- de promouvoir une couverture sanitaire universelle en intégrant dans les services des médecines traditionnelles et complémentaires, et l'auto-prise en charge sanitaire dans les systèmes de santé nationaux.

A l'échelle nationale, sous l'impulsion nantaise et strasbourgeoise, un Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) a été fondé. Ses missions sont, entre autres, d'encadrer les enseignements universitaires des professionnels et étudiants en santé ainsi que de promouvoir la recherche dans le domaine des médecines intégratives et complémentaires. (64)

Force est de constater que la place du MG est primordiale pour guider son patient vers des thérapies recommandées, validées, et avec un diplôme reconnu. Un référencement de toutes ces thérapies complémentaires pourrait être une piste intéressante à étudier, pourquoi pas régionalement, afin que les MG puissent orienter plus facilement leurs patients, et surtout vers des professionnels formés.

9) Recours au CETD

Le recours au CETD arrive bien souvent après un long parcours médical pour le patient et surtout suite à une aggravation de la situation relativement récente.

Le patient est dans la majorité des cas à l'origine de la demande de consultation dans notre étude.

Dans son travail sur les perceptions et croyances des céphalalgiques chroniques (22), Morèse K. parle de la perception des patients des difficultés rencontrées par leur MG pour répondre à leurs attentes. La notion d'impasse dans la prise en charge ressentie par les soignants et les patients est la raison la plus souvent évoquée pour justifier la demande de consultation en centre tertiaire.

Pour le médecin, le CETD est perçu comme un soulagement, une issue possible. Les médecins attendent avant tout une solution thérapeutique. Ils attendent aussi une prise en charge globale pour leur patient et la réalisation d'une éducation thérapeutique.

75% des MG estiment qu'il y a des obstacles à la prise en charge des céphalalgiques chroniques en médecine générale. Ils se sentent isolés et citent en premier lieu le manque d'appui des neurologues et algologues pour des problématiques en cours de suivi.

Ils citent également la multidisciplinarité nécessaire à mettre en place pour la prise en charge mais qu'ils trouvent difficile à réaliser pour 50 % d'entre eux.

Les attentes des patients sont avant tout une solution thérapeutique efficace. Ils sont également en demande d'explications concernant l'étiologie et les facteurs de chronicisation des céphalées. En effet, l'immense majorité d'entre eux ne comprend pas comment ils en sont arrivés à cette situation de douleur chronique.

Cela montre à quel point il y a une méconnaissance des facteurs de chronicisation des céphalées.

Les CETD sont surchargés, les délais de consultations sont très longs et ils disposent de peu de praticiens et de paramédicaux pour la prise en charge globale. C'est une utopie de penser que ces centres d'expertise peuvent tout régler et amener une prise en charge efficiente, globale et rapide avec un suivi régulier.

Selon un rapport de l'HAS de 2009 rédigé après enquête auprès des structures spécialisées, pour les patients céphalalgiques, le délai de rendez-vous était de plus de 3 mois dans 34% des cas (28). Au CETD de Nantes, dans la section céphalées chroniques, le délai est actuellement de 6 mois environ.

Nous ne devons pas attendre le recours aux centres tertiaires pour permettre à nos patients d'avoir une prise en charge globale et de l'éducation thérapeutique. Il serait intéressant d'interroger les soignants de ville concernant les difficultés pour la réalisation d'une prise en charge globale des céphalalgiques et réfléchir à la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique à proposer en ville.

Au CETD de Nantes, il existe un programme d'éducation thérapeutique qui a été mis en place mais seulement pour les patients hospitalisés. Ce programme n'est malheureusement pas étendu aux patients venant uniquement en consultation ou bien en médecine de ville en raison d'un manque de moyens.

C-Pistes d'amélioration et perspectives

Le questionnement autour des difficultés de prise en charge des patients céphalalgiques chroniques en médecine générale est d'actualité.

« Un quart de la population est confronté à une douleur chronique à un moment ou à un autre de son existence et une partie en sera durablement et fortement affectée. Dans ces situations complexes, considérer la douleur uniquement sous l'angle d'un symptôme n'est pas suffisant. Un regard qui intègre tout ce que la douleur vient bousculer dans le quotidien est indispensable. Les points de fragilisation peuvent en effet être nombreux : déconditionnement physique, peur de la douleur, ancrage social déstructuré, difficultés socioprofessionnelles, troubles du sommeil, ruminations mentales, perturbations émotionnelles et cognitives. » (65)

Comme pour les autres pathologies chroniques douloureuses et comme nous avons pu le constater dans ce travail, les consultations avec le patient céphalalgique chronique sont chronophages et placent le soignant en situation d'inconfort. Pour soigner correctement ce type de patient il faut du temps, de l'écoute et une approche bio psycho sociale, approche souvent peu apprise dans nos parcours étudiants.

Il est cependant important de faire la différence entre chaque douleur chronique. La céphalée chronique est une entité bien spécifique, évolution d'une pathologie le plus souvent intermittente initialement et au retentissement moindre. La prise en charge du patient céphalalgique chronique consiste à fixer avec le patient des objectifs clairs et réalistes, notamment en termes de diminution attendue de la fréquence des crises.

1) Education thérapeutique

Selon la définition du rapport OMS, l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. » (66)

Les finalités de l'éducation thérapeutique sont :

- l'acquisition et le maintien de compétences d'auto soin, telles que savoir mettre en place des modifications dans son mode de vie ou prévenir des complications évitables ;
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation, telles que savoir gérer un problème aigu en lien avec la pathologie.

L'éducation thérapeutique apporte donc des connaissances, un savoir-faire et une réflexion autour de la maladie, permettant au patient de devenir acteur principal et autonome de sa prise en charge.

Comme pour beaucoup de pathologies chroniques actuelles, l'éducation thérapeutique est au cœur de la prise en charge des céphalalgiques chroniques. Elle englobe une partie des nombreuses missions du médecin généraliste : dépister, prévenir, éduquer.

Les résultats de notre étude montrent à quel point elle est nécessaire à chaque étape de la prise en charge et à quel point le manque d'éducation peut entraîner des complications qui pourraient être évitées.

Concernant la prise en charge des céphalalgiques chroniques, des programmes d'éducation thérapeutiques existent ou ont déjà existé dans certains centres spécialisés. Localement, au CHU de Nantes, une thèse a été réalisée à propos de la mise en place du programme d'éducation thérapeutique au CETD de Nantes (67). Ce programme est en place depuis fin 2016 mais uniquement en secteur d'hospitalisation.

Ces différents programmes pourraient servir de support à des programmes d'éducation thérapeutique réalisés en ville.

Nous connaissons les problématiques de la consultation de MG : des consultations au cours desquelles plusieurs motifs sont abordés, des consultations à la durée insuffisante pour pouvoir traiter correctement les différentes notions importantes d'éducation et de prévention, la surcharge de travail du fait de la carence de médecins dans de nombreux territoires...

Les médecins généralistes pourraient s'organiser pour prévoir des consultations plus longues ou reconvoquer le patient à plusieurs reprises pour récupérer et distiller petit à petit toutes les informations nécessaires d'éducation. Mais est ce fait ? Est-ce faisable ?

Gineys et al en 2014 doutaient de la faisabilité de ces consultations dédiées. En cause : la place du MG, au premier plan dans la prise en charge des pathologies chroniques, tout en étant premier recours pour toutes les autres plaintes qui viennent systématiquement accompagner la consultation. Immanquablement, certains aspects de la prise en charge chronique passent au second plan et sont, d'une consultation à l'autre, mal traités, comme l'éducation thérapeutique par exemple. Ces auteurs plaident donc pour la répartition des tâches au moyen de plusieurs intervenants autres que le MG. (25)

Une solution serait de faire appel aux infirmier(e)s d'éducation thérapeutique via notamment l'association ASALEE (Action de SAnté Libérale En Equipe) ou les infirmier(e)s de pratique avancée, alternatives intéressantes et sûrement indispensables dans les années à venir face à l'explosion des maladies chroniques et à la carence de médecins dans de nombreux territoires.

ASALEE a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville (68). C'est un protocole de coopération qui permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières de santé publique, en charge de l'éducation thérapeutique, comprenant des dépistages et des suivis de diverses maladies chroniques.

Les résultats sont plus qu'encourageants pour les pathologies chroniques actuellement dans le domaine de compétence d'ASALEE.

2) Rôle majeur du pharmacien

Les MG ne sont pas les seuls au centre de la prise en charge des patients céphalalgiques. On retrouve également les pharmaciens qui jouent un rôle important d'identification des patients à risque, de prévention et d'éducation. Ce sont eux qui renseignent les patients lors de la délivrance des médicaments prescrits ou non. Ils pourraient sensibiliser les patients à propos des risques de l'automédication, du mésusage ou de l'abus médicamenteux et alerter les MG lorsque ces situations arrivent.

Or, les obstacles actuels sont multiples :

D'une part, les patients ne se rendent pas toujours dans la même pharmacie. Cette variation ne permet pas forcément d'avoir un suivi régulier et optimal de la quantité de traitements délivrés. Une solution pour palier à ce manque de suivi pourrait être l'utilisation du dossier médical partagé, ce qui permettrait de recenser les consommations médicamenteuses des patients et ainsi d'en alerter les MG le plus tôt possible.

D'autre part, les pharmaciens manquent de temps pour l'éducation des patients. Une solution pourrait être de créer un temps dédié éducatif au sein des pharmacies, rémunéré.

3) Outils pour les soignants

75% des MG estiment qu'il y a des obstacles à la prise en charge des céphalalgiques chroniques en médecine générale. Ils se sentent isolés et citent en premier lieu le manque d'appui des neurologues et algologues pour des problématiques en cours de suivi.

La question derrière cela est comment mieux organiser la communication ville/hôpital ? Comment éviter que les MG se sentent seuls et démunis pour des problématiques en cours de suivi ?

Une ligne d'avis téléphonique pour les MG pourrait être utile. Ces derniers ont souvent besoin d'un avis ponctuel sur des thérapeutiques à adapter par exemple, sans forcément qu'une consultation soit nécessaire. Cette hotline d'avis pourrait être partagée entre les neurologues et les algologues, afin que les MG puissent avoir une expertise et une réponse rapide à un problème auquel ils sont confrontés au cours de la prise en charge de leurs patients.

En parallèle, nous pourrions également organiser un « réseau céphalées » avec des médecins (MG, neuro, algologues, psychiatres, nutritionnistes...), pharmaciens et para médicaux (kiné/ thérapeutes de thérapie manuelles, psychologues, infirmier(e)s, diététiciennes...) de ville et hospitaliers et prévoir un parcours standardisé et optimisé pour le patient. L'idée serait également de faciliter la communication et les échanges entre les professionnels dans ce réseau.

Ils citent également la multidisciplinarité nécessaire à mettre en place pour la prise en charge mais qu'ils trouvent difficile à réaliser. Ce réseau céphalée pourrait également la favoriser.

56.3 % MG de l'étude aimeraient avoir à leur disposition des guides informatiques, des supports d'aide à la prise en charge qu'ils puissent consulter facilement.

Il pourrait être intéressant de créer un site informatique d'aide à la prise en charge du patient céphalalgique en médecine générale, étape après étape, en rappelant les thérapeutiques pour chaque type de céphalée, les facteurs de risque à rechercher, les consommations à dépister...

Une thèse d'exercice publiée en 2016 relatait la réalisation d'une « boîte à outil » pour le MG pour la prise en charge des migraines (69). Le document était un Power Point distribué aux médecins et les guidant étape par étape au cours de la prise en charge.

Idéalement un site internet, et donc accessible à tous, pourrait reprendre les axes de prise en charge : comment faire le diagnostic étiologique, les drapeaux rouges, quand adresser chez le spécialiste, les thérapeutiques principales, des outils à imprimer (brochures explicatives pour le patient, agenda des crises, échelles de retentissement...) et une trame de prise en charge initiale sur plusieurs consultations comme par exemple :

-1^{ère} consultation : diagnostic étiologique de la céphalée, prescription et explication du traitement de crise et distribution de l'agenda des crises ;

-2^{ème} consultation : analyse de l'agenda des crises, dépistage des CCQ, de l'abus, de l'automédication et des FDR de chronicisation ;

-3^{ème} consultation et suivantes : prescription du traitement de fond si besoin, prise en charge des FDR de chronicisation, éducation.

46.6% des MG aimeraient des recommandations récentes, orientées et adaptées à la médecine générale. En effet, les MG ne se retrouvent pas dans les recommandations, elles ne sont pas adaptées à la pratique de la médecine générale telle qu'elle est actuellement.

La poursuite des travaux de recherche actuellement menés par le CUMIC sur les thérapies alternatives et complémentaires ainsi que leurs diffusions sous forme de référentiels reconnus et validés sera une aide précieuse pour les MG afin de pouvoir guider au mieux leurs patients.

La mise en place d'un suivi avec des consultations dédiées une à quatre fois par an en fonction de la sévérité de la céphalée devrait être généralisée, afin de donner un cadre de suivi, comme pour bien d'autres pathologies chroniques. Cela donnerait de l'importance aux céphalées et les patients se sentiraient mieux écoutés.

4) Formation des MG

75% des MG estiment ne pas avoir été formés au dépistage et à la prise en charge des céphalées chroniques.

Dans une enquête menée auprès de MG réalisée et publiée juste avant la parution des recommandations de l'ANAES, 47% connaissaient le diagnostic de CAM, connaissance acquise via des FMC, des courriers de CETD voire des informations de laboratoires pharmaceutiques. (26)

La différence entre les ces deux pourcentages peut être expliquée par le fait que depuis cette étude, les recommandations sur le dépistage et la prise en charge des CCQ ont été publiées en 2004 et réactualisées en 2014, ce qui a pu sensibiliser les MG à cette problématique.

C'est également en 2004, soit il y a maintenant 14 ans, que la douleur a fait son apparition dans l'enseignement médical obligatoire du Deuxième Cycle d'Etudes Médicales (DCEM) sous la forme du module 6, qui regroupe l'enseignement de la douleur et des soins palliatifs. Puis en 2016, avec l'apparition des e-ECN (Examen National Classant), les modules ont été refondus sous la forme d'UE (Unités d'Enseignements), transversales. Le module 6 perd alors sa spécificité douleur et soins palliatifs et se retrouve au sein d'une UE plus larges avec 5 items consacrés à la douleur. (70)

La moitié des MG ayant participé à notre étude étaient âgés de 31 à 40 ans. En revanche, les autres MG interrogés avaient tous plus de 40 ans, ce qui explique que lors de leur DCEM, ils n'ont pas bénéficié de cet enseignement sur la douleur.

En post thèse, pour se former à la prise en charge de la douleur, il existe actuellement plusieurs DU (Diplômes Universitaires) Douleur dont un sur Nantes, une capacité Douleur existe également. Un DIU (Diplômes Inter Universitaires) Céphalées est proposé à Paris. Les médecins peuvent également s'inscrire à différentes formations dans le cadre de leur DPC (Développement Professionnel Continu) où l'on retrouve le thème de la migraine de l'adulte et de l'enfant. (71)

5) Sensibilisation de la population / actions de santé publique

87 % des patients de notre étude souffrent de CCQ. Or 22% d'entre eux ont répondu ne jamais avoir entendu parler de ce diagnostic. Cela paraît étonnant qu'aucun soignant n'ait prononcé le terme devant son patient. Mais la responsabilité des médecins n'est pas seule en cause : il y a clairement un manque de notoriété de cette pathologie.

Des campagnes nationales avec des affiches destinées au grand public, sur les céphalées et leurs complications pourraient permettre de sensibiliser la population générale à la maladie et aux comportements à éviter (automédication, abus...), comme récemment, l'assurance maladie a créé des affiches expliquant la nécessité de la mobilisation dans le traitement de la lombalgie chronique. Des messages simples et une meilleure connaissance du grand public pourraient ainsi être obtenus et permettraient peut-être de sensibiliser plus facilement au risque de mésusage et d'abus.

Des brochures d'informations à laisser dans les salles d'attente ou à délivrer par le MG au cabinet pourraient également augmenter la visibilité de cette maladie.

D-Points forts – Limites de ce travail de thèse

1) Points forts

L'originalité de ce travail résidait dans la mise en parallèle du discours des soignants et des patients vis-à-vis des problématiques au cours de la prise en charge afin de mieux les décrire. Les questionnaires avaient donc été conçus le plus possible en miroir.

De notre point de vue, le travail en binôme a été un atout pour cette thèse. D'une part il a été gage de qualité méthodologique en permettant une double lecture à chaque étape au cours desquelles des erreurs pouvaient se produire (recueil, analyse...). D'autre part, nos différences de personnalités, méthodes de travail, parcours professionnels et personnels ont enrichi notre réflexion et notre propos.

2) Limites

La principale limite de cette étude est la taille de notre échantillon. Nous n'avons pas réussi à obtenir la trentaine de patients ainsi que la trentaine de soignants espérés dans le temps imparti.

Nos résultats n'expriment donc que des tendances.

Nous pouvons cependant rappeler que notre souhait de réaliser des entretiens pour tester la validité de nos questionnaires nous a pris du temps et que cela a sollicité des patients/ médecins que nous n'avons pas pu inclure dans les résultats par la suite.

Nous pouvons parler pour ce travail d'un biais de recrutement/de sélection puisque les patients ont été uniquement recrutés dans un centre tertiaire unique (CHU de Nantes). Les données qui ont donc été recueillies sont mono centriques et ne peuvent pas être extrapolées. Notre patientèle ne donne un aperçu que des patients au parcours souvent plus complexe. C'est un travail sur les besoins en médecine générale à partir de patients adressés en centre tertiaire pour plus de facilité de recrutement ; la généralisation est donc difficile (Carré de White).

Les participants étaient interrogés sur des faits passés, par exemple sur des traitements ou des prises en charges, ce qui a pu créer un biais de mémoire.

Le choix de la méthode quantitative a été voulu, entre autres, pour une analyse et une mise en parallèle plus facile des multiples données de recueil que nous pensions obtenir. Cependant, lors des entretiens patients, il était un peu frustrant ne pas pouvoir recueillir tous leurs propos. L'analyse qualitative de plusieurs données aurait pu permettre d'obtenir d'autres informations intéressantes.

VI-Conclusion

Ce travail a permis de confirmer la complexité de la prise en charge du céphalalgique chronique en médecine générale et la nécessité d'une approche globale, bio psycho sociale pour traiter au mieux cette pathologie.

En médecine générale, cette prise en charge semble souffrir de plusieurs obstacles :

- Le manque de notoriété des céphalées chroniques et des facteurs de chronicisation ;
- La multidisciplinarité parfois peu évidente à mettre en place ;
- Le peu de temps accordé à l'éducation thérapeutique.

Plusieurs niveaux de complexité ont été mis en évidence :

- La complexité de la population : les patients ont un profil poly-addictif souvent méconnu des MG, avec une tendance à l'automédication, au mésusage et à l'abus. La patientèle est composée de jeunes actifs, peu enclins à un investissement dans une prise en charge globale et en recherche de solutions rapides en adéquation avec leurs activités.
- La complexité des thérapeutiques :
 - o De crise, avec des modalités de prise peu respectées et des abus (le plus souvent avec les molécules de référence) ;
 - o De fond, avec de nombreux effets secondaires apportant une intolérance du produit, une non-observance élevée malgré un retentissement majeur des céphalées sur la vie des patients et des prescriptions parfois inadaptées.
- La complexité due à l'organisation actuelle des consultations en médecine générale : consultations de 20 minutes avec une impossibilité de gérer dans le temps imparti l'adaptation des thérapeutiques médicamenteuses ou non, l'évaluation du retentissement socioprofessionnel et émotionnel, les autres problématiques en rapport, et surtout l'impossibilité de réaliser l'éducation thérapeutique nécessaire.
- La complexité de la prise en charge multidisciplinaire à l'origine d'une sensation d'isolement des MG : frein des patients pour les psychothérapies, peu de communication avec les pharmaciens dont le rôle est pourtant majeur pour la prévention de l'abus, du mésusage et de l'automédication, un sevrage médicamenteux peu proposé et peu pratiqué, et peu de possibilité d'avis des algologues et neurologues en dehors des consultations dont le délai est souvent long.

Cette étude a tenté de mettre en évidence la nécessité de poser un cadre pour la prise en charge des patients céphalalgiques en médecine générale :

- Prévoir un temps long pour les premières consultations (deux consultations de 20 minutes), de reconvoquer les patients au moins une fois par an, voire tous les 3 mois en cas d'introduction d'un traitement de fond, au cours de consultations dédiées à leurs céphalées,

- Consacrer un temps spécifique à l'éducation thérapeutique ou de déléguer cette tâche à des infirmières de pratiques avancées/ infirmières ASALEE ;
- Renforcer la communication entre les différents acteurs du soin, entre autres avec la mise en place d'une ligne d'avis d'expertise avec les neurologues et les algologues et la mise en place de systèmes d'alertes lancées par les pharmaciens, en première ligne pour le dépistage des usages médicamenteux inappropriés.

De manière générale, il paraît important d'améliorer la sensibilisation des patients et soignants au dépistage et à la prise en charge des facteurs de chronicisation aux moyens de campagnes de santé publique, de formations et de recommandations adaptées à la médecine générale et par la mise en valeur de référentiels validés concernant les MAC, thérapeutiques dont la place ne cesse de croître au sein du système de soin.

En prolongement de cette thèse, il pourrait être intéressant de réaliser un travail sur l'élaboration et la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique du céphalalgique chronique organisé avec les acteurs de premiers recours et de réfléchir à des outils numériques innovants d'aide à la prise en charge.

La construction d'un « réseau de soin céphalées » pluri professionnel en ville pourrait également être un projet intéressant. Il permettrait d'une part une meilleure visibilité des différents acteurs de la prise en charge, et d'autre part une meilleure communication entre tous les soignants intervenant à différents niveaux dans la prise en charge des patients céphalalgiques.

VII-Bibliographie

1. Collège des Enseignants de Neurologie. Céphalée aiguë et chronique chez l'adulte et l'enfant [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 18 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle%20/cephalee-aigue-chronique-ladulte-lenfant>
2. OMS. Principaux repères sur les céphalées [Internet]. World Health Organization. 2018 [cité 14 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. Edition-3beta. Cephalalgia. 2013;33:629-809.
4. Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées. sfemc - Migraines & Céphalées - C'est quoi la migraine ? [Internet]. SFEMC. 2017 [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: <http://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/4-c-est-quoi-la-migraine.html>
5. Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées. sfemc - Migraines & Céphalées - Céphalée de tension [Internet]. SFEMC. 2017 [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: <http://sfemc.fr/maux-de-tete/cephalee-de-tension.html>
6. HAS. CCQ (Céphalées Chroniques Quotidiennes) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge ; Recommandations. Haute Autorité de Santé; 2004 sept.
7. Lantéri-Minet M, Demarquay G, Alchaar H. 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. Revue neurologique [Internet]. 2014 [cité 31 oct 2017];(170):162-76. Disponible sur: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/cahiers/cahier_sfetd_n_3_ccq.pdf
8. Géraud G, Fabre N, Lanteri-Minet M, Valade D. Les Céphalées en 30 leçons. Educa Books; 2015. (Elsevier Masson).
9. Fédération française des diabétiques. Les chiffres du diabète en France [Internet]. 2018 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete/chiffres-france>
10. Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées. sfemc - Migraines & Céphalées - Maux de tête - Céphalée Chronique Quotidienne - CCQ [Internet]. SFEMC. 2017 [cité 13 oct 2017]. Disponible sur: <http://sfemc.fr/maux-de-tete/cephalee-chronique-quotidienne.html>
11. Martelletti P, Katsarava Z, Lampl C, Magis D, Bendtsen L, Negro A, et al. Refractory chronic migraine: a Consensus Statement on clinical definition from the European Headache Federation. J Headache Pain [Internet]. 28 août 2014 [cité 14 oct 2018];15(1):47. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/1129-2377-15-47>
12. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant. Revue Neurologique. 2013;169:14-29.
13. Massiou H, Bousser M-G. Traitement médicamenteux de fond de la migraine. Revue Neurologique [Internet]. 2005 [cité 4 août 2018];161(6-7):681-4. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378705851161>

14. Lanteri-Minet M, Valade D, Géraud G, Donnet A. Migraine chez l'adulte et chez l'enfant. Revue du Praticien-Médecine Générale [Internet]. avr 2013 [cité 26 févr 2017];Tome 27(899):287-95. Disponible sur: http://www.amiform.com/web/dpc-en-ligne/migraine-enfant-et-ado/368_mg_2013_899_287.pdf
15. Dousset V, Brochet B. Céphalées de tension. Neurologie. 2005;17-023-A-65.
16. Lanteri-Minet M. Prévention des Céphalées chroniques quotidiennes. La revue du Praticien [Internet]. 31 mars 2008 [cité 14 juill 2016];58:639-42. Disponible sur: http://www.docdocpro.fr.docelec.u-bordeaux.fr/user/0/documents/ppppp_n769i7ypp37v769i5ypp35v5v82cglm/download
17. Dousset V, Henry P. Céphalées chroniques quotidiennes, céphalées par abus médicamenteux Définitions, épidémiologie. Douleur et Analg [Internet]. 1 déc 2005 [cité 17 janv 2017];18(4):135-8. Disponible sur: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03007277>
18. Kristoffersen ES, Lundqvist C. Medication-overuse headache: epidemiology, diagnosis and treatment. Ther Adv Drug Saf [Internet]. avr 2014 [cité 28 janv 2017];5(2):87-99. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4110872/>
19. Radat F, Lanteri-Minet M. Evaluation de la migraine. La Revue du Praticien [Internet]. 31 mars 2008 [cité 12 sept 2018];58:616-24. Disponible sur: http://larevuedupraticien.fr/sites/default/files/RDP_2008_6_616.pdf
20. Lanteri-Minet M. Qualité de vie et impact de la migraine. John Libbey Eurotext; 2007. 95 p.
21. Lanteri-Minet M, Valade D, Géraud G, Chautard M, Lucas C. Migraine and Probable Migraine — Results of FRAMIG 3, a French Nationwide Survey Carried out According to the 2004 IHS Classification. Cephalalgia [Internet]. déc 2005 [cité 19 avr 2017];25(12):1146-58. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1468-2982.2005.00977.x>
22. Morese K. Croyances et perceptions des patients migraineux souffrant de céphalées chroniques quotidiennes associées à un abus médicamenteux: étude qualitative en médecine générale [Internet]. 2015 [cité 25 sept 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286632/document>
23. Lanteri-Minet M. The role of general practitioners in migraine management. Cephalalgia. 2008;1-8.
24. Virideau L. Les céphalées par abus médicamenteux : diagnostic et prévention en soins primaires, intérêt d'une brochure-patient d'information [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2013 [cité 25 sept 2016]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/125/>
25. Gineys V, Meyrand B, Bonnefond H, Charles R. Des consultations dédiées à la migraine en médecine générale. Médecine [Internet]. 27 juin 2014 [cité 18 févr 2017];10(6):278-85. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/des_consultations_dediees_a_la_migraine_en_medecine_generale_301983/article.phtml?tab=texte
26. Rousselon V, Creac'h C, Sarrazin M, Cancade M, Navez M. Céphalées par abus médicamenteux : enquête auprès de 54 médecins généralistes. Revue du Praticien-Médecine Générale [Internet]. 7 nov 2005 [cité 14 juill 2016];19(708-709):1230-4. Disponible sur:

<http://www.docdocpro.fr.docelec.u-bordeaux.fr/user/0/documents/aaaaa8n7ej71aa07ta37ej51aa05ta35h18acglm/download>

27. SFETD. Les structures douleur chronique | SFETD [Internet]. 2016 [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/les-structures-douleur-chronique>
28. Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : les aspects organisationnels Le point de vue des structures spécialisées. avr 2009 [cité 7 oct 2018]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf
29. Julia C, Hercberg S. Épidémiologie de l'obésité en France. Revue du Rhumatisme Monographies [Internet]. 1 févr 2016 [cité 14 oct 2018];83(1):2-5. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878622715001009>
30. Adams AM, Serrano D, Buse DC, Reed ML, Marske V, Fanning KM, et al. The impact of chronic migraine: The Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study methods and baseline results. Cephalalgia [Internet]. juin 2015 [cité 4 oct 2018];35(7):563-78. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430584/>
31. Schramm SH, Obermann M, Katsarava Z, Diener H-C, Moebus S, Yoon M-S. Epidemiological profiles of patients with chronic migraine and chronic tension-type headache. J Headache Pain [Internet]. 2013 [cité 4 oct 2018];14(1):40. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3655106/>
32. Institut National de Recherche et de Sécurité. Lombalgie. Statistique - Risques - INRS [Internet]. 2017 [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/statistique.html>
33. Géraud G, Valade D, Lantéri-Minet M, Radat F, Lucas C, Vives E, et al. SMILE: first observational prospective cohort study of migraine in primary care in France. Description of methods and study population. Cephalalgia [Internet]. 26 nov 2007 [cité 19 avr 2017];28:164-73. Disponible sur: <http://cep.sagepub.com/cgi/doi/10.1111/j.1468-2982.2007.01489.x>
34. Lantéri-Minet M. Céphalées par abus médicamenteux. Revue Neurologique [Internet]. 1 juill 2005 [cité 4 nov 2018];161(6):725-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378705851306>
35. Park J-W, Moon H-S, Kim J-M, Lee K-S, Chu MK. Chronic Daily Headache in Korea: Prevalence, Clinical Characteristics, Medical Consultation and Management. J Clin Neurol [Internet]. juill 2014 [cité 6 oct 2018];10(3):236-43. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4101101/>
36. Radat F, Creac'h C, Lafitau M, Irachabal S, Dousset V, Henry P. Céphalées par abus médicamenteux et addiction. Douleur et Analg [Internet]. 1 déc 2005 [cité 17 janv 2017];18(4):139-41. Disponible sur: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF03007278>
37. Thorlund K, Sun-Edelstein C, Druyts E, Kanters S, Ebrahim S, Bhambri R, et al. Risk of medication overuse headache across classes of treatments for acute migraine. The Journal of Headache and Pain [Internet]. déc 2016 [cité 6 oct 2018];17(1). Disponible sur: <https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/s10194-016-0696-8>

38. Palacios-Ceña D, Neira-Martín B, Silva-Hernández L, Mayo-Canalejo D, Florencio LL, Fernández-de-las-Peñas C, et al. Living with chronic migraine: a qualitative study on female patients' perspectives from a specialised headache clinic in Spain. *BMJ Open* [Internet]. 21 août 2017 [cité 4 oct 2018];7(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724120/>
39. Haute Autorité de Santé. Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » Critères d'abus et de dépendance selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV) [Internet]. 2014 [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf
40. Radat F, Lanteri-Minet M. Comportement addictif chez les patients souffrant de céphalée par abus médicamenteux : une revue des données de la littérature. *Revue Neurologique* [Internet]. 1 août 2011 [cité 4 nov 2018];167(8):568-78. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378711001214>
41. Dodick D, Silberstein S. How Clinicians can Detect, Prevent and Treat Medication Overuse Headache. *Cephalalgia* [Internet]. 1 nov 2008 [cité 4 nov 2018];28(11):1207-17. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01737.x>
42. Saper J, Hamel R, Lake A. Medication Overuse Headache (MOH) is a Biobehavioural Disorder - Jun 26, 2016. *Cephalalgia* [Internet]. 2005 [cité 17 janv 2017];25:545-6. Disponible sur: <https://nomade.etu.univ-nantes.fr/+CSCO+00756767633A2F2F77626865616E79662E666E747263686F2E70627A++/doi/abs/10.1111/j.1468-2982.2005.00879.x>
43. Lanteri-Minet. Parcours de soins-Migraine. *Le Concours Médical* [Internet]. oct 2015 [cité 14 juill 2016];137(8):613-45. Disponible sur: <http://www.docdocpro.fr.docelec.u-bordeaux.fr/user/0/documents/aaaaa4n7be74ah0737be54ah0535vh8cglm/download>
44. Lucas C, Lanteri-Minet M, Blondel J-M. Etude Orage : Observatoire de la cRise de migrAine chez le GEnéraliste. *La Revue du Praticien Médecine Générale*. 4 avr 2005;19(688-689):455-9.
45. Fédération française de Neurologie. La migraine | Fédération Française de Neurologie [Internet]. Fédération Française de Neurologie. 2018 [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.ffn-neurologie.fr/grand-public/maladies/la-migraine>
46. European Migraine and Headache Alliance N. Global study by Novartis and European Migraine and Headache Alliance reveals 60% of employed people with severe migraine miss, on average, a week of work per month [Internet]. Novartis. 2018 [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: [/Global-study-by-Novartis-and-European-Migraine-and-Headache-Alliance-reveals-60-of-employed-people-with-severe-migraine-miss-on-average-a-week-of-work-per-month](#)
47. Henry P et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology*. 2002;59(2):232-7.
48. Lanteri-Minet M, Géraud G. Epidemiology of migraine: French key descriptive data. *Revue Neurologique* [Internet]. janv 2016 [cité 20 sept 2018];172(1):56-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0035378715009212>
49. Penard C, Maindru T. Représentations du médicament et des médecines alternatives et complémentaires dans une population de Loire-Atlantique et de Vendée: analyse secondaire

- d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés couplés à des journaux de santé [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2018.
50. Fainzang S. L'automédication: Une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropologie et Sociétés* [Internet]. 2010 [cité 16 oct 2018];34(1):115. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/044199ar>
 51. Sailler L, Pugnet G, Montastruc J-L. Automédication. *La Revue du Praticien*. déc 2012;62:1463-.
 52. Interligator J. Conceptions et pratiques profanes autour des médicaments antalgiques, anti-inflammatoires et antipyrétiques: une approche qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017.
 53. Lantéri-Minet M, Nachit-Ouinekh F, Mihout B, Slama A, Hasnaoui AE. La migraine en pharmacie d'officine : une étude multi-centrique française. <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/data/revues/00353787/01604-C1/441/> [Internet]. 1 mars 2008 [cité 18 févr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/104929/resultatrecherche/82>
 54. Département de pharmacologie de Bordeaux. Lexique de Pharmacovigilance - Centre Régional de Pharmacovigilance CRPV [Internet]. 2004 [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/fr/pharmacovigilance/lexique.htm>
 55. SFETD. Les opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte : Recommandations de bonne pratique clinique par consensus formalisé [Internet]. 2016 janv [cité 25 oct 2018] p. 1 - 70. Disponible sur: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/recommandations/recos_opioides_forts_sfetd_version_1ongue.compressed.pdf
 56. Linde M, Jonsson P, Hedenrud T. Influence of disease features on adherence to prophylactic migraine medication. *Acta Neurologica Scandinavica* [Internet]. 1 déc 2008 [cité 9 oct 2018];118(6):367 - 72. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0404.2008.01042.x>
 57. Dekker F, Knuistingh Neven A, Andriess B, Kernick D, Reis R, Ferrari MD, et al. Prophylactic treatment of migraine; the patient's view, a qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 9 mars 2012 [cité 9 oct 2018];13:13. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3359207/>
 58. Peters M, Vydelingum V, Abu-Saad HH, Dowson A. Migraine and chronic daily headache management: implications for primary care practitioners. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 1 juill 2007 [cité 25 févr 2017];16(7b):159 - 67. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01562.x/abstract>
 59. Alivia M, Guadagni P, Roberti di Sarsina P. Towards salutogenesis in the development of personalised and preventive healthcare. *EPMA J* [Internet]. déc 2011 [cité 1 nov 2018];2(4):381 - 4. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405411/>
 60. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2013.

61. Pr Jean-Yves Fagon DCV-B. MEDECINES COMPLEMENTAIRES A L ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS. Rapport [Internet]. 2012 [cité 16 oct 2018] p. 1 - 119. Disponible sur: https://www.aphp.fr/sites/default/files/presse/1091/Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf
62. Wieland LS, Manheimer E, Berman BM. Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration. *Altern Ther Health Med* [Internet]. 2011 [cité 30 oct 2018];17(2):50-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196853/>
63. NCCIH. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? [Internet]. NCCIH. 2011 [cité 16 oct 2018]. Disponible sur: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
64. Nizard J, Kopferschmitt J. Collège Universitaire Interdisciplinaire de Médecine Intégrative et Thérapies Complémentaires (CUMIC). HEGEL - HEpato-GastroEntérologie Libérale [Internet]. 2017 [cité 10 nov 2018];(4). Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2042/63787>
65. Berquin A, Grisart J. Les défis de la douleur chronique [Internet]. Mardaga; 2016 [cité 14 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-defis-de-la-douleur-chronique--9782804703233.htm>
66. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Définition,finalités et organisation Recommandations HAS. juin 2007 [cité 7 oct 2017]; Disponible sur: [ps://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
67. Delanoë L. Élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de céphalées chroniques, au Centre fédératif douleur, soins palliatifs et de support, éthique à l'hôpital Nord Laennec du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques; 2015.
68. Association Asalee. Présentation Générale ASALEE Limics [Internet]. 2018 [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjA9MX3m_TdAhWDyYUKHYLCDjkQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.limics.fr%2Fpages%2Fadministration%2Fgestion_evenement%2Fexternal%2Fdownload_file.php%3Fevenement_id%3D111%26file_name%3DASALEE%2520Pre%25CC%2581sentation%2520Ge%25CC%2581ne%25CC%2581rale%2520Limics%2520juin%25202018.pdf&usg=AOvVaw2doAOLPgYGPAiObe-80w-O
69. Laude O. La migraine en médecine générale: élaboration d'une « boîte à outils » céphalées-migraine par une méthodologie de développement professionnel continu [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
70. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. Présentation | SFETD [Internet]. 2016 [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/presentation-5>
71. Société Française de Médecine Générale. Le Développement Professionnel continu par thèmes [Internet]. SFMG. 2018 [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.sfm-g-dpc.org/formations-theme>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire Céphalée du CETD

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Poids actuel : Taille :

ANTECEDENTS :

○ Personnels :

○ Médicaux :

.....
.....

○ Chirurgicaux :

.....
.....

○ Familiaux :

.....

PROFESSION :

Situation actuelle :

En activité ☐

En arrêt de travail ☐

En invalidité ☐

Au chômage ☐

TRAITEMENTS ACTUELS : (y compris pilules, traitements hormonaux substitutifs, traitements antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères, etc) :

.....
.....
.....

DESCRIPTION DU MAL DE TETE (= CEPHALEE) :

- A quel âge sont apparues les céphalées ?
- Savez-vous s'il s'agissait de migraines ?
Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- Décrivez vos troubles :

.....
.....
.....

▪ En cas d'aggravation des céphalées :

- à quel âge a eu lieu l'augmentation de fréquence des céphalées ?
- à quel âge sont-elles devenues quotidiennes ou quasi-quotidiennes (plus d'1 jour/2) ?
- l'aggravation est-elle survenue brutalement ? Oui ☐ Non ☐
- l'aggravation coïncide-t-elle avec un événement de vie pénible, une dépression ? Oui ☐ Non ☐
 - Si vous aviez à évaluer l'intensité de votre douleur, quel score donneriez-vous ?
(0 pas de douleur ® 10 douleur maximale imaginable)
- en moyenne : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- moments les plus douloureux : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Description des céphalées dans les 3 derniers mois :

- Nombre total de jours de céphalées par mois :

Intensité moyenne des crises au cours de la dernière semaine (*entourer un chiffre*)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Absence de douleur
imaginable

Douleur maximale

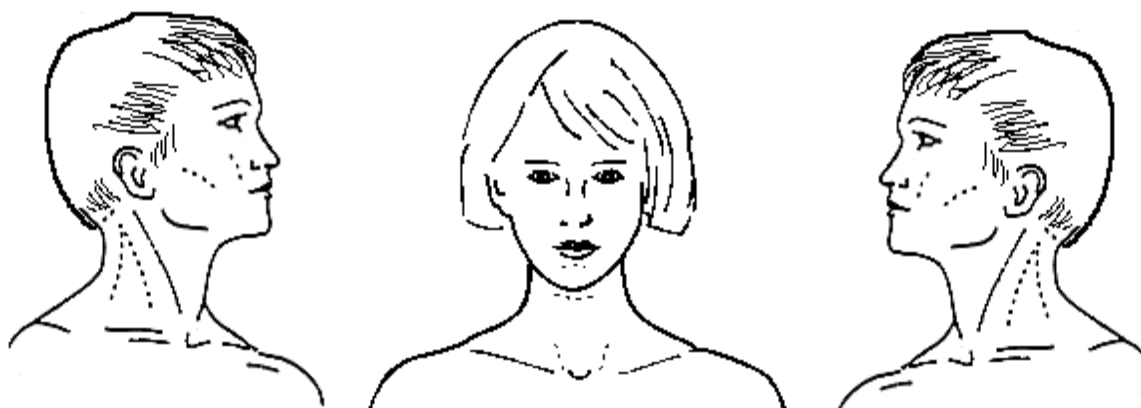
- S'agit-il de céphalées évoluant :

- par crise avec des jours sans douleur ☐
- par crise avec un fond douloureux quasi permanent ☐
- de façon quasi continue sans réelle crise ☐

- Combien de temps au maximum pouvez-vous rester sans aucune céphalée ?

moins d'1 heure ☐ 1 à 24 heures ☐ 1 à 4 jours ☐ 4 à 8 jours ☐ plus de 15 jours ☐

Hachurez la ou les zones de votre douleur sur les schémas ci-dessous :



Au cours des 3 derniers mois, pouvez-vous estimer le nombre de consultations effectuées en lien avec la prise en charge de vos céphalées ?

Avez-vous bénéficié d'un passage aux urgences ?

Avez-vous bénéficié d'une hospitalisation ?

MEDICAMENTS UTILISES OU DEJA ESSAYES EN TRAITEMENT DE CRISE :

- Nombre de jours de prise d'antimigraineux/d'antalgiques par mois :
- Combien de temps au maximum pouvez-vous rester sans en prendre ?
Moins de 8 heures ☐ 8 à 24 heures ☐ 1 à 4 jours ☐ 4 à 8 jours ☐ + de 8 jours ☐
- Quels traitements utilisez-vous ACTUELLEMENT en cas de céphalées ?

Nom	Dosage ? Forme ? <i>Comprimé, gélule, spray, suppo.</i>	Nombre moyen <i>comprimé, gélule ou suppo par semaine</i>	Efficacité : 0 nulle + légère ++ moyenne +++ bonne ++++ complète	Délai d'action	Durée d'action

Entourez les traitements de crises que vous avez déjà utilisés	Efficacité : 0 nulle, + légère, ++ moyenne, +++ bonne,++++ complète	Effets indésirables ressentis	Dose
Imigrane 50 injectable-spray, Relpax, Almogran, Naramig, Zomig-Zomigoro			
Gynergène caféiné, Migwell, Diergospray			
Anti-inflammatoires (Profénid, Apranax, Ibuprofène, Nureflex)			
Aspirine, aspégic, Céphyl, Migpriv, Céphalgan			
Paracétamol (Doliprane, Dafalgan, Efferalgan)			
Efferalgan codéiné, Dafalgan codéiné, Codoliprane			
Optalidon Viscéalgine forte			
Topalgic, Contramal			
Lamaline			
Autres			

MEDICAMENTS UTILISES EN TRAITEMENT DE FOND :

Un traitement de fond est un traitement que l'on prend tous les jours pour essayer de diminuer la fréquence et l'intensité de ses céphalées.

- Quel traitement de fond prenez-vous actuellement ?

Depuis quand ? : Dose :

Efficacité : nulle ☐ légère ☐ moyenne ☐ bonne ☐ complète ☐

- Avez-vous essayé les techniques suivantes ? (notez vos commentaires éventuels) :

- Acupuncture ☐
- Mésothérapie ☐
- Infiltrations ☐
- Kinésithérapie ☐
- Ostéopathie ☐
- Stimulations électriques ☐
- Psychothérapies ☐
- Relaxation ☐
- Cures thermales ☐
- Autres ☐

- Parmi les traitements suivants, quels traitements de fond avez-vous essayé ?

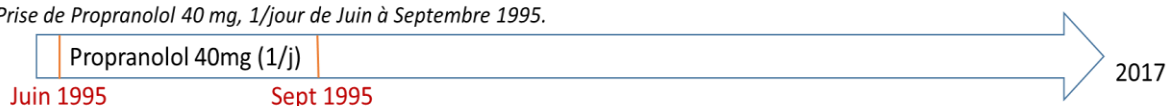
	Efficacité : 0 nulle, + légère, ++ moyenne, +++ bonne, ++++ complète	Effets indésirables ressentis	Dose
Dihydroergotamine, Ikaran, Séglor			
Sammigran			
Nocertone			
Bétabloquant (Avlocardyl, Séloken, Lopressor, Tenormine			
Vidora			
Sbélium			
Isoptine			
Désernil			
Laroxyl			
Dépakine			
Epitomax			
Autres			

Historique des traitements médicamenteux antimigraineux.

- Complétez cette ligne de vie, avec les traitements indiqués dans le tableau afin de nous renseigner sur votre prise de médicaments depuis le début de vos céphalées.

(Date de début, date de fin, nom du médicament et dose utilisée)

Ex : Prise de Propranolol 40 mg, 1/jour de Juin à Septembre 1995.



1^{ère} prise de traitement antimigraineux

2017

Dernière prise ou traitement en cours

IMPACT DES MAUX DE TÊTE :

- Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?
Jamais ☐ Rarement ☐ De temps en temps ☐ Très souvent ☐ Tout le temps ☐
- Votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes habituelles, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités avec les autres, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?
Jamais ☐ Rarement ☐ De temps en temps ☐ Très souvent ☐ Tout le temps ☐
- Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?
Jamais ☐ Rarement ☐ De temps en temps ☐ Très souvent ☐ Tout le temps ☐
- Au cours de ces 4 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?
Jamais ☐ Rarement ☐ De temps en temps ☐ Très souvent ☐ Tout le temps ☐
- 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 ?
Jamais ☐ Rarement ☐ De temps en temps ☐ Très souvent ☐ Tout le temps ☐
- Au cours de ces 4 dernières semaines, votre capacité à vous concentrer sur votre travail ou vos activités quotidiennes a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?
Jamais ☐ Rarement ☐ De temps en temps ☐ Très souvent ☐ Tout le temps ☐

Score HIT Total (calculé par le médecin)

QUESTIONNAIRE MIDAS

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

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

EQ-5D™

Veuillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.

Mobilité

- 1 ☐ Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
 2 ☐ J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
 3 ☐ Je suis obligé(e) de rester alité(e)

Autonomie de la personne

- 1 ☐ Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
 2 ☐ J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
 3 ☐ Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Activités courantes (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- 1 ☐ Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
 2 ☐ J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
 3 ☐ Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs/gêne

- 1 ☐ Je n'ai ni douleurs, ni gêne
 2 ☐ J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
 3 ☐ J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

Anxiété/dépression

- 1 ☐ Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
 2 ☐ Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
 3 ☐ Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Score (compris entre 5 et 15) :

ECHELLE HAD :

Dans le tableau suivant, lisez chaque série de questions et entourez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

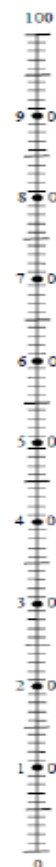
A. Je me sens tendu ou énervé	D. Je prend plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
3. la plupart du temps	0. oui, tout autant
2. souvent	1. pas autant
1. de temps en temps	2. un peu seulement
0. jamais	3. presque plus
A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
3. oui, très nettement	0. autant que par le passé
2. oui, mais ce n'est pas grave	1. plus autant qu'avant
1. un peu mais cela ne m'inquiète pas	2. vraiment moins qu'avant
0. pas du tout	3. plus du tout
A. Je me fais du souci	D. Je suis de bonne humeur
3. très souvent	3. jamais
2. assez souvent	2. rarement
1. occasionnellement	1. assez souvent
0. très occasionnellement	0. la plupart du temps
A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
0. quoi qu'il arrive	3. presque toujours
1. oui, en général	2. très souvent
2. rarement	1. parfois
3. jamais	0. jamais
A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
0. jamais	3. plus du tout
1. parfois	2. je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
2. assez souvent	1. il se peut que je n'y fasse plus autant attention
3. très souvent	0. j'y prête autant attention que par le passé
A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
3. oui, c'est tout à fait le cas	0. autant qu'avant
2. un peu	1. un peu moins qu'avant
1. pas tellement	2. bien moins qu'avant
0. pas du tout	3. presque jamais
A. J'éprouve des sensations soudaines de panique	D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio TV
3. vraiment très souvent	0. souvent
2. assez souvent	1. parfois
1. pas très souvent	2. rarement
0. jamais	3. très rarement

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle graduée à quel endroit vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant du cadre ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

**Votre état de
santé
aujourd'hui**

Meilleur état de
santé imaginable



Pire état de
santé imaginable

Score (compris entre 0 et 100) :

Annexe 2 : Lettre d'information aux patients



LETTRÉ D'INFORMATION AUX PATIENTS POUR LA PARTICIPATION A UN PROJET DE THESE

Vous allez participer à un travail de thèse mené par 2 médecins généralistes, **DUCRET Angèle et MASUREL Coralie**, dans le but de valider leur diplôme de Docteur en Médecine.

Ce projet, encadré et soutenu par le Dr BOUGOUIN-KUHN Emmanuelle, Médecin Algologue responsable des consultations Céphalées du Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes, a pour but de **travailler sur les céphalées (maux de tête) chroniques afin notamment de mettre en évidence les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients.**

Vous avez été adressé(e) par votre Médecin Généraliste en consultation Céphalées au CETD pour une prise en charge spécifique et vous avez déjà rempli un 1^{er} questionnaire que vous a fourni le CETD.

Notre travail cherche à approfondir ce questionnaire par un second questionnaire que nous vous avons soumis lors de l'entretien téléphonique, qui sera lui-même complété par un questionnaire rempli par le Médecin Généraliste qui vous a adressé(e) en consultation.

L'objectif de notre travail est **d'analyser le profil des patients céphalalgiques primaires (migraine et céphalée de tension) chroniques (dont vous faites partie), adressés au CETD afin d'obtenir la vision des patients et des médecins sur leur parcours de soin et ainsi de repérer les obstacles à leur prise en charge en médecine générale.**

Nous vous garantissons **un anonymat complet.**

Par cette circulaire (*Merci de cocher les cases correspondantes*) :

- ☐ **Vous affirmez avoir pris connaissance des conditions de réalisation de ce projet.**
- ☐ **Vous consentez à y participer.**

Date :

Signature du patient :

Vos témoignages personnels sont des plus importants pour nous étant donné que vous avez, vous-même, été adressé(e) au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur.

Ces recueils de données seront accueillis sans jugement.

Nous vous remercions par avance de votre participation et restons à votre disposition pour toute information complémentaire que vous souhaiteriez obtenir et nous vous tiendrons informé(e)s des résultats de ce projet auquel vous aurez contribué.

DUCRET Angèle,
MASUREL Coralie,
Médecins généralistes



QUESTIONNAIRE PATIENT

PARTIE 1 : ETAT DES LIEUX

1. Considérez-vous vos céphalées (maux de tête) comme une maladie ? (Sous-entendu qui nécessite un suivi chronique et une prise en charge particulière)

☐ OUI

☐ NON

Si NON,
pourquoi ?

2. Quand vos céphalées vous ont-elles amené(e) à consulter ? (Autrement dit, combien de temps après l'apparition de vos premières crises vos céphalées sont-elles devenues un problème pour vous au point de consulter spécifiquement un médecin pour ce motif ?) :

.....
.....

3. Avez-vous déjà bénéficié d'une consultation dédiée uniquement à vos céphalées avec votre médecin généraliste ?

☐ OUI

☐ NON

4. Avez-vous déjà entendu parler des Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ) ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, par qui ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

☐ Médecin

☐ Médias

☐ Internet

☐ Pharmacien

☐ Proches

☐ Autres

sources :

.....

5. Quel ressenti global avez-vous sur votre parcours de soins concernant vos céphalées ?

☐ Très satisfait

☐ Moyennement satisfait

☐ Plutôt satisfait

☐ Complètement insatisfait

Donnez votre ressenti en cochant le qualificatif vous paraissant le plus adapté pour chaque situation :

Très
satisfaisant

Plutôt
satisfaisant

Moyennement
satisfaisant

Insatisfaisant

Explications sur la pathologie
Explications sur la thérapeutique (but,
effets secondaires possibles etc. ...)
Suivi/ Ecoute/ Soutien au cours de la
prise en charge

PARTIE 2 : MEDICAMENTS et SUBSTANCES UTILISEES

6. Savez-vous faire la différence entre traitement de crise et traitement de fond ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, pouvez-vous l'expliquer en quelques mots ?

.....
.....
.....

Partie 2.1 : Traitement de crise

7. Quel traitement prenez-vous en 1^{ère} intention en cas de crise de céphalées ?

.....
.....

8. A quel moment prenez-vous votre ce traitement de crise ?

- ☐ Je le prends dès le début de la céphalée
- ☐ Je le prends au moment de l'aura
- ☐ J'attends au moins une heure afin de voir si la crise ne cesse pas toute seule.
- ☐ Autre :

9. Utilisez-vous votre traitement de crise de façon anticipée ? (C'est-à-dire avant même que la crise de céphalée ne survienne, par crainte de la douleur, par exemple en cas d'évènement important, pour éviter qu'elle n'apparaisse)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ NON jamais | ☐ OUI souvent |
| ☐ OUI parfois | ☐ OUI systématiquement |

10. Un traitement de crise efficace pour vous serait ?

.....
.....
.....
.....
.....

11. Vous arrive-t-il de ne pas prendre le traitement de crise prescrit par votre médecin par peur de possibles effets secondaires ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ NON jamais | ☐ OUI souvent |
| ☐ OUI parfois | ☐ OUI presque systématiquement |

Partie 2.2 : Traitement de fond

12. Prenez-vous quotidiennement votre traitement de fond ? (Ou du moins quotidiennement pendant les périodes de prescription du traitement)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ OUI | ☐ NON |
|------------------------------|------------------------------|

Si NON, pourquoi ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ Par oubli
- ☐ A cause des effets secondaires que le traitement a entraînés sur vous
- ☐ Par peur de l'apparition d'éventuels effets secondaires
- ☐ Vous n'avez pas compris son intérêt
- ☐ Vous avez peur de devenir dépendant à cette substance
- ☐ Autre :

13. Quel suivi a été instauré lors de la mise en place de votre traitement de fond ?

- ☐ Il n'y a eu aucun suivi mis en place
- ☐ Les rendez-vous de suivi étaient uniquement à votre demande
- ☐ Vous avez eu une réévaluation régulière (par exemple tous les 3 mois) jusqu'à ce qu'un traitement ou une dose efficace ait été trouvé
- ☐ Vous avez eu une réévaluation rapprochée le 1^{er} mois uniquement

Partie 2.3 : Consommations et comportements associés

14. Avez-vous recours à de l'automédication ? (C'est-à-dire à une consommation de médicaments que vous êtes allés chercher vous-même à la pharmacie sans ordonnance, pour traiter vos céphalées)

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, quel(s) traitement(s) ?

.....
.....
.....

15. Pourquoi avoir recouru à cette automédication ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ J'ai mes techniques personnelles de gestion de mes crises de céphalées
- ☐ Mon médecin limite les prescriptions médicamenteuses
- ☐ Je ne vois pas l'intérêt d'aller consulter mon médecin pour renouveler des médicaments que je peux avoir sans ordonnance plus facilement
- ☐ Je ne suis pas satisfait de la prise en charge de mon médecin
- ☐ Cela m'apporte d'autres effets, que je recherche, que ceux des traitements prescrits par mon médecin
- ☐ J'ai des difficultés à obtenir un rendez-vous ou à me libérer pour consulter mon médecin traitant.

16. Avez-vous informé votre médecin de votre automédication ?

☐ OUI

☐ NON

Si NON, pourquoi ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ Vous ne pensez pas que cela puisse avoir des conséquences sur votre santé (Autrement dit, vous ne considérez pas cela comme un problème ou un danger)
- ☐ Vous ne pensez pas que cela puisse intéresser votre médecin
- ☐ Vous avez peur d'être jugé par votre médecin
- ☐ Autre proposition :

.....
.....

17. Vous êtes-vous déjà dit que votre consommation de médicaments pour les céphalées était trop importante ?

☐ OUI

☐ NON

18. Un professionnel de santé vous a-t-il déjà dit que votre consommation de médicaments pour les céphalées était trop importante ?

☐ OUI

☐ NON

19. Si le traitement de crise spécifique pris pour votre céphalée ne vous apporte pas l'effet recherché, vous est-il déjà arrivé d'essayer d'autres médicaments ou substances pour être soulagé ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, le(s)quel(les) ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Médicaments antalgiques en vente libre | ☐ Cannabis ou autres drogues | ☐ Autres : |
| ☐ Hypnotiques (somnifères sur ordonnance) ou anxiolytiques | ☐ Alcool | |

20. Jugez-vous avoir une consommation excessive de certaines substances, sans lien avec vos céphalées ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, le(s)quel(s) ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses) :

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Tabac | ☐ Caféine | ☐ Drogues (cannabis, cocaïne, etc...) |
| ☐ Alcool | ☐ Hypnotiques (médicaments contre les troubles du sommeil sur ordonnance) | ☐ Autres : |
| ☐ Anxiolytiques (médicaments contre l'angoisse/anxiété sur ordonnance) | | |

21. Jugez-vous avoir des comportements excessifs vis-à-vis de certaines pratiques sans lien avec vos céphalées ?

- ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lesquelles (Possibilités de cocher plusieurs réponses) :

- | | |
|---|--|
| ☐ Sport, exercice physique | ☐ Jeux (grattage, casino, poker, jeux vidéo...) |
| ☐ Alimentation | ☐ Autres : |

PARTIE 3 : PREVENTION

22. Avez-vous déjà rempli un agenda de crise ?

- ☐ OUI ☐ NON

23. Connaissez-vous les facteurs de risque de chronicisation des céphalées ?

- ☐ OUI ☐ NON

Si OUI ? Le(s)quel(s) ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ L'abus de substances (tabac, caféine, substances illicites, ...)
- ☐ Les troubles musculosquelettiques
- ☐ Les troubles du sommeil : ronflements, apnées du sommeil
- ☐ La surconsommation ou le mésusage médicamenteux
- ☐ Les événements de vie stressants professionnels ou personnels, l'anxiété ou la dépression
- ☐ Le surpoids ou l'obésité

24. Selon vous, lesquels pourraient vous concerner ?

.....

25. Avez-vous déjà mis des moyens en place pour faire face à ces facteurs de risque ?

- ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, le(s)quel(s) ? (Question ouverte)

.....
.....
.....
.....
.....

PARTIE 4 : PERSPECTIVES avec le CETD

26. Pourquoi avez-vous été adressé au CETD selon vous ? (Question ouverte)

.....
.....
.....

27. Qu'attendez-vous du CETD par rapport à vos autres prises en charge ? Autrement dit, en quoi la prise en charge que le CETD va proposer sera différente des prises en charge que vous avez reçues jusqu'à présent ? (Question ouverte)

.....
.....
.....
.....
.....

28. Selon vous, qu'est ce qui est le plus complexe dans la prise en charge de vos céphalées ? (Question ouverte)

.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 4 : Lettre d'information aux médecins



LETTRÉ D'INFORMATION AUX MEDECINS POUR LA PARTICIPATION A UN PROJET DE THESE

Vous allez participer à un travail de thèse mené par 2 internes de Médecine Générale, **DUCRET Angèle et MASUREL Coralie**, dans le but de valider leur Diplôme.

Ce projet, encadré et soutenu par le Dr BOUGOUIN-KUHN Emmanuelle, Médecin Algologue responsable des consultations Céphalées du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes, a pour but de **travailler sur les céphalées chroniques afin notamment de mettre en évidence les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients.**

L'objectif principal de cette étude est **d'identifier les difficultés de prise en charge des patients céphalalgiques chroniques en Médecine Générale grâce à la vision croisée Médecin Généraliste/Patient sur le parcours de soin et le profil des céphalalgiques adressés au CETD du CHU de Nantes.**

L'objectif secondaire est de :

- Faire émerger de nos conclusions des pistes et/ou des outils d'aide à la prise en charge des patients céphalalgiques en médecine générale, afin de l'optimiser.**
- Définir un « profil type » du patient céphalalgique adressé au CETD.**

Si vous consentez à participer à cette étude, il vous faudra remplir le **questionnaire ci-joint et nous le retourner par mail dès que possible, ainsi que ce formulaire de consentement**, afin que nous puissions l'analyser au plus vite.

Nous vous garantissons **un anonymat complet.**

De plus, vos témoignages personnels sont des plus importants pour nous étant donné que vous avez-vous-même adressé un de vos patients au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur.

Ces recueils de données seront accueillis sans jugement dans la mesure où le but de cette étude n'est en aucun de critiquer vos pratiques mais au contraire de nous aider à améliorer les vôtres, les nôtres et celles de nos confrères.

Par cette lettre informative (Merci de cocher les cases correspondantes)

- ☐ **Vous affirmez avoir pris connaissance des conditions de réalisation de ce travail.**
- ☐ **Vous consentez à y participer.**

Date :

Signature du médecin :

Nous vous remercions par avance de votre participation et restons à votre disposition pour toute information complémentaire que vous souhaiteriez obtenir et nous vous tiendrons informé(e)s des résultats de ce projet auquel vous aurez contribué.

DUCRET Angèle, MASUREL Coralie,
Internes de Médecine Générale

PRECISIONS POUR CETTE ETUDE

La population de notre étude se compose de patients céphalalgiques primaires chroniques :

- Patients souffrant de migraines ou de céphalées de tension. Sont donc exclus les patients souffrant d'algie vasculaire de la face et de névralgie du V.
- Patients pouvant souffrir de Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ), soit de céphalées survenant plus de 15 jours par mois depuis au moins 3 mois.
- Céphalées pouvant notamment être associées à un abus médicamenteux :
 - Prise régulière et fréquente au moins 15 jours / mois d'antalgiques non opioïdes
 - Prise régulière et fréquente au moins 10 jours / mois d'antalgiques opioïdes, d'ergotés, de Triptans, ou d'antalgiques associant plusieurs principes actifs et/ou en cas d'utilisation combinée de plusieurs médicaments par le patient.

Avec ce questionnaire, nous vous interrogeons sur le parcours de soins et la prise en charge **du patient que vous avez adressé au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur**. Il s'agit en effet de comprendre les difficultés qui ont pu être les vôtres lors de la prise en charge de **CE patient**.



QUESTIONNAIRE MEDECIN

1. Identification de la population de répondants : (Cocher les propositions qui vous correspondent)

Age	Sexe	Mode d'exercice	Milieu d'exercice	Département d'exercice
☐ 25-30 ans	☐ Masculin	☐ En cabinet seul	☐ Rural	☐ 85
☐ 31-40 ans	☐ Féminin	☐ En cabinet de groupe de plusieurs médecins	☐ Semi rural	☐ 44
☐ 41-50 ans		☐ En maison de santé pluri professionnelle	☐ Urbain	☐ 49
☐ 51-60 ans				☐ 56
☐ 61-70 ans				☐ 72

Autres : Cliquez ici pour entrer du texte.

2. Avez-vous été formés pour dépister et prendre en charge les céphalées chroniques ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, comment ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ Etudes médicales deuxième cycle (externat)
- ☐ Etudes médicales troisième cycle (internat)
- ☐ Formation Médicale Continue
- ☐ Lectures d'articles
- ☐ Autres : Cliquez ici pour entrer du texte.

PARTIE 2 : MEDICAMENTS UTILISES

Partie 2.1 : Traitement de crise

3. Quel traitement médicamenteux de crise prescrivez-vous ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- | | | |
|---|---------------------------------|--|
| ☐ Paracétamol | ☐ Opium | ☐ Triptans |
| ☐ Codéine | ☐ Acupan | ☐ Aspirine |
| ☐ Tramadol | ☐ AINS | ☐ Dérivés ergotés |
| ☐ Autres : Cliquez ici pour entrer du texte. | | |

4. En cas d'échecs du traitement de crise, quelles causes retrouvez-vous le plus fréquemment à l'interrogatoire ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ Une confusion entre traitement de crise et traitement de fond
- ☐ Une automédication avec une molécule non adaptée pour les céphalées
- ☐ Une dose insuffisante de ce traitement de crise par prise

- ☐ Un mauvais délai de prise du médicament (trop tard par rapport au début de la crise ou trop tôt dans le cadre d'un traitement pris en anticipation d'une crise)
- ☐ Des signes de mauvaise tolérance du traitement
- ☐ La persistance de l'exposition à un facteur déclenchant modifiable
- ☐ Une réelle inefficacité de la molécule

5. Quelle est pour vous LA partie la plus compliquée dans la gestion du traitement de crise ? (Une seule réponse possible)

- ☐ Trouver la molécule adaptée
- ☐ Eduquer le patient aux modalités de prise du traitement et à la conduite à tenir en cas de crise
- ☐ Identifier et éduquer les patients sur les facteurs déclenchants de leurs crises céphalalgiques
- ☐ Evaluer l'efficacité et la tolérance du traitement
- ☐ Autre : Cliquez ici pour entrer du texte.

6. Utilisez-vous ces 4 questions rapides lors de l'évaluation de l'efficacité du traitement de crise ?
 « Etes-vous suffisamment soulagé 1 à 2h après la prise du traitement ? Utilisez-vous une seule prise de ce traitement dans la journée ? Ce traitement est-il efficace sur au moins 2 crises/mois ? Ce traitement est-il bien toléré ? »

☐ OUI

☐ NON

Partie 2.2 : Traitement de fond

7. Quels sont vos critères pour instaurer un traitement de fond ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ Plus de 2 crises/mois
- ☐ Plus de 4 crises/mois
- ☐ Céphalées résistantes aux traitements de crise correctement pris
- ☐ Demande du patient
- ☐ Surconsommation de traitement de crise (plus de 6 prises de traitement de crise par mois)
- ☐ Lourd retentissement sur la vie sociale, familiale ou professionnelle
- ☐ Type de céphalée

8. Arrivez-vous à respecter un délai de 3 mois avant de conclure à l'(in)efficacité d'un traitement de fond ?

☐ OUI

☐ NON

Si NON, pourquoi ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ Le patient insiste pour changer de traitement avant
- ☐ Le patient a été perdu de vue pendant l'adaptation du traitement
- ☐ Le traitement de fond essayé entraîne des effets secondaires invalidants pour le patient
- ☐ Autres : Cliquez ici pour entrer du texte.

9. Quels sont les 2 traitements de fond que vous prescrivez le plus fréquemment en 1^{ère} intention pour la migraine, en l'absence de contre-indication ? (Cochez 2 réponses)

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| ☐ B bloquants (Propranolol ou Métoprolol) | ☐ Venlafaxine | ☐ Flunarizine |
| ☐ Acide Valproïque | ☐ Gabapentine | ☐ Dihydroergotamine |
| ☐ Amitriptyline | ☐ Duloxétine | ☐ Methysergide |
| ☐ Topiramate | ☐ Oxétorone | ☐ Autres : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| ☐ Verapamil | ☐ Sanmigran | |

10. Vous arrive-t-il d'utiliser un traitement de fond pour les céphalées de tension ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, lesquels préférentiellement ? (Cochez 2 réponses)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ B bloquants (Propranolol ou Métoprolol) | ☐ Venlafaxine |
| ☐ Acide Valproïque | ☐ Gabapentine |
| ☐ Amitriptyline | ☐ Duloxétine |
| ☐ Topiramate | ☐ Oxétorone |
| | ☐ Sanmigran |

- ☐ Verapamil
☐ Flunarizine
☐ Dihydroergotamine
☐ Methysergide
☐ Autres Cliquez ici pour entrer du texte.

11. Quelle est pour vous LA partie la plus compliquée dans la gestion du traitement de fond ? (Une seule réponse possible)

- ☐ Repérer les indications au traitement de fond
☐ Le choix de la molécule
☐ La période d'ajustement thérapeutique
☐ L'éducation du patient sur les modalités thérapeutiques
☐ L'éducation du patient sur la gestion des facteurs d'entretien de ses céphalées
☐ Autre proposition : Cliquez ici pour entrer du texte.

12. En cas d'échec du traitement de fond déclaré par le patient, quelles causes retrouvez-vous le plus fréquemment ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ Une durée insuffisante de prise pour évaluer l'efficacité (moins de 3 mois)
☐ Un défaut d'utilisation (par exemple, un traitement de fond pris non quotidiennement ou uniquement en cas de crise)
☐ Une posologie initiale trop basse
☐ L'apparition d'effets secondaires ayant contraint le patient à arrêter le traitement.
☐ Des interactions médicamenteuses
☐ Une réelle inefficacité de la molécule
☐ Autres : Cliquez ici pour entrer du texte.

13. Quel suivi avez-vous instauré lors de la mise en place du traitement de fond ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ Les rendez-vous de suivi étaient uniquement à la demande du patient
☐ Vous avez réévalué cliniquement régulièrement votre patient, par exemple tous les 3 mois jusqu'à ce vous trouviez un traitement et une dose adaptés
☐ Vous avez mis en place une réévaluation clinique rapprochée pendant le 1^{er} mois uniquement
☐ Vous avez distribué un agenda des crises à réaliser sur 3 mois

Partie 2.3 : Consommations et comportements associés

14. Votre patient a-t-il recours à l'automédication pour gérer ses céphalées ?

- ☐ OUI ☐ NON ☐ Je ne sais pas

Si OUI, comment en avez-vous été informé ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ J'ai posé directement la question à mon patient
☐ Mon patient m'en a informé spontanément
☐ La pharmacie de mon patient m'a alerté
☐ L'IDE de mon patient m'a alerté
☐ Des proches de mon patient m'en ont informé
☐ Autres : Cliquez ici pour entrer du texte.

15. A votre avis, pourquoi votre patient a recours (ou pourrait avoir recours) à cette automédication ? (Question ouverte)

Cliquez ici pour entrer du texte.

16. Votre patient consomme-t-il d'autres substances à risque addictif connu ?

- ☐ OUI ☐ NON ☐ Je ne sais pas

Si OUI, lesquelles ? (Possibilités de cocher plusieurs réponses)

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| ☐ Caféine | ☐ Drogues (cannabis, cocaïne, ...) | ☐ Benzodiazépines |
| ☐ Tabac | ☐ Antalgiques contenant des substances psychoactives (caféine/codéine/...) | ☐ Hypnotiques |
| ☐ Alcool | | |

17. Votre patient a-t-il des comportements/pratiques à risque ou excessifs, sans lien avec ses céphalées ?

- ☐ OUI ☐ NON ☐ Je ne sais pas

Si OUI, le(s)quel(s) ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- | | |
|---|---|
| ☐ Sport/Activités Sportives/Exercice physique | ☐ Alimentation |
| ☐ Jeux (poker, casino, grattage, jeux vidéo, etc.) | ☐ Autres : Cliquez ici pour entrer du texte. |

PARTIE 3 : PREVENTION

18. Comment évaluez-vous le retentissement des céphalées chez votre patient ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ Je pose la question directement à mon patient
☐ J'utilise des échelles
☐ Je me sers des informations présentes sur l'agenda des crises

19. Parvenez-vous à évaluer le retentissement psychologique des céphalées chez vos patients ?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ OUI systématiquement | ☐ OUI parfois |
| ☐ OUI souvent | ☐ NON |

Si NON, pourquoi ? (Question ouverte)

Cliquez ici pour entrer du texte.

20. Parvenez-vous à évaluer le retentissement socio professionnel des céphalées chez vos patients ?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ OUI, systématiquement | ☐ OUI parfois |
| ☐ OUI souvent | ☐ NON |

Si NON, pourquoi ? (Question ouverte)

Cliquez ici pour entrer du texte.

21. Utilisez-vous un agenda de crises dans le suivi de vos patients céphalalgiques ? (Une seule réponse)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ OUI systématiquement | ☐ OUI parfois |
| ☐ OUI souvent | ☐ NON jamais |

22. Sensibilisez-vous vos patients céphalalgiques au risque d'abus ? (Une seule réponse)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ OUI systématiquement | ☐ OUI parfois |
| ☐ OUI souvent | ☐ NON jamais |

23. Sensibilisez-vous vos patients céphalalgiques au risque de chronicisation ? (Une seule réponse)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ OUI systématiquement | ☐ OUI parfois |
| ☐ OUI, souvent | ☐ NON jamais |

Si NON, pourquoi ?

24. Selon-vous, quels sont les facteurs de risque de chronicisation des céphalées ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Le tabagisme | ☐ Les troubles du sommeil : ronflements, apnées du sommeil | ☐ La surconsommation ou le mésusage médicamenteux |
| ☐ La surconsommation de caféine | ☐ L'anxiété ou la dépression | ☐ Evènements biographiques stressants |
| ☐ Les troubles musculo squelettiques | ☐ Le surpoids ou l'obésité | |

25. Proposez-vous à vos patients de prendre en charge ces facteurs de risque de chronicisation ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, comment ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Kinésithérapie | ☐ Psychothérapie | ☐ Relaxation |
| ☐ Ostéopathie | ☐ Suivi psychiatrique | (Sophrologie/Méditation/Hypnothérapie) |
| ☐ Acupuncture | ☐ Suppression de | ☐ Sevrage |
| ☐ Arrêt de travail/Changement de poste ou de travail | certaines aliments/Régime particulier | ☐ Autres propositions : Cliquez ici pour entrer du texte. |

26. Réalisez-vous avec vos patients des consultations spécifiques pour leurs céphalées ? (Sous-entendu, des consultations dédiées sans que d'autres motifs soient abordés/traités)

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, à quelle fréquence les proposez-vous ?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Plus de 2 fois par an | ☐ Une fois par an | ☐ Tous les 3 à 5 ans |
| ☐ Deux fois par an | ☐ Une fois tous les 2 ou 3 ans | |

27. Prenez-vous avis auprès de confrères dans la prise en charge de vos patients céphalalgiques ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, le(s)quel(s) ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- | | |
|--|---|
| ☐ Un autre confrère médecin généraliste | ☐ Un algologue |
| ☐ Un neurologue | ☐ Autres : Cliquez ici pour entrer du texte. |

PARTIE 4 : DIFFICULTES

28. Au cours de quelles étapes éprouvez-vous plus particulièrement des difficultés lors de la prise en charge de vos patients céphalalgiques ? (Possibilité de cocher plusieurs réponses)

- ☐ Diagnostic de la céphalée
- ☐ Instauration, adaptation et suivi du traitement de crise
- ☐ Instauration, adaptation et suivi du traitement de fond
- ☐ Prise en charge des facteurs de chronicisation
- ☐ Dépistage des CCQ et/ou de l'abus de traitement
- ☐ Education du patient
- ☐ Accès au(x) spécialiste(s) pour avis et/ou prises en charge spécifiques
- ☐ Autres propositions : Cliquez ici pour entrer du texte.

29. Selon-vous, existe-t-il des obstacles à la prise en charge des céphalalgiques chroniques en médecine de ville ?

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, le(s)quel(s) : *(Possibilité de cocher plusieurs réponses)*

- ☐ Nécessité d'une multidisciplinarité difficile à mettre en place
- ☐ Difficulté pour dépister et limiter l'automédication
- ☐ Manque d'appui des CETD et des spécialistes pour des problématiques au cours du suivi
- ☐ Le manque de temps (consultations très chronophages)
- ☐ Autres propositions : Cliquez ici pour entrer du texte.

30. Que souhaiteriez-vous avoir à votre disposition afin de palier à vos difficultés dans la prise en charge des patients céphalalgiques chroniques ? *(Possibilités de cocher plusieurs réponses)*

- ☐ Des formations dans le cadre des FMC ou des groupes qualité
- ☐ Des recommandations récentes orientées et adaptées à la prise en charge en médecine générale
- ☐ Des supports informatiques d'aide à la prise en charge (type : Antibioclic, Gestaclic, Padiadoc...)
- ☐ Des supports papiers type brochures explicatives à fournir aux patients
- ☐ L'accès à une éducation thérapeutique plus poussée par une infirmière ASALEE en complément
- ☐ Une plus grande disponibilité des algologues des centres référents pour des avis.
- ☐ Autres suggestions : Cliquez ici pour entrer du texte.

31. Selon vous, quelle est la difficulté majeure pour le patient dans la prise en charge de ses céphalées chroniques ? *(Question ouverte)*

Cliquez ici pour entrer du texte.

PARTIE 5 : PERSPECTIVES avec le CETD

32. Pourquoi avez-vous adressé votre patient au CETD ? *(Question ouverte)*

Cliquez ici pour entrer du texte.

33. Qu'attendez-vous du CETD par rapport à la prise en charge de votre patient ? Autrement dit, en quoi la prise en charge que le CETD va proposer sera différente des prises en charge que vous avez pu proposer jusqu'à présent ? *(Question ouverte)*

Cliquez ici pour entrer du texte.

Vu, le Président du Jury,

Vu le Directeur de Thèse,

Vu le Doyen de la Faculté,

NOM : DUCRET

Prénom : Angèle

NOM : MASUREL COLAS

Prénom : Coralie

**Description du parcours de soins et des difficultés de prise en charge des patients céphalalgiques chroniques, migraineux et de tension, adressés au CETD du CHU de Nantes :
Enquête quantitative avec regards croisés patients et médecins**

Résumé

Introduction/ Objectif : La migraine et la céphalée de tension sont les plus fréquentes des céphalées primaires. L'évolution vers la forme chronique suite à de multiples facteurs dont notamment l'anxiété, la dépression, le mésusage ou l'abus médicamenteux n'est pas anecdotique. Cette chronicisation entraîne un fort retentissement dans la vie des patients et amène avec elle son lot de difficultés pour le patient et les soignants. Notre objectif était d'identifier les difficultés de prise en charge des céphalalgiques chroniques en médecine générale grâce à la vision croisée MG/patient sur le parcours de soin et le profil des céphalalgiques adressés au CETD du CHU de Nantes.

Matériels et Méthodes : Etude non interventionnelle, quantitative épidémiologique et descriptive menée de façon mono centrique et rétrospective de janvier à août 2018.

La population se composait d'une part de patients céphalalgiques chroniques migraineux et de tension, recrutés via le questionnaire d'admission du CETD du CHU de Nantes, avant leur première consultation avec l'algologue ; D'autre part, du MG de chaque patient qui était contacté par téléphone pour être également recruté. Chaque binôme patient/MG était ensuite interrogé au moyen de questionnaires que nous avons élaborés.

Résultats : 26 patients et 16 MG ont été inclus. Notre population de patients se composait de 42% de migraineux, 35% de céphalalgiques mixtes et 23% de céphalalgiques de tension. 85% de cette population souffraient de CCQ et 54% d'entre eux étaient en abus médicamenteux, majoritairement aux Triptans. Les patients présentaient un profil poly-addictif avec une automédication importante, paramètres souvent méconnus des MG. Les principales difficultés au niveau du traitement médicamenteux étaient lors de la gestion du traitement de fond.

66.7% des patients avaient un score MIDAS à IV, soit un retentissement majeur dans les domaines professionnel, domestique et social. Seuls 23% des patients connaissaient un ou plusieurs FDR de chronicisation des céphalées. 75% des MG estimaient qu'il y avait des obstacles à la prise en charge des céphalalgiques chroniques en médecine générale, en premier lieu le manque d'appui des algologues et neurologues en cours de suivi et la multidisciplinarité difficile à mettre en place.

Conclusion : La prise en charge du patient céphalgique chronique est complexe et doit être globale. Les difficultés de prise en charge en médecine générale sont de plusieurs ordres.

D'une part d'ordre organisationnel avec la mise en place de premières consultations longues, de temps dédiés à l'éducation thérapeutique et un cadre de suivi à repenser car actuellement inadapté ou inexistant ; D'autre part, d'ordre médicamenteuse, le MG devant prendre en compte ses difficultés de prescription et la relation ambivalente des patients aux médicaments : avec une automédication, du mésusage et des abus à dépister ; avec des difficultés pour le choix des molécules, une inobservance et des effets secondaires fréquents avec les traitements de fond. Enfin, concernant la prise en charge non médicamenteuse avec des freins pour la mise en place d'une multidisciplinarité pourtant nécessaire. La suite du travail pourrait être de proposer une trame de prise en charge adaptée à la médecine générale en proposant des solutions concrètes aux difficultés évoquées.

Mots clés : céphalées chroniques, mésusage, abus, retentissement socio professionnel et psychologique, multidisciplinarité, éducation thérapeutique, médecine générale, facteurs de chronicisation.