

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

ANNÉE 2023

N°
(complété par la scolarité)

THÈSE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

Alexandre ZAHND

Présentée et soutenue publiquement le 22.05.2023

Place du pharmacien d'officine dans le parcours de prise en charge d'un patient migraineux

Président : **Mme Christine BOBIN-DUBIGEON**

Directeur : **M Julien NIZARD**

Membres du jury : **Mme Maria STARVAKAKIS**

Mme Céline LATTE

Table des matières

1	Remerciements	5
2	Abréviations	7
3	Introduction	8
4	Partie 1 : La migraine généralités	9
4.1	Définitions (1)	9
4.2	Quelques chiffres sur la migraine	10
4.2.1	Données épidémiologiques de la migraine (4), (5), (6)	10
4.2.2	Données économiques liées à la migraine (7), (8), (4), (9)	11
4.3	Physiopathologie de la migraine (10), (11), (12), (13)	11
4.3.1	Facteurs déclenchants	12
4.3.2	Phases de la migraine	13
4.4	Diagnostic (14)	16
4.4.1	Migraine sans Aura	17
4.4.2	Migraine avec aura	17
4.4.3	Céphalée de tension épisodique peu fréquente	18
4.4.4	Algie Vasculaire de la Face (AVF)	19
4.4.5	Diagnostic de migraine chronique	19
4.4.6	Diagnostic de Céphalée de tension chronique	20
4.4.7	Diagnostic de l'Hemicrania continua	20
4.4.8	Diagnostic de la céphalée chronique persistante de novo	20
5	Partie 2 : Outils d'aide au dépistage des différentes céphalées à l'officine	21
5.1	Objectifs	21
5.2	Patients concernés	21
5.3	Formations disponibles	23
5.4	Quels outils à mettre en place pour améliorer et simplifier le dépistage et la prise en charge au sein de l'officine ?	24
5.5	Les céphalées les plus couramment rencontrées (2), (16)	25
5.6	Outil pédagogique utilisable à l'officine (17)	25
5.7	Les limites de cet outil (18)	27
5.8	Version simplifiée pédagogique	28
5.9	Interrogatoire primaire	29
5.10	Cas cliniques	30
6	Partie 3 : Entretiens pharmaceutiques du patient migraineux à l'officine	31
6.1	Généralités	31
6.1.1	Objectifs de mise en place d'un programme d'entretiens	32
6.1.2	Encadrement de l'entretien pharmaceutique (19)	32
6.1.3	Critères d'inclusion à un programme d'entretiens pharmaceutiques	34

6.1.4	Limites de cet outil	35
6.1.5	Quelles motivations pour le patient ?	36
6.1.6	Quelles motivations pour le professionnel de santé ? (20)	36
6.1.7	Les obligations liées à la réalisation d'entretiens	37
6.1.8	Mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques	37
6.2	Entretien primaire	39
6.2.1	Objectifs	39
6.2.2	Questionnaire entretien primaire	40
6.2.3	Entretiens Pharmaceutiques Trame Pharmacien	48
6.2.4	La stratégie de traitement de la crise migraineuse (21), (22), (23), (24), (25)	49
6.2.5	La stratégie de traitement de fond de la migraine (21), (22), (23), (24), (25)	52
6.2.6	Interactions possibles aux traitements de la migraine	Erreur ! Signet non défini.
6.2.7	Les différents types d'interactions médicamenteuses possibles (26)	55
6.2.8	Interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques (27)	59
6.2.9	Evaluation des entretiens (30)	60
6.2.10	Définir un programme d'entretien adapté via les compétences à acquérir	61
6.3	Entretien thématique 1 : le patient et son traitement	63
6.3.1	Objectif de cet entretien	63
6.3.2	Déroulement	63
6.3.3	Avantages de cet outil	66
6.3.4	Inconvénients de cet outil	66
6.3.5	Evaluation de l'entretien	67
6.4	Entretien thématique 2 : Migraines, alimentation, habitudes de consommation	68
6.4.1	Objectif de cet entretien	68
6.4.2	Déroulement de l'entretien	68
6.4.3	Avantages de cet entretien	69
6.4.4	Inconvénients de cet entretien	69
6.4.5	Produits de consommation du quotidien	71
6.4.6	Alimentation et impact sur la migraine (33)	74
6.4.7	Evaluation de l'entretien	75
6.5	Entretien thématique 3 : habitudes de vies et environnement du patient	76
6.5.1	Objectifs	76
6.5.2	Avantages	76
6.5.3	Inconvénients	76
6.5.4	Déroulement de l'entretien	77
6.5.5	Evaluation	83
6.6	Entretien thématique 4 : La place des autres thérapeutiques dans la prise en charge de la migraine	84
6.6.1	Objectifs	84
6.6.2	Avantages	84
6.6.3	Inconvénients	84
6.6.4	Déroulement de l'entretien	84
6.6.5	La place de la Phytothérapie	85
6.6.6	La place de l'Aromathérapie (45), (44)	89
6.6.7	Les techniques non médicamenteuses (46)	91

6.7	Entretien thématique 5 : Abus médicamenteux, et céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux.	92
6.7.1	Objectif de l'entretien	92
6.7.2	Avantages de l'entretien	92
6.7.3	Inconvénients	92
6.7.4	Déroulement	93
6.7.5	Entretien thématique 5 sous partie 1 : L'abus médicamenteux	94
6.7.6	Entretien thématique 5 sous partie 2 : Les Céphalées Chronique Quotidienne par Abus Médicamenteux (CCQ-AM)	96
6.7.7	Entretien thématique 5 sous partie 3 : Actions à l'officine	99
7	Documentation à destination du patient	103
7.1	Introduction	103
7.2	Objectifs	103
7.3	Comment communiquer et dans quel cas	103
7.4	Documentation accessible au grand public (55), (25), (56)	104
7.5	Documentation proposée à remettre au patient	110
8	Conclusion	113
9	Annexe	114
10	Bibliographie	117

1 Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des membres de mon jury, qui ont accepté de me suivre dans cette aventure jusqu'à son aboutissement final. Mme Bobin je ne voyais pas d'autre président à votre place pour ma soutenance. Pr Nizard grâce à qui lors de mes stages hospitaliers de 5ème année m'a pu faire découvrir l'univers de la prise en charge de la douleur. Maria, après de longues années d'attente enfin, on y est. Céline et Mathieu, merci de m'avoir accompagné dans les derniers mois avant de prendre mon envol dans la vie professionnelle. Je tiens à remercier également le Dr Khun ainsi que Mme Le Tutour, qui ont pu m'accompagner au début de cette thèse.

Afin d'éviter de doubler la taille de mon manuscrit je ne citerai pas intégralement toutes les personnes, les listes de courses étant réservées pour Leclerc.

A mes parents, qui ont toujours été d'un soutien inconditionnel durant ces nombreuses années et qui ont pu faire ce que je suis devenu aujourd'hui. Trois docteurs dans la famille, je pense que vous avez réussi votre mission parentale avec brio.

A ma sœur, nous ayant quitté depuis plus de 10 ans maintenant, cette thèse t'est dédiée. Ainsi qu'à mon frère. Sans vous je ne serais sûrement pas là où je suis maintenant, vous m'avez montré la voie que je n'ai fait que suivre.

Clémence, je te remercie du fond du cœur de ton accompagnement, de ta patience, et de partager mon quotidien depuis plusieurs années, j'espère l'avenir riche en projet et événements à tes côtés. Je remercie également ta famille de m'avoir ouvert les bras.

Aux Zombs, mes frères d'armes depuis 10 ans, je n'aurais pas pu espérer meilleure rencontre au cours de mes années d'études, j'espère que l'avenir continuera à vos côtés.

Les schlagues, depuis bientôt 20 ans à vos côtés, nous routes ont pris des chemins différents et c'est sûrement ce qui nous unit, il est désormais trop tard pour se séparer.

Les Angevins, ma patrie d'accueil depuis quelques années, merci pour l'accueil qui m'a été fait, et des rencontres que j'ai pu faire, qui au fil du temps sont devenu de vrais amis.

Comme le disait le proverbe chinois : choisir ses voisins est plus important que de choisir sa maison

Les vrais, merci pour toutes ces années passées en votre compagnie.

Comme le disait un autre dicton chinois : L'alcool est blanc mais rougit le visage, l'or est jaune mais noircit le cœur.

La team ski, merci pour ces moments et ces rencontres incroyables.

Les mayennais, merci de m'avoir tendu les bras dès le début de notre rencontre.

A toutes les personnes qui ont pu être à mes côtés de près ou de loin durant toutes ces années.

2 Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFEMC : Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées

SFETD : Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur

ICHD : International Classification of Headache Disorders

GT : Ganglion Trijumeau

CGRP : Calcitonin Gene Related Peptide

PACAP : Pituitary Adenylate Cyclase Activating Peptide

DP : Dossier Pharmaceutique

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

AVF : Algie Vasculaire de la Face

AVK : Anti-Vitamine K

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DCI : Dénomination Commune Internationale

EI : Effets Indésirables

CI : Contre-Indication

PE : Précaution d'Emploi

AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

MSG : MonoSodique Glutamate

IMC : Indice de Masse Corporelle

PK : Pharmacocinétique

PD : Pharmacodynamique

CCQ : Céphalée Chronique Quotidienne

CCQ-AM : Céphalée Chronique Quotidienne par Abus Médicamenteux

3 Introduction

La migraine est une pathologie atteignant une large partie de la population générale, elle est considérée comme un fardeau mondial ayant un impact important sur la qualité de vie des patients, et sociétal.

Un projet lancé pour l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire le 25 octobre 2019, et intitulé « Construire un parcours efficient pour la prise en charge du patient migraineux ». Une partie spécifique concerne le Pharmacien, notamment le pharmacien d'officine. Dans ce projet se dégagent plusieurs problématiques auxquelles nous allons tenter d'apporter une réponse.

Nous allons étudier au cours de la présente thèse le rôle que peut avoir le pharmacien d'officine dans la prise en charge de cette pathologie, par la création d'outils à mettre en place dans son exercice quotidien, afin d'essayer de limiter l'impact de la pathologie sur les patients et cela dans différentes situations.

Premièrement, nous allons montrer comment permettre à l'équipe officinale de différencier les principales céphalées primaires rencontrées dans la population, et ainsi proposer une prise en charge ou la conduite adéquate à tenir.

Deuxièmement nous allons développer des entretiens pharmaceutiques spécifiques, à destination des patients atteints de migraine sévère. Ceux-ci ont pour objectif de pouvoir influencer positivement sur les facteurs contrôlables, corrélés à la fréquence des atteintes. Nous y intégrerons une dimension d'Education Thérapeutique, avec des outils pédagogiques à destination du patient afin qu'il puisse maîtriser ceux qui lui ont été mis à disposition. Un entretien va être développé spécifiquement pour sensibiliser les patients sur le risque d'abus médicamenteux et de ses principales complications.

Troisièmement, nous allons pouvoir développer l'information et la documentation du patient concernant sa pathologie, et ainsi lui fournir les moyens d'accès à des données fiables lui permettant ainsi d'acquérir les réflexes adéquats face à sa pathologie.

4 Partie 1 : La migraine généralités

4.1 Définitions (1)

Migraine n.f.

(Du latin hemicrania, du grec hêmikrania, de kranion, crâne)

Affection caractérisée par la survenue d'accès répétés de maux de tête d'intensité variable, unilatéraux, accompagnée d'un malaise général, de nausées et de vomissements.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) :

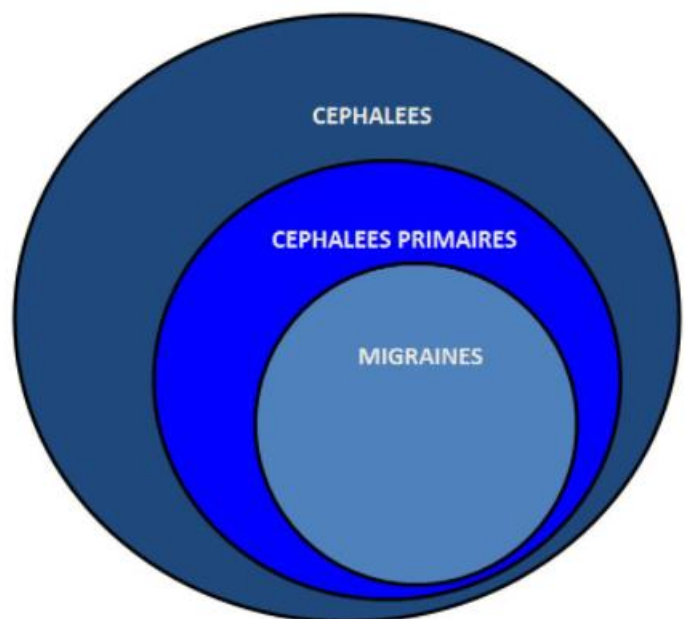
Les céphalées, caractérisées par des maux de tête récurrents, comptent parmi les affections du système nerveux les plus répandues. Le mal de tête est la manifestation douloureuse et incapacitante d'un nombre restreint de céphalées primitives, à savoir la migraine, les céphalées de tension et l'algie vasculaire de la face.

Elles peuvent être provoquées par une longue liste d'états pathologiques ou survenir secondairement à ceux-ci, la plus commune étant la céphalée causée par la surconsommation de médicaments.

Selon la Société Française d'Etude des Céphalées et de la Migraine (SFEMC) (3):

La migraine est une affection qui se traduit par la survenue de crises qui se traduisent essentiellement par une céphalée ('mal de tête').

Associée à d'autres symptômes (migraine sans dans environ 80 % des crises), parfois précédée de signes neurologiques essentiellement visuels associant des signes négatifs (perte de la vision ou vision trouble) et des signes positifs (phosphènes se traduisant par des points lumineux ou des formes géométriques), ou transitoires (migraine avec aura dans environ 20 % des crises).



Chaque type de céphalée est répertorié et possède ses caractéristiques diagnostics propres, ils figurent dans un document de référence « International Classification of Headache Disorders (ICHD-3) », dont les versions évoluent au cours du temps.

4.2 Quelques chiffres sur la migraine

4.2.1 Données épidémiologiques de la migraine (4), (5), (6)

La migraine est une pathologie très fréquente dans la population générale, elle a une prévalence qui est estimée à 12.1% dans la population française.

Il ne semble pas y avoir de disparités géographiques notoires concernant la population atteinte de migraine. De faibles variations ont été relevées entre les différentes populations mondiales ; la prévalence évaluée était de 10.4% en Afrique, 10.1% en Asie, 11.4% en Europe, 9.7% en Amérique du Nord et 16.4% en Amérique centrale et du sud, on estime qu'approximativement qu'une personne sur dix est atteint de migraine dans le monde.

Cependant nous constatons une variation de l'atteinte selon le sexe, l'âge et la situation sociodémographique.

Elle est représentée principalement par les femmes 17.6%, et 6.5% pour les hommes. Les variations de prévalence dû à l'âge se font quant à elles de manière symétrique, la prévalence maximale se situe dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans.

La prévalence varie beaucoup selon les domaines socioprofessionnels : les ouvriers non qualifiés, ainsi que les professions avec les qualifications les plus basses sont moins impactés que le reste de la population, à contrario les professions les plus impactées sont les instituteurs et les infirmières.

L'appréciation exacte de la population atteinte de migraine est difficile du fait d'une sous-estimation du diagnostic de cette maladie, en effet on estime qu'entre 30 à 45% des migraineux n'ont jamais consulté pour leurs migraines.

La migraine, en ayant une prévalence élevée dans la population générale, représentant l'une des maladies les plus invalidantes, ayant un impact multifactoriel sociétal, est en conséquence une importante problématique de santé publique.

4.2.2 Données économiques liées à la migraine (7), (8), (4), (9)

La migraine a un impact économique non négligeable lié au fait qu'elle touche une grande partie de la population générale. Même si les dépenses imputables sont multiples et difficiles à déterminer de manière précise, plusieurs des études ont été menées afin d'évaluer les surcoûts liés à la migraine à travers différents indicateurs. Les coûts liés à la migraine sont subdivisés en deux catégories : les coûts directs, et les coûts indirects.

- Les coûts directs sont représentés par les dépenses directement engagées par la Sécurité Sociale. Selon une étude portée par la Sécurité Sociale le coût annuel direct des dépenses engendrées par les patients traités par triptans s'élèverait à 2463€, soit 280€ de plus que le coût des patients témoins, intégrant les frais ambulatoires, les honoraires de médecin, et les prestations pharmaceutiques (pour les utilisateurs de triptans). In fine le surcoût représenté par ces dépenses s'élèverait à 250 millions d'euros par an à l'échelle nationale pour les utilisateurs de triptans.
- Les coûts indirects sont difficiles à appréhender car multifactoriels, ils sont représentés par différents indicateurs tels que la baisse de productivité, la baisse de production, le nombre jours de rattrapages ainsi que le nombre de jours de carence liés aux arrêts maladies (Annexe 1)(Annexe2). En France, pour les utilisateurs de triptans ils ont été estimés à 295€ par patient et par an.

Le coût de la migraine en France serait d'environ 575€ par patient par année, comprenant les coûts directs et indirects. Ces données sont cohérentes avec les coûts sociétaux liés à la migraine en Europe occidentale estimés à 590€. Néanmoins ces approximations semblent être en deçà de la réalité, car certaines dépenses liées aux coûts indirects ne sont pas systématiquement prises en compte dans toutes les situations. De plus, les coûts de surconsommations de médicaments ainsi que les différentes comorbidités de la migraine ne sont également pas intégrés aux calculs.

4.3 Physiopathologie de la migraine (10), (11), (12), (13)

La migraine possède des mécanismes complexes d'activation, variables selon les patients : la migraine n'a pas d'expression « type ». Il existe divers facteurs divers pouvant impacter la récurrence et le déclenchement des crises : ils sont variables selon les patients. Les phases de la migraine sont également variables entre les patients ; elles ne sont pas forcément toutes exprimées. Elles sont variables également pour un même patient, en effet l'allure des crises n'est pas toujours identique et leur fréquence d'expression peut aussi être différente.

4.3.1 Facteurs déclenchants

Une diversité de facteurs sont impliqués dans la crise migraineuse :

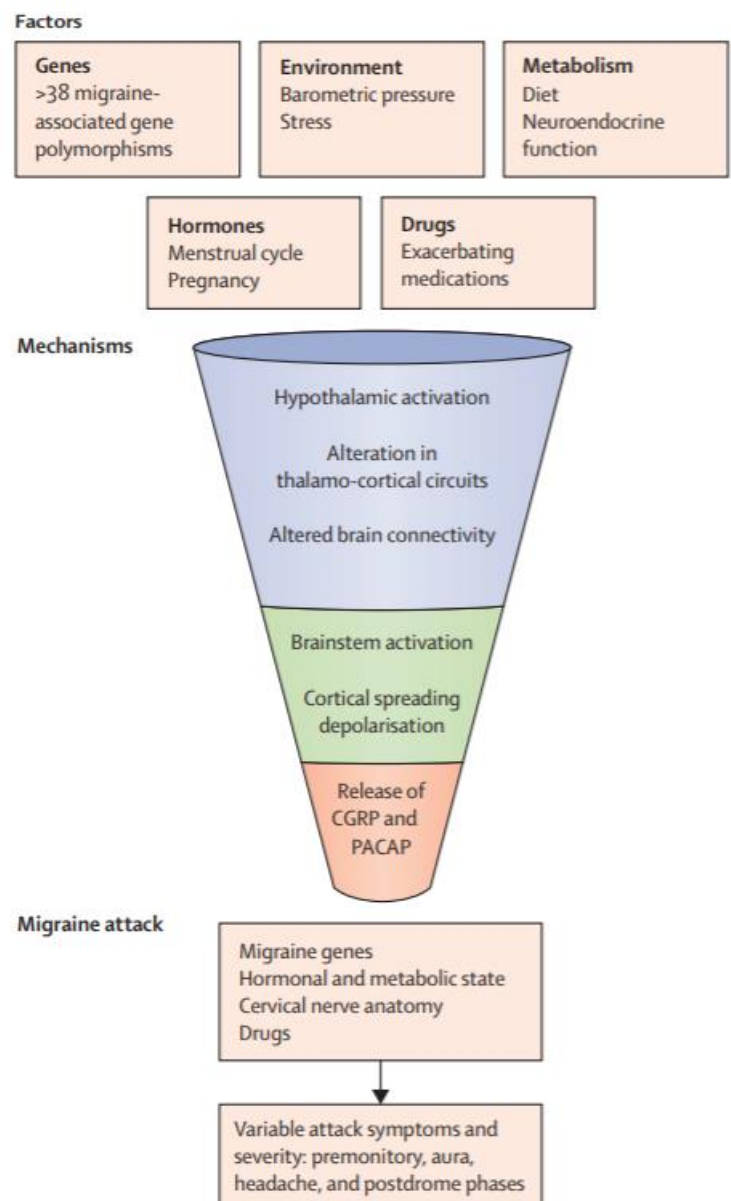
Tout d'abord, il a été démontré que certains gènes peuvent être associés à la migraine, au total 38 loci génomiques ont été identifiés dans des études de population. Le grand nombre de ces gènes ainsi que leur diversité fonctionnelle impliquent une interaction entre plusieurs gènes et facteurs épigénétiques. Ces loci associés à la migraine sont très représentés dans les gènes exprimés dans le système vasculaire. On peut donc en déduire que les mécanismes vasculaires jouent un rôle important dans la physiopathologie de la migraine.

Par la suite, il a été montré que l'environnement du patient peut en être influent : la pression atmosphérique (notamment basse) ou sa variation, ainsi qu'un environnement stressant peuvent être des facteurs favorisant l'apparition de crises.

L'alimentation ainsi que la fonction endocrinienne du patient peuvent également influencer.

Les Hormones, liées aux cycles menstruels (migraines cataméniales) mais également liées aux hormones au cours de la gestation.

Pour finir l'utilisation de certains traitements, mais également la surconsommation de certains d'entre eux peuvent avoir un impact sur la récurrence des crises migraineuses.



Un seul facteur peut être à l'origine d'une crise mais également une accumulation de plusieurs facteurs peuvent également en être la cause. Ils peuvent avoir des impacts différents selon les patients.

4.3.2 Phases de la migraine

La migraine se décompose généralement en 4 phases, Même si tous ne les développent pas systématiquement, ces phases peuvent se chevaucher, et être relativement variables.



4.3.2.1 Phase prémonitoire (Phase Prodromique)

La phase prémonitoire est la première étape qui peut être ressentie par le patient, elle se présente généralement entre 3 jours et 12 heures avant la crise.

Elle résulte de la stimulation de zones corticales notamment l'hypothalamus dans la partie postéro latérale qui jouerait un rôle prépondérant, l'aire tegmentale du mésencéphale, noyaux gris périaqueducal, ainsi que de multiples autres zones seraient également impliquées.

Deux théories impliquant l'hypothalamus dans l'amplification de la transmission de la douleur lors de la phase d'attaque :

- soit par une augmentation du tonus parasympathique activant les nocicepteurs méningés,
- soit par une modulation des signaux nociceptifs du noyau trijumeau caudal aux structures supratentorielles impliquées dans le traitement de la douleur.

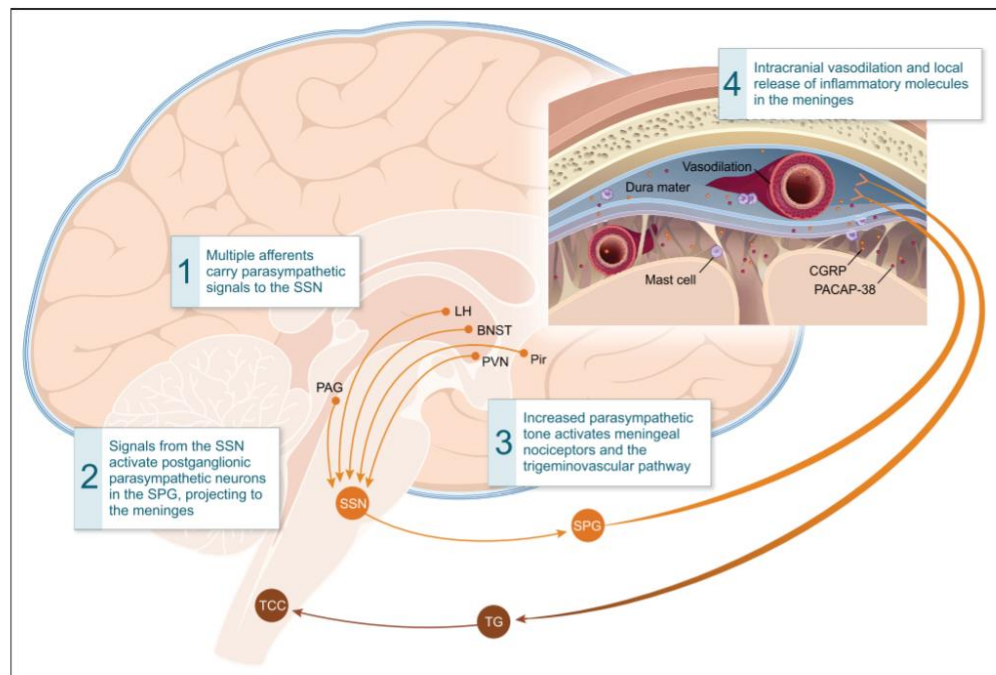


Fig. 1.—Activation of meningeal nociceptors by increased parasympathetic tone. BNST = bed nucleus of stria terminalis; LH = lateral hypothalamus; PAG = periaqueductal gray; Pir = piriform cortex; PVN = paraventricular hypothalamic nucleus; SPG = sphenopalatine ganglion; SSN = superior salivatory nucleus; TCC = trigeminal cervical complex; TG = trigeminal ganglion.

Différents symptômes pourraient être évocateurs d'une phase prémonitoire ; notamment :

- Une altération de l'Homéostasie avec des changements possibles de rythme sommeil éveil, de cycle, ou encore des repas.
- Certains autres symptômes variables peuvent être appréciés tels que les bâillements, la polyurie, l'irritabilité, les douleurs cervicales, les difficultés de concentration. Certains symptômes peuvent être sensoriels comme une augmentation de la photophobie et de la phonophobie.

4.3.2.2 L'Aura

La phase d'aura toucherait environ un tiers des patients migraineux, elle a une durée de 5 à 60 minutes en moyenne.

Elle serait induite par la dépression corticale envahissante (CSD), une onde de dépolarisation se déplaçant de 2 à 6mm/min, résultant d'un gradient ionique des neurones et cellules gliales. Un efflux extracellulaire de Potassium(K⁺) et un influx de Sodium (Na⁺) maintenu grâce à l'activité de la pompe Na/k/ATPase entraînant une élévation intracellulaire de Calcium (Ca²⁺) et in fine la libération massive de glutamate, neuromédiateur excitateur central.

L'aura peut se manifester par une multitude de symptômes différents, le plus commun sont les auras visuelles (scotomes visuels : clignotements, distorsion de la vision...), et sensorielles (sensation de picotements le plus souvent aux

extrémités). Il est également décrit des troubles du langage, des troubles olfactifs, ainsi que des atteintes motrices.

4.3.2.3 Crise migraineuse

La crise migraineuse est la phase principale de la migraine, elle a une durée approximative de 4 à 72 heures.

Elle est induite par différents mécanismes, tout d'abord un réseau d'afférences de fibres nociceptives du ganglion trijumeau (GT), d'innervation périphérique présente au niveau vasculaire et des méninges contribuent à la sensation de douleur. Les différentes voies nociceptives du trijumeau vont se projeter au niveau du complexe cervical du trijumeau (TCC) qui va lui-même envoyer ses signaux au thalamus. Le thalamus va alors stimuler à son tour plusieurs zones corticales.

L'activation de cette voie se fait via l'excitation des neurones nociceptifs (Aδ, C) provoquant la libération de peptides vasoactifs tels que la Calcitonin Gene Related Peptide (CGRP) et la PACAP-38, activant la voie du trijumeau. De nouvelles thérapies en cours de développement exploitent cette voie d'activation pour prévenir les crises.

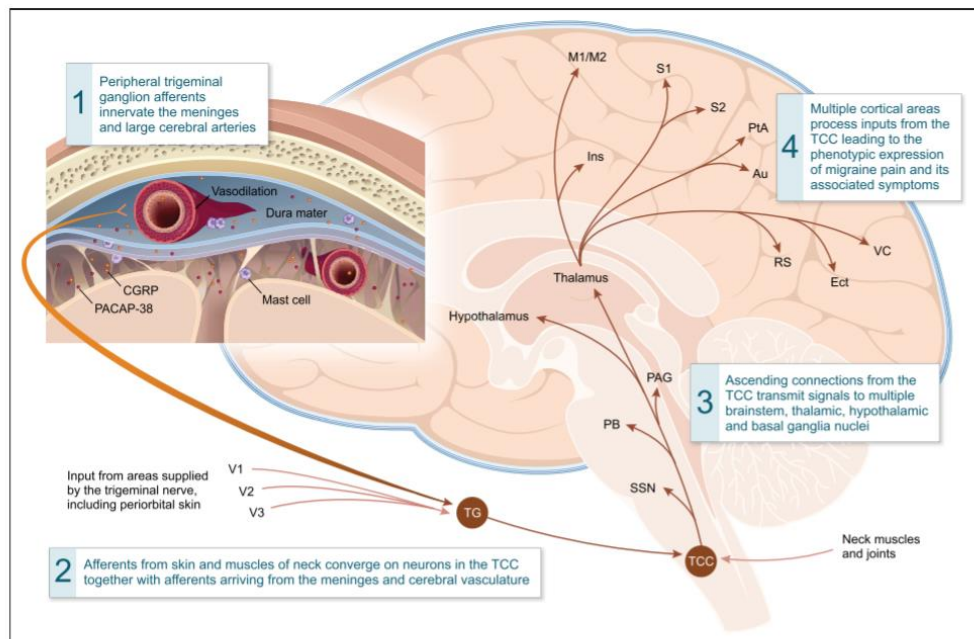


Fig. 3.—The triggering of pain via the trigeminovascular pathway. Au = auditory; Ect = ectorhinal; Ins = insula; M1/M2 = motor cortices; PAG = periaqueductal gray; PB = parabrachial nucleus; PtA = parietal association; RS = retrosplenial; S1/S2 = somatosensory cortices; SSN = superior salivary nucleus; TCC = trigeminal cervical complex; TG = trigeminal ganglion; VC = visual cortices; V1 = ophthalmic branch of trigeminal nerve; V2 = maxillary branch of trigeminal nerve; V3 = mandibular branch of trigeminal nerve.

Les différentes aires cérébrales stimulées par le thalamus, notamment sensorielles seraient alors à la base des symptômes associés à la migraine tels que la photophobie et la phonophobie.

La stimulation des neurones nociceptifs a pour effet de baisser le seuil d'excitabilité en augmentant la sensibilité et leur réponse responsable de l'aspect douloureux, lancinant de la migraine.

La crise migraineuse se caractérise par différents symptômes :

- le principal est la douleur hémicrânienne d'aspect pulsatile,
- ensuite la majeure partie des patients relatent une photophobie (88%) une phonophobie (73%) ainsi que des nausées pour la moitié des cas (51%).

4.3.2.4 Postdrome (Phase Postdromique)

La phase de Postdrome est la phase finale de la migraine, elle représente l'amélioration des symptômes jusqu'à la normalisation de l'état du patient. Elle peut durer de 24 à 48 heures.

Des études mettent en évidence que les mêmes réseaux neuronaux que la phase prodromique seraient impliqués, la présence d'une réduction du flux sanguin par vasoconstriction pourrait être à l'origine de certains de ces symptômes.

Les symptômes les plus courants au cours de cette phase sont la difficulté de concentration, et la fatigue, mais également des symptômes neuropsychiatriques (dépressifs ou à contrario euphoriques), gastro-intestinaux ou encore un malaise général.

4.4 Diagnostic (14)

L'International Classification of Headache Disorders version 3 (ICHD-3), est un document relatif au diagnostic des différentes céphalées, issue d'un consortium d'experts internationaux. Elle représente la référence en matière de critères diagnostics, mise à jour régulièrement. Nous allons nous baser sur ce document afin de préciser les critères des céphalées qui seront traitées au cours dans ce manuscrit.

Les céphalées primaires les plus fréquemment rencontrées vont être :

4.4.1 Migraine sans Aura

Critères de diagnostic :

A.	Au moins cinq crises dont un répondant aux critères B-D	
B.	Crises de céphalée durant 4 à 72 heures (sans traitement ou avec un traitement inefficace)	
C.	Céphalée ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :	1. Topographie unilatérale
		2. Type pulsatile
		3. Intensité douloureuse modérée ou sévère
		4. Aggravée par ou entraînant l'évitement de l'activité physique de routine (par ex., marche ou montée des escaliers)
D.	Durant la céphalée, au moins l'un des symptômes suivants :	1. Nausées et/ou vomissements
		2. Photophobie et phonophobie
E.	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3 Migraine	

4.4.2 Migraine avec aura

Critères de diagnostic :

A.	Au moins deux crises répondant aux critères B et C	
B.	Au moins un symptôme entièrement réversible d'aura :	1. Visuel
		2. Sensitif
		3. Parole et/ou langage
		4. Moteur
		5. Tronc cérébral
		6. Rétinien
C.	Au moins trois des six caractéristiques suivantes :	1. Au moins un symptôme d'aura se développe progressivement sur ≥ 5 minutes
		2. Deux ou plusieurs symptômes d'aura surviennent successivement
		3. Chaque symptôme d'aura dure de 5-60 minutes
		4. Au moins un symptôme d'aura est unilatéral
		5. Au moins un symptôme d'aura est positif
		6. L'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, d'une céphalée
D.	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.	

4.4.3 Céphalée de tension épisodique peu fréquente

Critères de diagnostic :

A.	Au moins 10 épisodes de céphalée survenant <1 jour/mois en moyenne (<12 jours/an) et répondant aux critères B-D	
B.	Durée de 30 minutes à 7 jours	
C.	Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :	1. Localisation bilatérale
		2. À type de pression ou de serrement (non pulsatile)
		3. Intensité légère ou modérée
		4. Absence d'aggravation par les activités physiques de routine comme marcher ou monter des escaliers
D.	Présence des deux caractéristiques suivantes :	1. Ni nausée, ni vomissement
		2. Pas plus d'un de ces deux signes associés : photophobie ou phonophobie
E.	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3	

4.4.4 Algie Vasculaire de la Face (AVF)

Critères de diagnostic :

A.	Au moins cinq crises répondant aux critères B-D		
B.	Douleur sévère à très sévère, unilatérale, orbitaire, sous-orbitaire et/ou temporale durant 15 à 180 minutes (non traitée)		
C.	L'un des éléments suivants ou les deux :	1. Au moins un des signes/symptômes suivants, du même côté que la douleur :	a) injection conjonctivale et/ou larmoiement
			b) congestion nasale et/ou rhinorrhée
			c) œdème palpébral
			d) sudation du front et de la face
			e) myosis et/ou ptosis
		2. Une sensation d'impatience ou une agitation motrice	
D.	Fréquence des crises comprise entre une tous les deux jours et 8 par jour		
E.	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3		

Dans un second temps les critères diagnostics des céphalées chroniques les plus souvent rencontrées sont :

4.4.5 Diagnostic de migraine chronique

A.	Céphalée (migraineuse ou tensive) au moins 15 jours/mois depuis plus de 3 mois, et répondant aux critères B et C		
B.	Survenant chez un patient ayant eu au moins cinq crises répondant aux critères B-D de la Migraine sans aura et/ou aux critères B et C de la Migraine avec aura		
C.	Au moins 8 jours/mois depuis plus de 3 mois, la céphalée répond à l'un des éléments suivants :	1. Critères C et D de la Migraine sans aura	
		2. Critères B et C de la Migraine avec aura	
		3. Considérée à son début par le patient comme étant une migraine et soulagée par un <i>triptan</i> ou un dérivé ergoté	
D.	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3		

4.4.6 Diagnostic de Céphalée de tension chronique

A.	Céphalée survenant plus de 15 jours/mois en moyenne depuis plus de 3 mois (et plus de 180 jours/an), et répondant aux critères B-D	
B.	Durant des heures, des jours ou non rémittente	
C.	Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :	1. Localisation bilatérale
		2. À type de pression ou de serrement (non pulsatile)
		3. Intensité légère ou modérée
		4. Absence d'aggravation par les activités physiques de routine comme marcher ou monter des escaliers
D.	Présence des deux éléments suivants :	1. Pas plus d'un de ces signes associés : photophobie, phonophobie ou nausée légère
		2. Ni nausées ni vomissements modérés ou sévères
E.	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3	

4.4.7 Diagnostic de l'Hemicrania continua

A.	Céphalée unilatérale répondant aux critères B-D		
B.	Présente durant >3 mois, avec des exacerbations d'intensité modérée ou plus importante		
C.	L'un des éléments suivants ou les deux :	1. Au moins un des signes/ symptômes suivants, du même côté que la douleur :	a) injection conjonctivale et/ou larmoiement
			b) congestion nasale et/ou rhinorrhée
			c) œdème palpébral
			d) sudation du front et/ou de la face
			e) myosis et/ou ptosis
		2. Une impression d'impatience ou une agitation motrice, ou une aggravation de la douleur par le mouvement	
D.	Répond de façon complète à des doses thérapeutiques d'indométacine		
E.	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3		

4.4.8 Diagnostic de la céphalée chronique persistante de novo

A.	Céphalée persistante répondant aux critères B et C
B.	Début distinct et clairement mémorisé, avec une douleur qui devient continue et sans rémission en 24 heures
C.	Présente durant > 3 mois
D.	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

5 Partie 2 : Outils d'aide au dépistage des différentes céphalées à l'officine

5.1 Objectifs

L'objectif principal de cette démarche est de réduire le temps de la première consultation liée à la migraine, estimé actuellement à 4.5 ans, par l'utilisation d'outils simples. Mais également limiter l'automédication liée à la migraine par l'absence de consultation. La réduction du temps de la première consultation a pour ambition de faire poser le diagnostic de migraine et ainsi d'adapter la prise en charge du patient de manière plus précoce.

La prise en charge adaptée et précoce de la pathologie du patient a pour enjeu de réduire l'impact défavorable sur sa qualité de vie. Ce sera également de limiter les consultations liées à sa demande de soin par une maîtrise de sa pathologie.

Le but de l'outil développé est de réaliser une orientation diagnostic afin d'identifier rapidement la pathologie concernée. L'orientation diagnostic va permettre au professionnel de santé d'adapter la démarche de prise en charge avec la pathologie, que ce soit une orientation médicale, ou une prise en charge officinale primaire. Cet outil vise à être utilisé par l'ensemble des équipes officinales de manière peu contraignante, et à les sensibiliser sur cette problématique, en l'intégrant à leur exercice quotidien.

5.2 Patients concernés

Les patients concernés par les outils de dépistage/d'aide au diagnostic des différentes céphalées sont les patients majeurs se présentant de manière spontanée avec une demande de soins et présentant ou non des symptômes au moment de la demande.

Les patients traités et/ou suivis par leur médecin généraliste et/ou spécialistes pour ce type de pathologie ne seront pas intégrés car déjà diagnostiqués. Il est important de noter que le diagnostic d'une pathologie relève de la responsabilité du médecin.

L'accès à l'historique des délivrances médicamenteuses est un outil important, il va permettre au professionnel de santé d'apprécier si l'objet de la demande de soin peut être imputable aux traitements délivrés antérieurement.

A partir de ce postulat nous allons catégoriser les deux types de patients concernés susceptibles de faire l'objet d'une orientation diagnostique :

- Les patients sans historique pharmaceutique de la pharmacie, ils seront encore sous-catégorisés en deux parties selon l'ouverture ou non du Dossier Pharmaceutique, relatant les informations de dispensations des médicaments :

1) Sans Dossier Pharmaceutique ouvert : aucun accès aux historiques médicamenteux de la personne, seules les informations déclarées par le patient rentrent en compte ;

2) Avec Dossier Pharmaceutique ouvert : accès visuel aux délivrances réalisées par d'autres pharmacies.

- Les patients ayant un historique pharmaceutique de la pharmacie, scindés en deux catégories selon l'ouverture du DP :

1) Sans Dossier Pharmaceutique ouvert : accès uniquement aux traitements délivrés dans la pharmacie sans accès visuel de ce qui a pu être délivré par d'autres pharmacies ;

2) Avec Dossier Pharmaceutique ouvert : accès à tous les historiques de traitements dispensés dans la pharmacie ainsi que dans les autres pharmacies.

Plusieurs cas de figures se présentent alors :

1- Médicament(s) non essentiel(s) favorisant l'apparition probable de l'objet de la demande de soins, une éviction de celui-ci est nécessaire, et un contrôle dans le temps afin de voir s'il en était la cause réelle.

2- Médicament(s) essentiel(s) dont l'effet indésirable est connu ou mentionné dans la RCP ; nécessite une consultation médicale afin de voir l'imputabilité du traitement dans la céphalée provoquant la demande de soins ; l'évitabilité de celui-ci et/ou un réajustement de posologie pour en réduire son impact.

3- Médicaments essentiels dont l'effet indésirable n'est pas connu mais dont il est probable qu'il en soit la cause ; une déclaration de pharmacovigilance sur le portail de l'ANSM est obligatoire de la part du professionnel de santé ([https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-medicament/Votre-declaration-concerne-un-medicament/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-medicament/Votre-declaration-concerne-un-medicament/(offset)/0)), ainsi qu'une consultation médicale afin de déterminer son rôle.

5.3 Formations disponibles

La formation est obligatoire pour les équipes officinales et s'inscrit dans le Développement Professionnel Continu ([LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)) les orientations de formations sont renouvelées tous les deux ans.

En considérant l'[Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022; l'orientation n° 32 : Amélioration de la prise en charge de la douleur](#) ; les outils proposés entrent typiquement dans cette démarche et vont pouvoir constituer une orientation des instances de formation à dispenser aux professionnels de santé.

Différents types de formations se présentent, certaines sont obligatoires et sont inscrites dans le cursus de formation initial, d'autres ne sont pas obligatoires et se basent sur la volonté du professionnel de santé :

- Formation initiale Universitaire Sciences Pharmaceutiques (DFASP1 et DFASP2)

- UEF 2 Pathologies, Sciences Biologiques et Thérapeutiques II (6 ECTS)

- . Système Nerveux Central

- . Douleur

- Formation personnelle :

- . Diplômes universitaires (DU)/Interuniversitaires (DIU); accessibles aux pharmaciens(15) :

- . Nantes, Poitiers, Rennes : DIU Prise en charge de la douleur

- . Angers : DU Douleurs, Soins de supports et Soins Palliatifs

- . Bordeaux : Du Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur

- . Caen, Lyon et autres : DU Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur

- . Paris : DIU Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur

- . Paris : DIU La douleur de l'enfant en pratique quotidienne

Les Diplômes Universitaires/Interuniversitaires accessibles aux pharmaciens sont dans un rôle de prise en charge global de la douleur. En revanche pour les

DU/DIU spécifiques aux migraines et céphalées, il n'y pas d'éligibilité pour les pharmaciens.

- Littérature médicale

Les céphalées, migraines et algies faciales en 30 leçons (3 éditions) : Gilles Géraud, Nelly Fabre, Michel Lantéri-minet, Dominique Valade, Anne Donnet.

- Formations, elles rentrent dans le cadre du DPC avec obligation de formation

<https://www.atoopharm.fr/>

<https://www.maformationofficinale.com/elearning-pharmacie>

...

- Formations professionnelles réalisées par les laboratoires.

5.4 Quels outils à mettre en place pour améliorer et simplifier le dépistage et la prise en charge au sein de l'officine ?

Des outils simples peuvent être mis en place afin de réaliser une orientation diagnostique par le personnel compétent, et ainsi de permettre au patient d'être pris en charge de manière la plus adéquate possible. Le dépistage passe essentiellement par la connaissance et/ou l'utilisation d'outils permettant de différencier les céphalées les plus courantes auxquelles nous pouvons être confrontés.

La démarche consiste simplement à :

- remettre de la documentation concernant la pathologie, les bons gestes pour éviter la survenue et les gestes à adopter en cas de crise ;
- initialiser et incrémenter systématiquement agenda de crise, pour avoir une visibilité sur une durée maximale et pour apprécier l'impact sur la vie du patient ;
- établir un lien entre les professionnels de santé notamment médecin traitant-pharmacien, par le biais d'une messagerie sécurisée, ligne téléphonique spéciale, fax. Cette communication interprofessionnelle favorisera un échange d'information plus fiable.

La diffusion des outils peut être mise en place au sein de l'officine dans son mode de fonctionnement. Les fiches récapitulatives peuvent être intégrées

dans l'espace du personnel en étant facile d'accès ; que ce soit en back office avec un tableau d'affichage (souvent présent dans les officines), mais également dans les classeurs regroupant certains documents relatifs à certains traitements ou pathologies. La diffusion peut également se faire sous forme dématérialisée via les documents présents sur les postes, etc...

5.5 Les céphalées les plus couramment rencontrées (2), (16)

Le dépistage à l'officine semble nécessaire, en effet l'OMS estime que la prévalence des céphalées courantes chez l'adulte (au moins une fois dans l'année) représente 50% de la population. Il est également estimé qu'entre 50 et 75% des adultes de 18 à 65 ans ont eu un accès céphalalgique au cours de l'année, dans ceux-ci 30% ont été atteints de migraine. Ces chiffres sont soumis à des disparités régionales, mais attestent néanmoins d'une problématique d'ordre mondial, indépendante du niveau de vie et de l'environnement des personnes.

Pour les autres céphalées primaires les plus fréquentes, nous trouvons les migraines qui représentent environ 15% de la population, les céphalées de tension épisodiques ont touché quasiment 80% de la population, quant à l'algie vasculaire de la face toucherait 1/1000 patients.

5.6 Outil pédagogique utilisable à l'officine (17)

Au cours de son exercice quotidien, l'équipe officinale est fréquemment confrontée, à une demande de soin de la part des patients sujets à des céphalées. C'est pourquoi il est utile de lui donner des outils simples permettant de l'orienter dans son choix et l'aider à proposer une thérapeutique adéquate. La mise en place de ces outils dans le fonctionnement de l'officine dépend de la volonté de l'équipe.

Les principales céphalées primaires dont la prévalence est la plus importante dans la population générale doit être un axe de sensibilisation pour chaque équipe officinale au vu de la proportion de personnes atteintes (cf. données statistiques citées précédemment).

Chaque céphalée est déterminée par un tableau clinique déterminé dont le diagnostic réfère uniquement à un avis médical, néanmoins la connaissance de ces différentes pathologies permet d'adopter une approche, et une réponse médicale primaire selon les besoins.

Le collège de neurologie propose un tableau récapitulatif des principales céphalées primaires :

	Migraine	Céphalée de tension	AVF
Durée	4 à 72 heures	30 min à 7 jours	15 min à 3 heures
Siège	Le plus souvent unilatéral	Bilatéral	Unilatéral orbito-temporal
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée	Très sévère
Type	Souvent pulsatile	Compression, étouffement	Arrachement, broiement
Signes d'accompagnement	Nausées, vomissements, photo-phono-phobies	Pas de nausées ni de vomissements. Photo-phonophobie possible mais pas concomitantes	Signes autonomiques homolatéraux, agitation
Impact de l'effort physique	Aggravation	Pas de changements	Pas de changements
Nombres de crises antérieures	≥5	≥10	≥5

5.7 Les limites de cet outil ⁽¹⁸⁾

Certaines céphalées doivent faire l'objet d'un avis médical plus ou moins urgent, il est donc important alors d'avoir accès aux informations relatives à cette nécessité.

L'utilisation de cet outil est restreinte aux personnes majeures, les céphalées chez l'enfant feront l'objet d'une consultation médicale.

Selon les symptômes, nous allons différencier l'orientation en urgence des patients et la nécessité d'une consultation médicale rapide :

Consultation en Urgence	Consultation rapide d'un médecin
- Apparition en coup de tonnerre (intensité maximale en moins de 1 minute). - Céphalée récente ou d'aggravation récente (inférieur à 7 jours) et inhabituelle. - Céphalée associée à de la fièvre (écartant les causes de pathologies bénignes). - Céphalée associées à des signes neurologiques. - Céphalée évoquant une intoxication au monoxyde de carbone. - Céphalée dans un contexte d'immunodépression.	- Céphalée ne cédant pas aux traitements antalgiques. - Céphalée semi-récente (entre 8 jours et 6 mois) sans signes d'aggravation. - Céphalées anciennes (depuis plus de 6 mois) dont la fréquence et l'intensité ne sont pas contrôlées par le patient.

5.8 Version simplifiée pédagogique

	Migraine	Céphalée de tension	Algie Vasculaire de la face (AVF)
Durée de la crise	4-72H	3min-7jours	15-180min
Intensité douloureuse	Modérée à sévère	Faible à sévère	Très sévère
Latéralité de la douleur	Unilatérale	Bilatérale	Unilatérale
Type douleur	Pulsatile ou continue 	Pression, poids 	Broiement, Arrachement 
Symptômes associés	• Nausées/ Vomissements Fréquents • Photo/phonophobie fréquentes • Aggravée par l'activité physique	• Activité physique peut améliorer	• Agitation • Signes végétatifs (larmoiement, congestion nasale...)
Mes conseils	Antalgiques pallier I si absence contre-indication/incompatibilité. Puis consultation médicale	Antalgiques pallier I si absence contre-indication/incompatibilité. Surveillance et consultation médicale si nécessaire.	Je consulte en urgence mon médecin
Consultation	En urgence • Fièvre • Apparition brutale • Aggravation inhabituelle • Signes neurologiques/d'intoxication • Je suis Immunodéprimé	Rapidement vers un médecin • Ne cède pas aux traitements • Durée entre 8j et 6 mois sans aggravation • Plus de 6 mois	
Notes			

Cette version pédagogique peut être mise à la disposition des équipes officinales dans leur fonctionnement. Elle regroupe ainsi les principales caractéristiques permettant de distinguer les différentes céphalées primaires les plus fréquentes. Les céphalées sont discriminées selon la durée de la crise, la typologie et latéralité de la douleur (unilatérale ou bilatérale), symptômes possiblement associés. Les conseils primaires sont donnés à titre indicatifs chaque cas nécessitant une réponse adaptée.

Pour finir les recommandations de la SFEMC vis-à-vis des céphalées et de leur mise en garde.

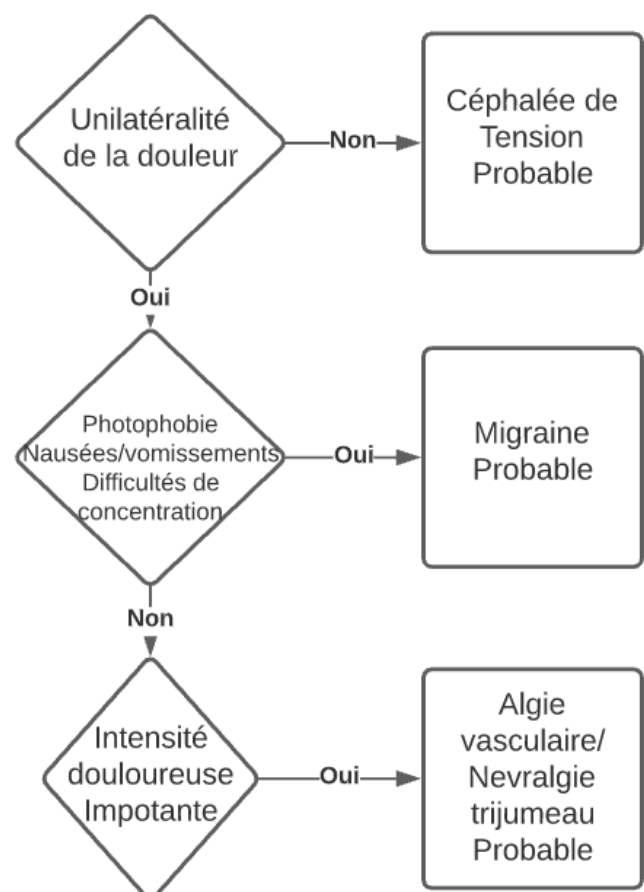
5.9 Interrogatoire primaire

Un arbre décisionnel est établi pour les céphalées primaires ; il contient les principaux critères en quelques question simples :

Les principaux caractères discriminants des différentes pathologies vont être identifiés via un interrogatoire en 3 questions. Les questions relativement basiques peuvent orienter rapidement le professionnel de santé au comptoir. Elles doivent être posées systématiquement face à une demande de soin spontanée pour une personne non diagnostiquée atteinte de céphalées.

L'utilisation du tableau pédagogique va conforter le professionnel de santé et son équipe dans son orientation diagnostique. Il va ainsi pouvoir entreprendre la démarche la plus adaptée pour la prise en charge du patient.

Il est tenu lors de l'interrogatoire, il est tenu d'interroger le patient sur d'éventuelles autres pathologies pouvant influencer sur l'apparition de céphalées, dans ce cas une consultation médicale sera requise.



5.10 Cas pratiques

CAS PRATIQUES N°1

Mme X 24 ans se présente à l'officine, elle présente des douleurs hémi crâniennes droites, plutôt pulsatiles qui durent environ 24h, elle prend du paracétamol pour essayer d'agir sur la douleur mais qui n'est pas suffisant. Des nausées sont présentes lors des douleurs et arrête souvent ses activités lorsqu'elle y est confrontée, sont les seuls symptômes déclarés.

Pas d'antécédents connus, ni déclarés, patiente qui vient régulièrement renouveler son ordonnance de contraception orale.

Nous sommes en présence d'une jeune femme qui présente une douleur d'aspect migraineux par sa localisation unilatérale, pulsatile, les symptômes associés de nausées et d'aggravation dans l'effort va venir réconforter dans l'orientation de la pathologie avec également l'absence d'antécédents.

Conduite à tenir :

- Maintien du paracétamol, plus si pas de contre-indication utilisation d'AINS possible dans le cas de survenue d'une future crise.
- Documentation remise notamment un agenda de crise à remplir le plus tôt possible.
- Orientation vers un médecin en vue d'un diagnostic, et la prescription de traitements adaptés.

CAS PRATIQUE N°2

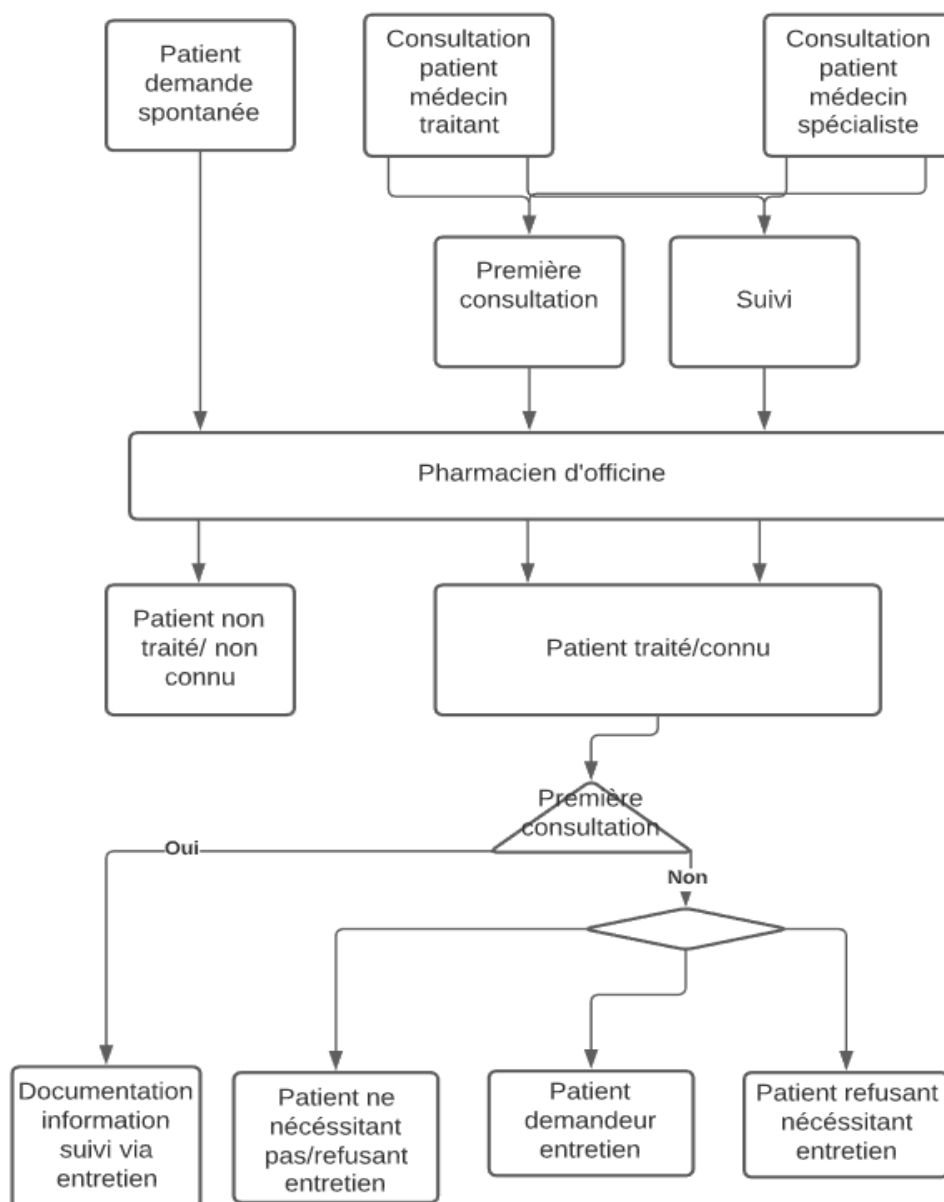
M Y 30 ans, se présente à l'officine car à plusieurs reprises il a été confronté une douleur très intense et très brève au niveau de l'œil gauche « il avait l'impression qu'on lui arrachait l'œil », il a remarqué un écoulement du nez ainsi qu'un larmoiement du côté de la douleur, pas d'autres symptômes déclarés. Le patient ne déclare pas d'antécédents d'autres pathologies, déclare être fumeur. Prise de paracétamol inefficace.

Nous sommes en présence d'un homme assez jeune, avec douleur très violente unilatérale avec présence de larmoiement, et d'écoulement nasale du côté douloureux, le caractère la douleur très intense unilatérale et très brève permet de suggérer une algie Vasculaire de la face.

Conduite à tenir :

Consultation chez un médecin rapidement afin de confirmer le diagnostic et d'instaurer une prise en charge précoce adaptée.

6 Partie 3 : Entretiens pharmaceutiques du patient migraineux à l'officine



6.1 Généralités

Les entretiens pharmaceutiques font partie de l'arsenal des missions proposées aux pharmaciens d'officine depuis des années. La création d'entretiens à destination des patients migraineux a pour but d'accompagner le patient dans sa pathologie sur une certaine durée, afin d'en maîtriser plusieurs aspects et ainsi limiter l'impact qu'elle peut avoir sur sa vie quotidienne. Le Pharmacien pourra jouer donc un rôle à part entière dans l'accompagnement de cette pathologie, dans le système de soins.

6.1.1 Objectifs de mise en place d'un programme d'entretiens

Les entretiens pharmaceutiques réalisés avec les patients ont plusieurs objectifs :

- Renforcer le rôle de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès du patient ;
- Diversifier la pratique professionnelle, par l'apparition de nouvelles missions ;
- Pallier le manque de professionnels de santé dans les déserts médicaux en proposant de nouvelles prestations sur des pathologies communes ;
- Valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament ;
- Evaluer la connaissance par le patient de son traitement ;
- Rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement, in fine améliorer son observance ;
- Evaluer à terme l'appropriation par le patient de son traitement ;
- Rechercher un mésusage médicamenteux et adopter une conduite à tenir face à celui-ci ;
- Reconnaître les signes nécessitant un avis médical ;
- Sensibiliser aux risques d'abus médicamenteux et de leurs complications ;
- Réaliser des entretiens thématiques englobant un champ plus large de connaissances, dans le domaine de compétences du pharmacien ;
- Limiter le nombre de consultations non nécessaires relatives à la pathologie ;
- Impacter positivement les facteurs contrôlables de la migraine.

6.1.2 Encadrement de l'entretien pharmaceutique (19)

Différents avenants à la convention nationale des pharmaciens concernent les entretiens pharmaceutiques. Ils définissent un cadre légal à l'application des entretiens pharmaceutiques à l'officine.

L'avenant 1 de la convention nationale fixe les modalités de mises en œuvre des dispositifs d'accompagnements pour les patients sous traitement par anti-vitamine K (AVK).

L'avenant 4 fixe les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement par le pharmacien des patients asthmatiques.

L'avenant 8 fixe les modalités de mise en œuvre des dispositifs d'accompagnement par le pharmacien des patients sous anticoagulants oraux directs (AOD). Il promeut

certaines évolutions des dispositifs d'accompagnement toutes thématiques confondues sous la forme de documents téléchargeables le pharmacien.

6.1.2.1 L'éligibilité au dispositif

Pour être éligible à une rémunération par l'assurance maladie, plusieurs conditions sont requises :

- une chronicité de traitement sur au moins 6 mois ;
- pour la première année de mise en place, un entretien d'évaluation et deux entretiens thématiques ;
- au moins deux entretiens thématiques les années suivantes.

6.1.2.2 L'engagement du pharmacien :

- Droits, devoirs et interdictions : le pharmacien doit notamment obtenir le consentement éclairé de l'assuré quant à son intégration dans le dispositif d'accompagnement et s'interdire d'établir tout diagnostic.
- Publicité et communication : le pharmacien doit s'abstenir d'utiliser tout support publicitaire qui ferait référence à la rémunération qu'il perçoit de l'assurance maladie pour assurer la mise en œuvre de l'accompagnement.
- Continuité de service de l'officine : le pharmacien doit veiller à garantir l'exercice professionnel de sa profession. L'organisation de son officine doit ainsi lui permettre à la fois d'accomplir ses actes professionnels ou d'en surveiller attentivement l'exécution et d'assurer l'accompagnement des patients.

L'avenant 21 fixe les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement pharmaceutique pour les patients sous traitement anticancéreux oraux.

L'apparition du nouvel avenant, invite à renforcer les compétences du patient :

- Rendre le patient autonome et acteur de son traitement ;
- Limiter la perte de repères du patient ;
- Favoriser le suivi, le bon usage et l'observance des anticancéreux oraux ;
- Informer le patient et obtenir l'adhésion à son traitement ;
- L'aider dans la gestion de ses traitements ;
- Prévenir les effets indésirables ;
- Assurer une prise en soins coordonnée du patient.

La mise en œuvre évolue également :

- Un entretien initial de recueil d'informations générales relatives au patient, sa connaissance du traitement, le schéma thérapeutique ainsi que les conditions de prise en charge.
- Un entretien thématique portant sur la vie quotidienne et les effets indésirables.
- Un troisième entretien visant à apprécier l'observance thérapeutique.

L'année qui suit deux entretiens, l'un thématique consacré à sa vie quotidienne et aux effets secondaires qu'il rencontre, l'autre visant à apprécier l'observance.

L'éligibilité des patients diffère des thématiques abordées précédemment, elle va concerner tous les patients de plus de 18 ans traités par anticancéreux oraux, dont les molécules appartiennent aux classes ATC L01 et L02 administrées par voie orale.

6.1.3 Critères d'inclusion à un programme d'entretiens pharmaceutiques

Pour la réalisation d'un programme d'entretiens pharmaceutiques il est nécessaire de créer un cadre d'inclusion dans lesquels les patients pourraient y être éligibles.

A l'instar des entretiens pharmaceutiques mis en place depuis 2013 avec la mise en place d'un programme de suivi des patients sous Antivitamine K, puis diverses thématiques implantées par la suite. L'inclusion pourrait suivre un schéma analogue à ce qui a déjà été réalisé.

Pour ce faire il semble judicieux d'impliquer les patients majeurs, ayant été diagnostiqué souffrants de migraine depuis plus de 6 mois, et traités avec soit un traitement de crise seul, soit avec un traitement de fond et de crise. Pour les traitements de fond et de crise ils doivent présenter une AMM pour la migraine, dont la liste des molécules est citée à la fin de l'entretien primaire.

Tableau récapitulatif des critères d'inclusion :

Patient majeur	☐ Oui	☐ Non
Diagnostic de migraine >6mois	☐ Oui	☐ Non
Traitement antimigraineux de crise	☐ Oui	☐ Non
Traitement antimigraineux de crise et de fond	☐ Oui	☐ Non

Plusieurs types de patients sont concernés par la réalisation des entretiens :

- Les patients demandeurs, motivés par une explication éclairée de l'objectif des entretiens, des thèmes abordés et de leur déroulement ;
- Les patients nécessitant un entretien, avec la découverte fortuite lors de l'interrogatoire, de mésusages ou d'incompréhensions vis-à-vis du traitement médicamenteux.

Pour les patients refusant les entretiens pour diverses raisons, mais dont ils pourraient tirer un bénéfice important, il semblerait judicieux d'en informer le médecin (spécialiste et/ou généraliste) prescripteur en charge du patient et de sa pathologie, afin de faire part du bénéfice potentiel de mise en place des entretiens pour le patient mais également des problématiques concernant cette personne.

- Les patients refusant tout entretien, mais ayant une bonne observance, éclairés sur leurs traitements et la prise en charge de leur pathologie, ne sont pas concernés par la réalisation des entretiens, toutefois une documentation pourrait leur être remise à titre informatif et préventif.

6.1.4 Limites de cet outil

Cet outil possède plusieurs limites :

- Il est uniquement à destination des patients répondant aux critères d'inclusions, il ne concerne donc pas tous les patients migraineux.
- La qualité même des informations données par le patient, l'entretien constitue l'unique voie d'obtenir des informations. Mais, selon les patients, il peut y avoir un biais d'objectivité, à prendre en compte lors de l'échange.
- Les personnes possédant des troubles cognitifs, de compréhension et/ou de mémoire vont pouvoir altérer le contenu et la qualité de l'entretien.
- Les entretiens ne vont être réalisés qu'avec des patients volontaires, donc une partie des personnes concernées ne seront pas comprises dans le programme.
- L'absence de communication ou la communication unilatérale entre les professionnels de santé va mettre un frein à l'utilité de cet outil.

6.1.5 Quelles motivations pour le patient ?

- Acquérir des compétences et des connaissances afin de gérer au mieux sa pathologie au quotidien.
- Intégrer le patient dans une démarche active, en le faisant devenir acteur de sa santé.
- Faire l'objet d'un programme de suivi sur une longue période pour apprécier l'évolution des connaissances et des compétences.
- Améliorer indirectement la vie de ses proches par une maîtrise de sa pathologie au quotidien.
- Permettre au patient d'avoir différentes approches des professionnels de santé dans plusieurs domaines de compétences, à travers une prise en charge pluridisciplinaire.

6.1.6 Quelles motivations pour le professionnel de santé ? (20)

Les motivations du professionnel de santé à la réalisation des entretiens peut-être de plusieurs ordres :

- Complicité avec le patient : lors d'un entretien dans un endroit réservé (espace de confidentialité) le patient se sentira plus en confiance et délivrera les informations relatives aux traitements concernant sa pathologie, ainsi que l'impact de sa maladie au quotidien de manière plus libre, mais également les problèmes personnels pouvant l'impacter directement ou indirectement.
- Renforcer la pluridisciplinarité et l'interaction Médecin-Pharmacien par le retour d'expertise du Pharmacien dans son domaine de compétence, et ainsi favoriser le travail commun dans l'intérêt du patient et de la prise en charge de sa pathologie.
- La réalisation des entretiens va permettre au professionnel de santé de diversifier son activité, et *in fine* permettre de faire évoluer sa pratique professionnelle ainsi que ses missions.
- La rémunération des entretiens peut être une source de motivation, à l'instar des entretiens pouvant être réalisés dans le cadre de certaines pathologies chroniques, une rémunération tarifaire négociée avec la CPAM peut être mise en place.

On peut facilement imaginer l'intégration possible des entretiens relatifs aux patients atteints de migraine sévère inclus dans le système des entretiens.

Accompagnement	1-ère année d'accompagnement		Années suivantes	
AVK AOD, Asthme	1 entretien d'évaluation 2 entretiens thématiques		2 entretiens thématiques	
Actes	Métropole	DOM	Métropole	DOM
Adhésion	0.01€			
Tarifs accompagnement	50€	52.50€	30€	31.50€

6.1.7 Les obligations liées à la réalisation d'entretiens

Plusieurs éléments sont imposés au professionnel de santé réalisant les entretiens :

- Un bulletin d'adhésion doit être signé par le patient, il a pour but de récolter son accord écrit, avant la mise en place de tout programme.
- Le professionnel de santé doit être apte à réaliser les entretiens dans les meilleures conditions, pour ce faire il est nécessaire qu'il y soit formé. Seuls les pharmaciens peuvent réaliser les entretiens, les préparateurs et autres personnels de l'officine ne sont pas éligibles à leur réalisation.
- Le retour aux prescripteurs est un élément important de la réalisation des entretiens ; il va permettre la transmission d'informations, , il peut se faire par différents canaux.
- Déclaration de réalisation des entretiens auprès de la sécurité sociale.

6.1.8 Mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques

Comme cité précédemment pour les autres thématiques d'entretiens, nous pouvons imaginer un programme où au cours de la première année un entretien primaire serait réalisé ainsi que deux entretiens thématiques, et les années suivantes au moins deux entretiens thématiques seraient réalisés.

Les entretiens doivent se dérouler dans un espace de confidentialité prévu à cet effet.

Les entretiens pharmaceutiques se dérouleraient en plusieurs étapes :

- Tout d'abord la réalisation de l'entretien primaire, principalement orienté vers le patient et ses connaissances relatives au traitement qui lui a été prescrit, ainsi que l'organisation médicale entourant sa pathologie et ses habitudes face à celle-ci. Il

aura pour objectif de rendre compte de la situation du patient de manière assez globale, ses connaissances et ses compétences concernant sa pathologie.

Il peut être parfois nécessaire de réaliser plusieurs entretiens primaires, avec un délai minimum entre deux pour apprécier l'évolution des connaissances du patient au fil du temps. Néanmoins il est tout à fait possible qu'une personne ayant une connaissance générale satisfaisante vis-à-vis des thèmes abordés lors du premier entretien ne nécessitent qu'un seul entretien primaire. La réalisation d'un deuxième ou même d'un troisième entretien primaire est alors à l'appréciation de la personne le réalisant. A l'issue du questionnaire, il est alors tenu au réalisant d'approfondir les points les moins maîtrisés.

- Par la suite, après avoir réalisé l'entretien primaire, l'évaluation du patient de ses connaissances, il va alors être possible de dégager des compétences à acquérir via un programme adapté d'entretiens thématiques abordés en concordance avec les points les moins maîtrisés, ou nécessitant un approfondissement.
- Les entretiens thématiques en seconde partie vont permettre d'élargir le domaine de connaissance du patient et quant à sa pathologie afin d'influer positivement sur son contrôle. Ils abordent diverses thématiques diverses, choisies par le professionnel réalisant les entretiens selon les objectifs fixés.
- L'évaluation des entretiens est nécessaire afin d'apprécier les connaissances du patient, ses acquisitions, et l'intérêt qu'il peut y porter. Une évaluation sommaire sera réalisée à la fin de chaque entretien pour visualiser la maîtrise du patient sur le sujet.

6.2 Entretien primaire

6.2.1 Objectifs

L'entretien initial a pour objectif de cerner les compétences globales du patient, et sa connaissance de la stratégie thérapeutique mise en place dans le cadre de sa pathologie, et des outils simples qu'il peut mettre en place.

La durée approximative est de 30 à 45 minutes.

Le pharmacien est tenu de donner au patient les précisions et informations suivantes lors de cet entretien :

- Posologie, y compris posologie maximale des médicaments à prise modulable ou non précisée sur ordonnance ;
- Durée de traitement ;
- Précautions d'emploi ;
- Informations nécessaires au bon usage du médicament ;
- Informations nécessaires lors de la substitution par un générique d'un princeps ;
- Précautions particulières, renseignements utiles à la compréhension du traitement.

6.2.2 Questionnaire entretien primaire

Nom	
Prénom	
Adresse	
Date de Naissance	
Numéro d'Immatriculation	
Régime d'affiliation	

	Date	Nom du Pharmacien
Entretien 1		
Entretien 2		
Entretien 3		

I- Informations Générales	<i>Entretien 1</i>	<i>Entretien 2</i>	<i>Entretien 3</i>
Poids			
Nom du traitement de Crise			
Nom du traitement de Fond			
Autres traitements utilisés			
Médicaments pouvant interférer avec le traitement			
Historique de prescription relative à la migraine			
Difficultés motrices/cognitives/ sensorielles			
Comment vit-il son traitement ?			

II- Principes du traitement	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Le patient sait-il à quoi sert << Nom de la spécialité de Crise prescrite>> ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient sait-il à quoi sert <<Nom de la spécialité de Fond prescrite>>	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Sait-il pourquoi On lui a prescrit le traitement de crise ? Peut-il restituer l'indication thérapeutique ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Sait-il pourquoi on lui a prescrit le traitement de Fond ? Peut-il restituer l'indication thérapeutique ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Connait-il les risques liés aux traitements de la crise ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA

Connait-il les risques liés au traitement de fond ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient connait-il la dose prescrite par le médecin ? Si oui est-elle respectée ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient a-t-il un agenda des crises, connait-il le principe, l'incrémente-t-il ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA

III- Autres Médicaments	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Hormis ce traitement, le patient prend-il d'autres médicaments ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Le patient connaît-il des médicaments qui sont contre-indiqués avec son traitement ? Connait-il des médicaments d'usage courant contre indiqués avec son traitement ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Arrive-t-il au patient de prendre, sans avis médical ou conseil pharmaceutique d'autres traitements (qu'il aurait par exemple dans son armoire à pharmacie...) dans une visée antalgique ? Si oui, lesquels ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

IV- Vie Quotidienne avec la crise	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Le patient arrive-il à savoir quand une crise va avoir lieu ? Signes avant-coureur (auras...) et à les reconnaître ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Le patient connaît-il les facteurs déclenchants de la migraine ? Quelle(s) action(s) a-t-il vis-à-vis de ceux-ci ?	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Quelle démarche entreprend-il lors de signe avant-coureur/ début d'apparition des symptômes ?			
A quel moment le patient décide de prendre/prend-il le traitement de crise ? (Premiers signes, premiers symptômes, douleur au pic...)	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA	☐ A ☐ PA ☐ NA
Le patient utilise-t-il d'autres techniques non médicamenteuses pour le soulager ? Si oui, lesquelles ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
En dehors de son médecin ou de son pharmacien, quels autres professionnels de santé le patient rencontre-t-il ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

V- Conclusion Patient	<i>Entretien 1</i>	<i>Entretien 2</i>	<i>Entretien 3</i>
Le patient a-t-il des questions ? Si oui, lesquelles ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

VI- Conclusion Pharmacien	<i>Entretien 1</i>	<i>Entretien 2</i>	<i>Entretien 3</i>
Synthèse de l'entretien et durée approximative			
Appréciation du pharmacien sur le niveau d'information du patient			
Principaux points sur lesquels il faudra revenir en priorité lors de l'entretien suivant			

	<i>Entretien 1</i>	<i>Entretien 2</i>	<i>Entretien 3</i>
Prévoir présence accompagnant pour l'entretien suivant	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Prévoir orientation du patient vers le prescripteur	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Prévoir une prise de contact avec le prescripteur	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

6.2.3 Entretiens Pharmaceutiques Trame Pharmacien

Points essentiels :

- Rappel des différents traitements médicamenteux utilisés dans la migraine par le patient ;
- Stratégies de traitements de la Crise, Dénomination Commune Internationale principaux effets indésirables ;
- Stratégie de traitement de fond, Dénomination Commune Internationale principaux effets indésirables ;
- Principales interactions ;
- Evaluation des connaissances du patient ;
- Etablissement d'un programme adapté.

Le professionnel de santé réalisant l'entretien doit vérifier la conformité des prescriptions relatives à la pathologie avec l'AMM pour laquelle elles ont été mises en place. Un rappel des différentes stratégies et thérapeutiques utilisées dans la migraine, des posologies utilisables (notamment maximum), les Effets Indésirables principaux liées à l'utilisation de ces principes actifs mais également leurs contre-indications. La dernière colonne des tableaux va elle mettre en évidence le mécanisme d'action (si connu) afin de prévenir certaines interactions d'ordre pharmacodynamique.

6.2.4 La stratégie de traitement de la crise migraineuse (21), (22), (23), (24), (25)



6.2.4.1 Traitements de la crise non spécifique n'ayant pas l'AMM spécifique pour la crise migraineuse en accès libre

Dénomination Commune Internationale (DCI)	Posologie	Effets Indésirables (EI) Plus fréquents	Contre-Indication (CI)	Mécanisme d'action
Paracétamol	Maximum : -Adulte 4g/j -Enfant :60mg/kg/j	-Atteintes hépatiques	-Hypersensibilité à la substance -Insuffisance hépatique sévère	Analgésique d'action centrale et périphérique
Ibuprofène	Maximum : -Adulte :1200mg/j -Enfants :20-30mg/Kg/j	-Douleurs abdominales, nausées, dyspepsie -Céphalées	-Grossesse >6mois -Hémorragies/ Perforations digestives -Ulcère gastroduodénal	Inhibition de synthèse des prostaglandines par la cyclo-oxygénase

			-Insuffisance Hépatique, Rénale Cardiaque sévère	
Aspirine	Maximum : -Adulte : 3g/j (6 pour affections rhumatismales) -Enfants : 60mg/Kg/J	-Douleurs abdominales, ulcérations -Syndromes hémorragiques -Céphalées, vertiges	-Grossesse >6mois -Asthme provoqué par AINS -Ulcère gastroduodénal -Maladie/Risque hémorragique -Insuffisance Hépatique, Rénale, Cardiaque sévère	Inhibition de synthèse des prostaglandines par la cyclo-oxygénase -Inhibition agrégation plaquettaire par le Thromboxane A2
Paracétamol + caféine	Maximum : -Adulte 4g/j de paracétamol	Idem Paracétamol + Excitations, insomnies, palpitations	Idem paracétamol	Idem paracétamol

6.2.4.2 Traitements de la crise spécifiques ayant l'AMM

6.2.4.2.1 Migraine avec troubles digestifs associés

DCI	Posologie	EI	CI	Mécanisme d'action
Carbasalate + métoclopramide Acétylsalicylate de lysine + métoclopramide	900mg en début de crise	Métoclopramide: Dyskinésies tardives tb neuro psychiques, Sd extrapyramidaux, Tb endocriniens <u>Salicylés</u> Tb digestifs, Sd hémorragiques, Reye	<u>Métoclopramide</u> Hémorragie gastro intestinale, dyskinésies tardives, Perforations digestives <u>Salicylés</u> Ulcère GD, hypersensibilités salicylés, risques hémorragiques	<u>Métoclopramide</u> Neuroleptique antagoniste Dopamine, prévient vomissement par blocage sites dopaminergiques <u>Salicylés</u> Inhibition cyclo-oxygénase

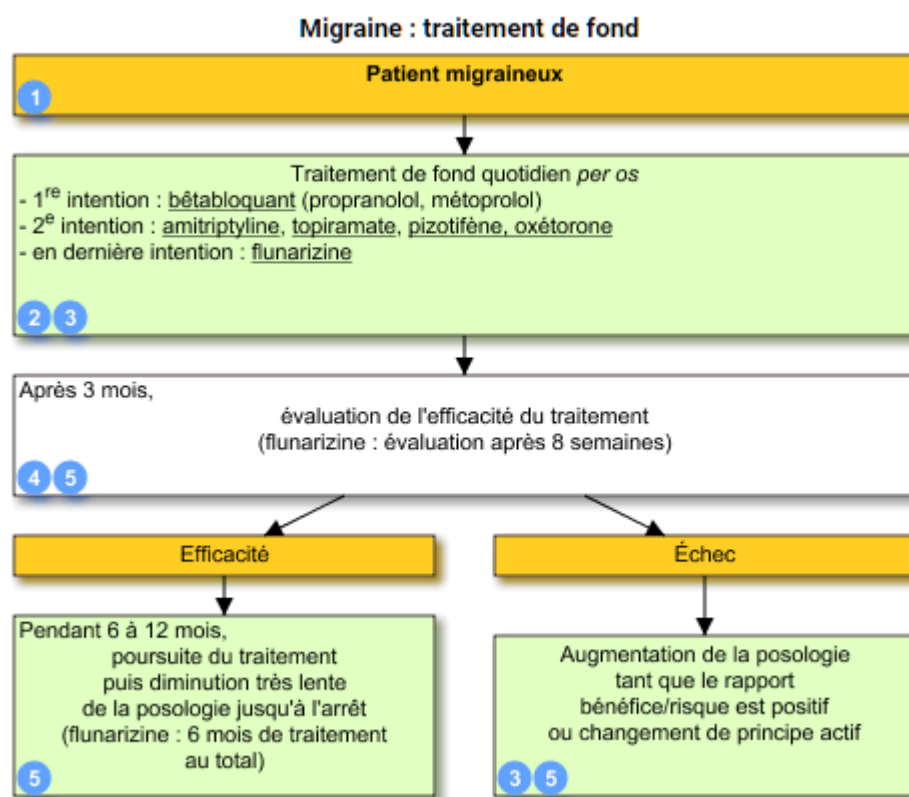
6.2.4.2.2 Les dérivés ergotés

DCI	Posologie	EI	CI	Mécanisme d'action
Ergotamine	2mg/j (6mg max/jour et 10mg max/semaine) >10 Ans	Ergotisme, nausées, vomissements	Hypersensibilité aux dérivés de l'ergo de seigle, HTA, IH, AOMI Maladies artérielles oblitérantes	Vasoconstriction par Stimulation récepteurs NA & 5-HT Notamment pour la migraine HT1B et 5HT-1D
Dihydroergotamine	<u>Endonasale</u> 1pulvérisation dans chaque narine début de crise <u>Injectable</u> 2mgmax/jour 8mgmax/semaine	Ergotisme, Précordialgie Réactions locales Ergotisme Rhinorrhées Obstruction nasale		

6.2.4.2.3 La famille des triptans

DCI	Posologie	EI	CI	Mécanisme d'action
Almotriptan	Cp: 12.5mg/j max 25mg/j	Bouffées vasomotrices, vertiges, sensation de faiblesse, asthénie, somnolence, nausées/vomissements, Rares : Spasmes coronariens, HTA modérée, fourmillements, chaleur, oppression	Hypersensibilité aux triptans, ATCD: IDM Pathologies vasculaires périphériques AVC, ou accidents ischémiques transitoires HTA non contrôlée Association aux IMAO	Vasoconstriction par agonisme sélectif des récepteurs 5HT-1D et 5HT-1A Inhibition libération des neuropeptides liés à la calcitonine CGRP, de la substance P, et du peptide vasoactif intestinal
Eletriptan	Cp: 40mg/j max 80mg/j			
Frovatriptan	Cp: 2.5mg/j max 5mg/j			
Naratriptan				
Rizatriptan	Cp: 10-20mg/crises			
Sumatriptan	Cp: 50-100mg max 300/j Suppositoires: 25mg max 50mg/j Pulvérisation nasale: 10-20mg/crises			
Zolmitriptan	Pulv nasale: 5mg/01mL Cp: 2.5mg max 10mg/j			

6.2.5 La stratégie de traitement de fond de la migraine (21), (22), (23), (24), (25)



6.2.5.1 La famille des beta-bloquants

DCI	Posologie	EI	CI	Mécanisme d'action
Propranolol	40-240mg	Fréquents : Asthénie, mauvaise tolérance à l'effort Rares : Insomnies, cauchemars, impuissance, dépression	Asthme, insuffisance cardiaque, Bloc auriculo ventriculaire, bradycardie Possibilité d'aggravation des migraines avec aura	Vasodilatation par antagonisme compétitif des récepteurs β_1 et β_2 adrénergiques
Métoprolol	100-200mg			
Timolol (Hors AMM)	10-20mg			
Aténolol (Hors AMM)	100mg			
Nadolol(hors AMM)	80-240mg			

6.2.5.2 Antidépresseurs tricycliques (et dérivés)

<i>DCI</i>	<i>Posologie</i>	<i>EI</i>	<i>CI</i>	<i>Mécanisme d'action</i>
Amitriptyline	10-50mg	Fréquents : Somnolence Sécheresse buccale Prise de poids	Glaucome, adénome prostatique	Inhibition recapture NA et 5HT(notamment 5HT2). Blocage canaux Na, K, NMDA. Composante Antihistaminique H1
Fumarate d'Oxétorone	60-180mg	Fréquents : Somnolence Rare : diarrhées=arrêt du traitement	Consommation d'alcool Intolérance au lactose	Dérivé tricyclique. Antagoniste 5HT et NA. Antihistaminique H1.
Pizotifène	0.5mg 3 fois par jour	Fréquents : Sédation Prise de poids Rares : Troubles digestifs, vertiges, douleurs musculaires	Glaucome, troubles uréthro prostatiques	Dérivé tricyclique. Antagoniste 5HT. Anti histaminique H1. Faiblement anticholinergique

6.2.5.3 Les antiépileptiques

<i>DCI</i>	<i>Posologie</i>	<i>EI</i>	<i>CI</i>	<i>Mécanisme d'action</i>
Valproate de Sodium (Hors AMM)	500-1000mg	Nausées Prise de poids Somnolence Tremblements	Pathologies hépatiques Grossesse Allaitement	
Gabapentine (Hors AMM)	1200-2400mg	Nausées Vomissements Convulsion Somnolence Vertiges	Grossesse Allaitement	Augmentation synaptique du GABA. Diminution de la libération de neurotransmetteurs excitateurs par liaison à la protéine alpha-2-delta des canaux calciques membranaires.

6.2.5.4 Alcaloïdes de l'ergot de seigle

<i>DCI</i>	<i>Posologie</i>	<i>EI</i>	<i>CI</i>	<i>Mécanisme d'action</i>
Methylsergide	2-6mg Arrêt 1 mois tous les 6mois	Fréquents : nausées, vertiges, insomnie Rare : fibrose rétropéritonéale	HTA, Insuffisance coronarienne, Artériopathies, ulcères gastriques, IH IR, Association aux triptans	Antagonisme compétitif sérotoninergique

6.2.6 Les différents types d'interactions médicamenteuses possibles (26)

La réalisation des entretiens va permettre au professionnel de santé le réalisant d'apprécier s'il y a présence ou non d'interactions médicamenteuses pouvant amputer l'efficacité du traitement. Une absence d'interaction va pouvoir garantir au patient une utilisation des traitements conformes aux recommandations, néanmoins certaines sont difficiles à repérer, c'est pourquoi plusieurs outils vont être mis à disposition du professionnel de santé afin de garantir un maximum de sécurité au patient.

6.2.6.1 Les niveaux de recommandations des traitements

L'interaction est pondérée selon certains niveaux de recommandations d'utilisation présentes dans les RCP des médicaments. Elles sont de plusieurs ordres et vont notamment mettre en évidence certaines incompatibilités entre les traitements. Ces niveaux de recommandation vont également mettre en garde sur l'utilisation concomitante de substances pour autant ne prohibant pas leur utilisation commune.

Présentation des 4 niveaux de recommandations présents sur les notices de médicament

Niveau de recommandations	Définition
Contre-indication	Ce niveau correspond à une interdiction. Les médicaments ne doivent pas être pris dans les conditions susceptibles de créer l'interaction.
Association déconseillée	L'association des médicaments doit être évitée, sauf si le médecin estime que le bénéfice est plus important que le risque. Cela peut imposer une surveillance pendant le traitement.
Précaution d'emploi	L'association des médicaments est possible à condition que certaines précautions soient prises : adaptation des doses, prises décalées, surveillance particulière, etc.
À prendre en compte	L'interaction correspond généralement à une addition des effets indésirables des médicaments. Le médecin doit évaluer la situation et donner les recommandations nécessaires s'il prescrit ensemble 2 médicaments qui génèrent un cumul d'effets indésirables.

6.2.6.2 *l'implication des cytochromes dans les interactions médicamenteuses* (27), (28), (29)

Plusieurs voies d'interactions peuvent être impliquées, tout d'abord les interactions liées au métabolisme des médicaments et l'impact de certaines substances sur celui-ci, les modifications d'activités des cytochromes impliquées dans le métabolisme de certains médicaments peuvent donc altérer ou faire varier la réponse du patient à son traitement.

Le tableau ci-dessous va permettre de mettre en évidence les principales interactions liées à l'activité des cytochromes impliqués dans le métabolisme des médicaments. Les spécialités en gras concernent principalement certains traitements utilisés dans le contexte de la migraine. Cependant certaines voies de métabolisation de traitements restent inconnues, il en va de l'appréciation du professionnel de santé quant à l'imputabilité d'un traitement sur la réponse d'un autre.

Les Inhibiteurs des médicaments vont augmenter le temps de métabolisation du médicament dans le corps dans la majorité des cas. A l'inverse les inducteurs des cytochromes concernés vont diminuer le temps de métabolisation du traitement, ces variations de temps de métabolisation vont alors pouvoir modifier la réponse du patient vis-à-vis de son traitement.

Cytochrome P 450	Principes actifs/substrats	Inhibiteurs	Inducteurs
1A2	• clozapine* • ropirinole • méthadone* • théophylline* • Caféine • Antidépresseurs tricycliques (N-déméthylation) • Zolmitriptan • Frovatriptan	• fluvoxamine • énoxacine, ciprofloxacine	Induction du CYP1A2 : • tabac
2D6	• tamoxifène • métoprolol • flécaïnide, propafénone • Beta bloquants • Antidépresseurs tricycliques et sérotoninergiques(oxydation) • Codéine • Almotriptan	• fluoxétine, paroxétine • divers (bupropion quinidine, terbinafine, cinacalcet)	
2C8	• paclitaxel • répaglinide	• gemfibrozil • clopidogrel • triméthoprim	

2C9	• antivitamines K* (warfarine, acénocoumarol, fluindione) • AINS	• miconazole	Induction des CYP 2C/3A : • millepertuis • anticonvulsivants (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, oxcarbazépine...) • anti-infectieux (rifampicine, rifabutine, éfavirenz, névirapine, griséofulvine)
2C19	• phénytoïne* • diazépam	• voriconazole • ticlopidine	
3A4	• rivaroxaban, apixaban • inhibiteurs de la tyrosine kynase • pimozide • immunosuppresseurs* (ciclosporine, tacrolimus, sirolimus, everolimus, temsirolimus) • IPDE5 (sildénafil, tadalafil, vardénafil) • ergotamine, dihydroergotamine • amiodarone, disopyramide • midazolam, alprazolam, zolpidem, zopiclone • simvastatine, atorvastatine • vinca-alcaloïdes cytotoxiques, ifosfamide • Eletriptan • Almotriptan	• inhibiteurs de protéases boostés par ritonavir • cobicistat • antifongiques azolés (kétoconazole, itraconazole, fluconazole, posaconazole) • macrolides (érythromycine, clarithromycine, télichromycine, josamycine) • amiodarone • diltiazem, vérapamil • pamplemousse (jus ou fruit)	

6.2.7 Interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques (27)

Plusieurs types d'interactions peuvent rentrer en compte lors d'une dispensation de plusieurs spécialités pharmaceutiques,

Tout d'abord les interactions dites pharmacocinétiques, qui vont pouvoir affecter la cinétique d'un médicament, à différents points. Les étapes clés qui peuvent être modifiées lors de l'administration concomitante de médicaments sont l'Absorption, la Distribution du médicament dans l'organisme, la Métabolisation, ainsi que son élimination.

Deuxièmement les interactions dites pharmacodynamiques, qui impliquent une interaction par le mécanisme de fonctionnement des molécules.

Les différentes interactions et leurs types sont documentées dans les RCP pour la grande majorité des cas, il existe néanmoins une grande variété de supports ou elles peuvent être consultables :

- <https://www.theriaque.org/apps/contenu/accueil.php>
- Généralement les Logiciels d'aide à la dispensation contiennent des bases de données du médicament type BCB ou Vidal, et analysent les degrés d'interactions des médicaments lors de la délivrance.
- Livres :
 - . Référentiel Collège Le bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses (du collège national des enseignants de thérapeutiques).
 - . Interactions médicamenteuses : mécanismes et analyses de cas (Dominique Le Gueut).
- Il peut être indiqué sur les notices des médicaments présents dans toutes les boîtes.

6.2.8 Evaluation des entretiens (30)

L'évaluation est indispensable au bon déroulement des entretiens, elle va permettre d'évaluer les points forts et les points faibles de l'adhésion au traitement du patient. La prise en charge pourra alors être adaptée pour proposer des entretiens pharmaceutiques adaptés à la connaissance du patient, pour la renforcer.

Nous pouvons faire le parallèle avec les programmes d'éducation thérapeutique lors de la réalisation du diagnostic éducatif ayant pour objectif d'identifier les besoins du patient, et ses attentes. C'est également au cours de celui-ci que vont être formulés les objectifs de compétences à acquérir. Toutefois, le diagnostic éducatif peut être altéré puisque le ciblage des besoins du patient est laissé à l'appréciation du professionnel.

Plusieurs axes vont pouvoir être privilégiés selon les informations, discours donnés dans les entretiens précédents.

L'évaluation permet également d'évaluer les changements apparus chez les patients en lien avec l'apprentissage en se référant aux objectifs fixés, et ainsi de valider la maîtrise de certains objectifs.

La mise en valeur de ces évolutions va permettre d'induire une dynamique positive chez le patient.

Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes, sa réceptivité
Accéder, par un dialogue structuré, aux connaissances, aux représentations, aux logiques explicatives, au ressenti du patient : ■ identifier ce que le patient sait et croit sur sa manière de gérer sa maladie ; ■ évaluer les connaissances du patient sur la maladie, les explications de sa survenue : à quoi l'attribue-t-il ? comment perçoit-il l'évolution de la maladie ? son caractère de gravité ? ; ■ identifier les conditions de vie et de travail ; ■ évaluer les savoir-faire du patient : comment se soigne-t-il ? comment utilise-t-il les médicaments d'une manière générale ? Comment se nourrit-il ? Reconnaître la manière de réagir du patient à sa situation, les diverses étapes de l'évolution psychologique du patient : ■ identifier les réactions du patient qui peuvent s'exprimer à des niveaux différents selon les personnes : comportemental par la recherche d'informations, d'aide, etc. ; cognitif par l'évaluation de la situation ; émotionnel par l'expression de différents affects : peur, colère, anxiété, etc. ; ■ identifier la perception et l'évaluation (par le patient) des facteurs de stress, des facteurs de vulnérabilité, de ses ressources sociales : soutien à l'intérieur d'un réseau social, isolement ou non, problèmes de type relationnel, etc. ; ■ être attentif à la fragilité lors de l'avancée en âge. Reconnaître le rôle protecteur ou non des facteurs socio-environnementaux (catégorie sociale, âge, niveau et style de vie), caractéristiques socioculturelles, événements de vie stressant et intégration sociale : ■ identifier la perception (par le patient) de ses ressources (optimisme, sentiment de contrôle, auto-efficacité, etc.) ou de facteurs défavorables (anxiété, image de soi dévalorisée, dépression, etc.) ; ■ identifier ses besoins, ses attentes, ses croyances, ses peurs ; ■ déterminer avec le patient les facteurs limitant et facilitant l'acquisition et le maintien des compétences d'autosoins, et leur utilisation dans la vie quotidienne, la mise en œuvre de son projet, et l'acquisition ou la mobilisation des compétences d'adaptation ; ■ identifier les situations de précarité ou de risque social. Chercher à connaître ce que le patient comprend de sa situation de santé et attend. Reconnaître des difficultés d'apprentissage : ■ préciser avec le patient sa demande par rapport à sa perception et à sa compréhension de l'ETP intégrée à la stratégie de soins ; ■ identifier les difficultés de lecture et/ou de compréhension de la langue, un handicap sensoriel, mental, des troubles cognitifs, une dyslexie, etc. Favoriser l'implication du patient, soutenir sa motivation. Rechercher avec le patient les modalités de gestion personnelle de sa maladie les plus adaptées à sa situation : ■ tenir compte de ses demandes et de son ou ses projets ; ■ permettre au patient de s'approprier le programme d'ETP ; ■ hiérarchiser avec le patient ses priorités d'apprentissage, ses priorités de changements, en tenant compte du temps nécessaire pour le patient pour réaliser ces changements (planification progressive) ; ■ négocier les priorités du patient en regard de celles estimées par le professionnel de santé ; ■ soutenir les pratiques d'auto-évaluation gratifiante pour le patient.

6.2.9 Définir un programme d'entretien adapté via les compétences à acquérir

Après avoir posé le contexte du patient dans sa globalité lors de la phase de l'entretien primaire, il s'agit de fixer avec le patient les compétences à acquérir, un accord avec la stratégie thérapeutique et la volonté du patient, puis d'engager en commun la réalisation d'un programme individuel adapté.

<i>Les compétences d'autosoins</i>	<i>Entretien thématique concerné</i>	
Soulager les symptômes	Entretien n°1	
Adapter les doses de médicament, initier un auto-traitement	Entretien n°1 Entretien n°4	
Réaliser des gestes techniques et des soins	Entretien n°1	
Modifications de son mode de vie (Diététique, activité physique, sommeil...)	Entretien n°2 Entretien n°3	
Prévenir des complications,	Entretien n°1 Entretien n°5	
Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie	(Entretien n°5)	
Impliquer l'entourage dans la gestion de la maladie, traitements ...	Entretien n°1 Entretien n°2 Entretien n°3	

<i>Les compétences d'adaptation</i>	
Se connaître soi même	
Savoir gérer ses émotions, maîtrise du stress	
Développement d'un raisonnement, d'une réflexion critique	
Développer des compétences en communication et relation interpersonnelles	
Prendre des décisions et résoudre un problème	
Fixer des buts à atteindre	
S'observer s'évaluer et se renforcer	

Les compétences proposées le sont à titre indicatif, la liste est non exhaustive. Elles ont pour but d'orienter le pharmacien dans les objectifs à fixer en accord avec le patient. Les entretiens proposés sont modifiables en fonction de l'appréciation du pharmacien et selon les attentes du patient. Ils ont pour but d'approfondir les connaissances relatives aux objectifs de compétences d'autosoins.

Exemple de compétences à acquérir par le patient au terme des séances d'éducation thérapeutiques :

<i>Compétences</i>	<i>Objectifs spécifiques</i>
Comprendre, expliquer	Expliquer sa maladie, la physiopathologie. Les répercussions possibles sur sa vie quotidienne, sur sa santé. Les principes de base de son traitement médicamenteux.
Repérer, analyser, mesurer	Repérer les signes avant-coureurs, symptômes précoces.
Faire face, décider	Connaitre la démarche à tenir en cas de crise.
Résoudre un problème quotidien, gestion de sa maladie, Prévention	Ajuster les traitements selon les symptômes, Prévenir si possible par la gestion des facteurs contrôlables de sa pathologie.
Pratiquer, faire	Utilisation de techniques non médicamenteuses pour essayer de « contenir » la crise.
Adapter, réajuster	Adapter les posologies, utilisations systématiques de traitements selon les situations.
Utiliser des ressources du système de soin	Savoir qui consulter lors de l'apparition de crises plus importantes ou d'une fréquence plus soutenue.

La mise en place d'objectifs à acquérir par le patient va déterminer quels entretiens thématiques vont pouvoir être abordés en priorité, le programme va alors être défini en collaboration avec le patient pour les séances futures.

6.3 Entretien thématique 1 : le patient et son traitement

6.3.1 Objectif de cet entretien

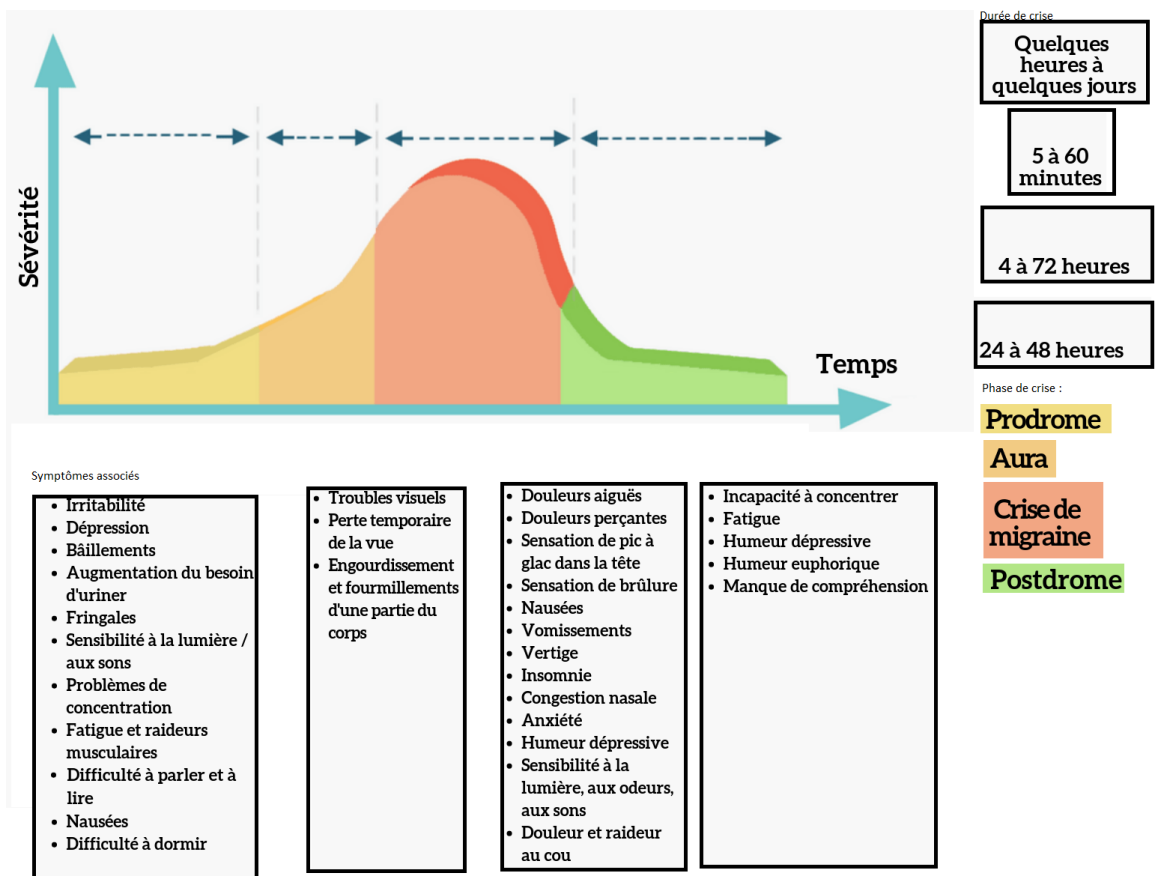
La réalisation de cet entretien va alors avoir plusieurs objectifs, afin que le patient maîtrise au mieux les connaissances liées à sa pathologie et à son traitement :

- Premièrement permettre au patient d'identifier les différentes phases de la migraine, qu'il y soit confronté ou non, et ainsi reconnaître les différents symptômes qui y sont associés.
- Deuxièmement, d'être capable de différencier clairement les stratégies thérapeutiques qui ont pu lui être prescrites, que ce soit le traitement de crise mais encore le traitement de fond. Pour ces deux stratégies le but est qu'il connaisse les noms/DCI et posologies des médicaments auquel il est confronté.
- Pour finir le but de cet outil va être de connaître les moments de prise optimaux, ainsi que les délais entre deux prises.

6.3.2 Déroulement

La première étape est basée sur les quatre phases de la migraine et les symptômes associés, le patient doit s'appuyer sur le schéma sans indications. Il doit indiquer les la durée des phases, le nom des phases, et les symptômes auxquels il est confronté et essayer de les replacer selon ses représentations. L'objectif de cette phase est pour le patient de maîtriser sa pathologie, et son mécanisme. Par la suite le professionnel de santé réalisant la séance doit expliquer les quatre phases potentielles de la crise migraineuse et de des symptômes possibles associés à chaque phase mais également la durée de chacune.

Figure étape 1 :

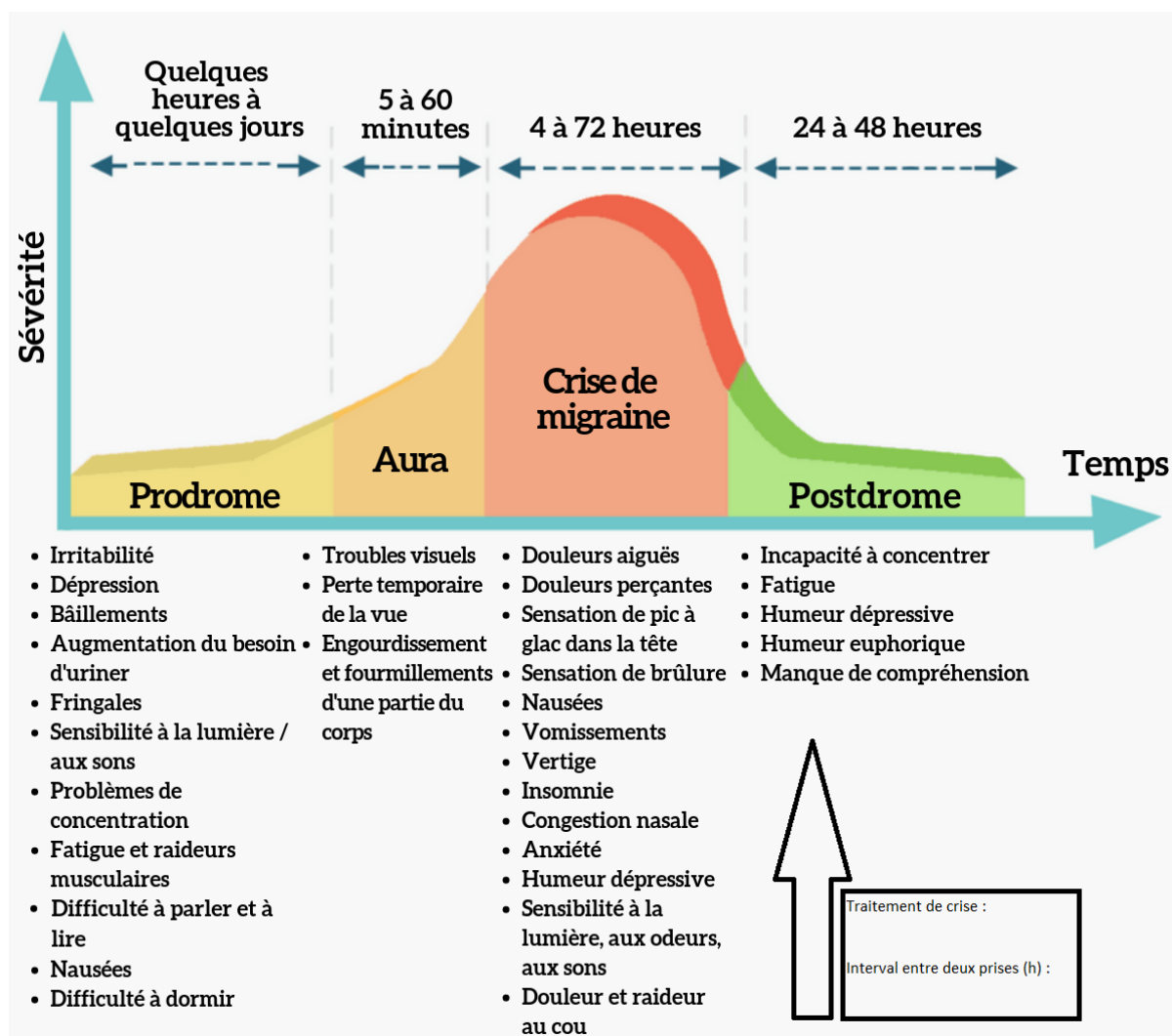


Lors de la seconde étape, le patient doit tout d'abord remplir la case « traitement de fond », qui comprend le Nom de spécialité ou la DCI, mais également sa posologie sur la carte prévue à cet effet, par la suite la mettre de côté, elle n'aura pas d'autre utilité lors de cette séance. Ensuite faire remplir les parties sous les flèches qui représentent le traitement de crise ; à l'instar de la carte pour le traitement de fond il doit y indiquer le nom commercial/DCI, la posologie et une information supplémentaire : le temps entre deux prises. Le remplissage de ces éléments permet de voir si le patient maîtrise la différence entre traitement de crise et traitement de fond qui lui ont été prescrits, mais aussi leurs posologies. Si nécessaire réexpliquer au patient la différence entre les deux et les objectifs de ces traitements.

Troisième étape placer la flèche correspondant à un traitement de crise qui lui a été prescrit, la flèche représente à quel moment le patient prend ses médicaments. Dans le cas de co-prescription de traitements de crise (par exemple prescription concomitante d'AINS et de triptans) il peut être possible de fournir au patient plusieurs flèches indicatrices pour qu'il puisse les placer à plusieurs temporalités. Il peut utiliser autant de flèches que de traitements antalgiques utilisés pour ses crises, et les placer à différentes temporalités. Il peut exister plusieurs schémas de traitements pris par le patient selon les situations, (par exemple prise paracétamol,

AINS, et Triptans ; il peut exister un schéma où le patient n'en prend que deux sur les trois, et un deuxième avec deux autres spécialités), le patient doit alors présenter les différences de prises. La personne réalisant l'entretien doit alors expliquer les moments opportuns de prise, en utilisant les flèches remplies par le patient, et en les plaçant lui-même.

Figure étape 2 et 3 :



Traitement de fond (Nom commercial/DCI) :		
Posologie Matin: Midi: Soir:		
Repas (entourer)		
Avant	Pendant	Après

6.3.3 Avantages de cet outil

Le système de flèches à placer par le patient va permettre de mieux représenter le moment idéal de prise du traitement de crise, ce système intègre également une notion de temps entre deux prises. Cette notion va alors permettre d'éviter une surconsommation médicamenteuse, mais aussi de prise non nécessaire, et in fine être utile en prévention d'abus médicamenteux.

La représentation des symptômes selon les phases, permettra au patient de mieux connaître sa pathologie.

La représentation graphique de la douleur, et colorée lui donnera une image des différentes phases de la migraine.

6.3.4 Inconvénients de cet outil

L'échelle temporelle n'est pas linéaire, elle est représentée par phase et donc peu représentative de la temporalité des phases de crises. Il peut être plus difficile pour le patient de se situer dans le temps.

Pour un patient présentant un schéma mixte de migraine, il peut être également délicat de se repérer selon les différentes phases sans y être confronté.

<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
- Phases de la migraine et ses symptômes associés. - Différence entre traitement de crise et traitement de fond. - Optimisation des moments de prise. - Notion de temps entre deux prises. - Prévention de l'abus médicamenteux. - Représentation des symptômes de chaque phase, meilleure connaissance de la pathologie. - Outil avec de représentation visuelle des phases et de la douleur.	- Echelle de temps non linéaire. - Patients présentant des migraines d'aspect variable sans forcément présence de toutes les phases peuvent être déstabilisés.

6.3.5 Evaluation de l'entretien

Au terme de l'entretien il est intéressant d'évaluer les connaissances du patient quant aux thématiques abordées, au moyen d'un questionnaire d'évaluation :

<i>Objectif</i>		<i>Maitrise des sujets</i>		
	Phases de la migraine	☐ A	☐ PA	☐ NA
				
	Symptômes associés	☐ A	☐ PA	☐ NA
				
	Traitement de crise DCI, Posologie	☐ A	☐ PA	☐ NA
				
	Traitement de fond DCI, Posologie	☐ A	☐ PA	☐ NA
				
Moments de prise avec délais entre deux prises		☐ A	☐ PA	☐ NA
				

6.4 Entretien thématique 2 : Migraines, alimentation, habitudes de consommation

6.4.1 Objectif de cet entretien

Cet entretien a plusieurs objectifs : apprécier les habitudes alimentaires du patient au quotidien, mettre en garde sur certains produits de consommation courants mais également certains aliments. En effet, certaines habitudes de consommation et certains aliments peuvent entraîner des conséquences sur la récurrence des migraines, et d'autres pathologies, il est donc important d'en sensibiliser le patient.

6.4.2 Déroulement de l'entretien

La première étape va être de faire remplir le « menu sur 3 jours ».

Idéalement il est judicieux de donner l'agenda de l'alimentation sur 3 jours avant la réalisation de l'entretien, afin que le patient le complète régulièrement de manière exhaustive durant cette période.

Si cette démarche n'est pas possible, demander au patient de noter ces informations sur le support de son choix.

Ce support va permettre de rendre compte de l'équilibre alimentaire et de consommation globale du patient au quotidien et de ses habitudes de vie.

Deuxièmement il semble intéressant d'interroger le patient vis-à-vis de ses connaissances ainsi que de ses croyances concernant les produits de consommation quotidienne et son alimentation.

Troisièmement, expliquer les risques liés à la migraine mais aussi les risques d'autres pathologies liées à certains produits de consommation (café, cigarette, alcool...), sensibiliser à l'arrêt de ceux-ci s'ils y sont confrontés. Remise de documents, orientation vers des sites internet spécialisés, vers un médecin afin d'en organiser le sevrage.

Quatrièmement, expliquer les risques liés à une alimentation déséquilibrée : sur la migraine et les autres pathologies possibles. Observer si les aliments répertoriés dans le menu complété contiennent des éléments pouvant avoir un impact sur la migraine, et sensibiliser le patient.

6.4.3 Avantages de cet entretien

- Bonne représentation des habitudes alimentaires du patient.
- Introduire la notion, et l'accompagnement dans la mise en place d'un sevrage (notamment pour les produits de consommation).
- Sensibiliser le patient à l'impact de l'alimentation sur la pathologie migraineuse, mais également sur d'autres pathologies.

6.4.4 Inconvénients de cet entretien

- Menu complété lors de l'entretien va difficilement être exhaustif.
- La rigueur du patient à compléter le menu va affecter la qualité de celui-ci.
- Peu d'aliments semblent impliqués dans la migraine.
- Les études ont parfois des avis divergents sur leur impact dans la migraine.
- La période de 3 jours va être représentative des habitudes alimentaires, mais n'implique pas obligatoirement une période de consommation plus importante.

<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
- Bonne représentation des habitudes alimentaires. - Introduction notion de sevrage. - Sensibiliser de l'impact de la consommation sur différentes pathologies dont la migraine.	- Menu se doit d'être le plus exhaustif possible. - Peu d'aliments potentiellement impliqués dans la migraine. - Etudes divergentes concernant les aliments impliqués. - Pas de visuel sur des périodes de consommation plus importante.

Menu à compléter sur 3 jours

	Jour 1	Jour 2	Jour 3
Matin	- - - -	- - - -	- - - -
Midi	- - - - -	- - - - -	- - - - -
Soir	- - - - -	- - - - -	- - - - -
Autre: - Goûter - Cafés - Cigarettes - Verres d'alcool...	- - - -	- - - -	- - - -

6.4.5 Produits de consommation du quotidien

Ces substances sont potentiellement des facteurs déclenchants de la migraine, il est important d'y prêter attention et de regarder s'il peut exister une relation entre l'apparition et la fréquence des crises migraineuses et leur consommation. Le niveau de consommation va également être un facteur, il s'agit d'en évaluer l'imputabilité et d'envisager soit une éviction totale, soit la mise en place d'une réduction de la consommation

Aliments et produits de consommation à éviter directement :

Produits de consommation à éviter		
Le tabac  Au-delà des risques de déclenchement de migraine ; le tabac peut provoquer certaines maladies, potentiellement mortelles telles que des cancers des voies aériennes supérieures mais également des poumons. Pour arrêter de fumer vous pouvez vous informer sur : https://www.tabac-info-service.fr	L'alcool  A l'instar du tabac, l'alcool peut être un facteur déclenchant des crises migraineuses. Il peut être également à l'origine de diverses pathologies potentiellement graves liées à une consommation régulière. Pour plus d'informations : https://www.alcool-info-service.fr/	La caféine  La caféine peut être également facteur déclenchant des crises migraineuses, souvent corrélées au taux de consommation. Attention la caféine n'est pas uniquement contenue dans le café, elle y est également présente dans le thé, le soda, le chocolat ; mais aussi dans certaines spécialités médicamenteuses et de phytothérapie.

Les substances les plus incriminées dans les déclenchements de crises migraineuses sont en effet le cacao, l'alcool (notamment le vin) et le café.

Ces substances vont jouer un rôle sur la migraine ; il est important aussi de sensibiliser les patients aux risques d'apparition d'autres pathologies liées à leur consommation.

6.4.5.1 Risques liés à la consommation de tabac (31)

Le tabac, joue un rôle sur l'apparition de plusieurs cancers tels que :

- Le cancer du poumon, il est responsable de plus de 8 cancers du poumon sur 10 ;
- Le cancer des voies aérodigestives supérieures, responsable de 70% de ce type de cancer comme la gorge la bouche, les lèvres, le larynx, l'œsophage ;
- Le cancer de la vessie, responsable de 50% de ces cancers ;
- Il serait impliqué dans d'autres cancers tels que celui du foie, du pancréas, de l'estomac, du rein, du col de l'utérus, du sein, du colon et du rectum, de l'ovaire et de certaines leucémies.

Le tabac est également un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire notamment :

- Infarctus du myocarde,
- Accidents vasculaires cérébraux,
- L'artérite des membres inférieurs,
- Hypertension artérielle.

Il est également responsable de maladies respiratoires et d'infections ORL

- La Bronchopneumopathie obstructive (BPCO) est due principalement au tabagisme, environ 85% des BPCO surviennent chez les fumeurs ou les anciens fumeurs. Evoluant principalement vers l'insuffisance respiratoire, pour les personnes atteintes le risque de développer un cancer du poumon est multiplié par deux.
- Augmentation de l'intensité et de la fréquence des crises d'asthme chez l'adulte et augmentation du risque d'infections pulmonaires comme la bronchite ou la pneumonie.
- Le tabagisme passif chez l'enfant augmente le risque d'asthme et le risque de mort subite du nourrisson.

Il aurait un impact également sur d'autres pathologies :

- augmentation du risque de survenue d'un diabète type 2, de la maladie de Crohn, de polyarthrite rhumatoïde ;
- aggrave l'évolution de certaines maladies comme la gastrite, l'ulcère gastro duodénal, le lupus, la cataracte, la Dégénérescence Maculaire liée à l'Age (DMLA).

Le tabac favorise l'apparition de cancers cutanés ; il altère la qualité du teint, accélère le vieillissement de la peau, et provoque l'apparition précoce de rides. Il aggrave l'eczéma et le psoriasis des patients déjà touchés.

Le tabac en plus de son rôle direct sur la migraine a de multiples implications dans de nombreuses pathologies, liées à une exposition directe ou indirecte, notamment chez la femme enceinte ainsi que le nourrisson et l'enfant en bas âge.

Sensibiliser le patient aux risques liés à la consommation de ces substances est essentiel, pour ce faire il est conseillé de remettre de la documentation sur différents supports, (<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tabac/risques-tabagisme>) afin que le patient puisse entrer dans une démarche active d'arrêt. Un sevrage est également possible en orientant le patient vers son médecin traitant, ou par la mise en place de substituts nicotiniques.

6.4.5.2 Risques liés à la consommation d'alcool (32)

La consommation d'alcool va avoir également un impact sur la fréquence et l'intensité des crises migraineuses, mais également sur d'autres pathologies.

- L'alcool joue un rôle direct dans l'apparition de cancers, comme les cancers de la bouche, du larynx, du pharynx, de l'œsophage, du foie, du colon et du rectum ainsi que du sein.
- Sur les maladies cardiovasculaires par une augmentation de la pression artérielle et donc du risque d'hypertension artérielle. On note toutefois une différence notable entre les hommes et les femmes :
 - . Chez les hommes, toute consommation d'alcool est associée à un risque d'hypertension artérielle.
 - . Chez les femmes, le risque est accru pour une consommation supérieure à 30g d'alcool par jour.

La consommation d'alcool favorise également les risques d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de fibrillation atriale.

- Sur le risque d'apparition de cirrhose, il existe une relation dose dépendante et l'apparition de cirrhose, l'augmentation est significative chez les femmes à partir de 24 à 36g d'alcool par jour et chez l'homme à partir de 36 à 48g par jour.
- Il existe des effets sur le cerveau, par l'apparition de troubles de l'attention de concentration, et de l'abstraction des fonctions exécutives, l'intoxication chronique peut être à l'origine d'un syndrome de Korsakoff caractérisé par une altération irréversible et massive de la mémoire.

- L'exposition directe lors de la grossesse, est la première cause de handicap mental chez l'enfant d'origine non génétique, ainsi qu'à d'autres pathologies.

Comme pour la consommation de tabac la consommation d'alcool peut être prise en charge afin d'en réduire son impact, la remise de documentation relative à l'alcoolisme ainsi que l'orientation vers un médecin traitant ou la prise de contact avec des structures de dépendances telles que les CSAPA.

6.4.5.3 Risques liés à la consommation de caféine

La caféine possède moins de risques liés à son utilisation que les deux substances du tabac et de l'alcool, hormis les risques cardiovasculaires liées à une augmentation de la tension artérielle et de la dépendance.

La caféine dans son utilisation a un impact direct sur la migraine, il est donc important de sensibiliser le patient afin qu'il ait une consommation raisonnable qui n'impacterait pas son quotidien.

6.4.6 Alimentation et impact sur la migraine (33)

Certains composants alimentaires, communs auraient une implication directe dans la migraine. La tenue du menu sur 3 jours va permettre de savoir si les aliments consommés régulièrement contiennent les substances incriminées. L'impact sur la migraine de la consommation de ces substances serait dose et durée dépendante.

De plus certains aliments seraient considérés comme des déclencheurs de crise, il est judicieux d'interroger le patient sur les consommations alimentaires précédant ces phases.

En outre des aliments riches en sodium, en jouant sur l'hypertension artérielle, et auraient un impact sur les céphalées hypertensives.

Le jeûne pourrait être facteur d'apparition de migraine lié à l'hyperinsulinisme induit par raréfaction de l'alimentation. Il est important de voir le contexte d'apparition.

Le tableau indique les différents composants alimentaires qui seraient impliqués dans la survenue des crises, mais aussi les aliments dans lesquels nous pouvons les retrouver.

Phényléthylamine	Thyramine	Aspartame	MonoSodique Glutamate-MSG	Nitrates et Nitrites
Cacao (chocolat)	Fromages affinés Charcuteries Poissons fumés Bière Aliments fermentés Extraits de levures	Edulcorant artificiel présent dans certains aliments. Impact sur le déclenchement de migraine controversé	Certaines nourritures asiatiques. Attendrisseur de viande Aliments en conserve, et préparés	Conservateur, colorants, utilisés en prévention du botulisme

Il est nécessaire de sensibiliser le patient sur l'importance d'une alimentation équilibrée et variée, si les désordres alimentaires semblent importants il est judicieux d'orienter le patient vers un nutritionniste, afin de travailler sur ce déséquilibre.

6.4.7 Evaluation de l'entretien

L'évaluation de l'entretien va rendre compte des connaissances du patient sur la thématique abordée. Elle permet de faire évoluer les objectifs déterminés au cours de l'entretien primaire. Elle peut être réalisée succinctement comme suit :

<i>Objectifs</i>		<i>Connaissance</i>		
Produits de consommation	Impact migraine	☐ A	☐ PA	☐ NA
	Impact autres pathologies	☐ A	☐ PA	☐ NA
Alimentation	Impact migraine	☐ A	☐ PA	☐ NA
	Impact autres pathologies	☐ A	☐ PA	☐ NA

6.5 Entretien thématique 3 : habitudes de vies et environnement du patient

6.5.1 Objectifs

Cet entretien a pour objectif d'apprécier les habitudes de vie du patient, et ses connaissances, en explorant les indicateurs pouvant jouer un rôle sur sa pathologie migraineuse :

- L'impact du sommeil, un questionnaire d'évaluation du sommeil peut être réalisé, pour en apprécier la qualité, des conseils pour en améliorer la qualité pourront être prodigués.
- L'impact de l'activité physique, questionnaire rapide s'appuyant sur les recommandations de l'OMS.
- L'impact de la condition physique, certains facteurs facilement mesurables à l'officine, comparés aux recommandations en vigueur.

6.5.2 Avantages

Les indicateurs explorés lors de l'entretien sont faciles à mesurer soit directement à l'officine soit par la réalisation de questionnaires simples.

Concerne une grande partie de la population.

Nécessite peu de matériel, une balance (calcul de l'IMC) et un mètre (périmètre abdominal, taille).

Les indicateurs explorés peuvent impacter la migraine mais également d'autres pathologies.

6.5.3 Inconvénients

Les études n'ont pas solidement démontré les liens entre les différents facteurs explorés et la migraine.

Une certaine réserve des patients peut être exprimée pour la mesure de ces données.

6.5.4 Déroulement de l'entretien

L'entretien se déroule en trois parties qui vont chacune explorer plusieurs points :

6.5.4.1 Le sommeil et son impact sur la migraine (34)

L'existence d'une relation établie entre les troubles du sommeil et les migraines est reconnue. Cependant les mécanismes et leurs interactions sont complexes et ne sont que partiellement expliqués.

Il semblerait que les patients souffrant de migraine aient une qualité de sommeil qui est inférieure à celle des non migraineux ; cette baisse de qualité du sommeil favoriserait la fréquence ou la chronicisation des crises migraineuses.

Cependant, la relation entre les troubles du sommeil et la migraine est floue : nous ne savons pas si c'est la migraine qui impacte la qualité du sommeil, ou si à l'inverse une qualité de sommeil plus faible qui est à l'origine des crises migraineuses. Il semble donc judicieux d'intégrer et d'évaluer ce paramètre dans une approche globale de la maladie.

Il est difficile d'interpréter la qualité du sommeil du patient, on peut utiliser un questionnaire d'évaluation au cours de l'entretien afin d'en avoir une idée approximative.

Questionnaire à réaliser au cours de l'entretien (35) :

 **QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DU SOMMEIL**

Q 1. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour dormir ?

- ☐ Difficultés d'endormissement,
- ☐ Eveils nocturnes,
- ☐ Réveil matinal précoce,
- ☐ Impression de ne pas dormir.

Q 2. Est-ce que cette insomnie a des conséquences sur votre fonctionnement diurne ?

☐ Oui, précisez : ☐ Non

- ☐ Vous êtes plus facilement irritable,
- ☐ Vous vous réveillez fatigué le matin,
- ☐ Vous êtes somnolent en journée, (Remplir l'échelle de somnolence d'Epworth)
- ☐ Vous avez des troubles de la mémoire, des difficultés de concentration,
- ☐ Autre(s) : _____

Q 3. A quand remonte le début de vos problèmes de sommeil ?

- ☐ Quelques nuits : insomnie occasionnelle,
- ☐ Quelques semaines : insomnie transitoire,
- ☐ Plusieurs mois ou années : insomnie chronique.

Q 4. Avez-vous un rythme de vie ou de travail décalé ?

☐ Oui, précisez : ☐ Non

- ☐ Sommeil décalé spontanément,
- ☐ Travail de nuit,
- ☐ Horaires de travail irréguliers : 3x8, 2x8,
- ☐ Voyages transméridiens fréquents.

Q 5. Avez-vous vécu récemment des changements importants dans votre vie personnelle ou professionnelle ? (qu'ils soient positifs ou négatifs)

☐ Oui, précisez : ☐ Non

- ☐ Stress, difficultés professionnelles,
- ☐ Deuil,
- ☐ Conflit conjugal, familial,
- ☐ Naissance,
- ☐ Déménagement,
- ☐ Promotion professionnelle,
- ☐ Autre(s) : _____

Q 6. Vous arrive-t-il d'avoir des changements d'humeur, des épisodes d'anxiété qui envahissent votre quotidien ?

☐ Oui, précisez : ☐ Non

 **Q 7. Avez-vous constaté d'autres troubles associés à vos difficultés de sommeil ?**

☐ Oui, précisez : ☐ Non

- ☐ Ronflement, respiration bruyante nocturne,
- ☐ Pausas respiratoires pendant le sommeil, constatées par le conjoint,
- ☐ Maux de tête au réveil,
- ☐ Sensations d'impatiences, d'agacement dans les jambes au coucher,
- ☐ Mouvements des jambes pendant la nuit.

Q 8. En dehors de l'insomnie, avez-vous d'autres plaintes physiques ? Des problèmes de santé ?

☐ Oui, précisez : ☐ Non

- ☐ Pathologie cardiaque (notamment HTA), respiratoire,
- ☐ Problèmes thyroïdiens,
- ☐ Troubles neurologiques, psychiatriques,
- ☐ Ménopause,
- ☐ Des douleurs qui vous réveillent ou vous empêchent de dormir,
- ☐ Un reflux gastro-œsophagien,
- ☐ Une autre maladie : _____

Q 9. Prenez-vous des médicaments tous les jours ? (Traitements habituels)

☐ Oui, précisez : ☐ Non

Q 10. Consommez-vous de façon régulière :

- ☐ Tabac (nombre de cigarettes par jour : _____),
- ☐ Alcool, vin (nombre de verres par jour : _____),
- ☐ Café, (nombre de tasses par jour : _____),
- ☐ Thé, (nombre de tasses par jour : _____),
- ☐ Drogues (Précisez),

Q 11. Quelles sont vos habitudes de sommeil ?

- ☐ Heure de coucher : en semaine _____h, en vacances _____h
- ☐ Heure de lever : en semaine _____h, en vacances _____h
- ☐ Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin ? _____ heures,
- ☐ Etes-vous :
Coucher-tôt/lève-tôt, coucher-tard/lève-tard, indifférent,
- ☐ Une fois couché, il vous arrive de :
Lire /écouter de la musique, Regarder la télé, Travailler, Manger dans votre lit.

Q 12. Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge thérapeutique de votre insomnie ? Avez-vous déjà entrepris quelque chose seul ?

Après la réalisation du questionnaire, 10 conseils simples sont proposés au patient, à mettre en place quotidiennement, pour améliorer la qualité de son sommeil et ainsi pouvoir bénéficier d'un impact sur la pathologie (36) :

- 1- Respectez votre rythme et vos besoins de sommeil.
- 2- Maintenez des horaires de lever et de coucher réguliers, aussi bien en semaine qu'en week-end.
- 3- Exposez-vous à la lumière du jour en particulier le matin, pour aider à réguler votre horloge biologique.
- 4- Modérez la consommation d'excitants (café, coca, boissons énergisantes) et n'en absorbez plus après 16h.
- 5- Pratiquez une activité physique régulière, de préférence 3h à 4h avant l'heure du coucher.
- 6- Le soir, ne sautez pas le dîner mais évitez les plats trop gras et privilégiez les féculents (qui suppriment les fringales nocturnes), les légumes et les laitages.
- 7- Privilégiez une activité calme le soir (musique douce, lecture, relaxation).
- 8- Aménagez-vous une chambre propice au sommeil : obscurité, silence, température entre 18 et 20°C.
- 9- Déconnectez-vous 1 à 2h avant de vous coucher (éteindre smartphone, tablette, ordinateur) et laissez les écrans éteints jusqu'au lendemain matin.
- 10- Allez-vous coucher dès les premiers signaux de sommeil (bâillements, paupières lourdes, yeux qui piquent...) mais pas avant.

Lors de la découverte de problèmes liés au sommeil il est légitime d'en informer le médecin en charge afin d'évaluer un lien de causalité entre ces deux troubles.

Pour aider le pharmacien réalisant l'entretien, il existe plusieurs échelles d'évaluation cliniques en lien avec le sommeil :

<https://reseau-morphee.fr/vous-etes-un-professionnel-de-sante/outils-de-consultations/les-echelles-et-evaluations-cliniques>

6.5.4.2 L'activité physique et ses bénéfices sur la migraine (37), (38)

L'activité physique peut avoir un impact sur la pathologie migraineuse.

Via un questionnaire en lien avec les recommandations de l'OMS, nous pouvons alors évaluer rapidement l'activité physique que pratique le patient et le temps qu'il y consacre :

Dans quelle tranche d'âge vous situez vous :

- ☐ 5 à 17 ans
- ☐ 18 à 64 ans
- ☐ 65ans et plus

Combien de temps minimum consacrez-vous à une activité physique de manière hebdomadaire :

- ☐ Moins de 45 minutes
- ☐ 45 minutes
- ☐ 1h30
- ☐ 2 heures
- ☐ 2h30 ou plus
- ☐ Je ne sais pas

Pratiquez-vous une activité sportive hebdomadaire :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui laquelle :

Si oui, combien de temps minimum y consacrez-vous par semaine :

- ☐ Moins de 30 minutes
- ☐ 30 minutes
- ☐ 60 minutes
- ☐ 1h30
- ☐ 2h ou plus
- ☐ Je ne sais pas

L'OMS a publié des recommandations concernant l'activité physique par tranche d'âge :

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Recommandation de l'OMS</i>
De 5 à 17 ans	- Devraient cumuler au moins 60 minutes d'activité physique par jour, d'intensité modérée à soutenue. - Une activité ayant une durée supérieure à 60 minutes apporte un bénéfice supplémentaire pour la santé. - L'activité quotidienne devrait être essentiellement une activité d'endurance. Les activités physiques d'intensité soutenue renforçant notamment les muscles et les os devraient être réalisées trois fois par semaine minimum.
De 18 à 64 ans	- Devraient pratiquer de manière hebdomadaire cumulée 150 minutes d'activité d'endurance ; ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. - L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes. - L'activité modérée devrait atteindre 300 minutes hebdomadaires ou pratiquer 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'endurance modérée et soutenue, afin d'obtenir des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé. - Des exercices de renforcement musculaires impliquant les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux fois dans la semaine.
De 65 ans et plus	- Devraient pratiquer de manière hebdomadaire cumulée 150 minutes d'activité d'endurance ; ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. - L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes. - L'activité modérée devrait atteindre 300 minutes hebdomadaires ou pratiquer 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'endurance modérée et soutenue, afin d'obtenir des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé. - Des exercices de renforcement musculaires impliquant les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux fois dans la semaine. - Les personnes à mobilité réduite devraient pratiquer une activité physique ayant pour but d'améliorer l'équilibre et ainsi prévenir les chutes au moins trois fois par semaine. - Lorsque les personnes de plus de 65 ans ne peuvent pas pratiquer la quantité d'exercice recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être active autant qu'elles peuvent selon leurs capacités et leur état le permettent.

Après la réalisation du questionnaire, nous pouvons apprécier si le patient se situe en deçà ou dans les recommandations préconisées par l'OMS. S'il se situe en dessous des recommandations en vigueur, il peut être important de faire prendre conscience qu'une augmentation de son activité physique peut être bénéfique face à sa pathologie. Pour cela il est nécessaire d'explorer les différentes possibilités que le patient pourrait mettre en place dans son quotidien pour aller dans ce sens.

6.5.4.3 L'impact de la condition physique (39), (40), (41), (42), (43)

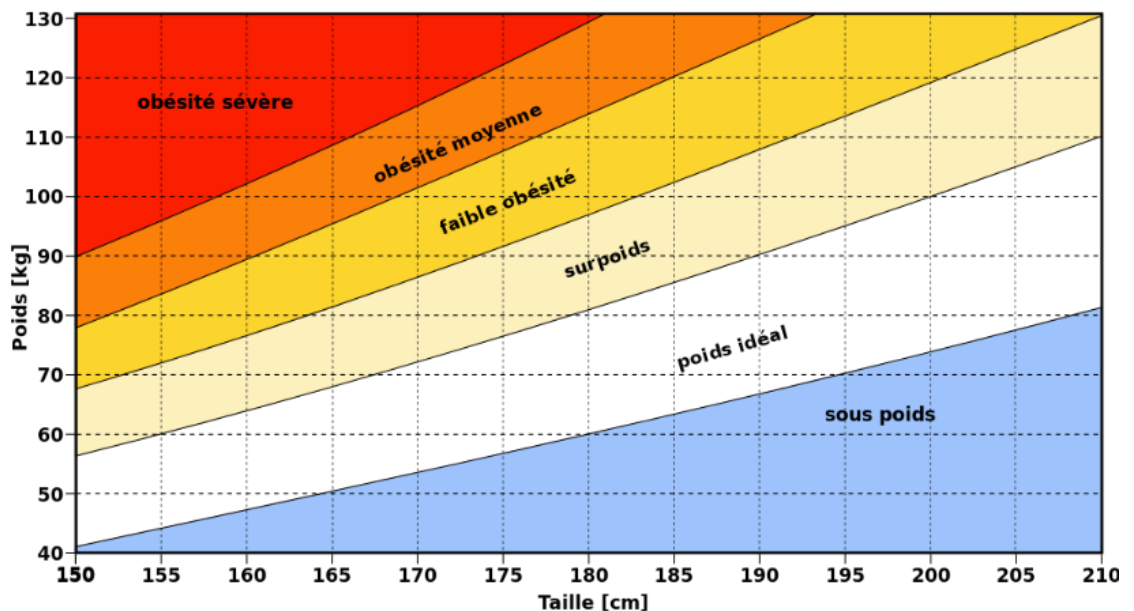
La condition physique générale du patient peut avoir un impact sur sa pathologie, lors de cet entretien nous tenterons d'évaluer sa condition physique. Certains indicateurs peuvent être mesurés à l'officine lors de l'entretien ou en autoévaluation par le patient :

- *Indice de Masse Corporelle (IMC)* : le patient peut réaliser une autoévaluation qui peut être un indicateur de bonne santé, il est calculé par la formule suivante :

$$\text{IMC} = \text{poids}(\text{kg}) / \text{taille}^2(\text{m})$$

Il a pour unité le kg/m^2 , selon son résultat il indique le pourcentage de masse grasse corporelle, il ne tient compte ni de l'âge ni du genre, et reste donc une donnée indicative, il n'est en aucun cas une valeur absolue.

Ce calcul peut être réalisé en présence du patient, l'échelle déterminée est la suivante :



<i>IMC (kg/m²)</i>	<i>Interprétation</i>
Moins de 16.5	Dénutrition
16.5 -18.5	Maigreur
18.5-24.9	Poids normal
25-29.9	Surpoids
30-34.9	Obésité modérée (obésité classe I)
35-39.9	Obésité sévère (obésité classe II)
>40	Obésité massive (obésité classe III)

L'impact défavorable d'un IMC trop élevé, et à contrario trop faible sur la migraine peut être non négligeable ; il peut être nécessaire d'orienter le patient vers des professionnels compétents afin de pouvoir le prendre en charge et d'influer sur ce facteur.

- *Le périmètre abdominal*, mesuré à l'aide d'un mètre ruban (à mi-chemin entre la 12ème côte et la crête iliaque, les pieds légèrement écartés et en expiration normale) ; il a pour but de définir l'obésité centrale.

Ce tableau indique les risques de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2 selon l'IMC et le tour de taille abdominal :

	<i>Tour de taille</i>		
Classification de l'IMC	Hommes <94cm Femmes <80cm	Hommes 94-102 cm Femmes 80-88 cm	Hommes >102 cm Femmes >88 cm
Sur-poids (IMC entre 25-29.9 kg/m²)	Pas d'augmentation de risques	Risque augmenté	Risque élevé
Obésité (IMC>30 kg/m²)	Risque augmenté	Risque élevé	Risque très élevé

- *L'impédancemétrie* peut être facilement mesurée grâce à des balances estimant la masse grasse. Les équations des appareils ne sont pas toutes identiques et le résultat peut donc varier. Leur justesse et leur prédiction étant limitées, elles permettent toutefois de donner une valeur indicative.

	ÂGES	%MG MAX
HOMMES	< 24 ans	15%
	25 à 27	17%
	28 à 29	18%
	30 à 32	19%
	33 à 39	20%
	> 40	21%
FEMMES	< 20 ans	17%
	20 à 22	18%
	23 à 25	19%
	25 à 29	20%
	> 30	22%

*Katch&McArdle, Durnin&Rahaman,
Royal Collège of Physicians*

D'autres techniques peuvent être utilisées en complément mais nécessitent une consultation médicale. Il peut être judicieux en fonction des résultats obtenus en autoévaluation ou en présence d'un professionnel de santé, d'orienter la personne vers un médecin pour affiner les mesures et confirmer les troubles mis en évidence, et in fine mettre le patient en relation avec un nutritionniste ou un diététicien.

6.5.5 Evaluation

Une évaluation succincte de l'entretien peut être réalisée comme telle, selon les croyances et connaissances vis-à-vis des points explorés :

<i>Impact</i>	<i>Connaissance</i>
Sommeil	☐ A ☐ PA ☐ NA
Activité physique	☐ A ☐ PA ☐ NA
Condition physique	☐ A ☐ PA ☐ NA

6.6 Entretien thématique 4 : La place des autres thérapeutiques dans la prise en charge de la migraine

6.6.1 Objectifs

Cet entretien a pour objectif de donner au patient certaines connaissances quant aux autres thérapeutiques qui peuvent être utilisées, au cours de celui-ci nous allons développer notamment :

- la phytothérapie ;
- l'aromathérapie ;
- les techniques non médicamenteuses.

Cet entretien a une visée essentiellement informative, sur ce qui peut être utilisé dans le cadre de la pathologie, des recommandations, des précautions d'emploi en vigueur afin qu'il dispose du maximum d'informations pour utiliser ces thérapeutiques dans les meilleures conditions de sécurité.

6.6.2 Avantages

Médecine dite naturelle ayant une demande croissante de la part de la patientèle.

Utilisation de thérapie tierce dans la stratégie thérapeutique.

6.6.3 Inconvénients

Les patients ne sont pas forcément demandeurs de thérapies alternatives.

Etudes cliniques non systématiquement réalisées, ressort d'une utilisation traditionnelle.

6.6.4 Déroulement de l'entretien

L'entretien se déroule en 3 sous parties qui peuvent être plus ou moins développées selon les attentes du patient.

6.6.5 La place de la Phytothérapie

Le thème de la phytothérapie peut être abordée avec le patient au cours de ces entretiens. En effet une vague de consommation de produits dits “naturels” et traditionnels depuis quelques années, se traduit par une forte demande.

Pour éviter toute confusion entre les solutions possibles mais aussi pour éviter le risque d’interactions avec leur traitement, et l’échappement thérapeutique lié à la modification des usages il est important de donner toutes ces informations aux patients.

Plantes utilisées traditionnellement (44) :

Nom vernaculaire + Dénomination latine internationale	Contre-indication (CI)/précaution d'emploi (PE)	Interactions Pharmacocinétiques (PK) et Pharmacodynamiques (PD)	Substance(s) agissant potentiellement contre la migraine	
Grande Camomille ; <i>Tanacetum parthenium</i> Partie utilisée : Parties aériennes	<u>CI</u> : Grossesse (peut être abortif) <u>PE</u> : Dermites allergiques	<u>PK</u> : Anticoagulants AVK (Warfarine) Antiagrégants plaquettaires Inhibition modérée de l'activité des CYP2C8, CYP1A2, CYP2D6, CYP2C9, CYP3A4	- Lactones sesquiterpéniques - Flavonoïdes	
Matricaire ; <i>Matricaria recutita</i> Partie utilisée : Fleurs (capitules)	<u>PE</u> : Allergies Hypersensibilité aux astéracées	<u>PK</u> : anticoagulants AVK (warfarine)	- Lactones sesquiterpéniques - Flavonoïdes	
Fumeterre ; <i>Fumaria officinalis</i> Partie utilisée : Partie fleurie	<u>CI</u> : Grossesse <u>PE</u> : Insuffisance hépatique grave ; obstruction des voies biliaires	<u>PK</u> : Induction modérée CYP1A1 et CYP1A2 Inhibition probable CYP3A4 Cyclosporine	- Flavonoïdes - Alcaloïdes isoquinoléiques	

Pétasite ; <i>Petasites officinalis</i> Partie utilisée : Rhizome	<u>CI</u> : Grossesse Allaitement Hépatite/ maladie hépatique	<u>PD</u> : Médicaments hépatotoxiques car présence alcaloïdes pyrrolizidiniques hépatotoxiques	- Flavonoïdes	
Caféier ; <i>Coffea arabica</i> Partie utilisée : Grains de café			- Caféine	
Saule blanc ; <i>Salix alba</i> Partie utilisée : Ecorce	<u>PE</u> : Allergies aux salicylates Troubles digestifs	<u>PD</u> : Anticoagulants AVK (warfarine) Anti-agrégants plaquettaires	- Flavonoïdes - Dérivés salicylés	
Gingembre ; <i>Zingiber officinale</i> Partie utilisée : Rhizomes	<u>PE</u> : Femmes enceintes (manque d'études) Lithiase biliaire	<u>PK</u> : Induction modérée du CYP 3A4, 2C19, 2D6, 1A2, et de la P-gP <u>PD</u> : Anticoagulants AVK (warfarine) Anti-H2 (Ranitidine)	- Gingérols	

Curcuma ; <i>Curcuma longa</i> Partie utilisée : Rhizomes	<u>CI</u> : Lithiase biliaire <u>PE</u> : Liés aux effets anti-inflammatoires Ulçère GD Troubles Digestifs Allergies de contact	<u>PK</u> : Anticancéreux : Camptothécine, doxorubicine, méchloréthamine et cyclophosphamide <u>PD</u> : Anti-inflammatoires, anticoagulants	- Curcumine dérivé anti inflammatoire	
--	---	--	---------------------------------------	---

Attention la phytothérapie contient des principes actifs qui par son nom, sont actifs et possèdent donc des effets indésirables/interactions. Le dosage des molécules actives en phytothérapie est moins précis que celui en allopathie, il est donc important de les utiliser avec précaution

La proposition de solution de phytothérapie n'a aucunement prétention de remplacer les traitements allopathiques prescrits, ils s'inscrivent dans une possibilité pour le patient d'accéder à différentes voies thérapeutiques alternatives. Il est utile d'anticiper le risque d'interaction possible avec les médicaments en connaissant le traitement du patient, et de le sensibiliser à ce sujet.

6.6.6 La place de l'Aromathérapie (45), (44)

Différentes Huiles essentielles peuvent être utilisées dans la crise migraineuse ; leur utilisation doit être faite de manière précautionneuse. Le conseil pharmaceutique est donc important dans ce cas de figure pour mettre en garde les patients sur les recommandations et précautions liées à leurs utilisations.

Elles sont prohibées pour les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants en bas âge et fortement déconseillées chez la personne asthmatique, et épileptique.

Les huiles essentielles peuvent être utilisées via différents modes d'administrations, qui peuvent varier selon les huiles utilisées.

Nom vernaculaire + dénomination latine internationale	Propriétés	Utilisation	Mise en garde	
Menthe poivrée ; <i>Mentha piperita</i>	Antispasmodique, antalgique, vasoconstricteur	Voie orale Voie cutanée	- Neurotoxique à haute dose, pas chez l'enfant en bas âge - Contre indiquée chez l'enfant et la femme enceinte - Allergies possibles au menthol	
Lavande officinale ; <i>Lavandula officinalis</i>	Calmante, anticonvulsivant, antalgique antiinflammatoire	Voie orale Voie cutanée	Eviter le premier trimestre de grossesse Excellente innocuité, tolérance	
Tilleul ; <i>tillia cordata</i>	Calmant, antispasmodique	Voie orale Voie cutanée	A éviter si présence calculs biliaires	
Menthe des champs, <i>Mentha arvensis</i>	Vasoconstricteur, hypertensive, décongestionnante	Voie orale Voie cutanée		

6.6.7 Les techniques non médicamenteuses (46)

Les techniques non médicamenteuses peuvent être intégrées dans la stratégie thérapeutique visant à donner des outils aux patients atteints afin de réduire les symptômes des céphalées de tension ainsi que de la migraine, mais encore de prévenir certains accès douloureux.

Ces techniques non médicamenteuses peuvent être associées au traitement pharmacologique en cours, et ainsi compléter la palette de possibilités pour réduire l'impact de la pathologie sur le quotidien du malade.

Les différentes techniques proposées ci-dessous ont des niveaux de validation scientifiques diverses : ils vont de la classe I qui reconnaît un intérêt prouvé par leur efficacité dans les pathologies concernées, à la classe IV qui n'ont pas ou peu de bases scientifiques pour les valider. Il peut être intéressant néanmoins de les présenter aux patients lors d'entretiens avec un ordre de priorisation corrélés avec le niveau de validation scientifique.

Certaines de ces techniques peuvent être réalisées par le patient lui-même via des plateformes qui peuvent être utilisées à domicile. Certaines de ces techniques nécessitent les compétences de professionnels pour un usage optimal et adapté à la personne, pour cela le patient doit être orienté vers la structure ou le professionnel adapté.

Table 2. Class of evidence for various nonpharmacologic interventions to treat migraine and tension-type headache

Intervention type	Specific procedure	Evidence class ^a	References
Behavioral interventions	Relaxation training	I	[10, 22, 23]
	Thermal biofeedback	I	[10, 22, 23, 26•]
	EMG biofeedback	I	[10, 22, 23, 26•]
	Cognitive-behavioral therapy	I	[6, 7, 10, 22, 23, 30]
CAM interventions	Acupuncture	I	[31•, 35]
	Spinal manipulation therapies	III	[28•, 36, 37]
	Physical/occupational therapy	IV	[31•, 36]
	Massage	IV	[31•]
	Yoga	II	[31•, 39, 40]
	Homeopathy	IV	[31•, 41]
	Reflexology	IV	[31•]
"Natural" treatments	Butterbur extract ^b	I	[42–44]
	Vitamin B2	I	[42, 45, 46]
	Coenzyme Q10	II	[40, 47]

^aClass I = strongest evidence; Class IV = weakest evidence

^bPetadolex (Weber & Weber USA; Orlando, FL)

CAM complementary and alternative medicine; EMG electromyography

Il convient en accord avec le patient de l'orienter selon ses besoins et ses demandes.

6.7 Entretien thématique 5 : Abus médicamenteux, et céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux.

Les patients souffrant de migraine ayant une fréquence élevée/ et ou de migraine chronique peuvent soit être à risque d'Abus médicamenteux ou de CCQ AM, par une récurrence de prise médicamenteuse.

6.7.1 Objectif de l'entretien

Cet entretien thématique comportera plusieurs objectifs :

- sensibiliser le patient aux risques d'abus médicamenteux, les traitements potentiellement impliqués, et les facteurs influençant.
- sensibiliser aux situations d'abus médicamenteux, de leurs signes, et des démarches à suivre s'il y est confronté
- sensibiliser le patient à la principale complication de l'abus médicamenteux sur la migraine, la CCQ-AM, les traitements impliqués, les facteurs influents, et la démarche à suivre s'il y est confronté.

6.7.2 Avantages de l'entretien

- Déceler si le patient se sent en situation d'abus médicamenteux ;
- Réduire l'impact de l'abus sur sa vie quotidienne ;
- Réduire l'impact des conséquences de l'abus médicamenteux sur sa pathologie ;
- Conséquences, réduction du nombre de consultations liée à sa pathologie ;
- Connaître les différentes formes ces CCQ AM pour que le patient puisse s'y identifier ;
- Connaître les facteurs pouvant influencer que ce soit sur l'abus médicamenteux, et les complications.

6.7.3 Inconvénients

- Ne concerne qu'une faible proportion des patients ;
- Le patient peut avoir une image négative de l'abus.

6.7.4 Déroulement

Lors de cet entretien un questionnaire sera réalisé afin de pouvoir apprécier les connaissances et compétences du patient relatives à l'abus médicamenteux, ainsi que sa complication principale recherchée : la céphalée chronique par abus médicamenteux (CCQ-AM)

Sous partie 1 l'Abus Médicamenteux	Connaissances
Le patient sait-il ce qu'est un abus médicamenteux ? Peut-il l'expliquer ?	☐ A ☐ PA ☐ NA
Les traitements qu'il prend peuvent-ils être impliqués dans un abus médicamenteux ?	☐ A ☐ PA ☐ NA
Sait-il à partir de quand, il est considéré comme face à un abus médicamenteux ? (Durée)	☐ A ☐ PA ☐ NA
Connait-il les signes relatifs à l'abus médicamenteux ?	☐ A ☐ PA ☐ NA
Autres facteurs pouvant influencer sur un abus médicamenteux ?	☐ A ☐ PA ☐ NA
Connaît-il les risques liées à un abus médicamenteux ?	☐ A ☐ PA ☐ NA
Sait-il que faire s'il se sent en situation d'abus médicamenteux (AM) ?	☐ A ☐ PA ☐ NA

Sous partie 2 Céphalées Chroniques par Abus Médicamenteux (CCQ AM)	Connaissances
Sait-il ce qu'est une CCQ AM ? Peut-il l'expliquer ?	☐ A ☐ PA ☐ NA
Peut-il décrire les signes d'une CCQ ?	☐ A ☐ PA ☐ NA
Connaît-il les principaux traitements impliqués dans la CCQ AM ?	☐ A ☐ PA ☐ NA
Connait-il les facteurs influençant l'apparition des CCQ ?	☐ A ☐ PA ☐ NA
<u>Sait-il quoi faire s'il est confronté à des CCQ AM ?</u>	<u>☐ A</u> <u>☐ PA</u> <u>☐ NA</u>

6.7.5 Entretien thématique 5 sous partie 1 : L'abus médicamenteux

6.7.5.1 *Qu'est-ce que l'abus médicamenteux ?* (47)

Dans le Code de la Santé Publique [Article R5121-152](#): L'abus médicamenteux est défini comme :

5° " Abus " : un usage excessif intentionnel, persistant ou sporadique, de médicaments ou de produits mentionnés à l'article R. 5121-150, accompagné de réactions physiques ou psychologiques nocives.

6.7.5.2 *Traitements impliqués d'abus médicamenteux* (48)

L'abus médicamenteux, va être représenté par une consommation excessive de médicaments (Annexe 3). Cette tendance va être pour la majorité des cas d'instauration progressive, le suivi des patients dans leur consommation dans le temps va donc être essentielle.

L'abus médicamenteux est défini également par une prise régulière et fréquente

- d'au moins 15 jours par mois pour une prise d'antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non-stéroïdiens) ;
- d'au moins 10 jours par mois pour une prise d'opioïdes, de dérivés ergotés, de triptans, d'antalgiques associant plusieurs principes actifs et en cas d'utilisation combinée de plusieurs médicaments par le patient.

6.7.5.3 *Facteurs influents sur l'abus médicamenteux* (48)

Certains facteurs vont pouvoir influencer sur cet abus médicamenteux, tels que :

- l'effet psychotrope de certains traitements ;
- automédication et la facilité de se procurer le traitement ;
- susceptibilité individuelle vis-à-vis de l'addiction.

Comme cité précédemment plusieurs facteurs vont pouvoir influencer sur le potentiel abus médicamenteux, une vigilance accrue est de mise lors de la délivrance de médicaments dits "sensibles" ou à risque important d'abus, mais également les patients à risques d'abus, soit par leurs pathologies, soit de leur environnement de vie mais encore de leurs habitudes de consommation.

Certaines pratiques utilisées par les patients sont cependant difficiles à déceler, comme le nomadisme médical (fait de cumuler les visites d'acteurs de santé afin d'obtenir soit de la part des médecins plusieurs ordonnances de médicaments

souhaités soit plusieurs officines afin d'obtenir en plus grande quantité certains traitements), qui vont échapper au contrôle du professionnel de santé et ainsi pouvoir renforcer l'abus médicamenteux.

6.7.5.4 Complications d'un abus médicamenteux (49), (50)

Deux complications principales à un abus médicamenteux, premièrement l'installation progressive d'une dépendance aux médicaments, deuxièmement l'apparition de céphalées par abus médicamenteux induites par les traitements.

La notion de dépendance est différente de celle de l'abus médicamenteux, en effet tous les traitements utilisés en abus ne révèlent pas d'une dépendance aux médicaments. Néanmoins certaines classes de médicaments utilisés de manière abusive peuvent créer une dépendance.

Certains signes sont imputables à une dépendance, tels que :

- une envie irréprensible d'utiliser le médicament, avec difficultés d'arrêt ou de diminution des doses ;
- l'apparition de signes de sevrage lors d'arrêt ou de diminution de dose ;
- une tolérance du médicament, qui signifie qu'il faut augmenter la dose prise pour ressentir un effet équivalent, ou la prise d'une dose égale va voir ses effets amoindris ;
- une focalisation sur le traitement ou le temps de recherche pour se le procurer ;
- la poursuite du traitement même en connaissance d'un effet néfaste de celui-ci.

Les Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ) représentant une prévalence ont pu être constatées en France aux alentours de 3%, plus importante chez la femme que l'homme (4,18% contre 1,62%). Le plus souvent la CCQ est la chronicisation de la migraine ou de la céphalée de tension due à différents facteurs, notamment à un abus médicamenteux.

La complication principale recherchée et/ou la visée préventive lors des entretiens *migraine* et lors de l'interrogatoire au comptoir sont les Céphalées Chroniques Quotidiennes par Abus Médicamenteux (CCQ-AM). En effet elles représentent 60 à 80% des patients souffrants de CCQ issus de consultations spécialisées sont en situation d'abus médicamenteux, contre 30% dans la population générale.

6.7.6 Entretien thématique 5 sous partie 2 : Les Céphalées Chronique Quotidienne par Abus Médicamenteux (CCQ-AM)

6.7.6.1 *Diagnostic des Céphalées Chroniques Quotidiennes par abus médicamenteux (50), (51)*

Les Céphalées chroniques secondaires à un abus médicamenteux communément appelées Céphalées Chroniques Quotidiennes par Abus Médicamenteux (CCQ-AM) sont diagnostiquées de la manière suivante :

- A. Céphalée survenant ≥ 15 jours/mois chez un patient ayant une céphalée préexistante ;
- B. Surconsommation régulière depuis plus de 3 mois d'un ou plusieurs médicaments utilisés comme traitement de crise et/ou traitement symptomatique des céphalées ;
- C. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Le diagnostic de la **CCQ-AM** va donc intégrer une composante de consommation de traitements de crise ou de fond. Elles peuvent alors intégrer une symptomatologie des différents tableaux cliniques énoncés précédemment. Elles ne sont pas le fait d'un tableau clinique précis et donc, il est important de rester vigilant quant aux différentes possibilités de manifestations des symptômes associés à une surconsommation de médicaments.

Elles peuvent intégrer, le plus couramment, trois tableaux cliniques différents :

- les céphalées ont les caractéristiques sémiologiques de la migraine ;
- les céphalées ont les caractéristiques sémiologiques des céphalées de tension ;
- fond céphalalgique permanent sur lequel s'ajoute des crises d'allure migraineuse.

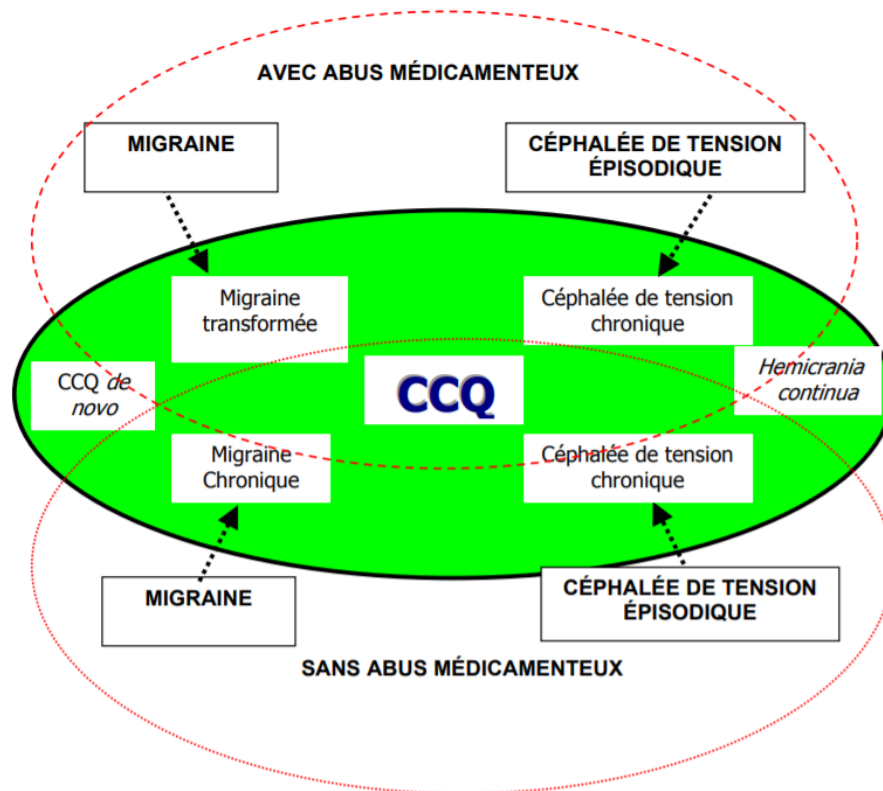


Schéma 1. Modalités d'apparition des CCQ.

Les différents tableaux cliniques présentés de céphalées chroniques quotidiennes ne sont pas exclusivement du fait d'un abus médicamenteux, une personne ayant toutes des caractéristiques d'une CCQ n'y sera pas obligatoirement confrontée.

6.7.6.2 Principaux traitements impliqués dans l'abus médicamenteux et l'apparition des CCQ-AM (52), (53)

Imputabilité des principaux traitements dans l'apparition probable des CCQ-AM et céphalée rebond définie par l'International Headache Society :

<i>Durée d'utilisation supérieure à 3mois</i>	
Un ou plusieurs triptans	10 jours ou plus par mois
Acide acétylsalicylique	15 jours ou plus par mois
Un ou plusieurs AINS autre que l'acide acétylsalicylique	15 jours ou plus par mois
Ergotamine	10 jours par mois ou plus
Un ou plusieurs opioïdes	10 jours par mois ou plus

Il est alors important de suivre la consommation des patients, concernant en priorité les différents traitements sensibles à risques lors d'une utilisation prolongée.

Plusieurs médicaments ayant une imputabilité dans les CCQ-AM, sont des médicaments en accès libre ; la vente directe sans ordonnance est donc possible. L'accès libre, et donc simplifié, à ces molécules peuvent ainsi venir augmenter le risque d'abus par perte de visibilité des délivrances au long cours.

Il faut également noter qu'un abus médicamenteux va potentiellement diminuer l'efficacité des traitements à court terme et préventifs.

Tableau 10. Évolution en France de la nature des molécules consommées par des sujets en abus médicamenteux souffrant de CCQ, d'après Boulan-Predseil *et al.*, 1994 (35) ; Taimi *et al.*, 2002 (36) et Creac'h, 2003 (37).

	Boulan-Predseil <i>et al.</i> , 1994 (35)	Taimi <i>et al.</i> , 2002 (36)	Creac'h, 2003 (37)
Caféine	90 %	72 %	68 %
Paracétamol	47 %	81 %	85 %
DHE, tartrate d'ergotamine	50 %	30 %	17 %
Dextropropoxyphène	32 %	37 %	42 %
Acide acétylsalicylique	30 %	19 %	25 %
Noramidopyrine	30 %	19 %	13 %
Barbituriques	30 %	/	/
Codéine	17 %	26 %	53 %
Opiacés	5 %	/	/
Glafénine	2 %	/	/
AINS	1 %	19 %	28 %
Triptans	/	5 %	47 %
Tramadol	/	0 %	4 %

DHE : dihydroergotamine ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien.

L'évolution de ces données a permis de mettre les triptans en 4ème position.

Il est cependant important de notifier qu'il arrive que de multiples traitements soient utilisés de manière non excessive, les céphalées sont alors considérées comme par abus de plusieurs classes médicamenteuses non surconsommées individuellement.

6.7.6.3 Facteurs les plus souvent associés aux CCQ (54) :

Plusieurs facteurs vont favoriser l'apparition d'une CCQ, ces facteurs sont divers, il est important d'en tenir compte dans cette démarche de prévention.

Le schéma représente l'implication de différents facteurs venant renforcer les CCQ et leurs apparitions :

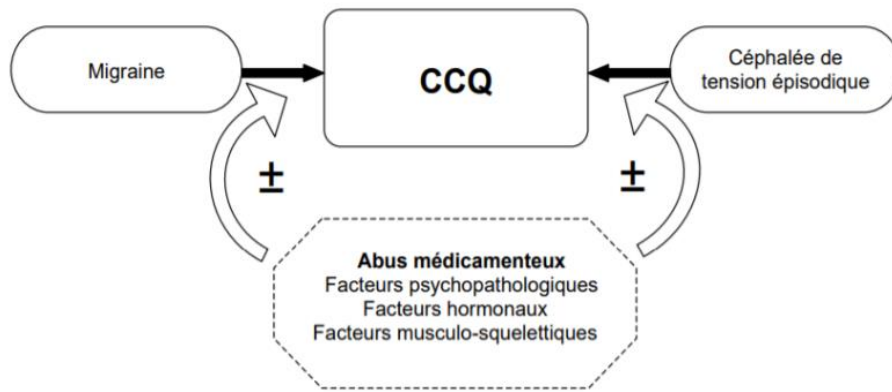


Schéma 1. Principaux modes d'évolution vers une CCQ.

- signes cités précédemment dans l'Abus Médicamenteux ;
- troubles anxieux et dépressifs, très fréquents chez les patients atteints de CCQ, notamment chez les personnes dont les CCQ sont induites par les abus médicamenteux ;
- troubles de la personnalité ;
- événements de vie, négatifs (deuil divorce...) mais également positifs (mariage, promotion...) ;
- hormonaux : ménopause ;
- Facteurs Musculosquelettiques (tension musculaire, facteurs posturaux...).

6.7.7 Entretien thématique 5 sous partie 3 : Actions à l'officine

6.7.7.1 Comment repérer un abus médicamenteux ?

L'abus médicamenteux peut être repéré par différents moyens :

- Consultation de l'historique patient ainsi que du Dossier Pharmaceutique, elle va permettre de mettre en évidence les dispensations de médicaments pouvant être à risque d'abus médicamenteux, réalisés au sein de l'officine, mais également dans les autres officines si le DP en a été incrémenté lors des délivrances. Cette visualisation doit intégrer un paramètre temporel (temps entre deux délivrances, quantités délivrées dans ces périodes...) et ainsi voir si le patient est potentiellement en surconsommation et sur quelle durée.
- L'utilisation de l'agenda des crises pour les patients céphalalgiques intégrant une composante des traitements médicamenteux. Le patient est tenu d'y inscrire toutes crises ainsi que les prises médicamenteuses, y compris les traitements non prescrits (d'accès libre, et d'automédication) à visée antalgiques. Cet outil peut être mis en place avec l'accord du patient pour donner suite à une argumentation éclairée auprès du patient, il est alors réalisé avec une démarche volontaire d'incrémentation.

- Le discours du patient, basé sur ses déclarations, reste l'appréciation la moins fiable car biaisée par sa subjectivité vis-à-vis de ses traitements.

En se basant sur la définition de l'abus médicamenteux, un questionnaire relativement simple peut être rapidement réalisé au comptoir afin d'orienter l'avis de l'interlocuteur :

- Utilisez-vous au moins 15 jours par mois des antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non-stéroïdiens) ?
- Utilisez-vous au moins 10 jours par mois des antalgiques : opioïdes, dérivés ergotés, triptans, des antalgiques associant plusieurs principes actifs ?
- Si oui depuis combien de temps ?

6.7.7.2 Identifier les patients à risque de CCQ

Certaines situations vont être à risques de développer une CCQ pour les personnes déjà atteintes de migraines ou céphalées de tension épisodiques :

- Augmentation de la fréquence des atteintes céphalalgiques ;
- Surconsommation de traitements de crise ;
- Absence d'efficacité de plusieurs traitements prophylactiques de manière successive ;
- Facteurs psychopathologiques associés ;
- Comorbidité psychiatrique ;
- Association de céphalées chroniques et d'autres douleurs chroniques ;
- Troubles du sommeil.

6.7.7.3 Actions à l'officine en prévention d'abus médicamenteux

Quelques actions peuvent être mises en place assez simplement :

- Discours uniforme entre les professionnels de santé, mise en accord pluriprofessionnelle entre les intervenants afin de renforcer l'alliance thérapeutique. Réalisable par la mise en place d'un protocole de prise en charge groupée, regroupant les différents corps de métier de santé autour du patient.
- La communication interprofessionnelle est un atout majeur dans la prise en charge du patient. Elle peut passer par la création du contenu standardisé de courriers, lignes téléphoniques directes, par messagerie sécurisée afin de véhiculer les informations relatives au patient de manière simplifiée.

- Création d'une fiche de relevé, transmission des comptes rendus des entretiens pharmaceutiques distribuée par exemple aux médecins, intervenants auprès du patient. Mais également auprès des infirmières si par exemple réalisation de piluliers.
- Interrogatoire systématique des différents facteurs de risques et de leur prépondérance. L'interrogatoire sur le patient dans son environnement pourra être plus complet lors des entretiens pharmaceutiques.
- Distribution systématique d'un agenda de crise : l'incrémentation la plus précoce et la plus complète permet une vision assez large pour adapter la prise en charge avec l'accord du patient préalable, afin de l'intégrer dans un schéma de prise en charge.
- Distribution de flyer/documentation/informations (site web, applications...) sensibilisant aux risques d'abus médicamenteux, de leurs complications et de la conduite à tenir face à ceux-ci.
- Proposer systématiquement l'ouverture du Dossier Pharmaceutique, faisant part du Dossier Médical Partagé.
- Incrémentation systématique du DP et de l'historique pour chaque délivrance via la carte vitale.
- Orienter vers une structure adaptée ou un professionnel de santé en cas de suspicion d'abus médicamenteux.

6.7.7.4 Actions à l'officine face un risque d'abus médicamenteux probablement impliqué dans une CCQ

Face à une suspicion de CCQ induite par l'abus de médicament le professionnel de santé va pouvoir alors remplir une fiche de relevé avec l'accord du patient, qu'il transmettra par canaux sécurisés aux médecins prescripteurs du patient.

Modèle de fiche de relevé destinée aux professionnels de santé

Fiche relevé informations risques CCQ

Patient

NOM PRENOM :

DATE NAISSANCE :

N INSEE :

MEDECIN CORRESPONDANT :

FACTEURS DE RISQUES	OUI	NON	NS
Augmentation de la fréquence des atteintes céphalalgiques			
Surconsommation de traitement de crise			
Absence d'efficacité des traitements prophylactiques			
Facteurs psychopathologiques associés (anxiété, dépression, traumatismes...)			
Association de céphalées chroniques et autres douleurs chroniques			
Comorbidités psychiatriques			
Troubles du sommeil			

Relevée de consommation médicaments susceptibles d'être imputés dans un abus médicamenteux

NOM SPECIALITE/DCI	CONSOMMATION/3M	IMPUTABILITE PROBABLE	
		OUI	NON

7 Documentation à destination du patient

7.1 Introduction

La remise de documentation écrite envers le patient est nécessaire elle va permettre d'avoir un support sur lequel il va pouvoir se baser, contenant les informations simples relatives à la migraine. Il va alors venir s'inscrire en complément de l'information orale.

7.2 Objectifs

La documentation écrite va alors avoir plusieurs objectifs :

- L'information écrite va permettre de compléter l'information orale, communiquer des informations dont le patient va pouvoir prendre conscience à domicile.
- La documentation se présente sous un format relativement simple, pour une lisibilité optimale, comprenant les principales informations dont le patient doit être conscient.
- L'accessibilité est un objectif principal dans la remise de documents, l'accès facile au document va permettre une diffusion plus simple et plus importante de la part des équipes officinales (et des professionnels de santé en général) ainsi que l'accès direct par les patients. Pour cela plusieurs plateformes de diffusion de documents existent telles que le Cespharm qui permet l'accès facile en ligne aux documents à remettre aux patients.
- Avoir un support physique intégrant les informations essentielles simplifiées pour une compréhension de tous.

7.3 Comment communiquer et dans quel cas

La documentation écrite pourra être transmise dans différentes situations, tel qu'un patient faisant l'objet d'une orientation diagnostic de migraine, mais également une suspicion de migraine.

Il pourra également être fourni à un proche, de personne atteinte, ou toute personne en faisant la demande.

Finalement elle pourra être donnée à toute personne migraineuse ayant récemment fait l'objet d'un diagnostic afin d'expliquer brièvement la prise en charge possible qui peut être mise en place.

7.4 Documentation accessible au grand public (55), (25), (56)

Nous pouvons trouver sur internet différents sites expliquant la pathologie migraineuse, ainsi que différents aspects développés. Ne comprenant pas forcément de documents à remettre pour le patient.

Certains documents imprimables, sont disponibles sur internet, néanmoins l'offre de document en ligne reste assez limitée. Nous pouvons notamment y trouver sur certains sites comme les sites d'associations de patients tels que lavoixdesmigraineux (<https://www.lavoixdesmigraineux.fr/documents-imprimables/>) qui comprend certaines brochures concernant certaines thématiques, comme une brochure pour réussir sa première consultation de céphalée, une brochure sur les traitements, ils mettent également à disposition un calendrier des crises. Néanmoins les brochures données comprennent toutes un nombre de pages important pour permettre de la remettre physiquement.

Nous avons également la SFETD qui propose une brochure destinée aux patients directement sur leur site (<https://www.sfemc.fr/fiches/62-la-migraine-fiche-technique.html>) elle intègre une figure expliquant la notion de seuil de déclenchement des crises migraineuses. Les patients soumis à divers facteurs déclenchants vont avoir une tolérance différente selon qu'ils soient traités ou non, ou impacté par certaines situations. Le document introduit également la notion de traitement de crise et de traitement de fond ainsi que leurs rôles respectifs.

fiche patient

Sous la responsabilité de son auteur

J. Mawet*

La migraine

La migraine est une maladie qui se caractérise par des épisodes répétés (appelés crises) de maux de tête (ou céphalées) souvent intenses, associée à d'autres symptômes bien définis, comme une envie de vomir ou des vomissements, une gêne à la lumière et/ou au bruit. Les crises peuvent durer jusqu'à 3 jours et clouer le patient au lit dans le noir. Dans certains cas, des troubles de la vision ou même des fourmillements peuvent précéder le mal de tête : c'est ce qu'on appelle l'aura. Heureusement, en dehors des crises,

le migraineux n'a pas de symptôme et peut vivre normalement. La maladie migraineuse est fréquente puisqu'elle touche, avec une sévérité variable, environ 12 % de la population.

En français, le terme "migraine" est pourtant souvent utilisé à tort pour parler de n'importe quel mal de tête ou céphalée, ce qui crée la confusion. Le terme "céphalée" signifie mal de tête et il en existe plus de 200 sortes. La migraine est l'un de ces 200 types de céphalées mais elle correspond à une maladie qui peut être très invalidante, différente du simple mal de tête occasionnel dont tout le monde peut souffrir un jour...

* Centre d'urgence des céphalées (CUC), département de neurologie, hôpitaux Saint-Louis et Lariboisière, Paris.

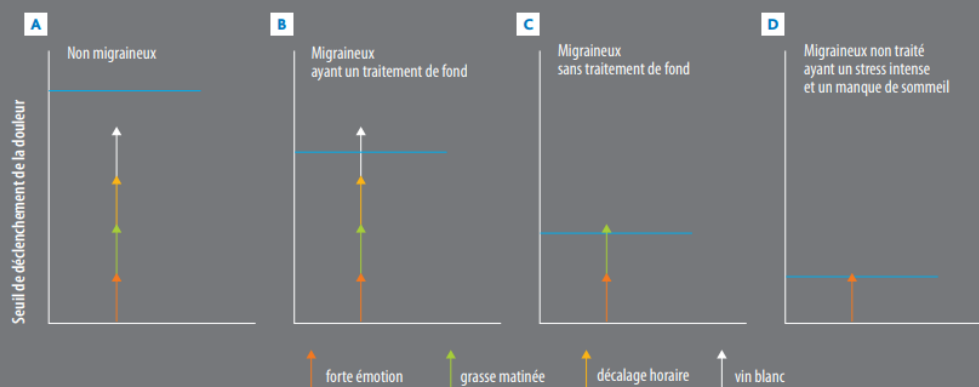


Figure.

Sur le schéma, la ligne bleue horizontale représente le seuil de déclenchement de la douleur. À partir de cette ligne, les neurones ont atteint leur limite de tolérance et une crise de migraine se déclenche : c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

De nombreux facteurs (représentés par les flèches de couleur), agissant comme des "agresseurs de neurones", peuvent venir titiller le cerveau. Ils peuvent provoquer une crise s'ils atteignent la limite de tolérance. Ces facteurs sont parfois évidents (certains aliments, déshydratation, forte émotion, etc.), mais peuvent parfois rester indéterminés.

Le seuil de déclenchement de la douleur diffère d'une personne à l'autre.

De gauche à droite, on observe 4 situations diverses :

- un individu non migraineux (A),
- un individu migraineux ayant un traitement de fond (B),
- un individu migraineux sans traitement de fond (C),
- un individu migraineux non traité soumis à un stress intense et au manque de sommeil (D).

Les facteurs extérieurs (ici : grasse matinée, vin blanc, forte émotion, décalage horaire) ne déclencheront pas de crise de migraine chez la personne non migraineuse, même s'ils s'additionnent (A). Chez un patient migraineux ayant un traitement de fond efficace, une crise reste possible, notamment si tous les facteurs agissant le cerveau sont réunis (B). À l'inverse, chez un patient migraineux non traité soumis à un stress et à un manque de sommeil sévère, le seuil de déclenchement de la douleur est tellement bas qu'un seul facteur extérieur (que l'on ne retrouve pas toujours) peut lui faire franchir le seuil et entraîner une crise (D)...

Le diagnostic de migraine repose sur des critères précis fondés sur les symptômes décrits au médecin et sur l'examen du patient. La plupart du temps, aucune prise de sang, scanner ou IRM n'est nécessaire. Si un scanner ou une IRM sont réalisés, ils seront normaux mais les patients souffrent tout de même : c'est ce que l'entourage a souvent du mal à comprendre mais qui est la réalité, une affection qui peut s'avérer invalidante et qui ne se voit pas sur les examens...

Les causes de la migraine sont complexes et mal comprises mais on peut dire, en simplifiant énormément, qu'un migraineux a, dans le cerveau, des neurones qui dysfonctionnent : ils ont un seuil de déclenchement de l'information douloureuse plus bas que la norme : la **figure** détaille cette explication simplifiée. Des facteurs extérieurs (régularité du sommeil, alimentation, médicaments, stress etc.) ou internes (fluctuations hormonales, grossesse, règles, etc.) peuvent modifier ce seuil, ce qui explique que certaines circonstances peuvent favoriser la survenue de crises ou, au contraire, améliorer la maladie migraineuse.

Même si le traitement curatif permettant de faire disparaître définitivement la migraine n'a pas encore été découvert, des traitements existent et la recherche avance ! Il existe 2 sortes de traitement. Le *traitement de crise* est à prendre dès le début du mal de tête et a pour but de "couper" la crise. Attention,

l'utilisation en excès de n'importe quel antidouleur peut aggraver la migraine : si vous en consommez plus de 10 jours par mois, parlez-en à votre médecin.

Dans certains cas, un *traitement de fond* est nécessaire : il s'agit d'un traitement pris régulièrement, que le patient ait mal ou non au moment où il prend le traitement, dont le but est de rendre les crises moins fréquentes, moins intenses et moins longues, en "remontant le seuil" évoqué plus haut. Il s'agit souvent de traitements développés pour d'autres indications (antihypertenseurs, antiépileptiques, antidépresseurs, etc.), mais qui ont un effet bénéfique prouvé sur la migraine. Leur efficacité peut prendre des semaines voire des mois avant d'être évidente : il ne faut donc pas les considérer trop vite comme inefficaces et les arrêter trop tôt, sans avis médical.

En plus de ces traitements, le fait d'avoir une bonne hygiène de vie (équilibre du sommeil, sport, gestion du stress, etc.) et d'éviter les facteurs favorisants (certains aliments, sauter un repas, grasse matinée etc.) peut également avoir un effet bénéfique sur la maladie migraineuse.

La migraine est une maladie qui peut être invalidante mais que l'on peut soigner. L'amélioration de la migraine repose sur une étroite collaboration entre le patient, son médecin traitant et son neurologue. ■

L'auteur déclare avoir reçu des aides financières pour assister à des congrès de SOS Oxygène, Air Liquide, Homeperf et Amgen et des honoraires de Air Liquide, sans lien avec ce travail.

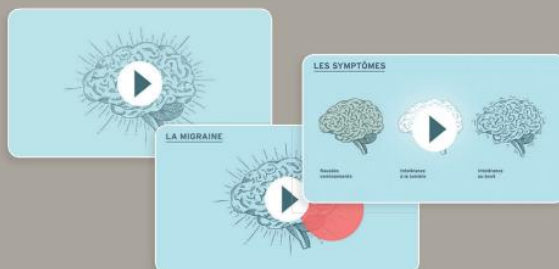
Retrouvez
sur notre site
internet

LA FICHE PATIENT *Animée*

AVRIL 2018

LA MIGRAINE

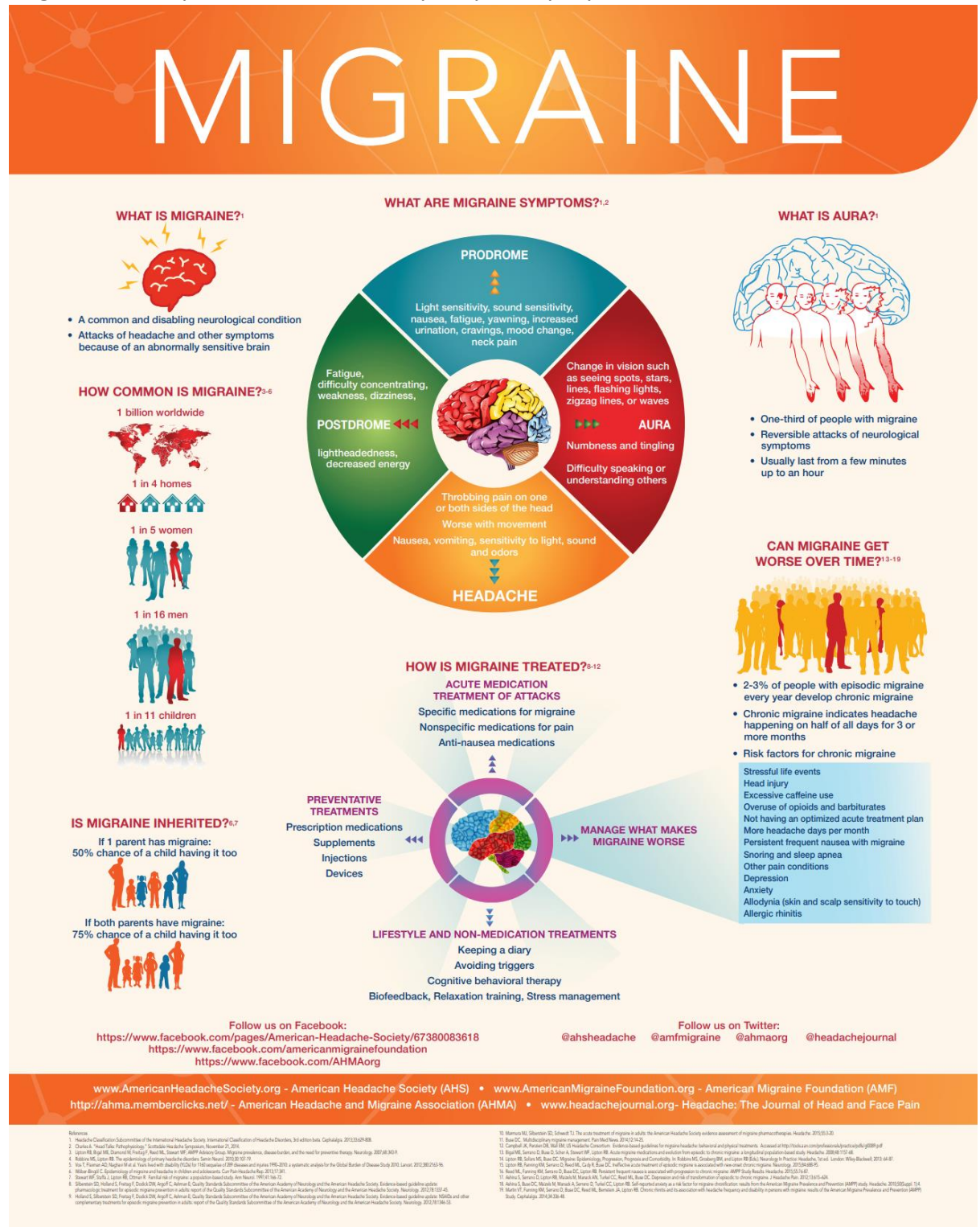
Dr Jérôme Mawet (Paris)



www.edimark.fr/webtv/fiche-patient-migraine



American Headache society
(<https://americanheadachesociety.org/resources/infographics/>) propose des flyers à remettre aux patients sur différentes thématiques, comprenant la migraine dans sa généralité, les facteurs pouvant influencer la crise migraineuse, le régime alimentaire à adapter pour les patients souffrant de migraine ainsi que d'autres thématiques y sont proposées.



DIET and MIGRAINE

Nutrition 101: No single diet is “best” for every migraine patient, but a well-balanced diet can help!

Food for thought

- A high-sodium diet can increase frequency of migraine attacks¹
- Processed foods tend to be high in sodium
- Cut back on sodium with fresh or mildly processed foods



The Migraine Diet

- Strict diets don't work for everyone
- Consider strict diets only after preventive medications and other lifestyle changes mentioned here have been unsuccessful.¹⁴⁻¹⁶

7 pm

Potential migraine triggers⁸

Fasting Alcohol
Cured meats Aged cheese
Citrus Chocolate
Caffeine Wine
Monosodium glutamate (MSG)



4 pm



Snacking is good!

Hunger and headache: don't skip meals¹¹

- Low blood sugar can trigger attacks or make them worse
- Fasting increases the chances of an attack



1 pm



Caffeine: Morning pick-up or daily grind?

- Having caffeine more than three times per week can^{12,13}:
 - o Lead to dependence
 - o Cause withdrawal symptoms
 - o Increase the number of attacks
- Medications with caffeine should never be taken more than twice per week¹²



7 am

Supplements that may prevent attacks⁸

Magnesium 400 mg
Riboflavin (vitamin B₂) 400 mg
Coenzyme Q10 300 mg



Drink water!

- Dehydration is known to cause head pain
- About one third of migraine patients say inadequate fluid intake can trigger attacks²



10 am

Snacking is good!

- Eat small snacks with a low glycemic index between meals¹⁰



Weight Management and Migraine

- Obesity (a BMI over 30) can make migraine symptoms worse³
- Modest weight loss (7-10% of total body weight) can improve migraine symptoms⁶
- Eat 5-6 small meals and snacks per day to⁷:
 - o Avoid fasting headaches
 - o Manage hunger while losing weight



Follow us on Facebook:
<https://www.facebook.com/pages/American-Headache-Society/67380083618>
<https://www.facebook.com/americanmigrainefoundation>
<https://www.facebook.com/AHMAorg>

Follow us on Twitter:
 @ahsheadache @amfmigraine @ahmaorg @headachejournal

www.AmericanHeadacheSociety.org - American Headache Society (AHS) • www.AmericanMigraineFoundation.org - American Migraine Foundation (AMF)
<http://ahma.memberclicks.net/> - American Headache and Migraine Association (AHMA) • www.headachejournal.org - Headache: The Journal of Head and Face Pain

References

1. Arora W, Woodhead H, Appel LJ. Effects of dietary sodium and the DASH diet on the occurrence of headaches: results from randomized multicenter DASH-Sodium clinical trial. *BMJ Open*. 2014;4(2):e006071.
2. Bai J, Yi Y. Water Deprivation: A New Migraine Trigger? *Headache*. 2015;55(7):758.
3. Uthairu S, Khatami N. What The Color of Your Skin Tells You About Your Migraine Risk: Health Essentials from Cleveland Clinic. <http://health.clevelandclinic.org/2013/10/what-the-color-of-your-skin-tells-you-about-your-migraine-risk/>. Accessed November 12, 2015.
4. Ouedraogo R, Pons P, Pons P, et al. Migraine and body mass index: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Headache Pain*. 2015;16(1):doi:10.1186/s10194-015-0400-4.
5. Jensen R, Buchhalter M, Rasmussen K, Taylor K. The effect of body mass and fat mass on migraine headache. *Am J Neurol*. 2012;23(12).
6. Verret A, Agardh E, Lofgren C, et al. Impact of a weight loss program on migraine in obese adolescents. *Eur J Neurol*. 2013;20(9):997-1001. doi:10.1111/eneu.12011.
7. Jankovic J, Campbell SM. The Effect of Eating Frequency on Appetite Control and Food Intake: Brief Summary of Controlled Feeding Studies. *J Nutr*. 2011;141(5):1041-1051. doi:10.3945/jn.110.14089.
8. Sun J, Johnson C, and Wadley A. Food and supplements in the management of migraine headaches. *Clin J Pain*. 2005;21:448-452.
9. <http://www.migrainefoundation.org/food-and-supplements-in-the-management-of-migraine-headaches>
10. Rasmussen K and Jensen R. Food as a trigger and aggravating factor of migraine. *Headache*. 2013;53(10 Suppl 3):S17-S20.
11. Tassi P, Serraglio A, Bai A, Carlini P, Carlini L, and Rasmussen K. C. Migraine: The Role of the Diet and Food Intake. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2009;49:154-162.
12. http://www.headachejournal.org/food_and_migraine/
13. Scher A, Stewart RM. Caffeine as a risk factor for chronic daily headache: a population-based study. *Neurology*. 2004;62(1):202-211.

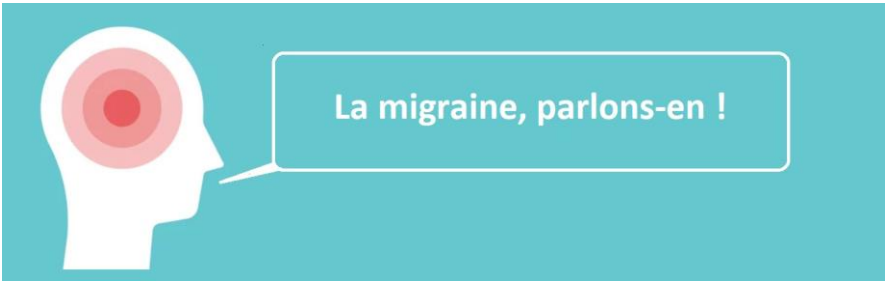
7.5 Documentation proposée à remettre au patient

Il est important de décrire chaque partie qui compose la documentation remise, tout d'abord une couverture simple imagée, qui permet au patient de s'y identifier rapidement.

La première page de contenu (Page 2), va donner quelques chiffres épidémiologiques pour donner au patient le sentiment qu'il n'est pas isolé, qu'il est confronté à une pathologie touchant une large partie de la population. Mais également donner les différents critères diagnostic de la migraine.

Sur la page 3 nous trouvons diverses informations, pour commencer relatives aux différentes stratégies de traitements qui existent, pour qu'il puisse comprendre les deux types de traitement, auxquels il peut être confronté : le traitement de crise, ainsi que le traitement de fond. Deuxièmement le parcours de soin qui peut lui être proposé les différents acteurs qu'il pourra être amené à rencontrer, mais également auquel il peut engager une démarche active.

Page 4 contient un agenda de crise qui est donc inclus au document remis, il va permettre de familiariser le patient avec ce système, il est important d'expliquer l'intérêt de cet outil. Le remplissage assidu et précoce de l'agenda va être un bon indicateur pour les professionnels de santé qui pourront suivre le patient, mais également dans l'intérêt du patient pour avoir un visuel sur l'ensemble des crises survenues.



AGENDA DE LA MIGRAINE (semestre)

J	Médicaments			Médicaments			Médicaments			Médicaments			Médicaments			Médicaments		
	D	I	FD	D	I	FD	D	I	FD	D	I	FD	D	I	FD	D	I	FD
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30/31																		

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

On estime que **15%** de la population française souffre de migraine, elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

La migraine peut être très invalidante dans le quotidien, comme dans le travail, et peut avoir un impact sur mes proches, il est important de se connaître face à cette pathologie.

La migraine présente les caractéristiques suivantes ; si vous êtes concerné, n'hésitez pas à consulter votre médecin généraliste, ou demander conseil à votre pharmacien.

	Migraine	
Durée de la crise	4-72H	
Intensité douloureuse	Modérée à sévère	
Douleur	Unilatérale	
Type douleur	Pulsatile ou continue	
Symptômes associés	• Nausées/Vomissements Fréquents • Photo/phonophobie fréquentes • Aggravée par l'activité physique	
Je consulte un médecin en URGENCE si :	• Fièvre • Apparition brutale • Aggravation inhabituelle • Signes neurologiques/d'intoxication • Je suis Immunodéprimé	
Je consulte un médecin RAPIDEMENT si :	• Ne cède pas aux traitements • Durée entre 8 jours et 6 mois sans aggravation • Durée de plus de 6 mois	

Traitements de la migraine	Il existe 2 sortes de traitements : - le traitement de crise qui permet de l'atténuer, a une action courte ; - le traitement de fond qui va rendre moins douloureuses et moins fréquentes les crises, il peut être prescrit s'il y en a plusieurs par mois. Attention une consommation trop importante de traitement de crise peut être contre-productive, et ainsi augmenter la fréquence des maux de tête. Ces traitements sont prescrits par votre médecin, il est important d'en respecter les posologies.
J'aimerais être accompagné. Que faire	- Consulter son médecin généraliste, il va pouvoir diagnostiquer la migraine, et mettre en place un traitement adapté pour la crise. - Si cela est nécessaire il vous adressera vers un médecin spécialiste, le plus souvent un neurologue. - En dernier recours des consultations dans des unités spécialisées peuvent être proposées. - Vous pouvez demander conseil à votre pharmacien, pour la mise en place d'un programme d'entretiens pour un accompagnement sur certaines thématiques de la migraine. Important : complétez votre agenda de crise régulièrement, et faites-en part à un professionnel de santé.

8 Conclusion

Les céphalées sont des pathologies courantes dans la population générale, et vont donc être fortement représentées dans l'exercice professionnel quotidien du pharmacien. Il est donc nécessaire pour en assurer une prise en charge optimale, qu'il soit en possession d'outils mis à sa disposition, afin que le pharmacien et son équipe puissent maîtriser les notions basiques relatives aux céphalées.

L'évolution des pratiques officinales, mais également des missions qui lui sont confiées, va alors élargir le champ des possibilités, ainsi que des compétences dans sa pratique. Par l'arrivée des premiers entretiens thérapeutiques, mais également la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique, le pharmacien renforce sa position de professionnel de santé, et de la confiance qu'il peut avoir vis-à-vis de la population. Il semble essentiel de continuer à avancer dans cette optique.

Le pharmacien et son équipe, dans la prise en charge quotidienne des patients peuvent avoir différents rôles qui lui sont attribués, que ce soit de prévention, d'orientation, et de suivi dans différentes pathologies. Ses différentes casquettes, ainsi que les nouvelles missions, vont lui permettre de pouvoir suppléer l'intensification de la désertification médicale dans certaines zones.

Dans un système de santé de plus en plus pluridisciplinaire, il va alors par ses différents rôles pouvoir se placer en tant qu'acteur à part entière dans la prise en charge des patients migraineux.

9 Annexe

Annexe 1

QUESTIONNAIRE MIDAS

Durant les 3 derniers mois, en raison de vos céphalées/migraines :

		JOURS
1	Combien de jours avez-vous manqué le travail (ou l'école) ?	
2	Pendant combien d'autres jours avez-vous eu une productivité de travail réduite de plus de 50% ?	
3	Pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire vos activités ménagères habituelles ?	
4	Pendant combien de jours votre productivité en tâches ménagères était réduite de plus de 50% ?	
5	Pendant combien de jours avez-vous manqué à vos activités familiales, sociales ou de loisirs ?	
TOTAL		

On détermine 4 grades :

Grade I	Peu ou pas de sévérité	0 à 5 j
Grade II	Sévérité discrète	6 à 10 j
Grade III	Sévérité modérée	11 à 20 j
Grade IV	Sévérité importante	>20 j



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

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

Ce questionnaire a été conçu pour vous aider à décrire et à exprimer ce que vous ressentez et ce que vous ne pouvez pas faire à cause de vos maux de tête.

Pour chaque question, veuillez cocher la case correspondant à votre réponse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ N	☐ R	☐ S	☐ V	☐ A
Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps
COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3	COLONNE 4	COLONNE 5
(6 points par réponse)	(8 points par réponse)	(10 points par réponse)	(11 points par réponse)	(13 points par réponse)

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

Score Total

Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur votre vie est important

Annexe 3

Critères diagnostiques de dépendance (DSM-IV)

Dépendance à une substance si 3 ou plus des critères suivants sont présents	
1	Tolérance manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir l'effet désiré ou par une diminution des effets à dose consommée constante.
2	Symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence, évités ou améliorés par une nouvelle prise du médicament.
3	Prise du médicament en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu.
4	Un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation.
5	Beaucoup de temps passé à utiliser ou à se procurer le médicament.
6	Abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause de l'usage du médicament.
7	Continuer à utiliser malgré la connaissance des risques pour la santé.
Spécifier s'il existe une dépendance physique (présence de l'item 1 ou de l'item 2).	

10 Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : migraine - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migraine/51395>
2. Principaux repères sur les céphalées [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
3. SFEMC - C'est quoi la migraine ? [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/4-c-est-quoi-la-migraine.html>
4. Roos C. Migraine : données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Biol Aujourd'hui. 2019;213(1-2):35-41.
5. Henry - Epidémiologie de la migraine.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/200/?sequence=7>
6. Texte intégral [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/head.13301>
7. La migraine : une maladie parfois handicapante et coûteuse [Internet]. Novartis France. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.novartis.fr/actualites/communiques-de-presse/la-migraine-une-maladie-parfois-handicapante-et-couteuse>
8. Donnet A, Emery C, Aly S, Allaf B, Cayre F, Mahieu N, et al. Migraine burden and costs in France: a nationwide claims database analysis of triptan users. J Med Econ. 3 juill 2019;22(7):616-24.
9. Berg J, Stovner LJ. Cost of migraine and other headaches in Europe. Eur J Neurol. juin 2005;12(s1):59-62.
10. Dodick DW. Migraine. The Lancet. mars 2018;391(10127):1315-30.
11. Charles A. The pathophysiology of migraine: implications for clinical management. Lancet Neurol. févr 2018;17(2):174-82.
12. Dodick DW. A Phase-by-Phase Review of Migraine Pathophysiology: Supplement Article. Headache J Head Face Pain. mai 2018;58:4-16.
13. Qubty W, Patniyot I. Migraine Pathophysiology. Pediatr Neurol. juin 2020;107:1-6.
14. ICHD3-traduction-française-VF-à-publier.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2019/06/ICHD3-traduction-fran%C3%A7aise-VF-%C3%A0-publier.pdf>
15. Autres Formations [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.college-douleur.org/autres-formations.php>
16. 2013 - 551_RDP4_ref188_demarquayMise en page 1.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: http://www.e-dpc.fr/bibliotheque/docs/douleur/biblio/rdp/RDP_2013_4_551.pdf

17. Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/migraine-nevralgie-du-trijumeau-algies-face>
18. SFEMC - Recommandations céphalées en urgence [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.sfemc.fr/recommandations/64-recommandations-cephalees-en-urgence.html>
19. Avenants [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants>
20. memo-accompagnement-pharmaceutique-aide-facturation2020.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/694369/document/memo-accompagnement-pharmaceutique-aide-facturation2020.pdf>
21. Recommandations Migraine [Internet]. VIDAL. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/migraine-1478.html>
22. 2002 - Recommandations.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations_2006_11_27__10_56_57_546.pdf
23. Accueil - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php#result>
24. Lanteri-Minet et al. - 2013 - Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.sf-neuro.org/files/files/Recommandations%20sur%20la%20prise%20en%20charge%20diagnostique%20et%20th%C3%A9rapeutique%20de%20la%20migraine%20chez%20l%2527adulte%20et%20chez%20l%2527enfant%20\(1\).pdf](https://www.sf-neuro.org/files/files/Recommandations%20sur%20la%20prise%20en%20charge%20diagnostique%20et%20th%C3%A9rapeutique%20de%20la%20migraine%20chez%20l%2527adulte%20et%20chez%20l%2527enfant%20(1).pdf)
25. SFEMC - La migraine - fiche technique [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.sfemc.fr/fiches/62-la-migraine-fiche-technique.html>
26. Interactions entre les médicaments [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/assure/sante/medicaments/effets-secondaires-et-interactions-lies-aux-medicaments/interactions-medicamenteuses>
27. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé - ANSM [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses-et-cytochromes/\(offset\)/1](https://ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses-et-cytochromes/(offset)/1)
28. Triptans [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/triptans>
29. Bonnabry et al. - PREDICTION DES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES L'EXE.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: https://pharmacie.hug.ch/ens/conferences/pb_ssmi97.pdf
30. etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf [Internet]. [cité 25 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
31. Tabac : quels sont les risques ? [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/assure/sante/themes/tabac/risques-tabagisme>

32. Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>
33. Gazerani P. Migraine and Diet. *Nutrients*. 3 juin 2020;12(6):1658.
34. Tiseo C, Vacca A, Felbush A, Filimonova T, Gai A, Glazyrina T, et al. Migraine and sleep disorders: a systematic review. *J Headache Pain*. 27 oct 2020;21(1):126.
35. *evaluation_sommeil.pdf* [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/source/docs/evaluation_sommeil.pdf
36. 10 recommandations de nos médecins du sommeil pour bien dormir ! [Internet]. INSV Institut National du Sommeil et de la Vigilance. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://institut-sommeil-vigilance.org/10-recommandations-de-nos-medecins-du-sommeil-pour-bien-dormir/>
37. Activité physique [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
38. Conseil exécutif - 2012 - Lutte contre les maladies non transmissibles *mis.pdf* [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf?ua=1
39. *guide_aps_annexes.pdf* [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_annexes.pdf
40. *annexe_1_table_dindice_de_masse_corporelle.pdf* [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/annexe_1_table_dindice_de_masse_corporelle.pdf
41. Obésité · Inserm, La science pour la santé [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
42. *2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf* [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf
43. Pourcentage de masse grasse, connaître les normes [Internet]. IRBMS. 2017 [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/pourcentage-masse-grasse-adiposite-normes/>
44. WikiPhyto, l'encyclopédie de la phytothérapie [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <http://www.wikiphyto.org/wiki/Accueil>
45. AROMABASE.FR - base de données aromathérapie [Internet]. AROMABASE. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://aromabase.fr/>
46. Nicholson RA, Buse DC, Andrasik F, Lipton RB. Nonpharmacologic Treatments for Migraine and Tension-Type Headache: How to Choose and When to Use. *Curr Treat Options Neurol*. févr 2011;13(1):28-40.
47. Article R5121-152 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028083982/

48. cahier_sfetd_n_3_ccq.pdf [Internet]. [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/06/cahier_sfetd_n_3_ccq.pdf
49. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. J Headache Pain. août 2010;11(4):289-99.
50. Médicaments à risque d'usage détourné et de dépendance [Internet]. [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/assure/sante/themes/addictions/medicaments-usage-detourne-dependance>
51. Pradalier A, Auray JP, El Hasnaoui A, Alzahouri K, Dartigues JF, Duru G, et al. Economic impact of migraine and other episodic headaches in France: data from the GRIM2000 study. Pharmacoeconomics. 2004;22(15):985-99.
52. Murinova N, Krashin D. Chronic daily headache. Phys Med Rehabil Clin N Am. mai 2015;26(2):375-89.
53. Wakerley BR. Medication-overuse headache. Pract Neurol. oct 2019;19(5):399-403.
54. ccq_recos.pdf [Internet]. [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ccq_recos.pdf
55. Infographics for Patients [Internet]. American Headache Society. [cité 8 juin 2022]. Disponible sur: <https://americanheadachesociety.org/resources/infographics/>
56. Migraine | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 8 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/assure/sante/themes/migraine>

Nom - Prénoms : ZAHND Alexandre, Christophe, Michel**Titre de la thèse : Place du pharmacien d'officine dans le parcours de prise en charge d'un patient migraineux**

Résumé de la thèse :

La migraine est une pathologie fréquente touchant environ 12% de la population adulte en France, et constitue la première cause de consultation neurologique. Dans le système de santé actuel, le pharmacien d'officine ne dispose pas d'encadrement reconnu pour la prise en charge globale des patients migraineux. Cette thèse propose une approche basée sur l'élaboration d'entretiens pharmaceutiques personnalisés pour évaluer l'efficacité du traitement, améliorer l'observance thérapeutique, et informer les patients sur les mesures non pharmacologiques pour prévenir et soulager les crises. Ce manuscrit propose également une orientation diagnostique au comptoir, qui permettrait d'identifier les patients souffrant de migraine et de les orienter vers une prise en charge adaptée. La mise en place d'un tel outil pourrait contribuer à améliorer la qualité de vie des patients migraineux et offrir une nouvelle perspective de prise en charge dans le système de santé français.

MOTS CLÉS PHARMACIEN, MIGRAINE, OFFICINE, ENTRETIEN, PREVENTION, QUALITE DE VIE

JURY**PRÉSIDENT :** Mme Christine BOBIN-DUBIGEON, *Maître de conférences Praticien Biologiste Spécialiste Centre Anticancéreux.***DIRECTEUR :** M. Julien NIZARD, *PUPH M.D., Ph D. Chef du Service Douleur, Soins Palliatifs et de Support, Ethique clinique.***ASSESEURS :** Mme Maria STARVAKAKIS, *Docteur en Pharmacie.*Mme Céline LATTE, *Docteur en Pharmacie.*

Adresse de l'auteur : 52, rue de la Ville en Bois 44100 NANTES