



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La migraine en médecine générale : élaboration d'une « boîte à outils »
céphalées-migraine par une méthodologie de Développement Professionnel
Continu**

Présentée et soutenue publiquement le 2 Février 2016 à 18h00
au Pôle Formation
Par Ombeline Laude

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Blond Serge

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Defebvre Luc

Madame le Docteur Hossein-Foucher Claude

Monsieur le Docteur Blondel Jean-Michel

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Lucas Christian

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

SFEMC	Société Française d'Etudes des Migraines et des Céphalées
DPC	Développement Professionnel Continu
QCM	Questions à Choix Multiples
IHS	International Headache Society
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HAD	Hospital Anxiety and Depression scale
FMC	Formation Médicale Continue
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
MG	Médecin Généraliste
DCI	Dénomination Commune Internationale
HTA	Hypertension Artérielle

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes.....	5
I. Elaboration de la « boîte à outils » :.....	5
II. Développement professionnel continu.....	7
Résultats	11
I. Retour d'expérience sur l'utilisation de l'outil	11
II. Finalisation de l'outil	12
III. Analyse des résultats des pré et post-tests	13
Discussion	15
I. Les forces de l'étude.....	15
II. Les biais	15
A. La mise en place de l'outil	15
B. Manque de participation	16
III. Une consultation « dédiée » à la migraine ?.....	16
IV. La nécessité d'un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge de la migraine	17
Conclusion.....	19
Références bibliographiques	20
Annexes	22
Annexe 1 : 1 ^{ère} « boîte à outils » céphalée-migraine	22
Annexe 2 : Pré-test du DPC	28
Annexe 3 : Version finale de la « boîte à outils » : « Première consultation du patient consultant pour « migraine » »	34

RESUME

Contexte : La migraine est une pathologie fréquente en médecine générale. Pourtant environ 40% des migraineux n'auraient jamais consulté pour leurs migraines. Au problème de sous-diagnostic se surajoute une très forte démedicalisation dans la maladie migraineuse. Un des déterminants du maintien dans le circuit de soins est la qualité de la première consultation. L'objectif de ce travail est de mettre en place un outil dévolu à la consultation céphalée-migraine en médecine générale.

Méthode : Par une méthodologie de Développement Professionnel Continu, un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge de la migraine en médecine générale a été mis en place. Cet outil se base sur les dernières recommandations de la SFEMC. Il a été mis au point avec l'aide de médecins généralistes de Béthune au cours d'un programme de DPC sur le thème de la migraine de septembre à décembre 2015. Des pré et post-tests sous forme de QCM ont permis d'évaluer les connaissances des médecins généralistes dans ce domaine.

Résultats : Pour être utilisé en pratique courante, il est nécessaire d'adapter l'outil à la consultation de médecine générale, notamment à la contrainte de temps. La version finale de l'outil a été scindée en deux parties : la première concerne le diagnostic, positif et différentiel, et la prescription du traitement de crise, la seconde s'attache à la recherche des facteurs anxiodépressifs souvent associés, au retentissement de la maladie, à l'évaluation du traitement de crise et à la mise en place du traitement de fond si nécessaire. La seconde partie pourrait faire l'objet d'une consultation de suivi dédiée à la migraine. La formation au cours de ce DPC a permis une amélioration des connaissances des médecins généralistes sur la migraine.

Conclusion : Cette « boîte à outils » destinée aux médecins généralistes a pour but d'améliorer la prise en charge des patients migraineux et de les maintenir dans le circuit de soins.

INTRODUCTION

La migraine est une pathologie fréquemment rencontrée en médecine générale (1). Elle représente la céphalée primaire la plus fréquente. Aujourd'hui pourtant, elle reste une maladie sous-diagnostiquée. On estime qu'environ 40% des migraineux n'ont jamais consulté pour leurs migraines (2).

La prévalence de la migraine en population générale adulte française est de 11,2% de migraine « stricte » (selon les critères de l'IHS, International Headache Society) et de 10,1% de migraine probable (tous les critères IHS moins un), soit 21,3% de migraineux (un adulte français sur 5) (2).

Il existe une nette prédominance féminine, avec un sex ratio de 3 femmes pour 1 homme à partir de la puberté (3). Il s'agit d'une maladie qui débute avant 40 ans dans 90% des cas. La prévalence est maximale entre 35 et 44 ans, rare après 60 ans.

Vu la très forte prévalence de la maladie migraineuse, l'interlocuteur médical de première ligne est et doit rester le médecin généraliste.

Une maladie migraineuse typique sans ou avec aura ne nécessite aucun examen complémentaire paraclinique. Le diagnostic est clinique (3).

La majorité des céphalées primaires, notamment les migraines, peuvent être prises en charge en médecine générale (4). Seules certaines situations nécessitent un avis auprès d'un spécialiste (5).

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) place la maladie migraineuse parmi les vingt premières causes d'incapacité dans le monde avec un patient sur deux estimant avoir un retentissement majeur de la migraine sur sa qualité de vie (6,7). Le retentissement fonctionnel est souvent associé à un important retentissement émotionnel. Celui-ci est difficile à appréhender du fait de l'existence d'un syndrome anxiodépressif sous-jacent (8). L'association de ces deux pathologies semble engendrer une des complications principales de la migraine : l'abus médicamenteux (9).

En plus de cet impact individuel, il existe un impact sociétal majeur représenté par le retentissement socio-économique avec des coûts directs et indirects estimés à plus d'1 milliard d'euros par an en France (10).

Au problème de sous-diagnostic se surajoute une très forte démedicalisation dans la maladie migraineuse car, si 60% des migraineux ont déjà consulté spécifiquement pour leur migraine, seuls 20% restent dans les circuits de soins (2).

Devant ce problème de démedicalisation, plusieurs déterminants du maintien dans le circuit de soins ont été mis en évidence :

- la qualité de la première consultation dédiée avec notamment empathie de la part du médecin
- le temps suffisant consacré à cette consultation
- les explications fournies sur la maladie migraineuse avec établissement du diagnostic et prescription de traitements spécifiques.

Pour atteindre ces objectifs, la consultation d'un patient céphalalgique peut s'avérer extrêmement longue. Or, le temps moyen dévolu à une consultation de médecine générale est de 16 minutes (11).

Pour améliorer et optimiser cette consultation, il nous est paru nécessaire de mettre en place un outil d'aide à la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine en médecine générale.

OBJECTIFS

Objectif principal :

- Mise en place, selon une méthodologie de développement professionnel continu (DPC), d'une « boîte à outils » dévolue à la consultation céphalées-migraine en médecine générale.

Objectifs secondaires :

- Evaluation de l'utilisation de la « boîte à outils » en pratique quotidienne de médecine générale.
- Evaluation du niveau de connaissance des médecins généralistes sur la maladie migraineuse avec réalisation de pré et post-tests.

MATERIELS ET METHODES

I. Elaboration de la « boîte à outils » :

« Première consultation du patient consultant pour « migraine » »

Nous nous sommes basés sur les dernières recommandations de la Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées de 2013 (4) « Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant » pour établir notre outil. Ces recommandations sont la version réactualisée des toutes premières recommandations françaises dans le domaine (12) qui avaient été établies sous l'égide de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) devenue ensuite la Haute Autorité de Santé (HAS).

Ces recommandations sont longues à lire et à maîtriser *in extenso*. C'est pourquoi nous avons élaboré une première « boîte à outils » sous forme de diaporama à l'aide du logiciel Powerpoint®.

Ce diaporama se doit d'être relativement court pour qu'il puisse être utilisé au quotidien dans l'exercice de la médecine générale.

Dans cette 1^{ère} ébauche de « boîte à outils » céphalées-migraine, nous avons fait figurer (annexe 1):

- les différents « drapeaux rouges » vis-à-vis des céphalées (céphalées en coup de tonnerre, céphalées progressives évoquant une hypertension intracrânienne...),
- les critères diagnostiques succincts de la migraine sans et avec aura,
- les définitions de céphalées chroniques quotidiennes,
- les outils d'évaluation de la comorbidité anxieuse, fréquente dans la migraine, notamment l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale),

- l'évaluation du retentissement fonctionnel à l'aide du questionnaire HIT-6,
- l'évaluation du traitement de crise,
- la stratégie du traitement de crise et du traitement de fond de la migraine,
- les outils utiles comme l'agenda des crises
- les indications d'accès au spécialiste.

Cette « boîte à outils » a ensuite fait l'objet d'un premier travail qualitatif dont les objectifs étaient de faire l'état des lieux de la prise en charge de la migraine par les médecins généralistes et de recueillir leurs avis sur la « boîte à outils ».

Ce travail a fait l'objet d'un mémoire de médecine générale mené en juin et juillet 2015 : « Migraine et médecine générale chez l'adulte : état des lieux de la prise en charge et évaluation d'un outil d'aide diagnostique et thérapeutique ».

Cette étude révélait l'intérêt d'un support d'aide à la consultation de migraine en médecine générale. Cependant le temps pouvait être un obstacle à la prise en charge globale du patient migraineux et à l'utilisation de l'outil. La première ébauche de « boîte à outils » paraissait trop longue et donc difficilement utilisable lors d'une consultation de médecine générale pour les médecins généralistes interrogés.

Suite à cette première évaluation, quelques modifications ont été apportées à la « boîte à outils » afin de répondre aux besoins des médecins généralistes. Les signes d'alerte ont été synthétisés sous forme de diagrammes. L'échelle HIT-6 a été retirée car peu utilisée, les médecins généralistes parvenant avec quelques questions à évaluer le retentissement des migraines. Enfin les indications de recours aux spécialistes paraissaient inutiles d'après les médecins généralistes interrogés.

C'est à partir de cette version que s'est basée notre étude.

II. Développement professionnel continu

Notre étude a été menée dans une démarche de DPC.

Le DPC est un dispositif regroupant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ses objectifs, définis par la HAS, sont « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins ».

Pour répondre à nos objectifs, 2 soirées ont été organisées dans le cadre d'un programme de DPC intitulé « Optimisation de la prise en charge des céphalées par le médecin généraliste ». Ce programme a été validé par le département FMC/DPC de la faculté de médecine de Lille.

Ce programme était mixte : présentiel et non présentiel.

Il faisait appel à plusieurs méthodes, selon la HAS: cognitive en groupe, revue de dossiers et analyse de cas.

Les médecins généralistes s'inscrivaient sur la base du volontariat.

Du fait d'une très forte implication des médecins de la région de Béthune dans les actions de FMC, le Dr C. Lucas, neurologue au CHRU de Lille, avait contacté le Dr JM. Blondel, médecin généraliste coordinateur de la FMC sur Béthune, pour envisager avec son groupe de médecins généralistes de participer à ce DPC.

Le programme de DPC se déroulait en plusieurs étapes : l'analyse des besoins et des pratiques des médecins généralistes, la formation et l'évaluation de l'acquisition des connaissances.

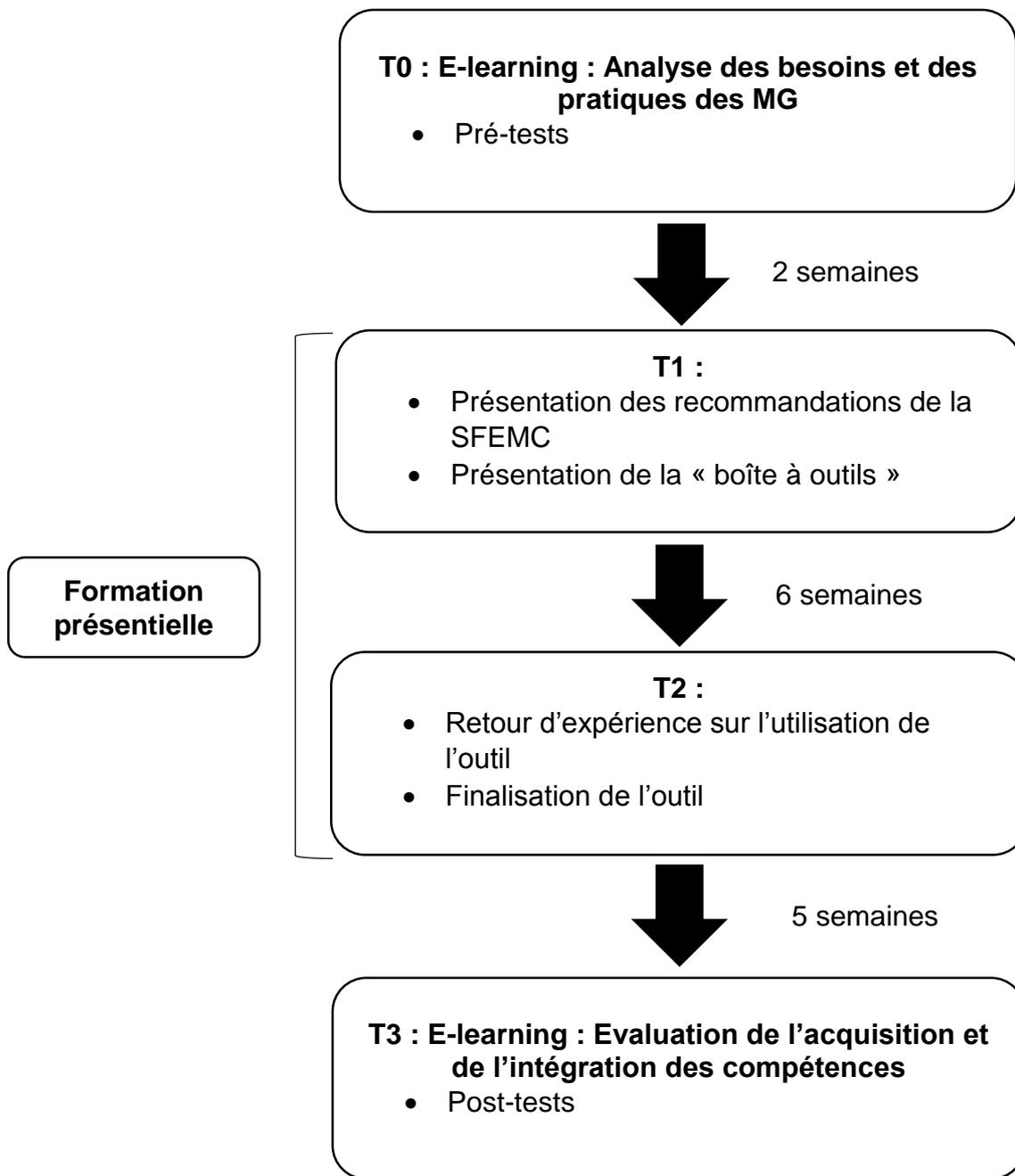


Figure 1 : Programme du DPC « optimisation de la prise en charge des céphalées par le médecin généraliste »

1^{ère} étape : Analyse des besoins et des pratiques des médecins généralistes

La première étape consistait en une formation en ligne (e-learning).

Deux semaines avant la première soirée, les médecins généralistes inscrits recevaient des pré-tests. Ces derniers se présentaient sous forme de QCM avec questions théoriques et cas cliniques sur le thème « céphalées » (annexe 2).

2^{ème} étape : Formation présentielle

Le 24 septembre 2015, une première soirée réunissait tous les médecins généralistes inscrits.

Les dernières recommandations de la Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées ont été présentées par le Dr C. Lucas, aux médecins généralistes participants.

La première version de la « boîte à outils céphalées », que nous avons élaborée mais sans la coparticipation des médecins généralistes, a également été exposée.

Un temps d'échange avait permis de répondre aux questions des médecins généralistes.

A la suite de cette première soirée, la « boîte à outils » a été envoyée par mail aux médecins généralistes inscrits. Il leur était demandé de l'utiliser au cours de leur consultation pendant 6 semaines.

Le 4 novembre 2015, une nouvelle soirée était organisée.

Il a été demandé aux participants un retour d'expérience sur l'utilisation de l'outil. Les médecins généralistes étaient séparés en 3 groupes, de manière aléatoire.

Les groupes étaient dirigés par le Dr C. Lucas, le Dr JM. Blondel et l'enquêtrice. Un temps était laissé à chaque groupe pour exprimer leurs remarques et impressions sur l'utilisation de l'outil.

Un rapporteur était choisi au sein de chaque groupe pour résumer la discussion à l'ensemble des participants.

Enfin, l'outil a été finalisé en prenant en compte un maximum de remarques.

3^{ème} étape : Evaluation de l'acquisition et de l'intégration des compétences

Début décembre, un post-test web identique au pré-test a été envoyé aux médecins généralistes.

RESULTATS

Les médecins généralistes étaient au nombre de 20, d'âge moyen de 48,1 ans, composés de 12 hommes et 8 femmes.

20 ont réalisé les pré-tests et 19 les post-tests.

Concernant les soirées présentielle 20 médecins généralistes étaient présents à la première soirée de présentation de la 1^{ère} version de la « boîte à outils céphalées » et 19 à la seconde soirée.

I. Retour d'expérience sur l'utilisation de l'outil

8 médecins généralistes ont indiqué avoir utilisé la première version lors des 6 semaines entre les 2 réunions.

Concernant son utilisation au quotidien, les principales remarques formulées portaient sur le fait que cette version était un peu longue.

Les médecins généralistes rapportaient que parmi les multiples motifs que pouvait aborder un patient lors d'une même consultation, le motif « céphalée » était souvent le dernier abordé.

Il a alors été proposé de scinder l'outil en deux parties.

Le premier temps porterait sur le diagnostic positif et différentiel ainsi que sur l'instauration du traitement de crise, avec la co-prescription d'un AINS et d'un triptan.

Le second temps pourrait correspondre à une consultation de suivi programmée, dédiée à la migraine. Cette consultation s'attacherait à l'évaluation du handicap et de la comorbidité anxieuse, l'évaluation de l'efficacité du traitement de crise instauré et la nécessité ou non d'un traitement de fond.

Les médecins généralistes soulignaient, à travers la planification de cette

seconde consultation, la considération du médecin vis-à-vis de la maladie migraineuse et donc du patient.

Par ailleurs, il a été signalé des manquements notamment sur la migraine de l'enfant. Les médecins généralistes présents voulaient voir apparaître les critères diagnostiques de la migraine chez l'enfant, et les traitements adaptés à l'enfant.

De plus, les médecins généralistes ont souhaité que figurent les DCI et les noms commerciaux des traitements de crise et de fond ainsi que les posologies cibles pour les traitements de fond.

12 médecins généralistes n'ont pas utilisé l'outil, le plus souvent faute de temps.

II. Finalisation de l'outil

Après les différents tours de table et après l'exposé de chacun des 3 rapporteurs a été élaborée une version définitive de la « boîte à outils céphalées » (annexe 3) en tenant compte également des remarques faites par les médecins généralistes utilisateurs de la 1^{ère} version.

Par rapport à la 1^{ère} version, qui semblait trop lourde, nous avons scindé la version définitive en deux.

La 1^{ère} partie, correspondant à la 1^{ère} consultation, comporte les outils indispensables pour songer aux céphalées secondaires, les critères diagnostiques de migraine sans et avec aura, les définitions de céphalées chroniques quotidiennes et la stratégie du traitement de crise en incluant également des données sur la migraine de l'enfant.

Les autres éléments du diaporama avec l'évaluation de la co-morbidité anxieuse, la stratégie du traitement de fond, la réévaluation du traitement de crise prescrit ont été inclus dans une deuxième partie, semblant plus en adéquation avec la « vraie vie » du médecin généraliste.

Ce dernier article une première consultation de débrouillage avec la partie diagnostique et thérapeutique pour la crise migraineuse. Il organise ensuite le suivi plus ou moins rapproché avec évaluation du traitement de crise et si besoin prescription d'un traitement de fond et une ébauche d'éducation thérapeutique...

III. Analyse des résultats des pré et post-tests

A. Diagnostic et définitions

Les médecins généralistes maîtrisaient mieux les critères IHS lors de la réalisation du post-test. La durée de la crise de migraine sans traitement efficace était mieux connue, ainsi que la possibilité que la céphalée migraineuse puisse être bilatérale.

Le diagnostic de migraine avec aura et de migraine cataméniale ne posaient pas de difficulté pour la majorité des médecins.

50% des médecins connaissaient la définition de la récurrence de la crise migraineuse. Ils sont 89,47% à maîtriser cette notion lors du post-test.

B. Prise en charge

La majorité (95%) des médecins généralistes interrogés considérait que le diagnostic de migraine est clinique, mais le scanner cérébral était encore systématiquement réalisé pour 5% des médecins généralistes.

Lors du post-test nous avons eu 100% de bonnes réponses, plus aucun médecin ne prescrivait d'imagerie cérébrale pour le diagnostic de migraine.

Concernant la rédaction de la 1^{ère} ordonnance, il y a une nette amélioration des connaissances puisque, avant la formation, seuls 60% des médecins généralistes prescrivaient d'emblée AINS et triptan, 75% conseillaient d'utiliser le triptan d'emblée

si l'AINS était mal toléré ou inefficace et 85% expliquaient l'intérêt d'essayer le traitement de crise sur 3 crises pour juger de son efficacité.

100% des médecins généralistes répondent correctement lors du post-test.

Ce résultat se retrouvait dans les cas cliniques. Mais 16,67% des médecins généralistes prescrivaient encore des antalgiques de palier 2.

Les modalités de prise des triptan lors d'une crise migraineuse avec aura sont légèrement mieux maîtrisées : 40% des médecins généralistes répondaient que les triptans peuvent être administrés au début de l'aura lors du pré-test. Ils étaient encore 26,32% lors du post test

Les modalités du traitement de fond, notamment ses objectifs et sa durée, ne sont pas bien connues, mais les connaissances s'améliorent entre les 2 tests.

40% des médecins pensaient que le but du traitement de fond est de réduire la fréquence des crises d'au moins 80% (l'objectif est une réduction d'au moins 50% de la fréquence des crises). Ce résultat passait à 36,84% lors du post-test.

Son efficacité se juge après 3 mois de traitement et sa durée est de 9 à 12 mois s'il est efficace. 70% des médecins maîtrisaient ces notions lors du pré-test. Ils étaient 84,21% lors du post-test.

Le programme de formation a donc permis une amélioration globale des connaissances dans le domaine de la migraine, tant sur le plan diagnostique que sur le plan de la prise en charge.

DISCUSSION

I. Les forces de l'étude

Cette étude est un travail original car elle s'inscrit dans le cadre d'un programme de DPC. L'élaboration de l'outil a été l'occasion pour les médecins généralistes de se mettre à jour sur les dernières recommandations sur la migraine, de pouvoir poser les questions nécessaires à leur pratique quotidienne et de partager les problèmes rencontrés lors de « consultations migraine ».

Impliquer les médecins généralistes dans la mise au point de l'outil permet de mieux connaître leurs attentes et leurs besoins vis-à-vis de cette pathologie. Les médecins généralistes nous ont permis de mettre en exergue leurs points forts et leurs points faibles concernant leur prise en charge de cette maladie.

L'utilisation pendant 6 semaines en consultation nous a permis de confronter l'outil à la pratique courante des médecins généralistes, face à leurs patients et face aux contraintes, notamment horaire, d'une consultation.

II. Les biais

A. La mise en place de l'outil

Afin d'approcher au plus près les attentes des MG, nous aurions pu leur demander leur opinion vis-à-vis d'un outil d'aide à la consultation de migraine sans leur présenter l'outil déjà réalisé sur les bases des dernières recommandations.

Par ailleurs, les MG participant à la DPC sont des médecins très impliqués dans la formation médicale continue et avaient déjà eu antérieurement plusieurs cycles de formation dans le domaine « céphalées-migraine ».

Aussi leur niveau d'expertise dans le domaine est sans doute plus élevé que des MG ne participant pas régulièrement à des DPC dans le domaine céphalées.

Leurs besoins vis-à-vis de l'outil peuvent donc être différents de médecins généralistes « lambda ».

B. Manque de participation

Seuls 8 médecins ont utilisé l'outil en pratique courante. La principale cause de ce manque de participation rapportée par les médecins était le manque de temps.

Le côté « nouveauté » de cette boîte à outils nécessite sans doute un temps d'adaptation pour être adoptée dans la pratique quotidienne.

Cela peut également refléter le fait que le motif « migraine » est peu abordé par les patients en consultation.

III. Une consultation « dédiée » à la migraine ?

Cet outil permet de sortir du fonctionnement intuitif habituel des médecins et resituer la consultation dans un cadre plus théorique et formel.

L'utilisation de cet outil se ferait en 2 temps : un premier temps destiné au diagnostic et à la mise en place d'un traitement de crise, le motif « migraine » étant souvent abordé en fin de consultation, et une 2^{nde} consultation qui serait spécifiquement dédiée à la migraine. Cela permettrait aux médecins généralistes d'apprendre à approfondir un entretien « migraine ».

Une étude qualitative menée en 2012 dans la Loire, « des consultations dédiées à la migraine en médecine générale » (13), reprenait cette notion. Plusieurs freins à une consultation dédiée étaient mis en évidence : du côté médecin, le manque de

temps pour une consultation longue, ou une consultation renouvelée, et du côté patient, la tendance à exposer d'autres motifs lors de cette consultation.

IV. La nécessité d'un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge de la migraine

Une autre thèse menée en 2012, dans la région Rhône-Alpes (14), mettait en avant l'intérêt d'une formation ciblée ou de la mise à disposition d'outils pour le suivi des céphalées.

De même, dans l'étude « des consultations dédiées à la migraine en médecine générale » (13), étaient constatées des zones d'imprécisions, d'erreurs ou de méconnaissances des recommandations nationales. Cela avait entraîné le groupe de médecins généralistes à réaliser un guide d'amélioration des pratiques.

On retrouvait dans celui-ci les critères IHS pour le diagnostic de migraine, des schémas représentant différentes céphalées, l'indication du traitement de fond, le calendrier des migraines, les 4 questions portant sur l'efficacité du traitement de crise et un rappel sur la définition de l'abus médicamenteux.

L'utilisation d'outils lors de consultation permettrait de lutter contre « l'inertie clinique » décrit par Phillips (15).

Ce concept est défini ainsi : « les buts du traitement sont bien définis, des traitements efficaces sont largement disponibles, les recommandations ont été diffusées de toute part. Malgré ces progrès, les soignants ne commencent pas ou n'intensifient pas le traitement lors de consultations où il faudrait à l'évidence le faire. Nous appelons inertie clinique un tel comportement : reconnaissance du problème, pas de passage à l'acte ».

Ce concept est bien connu dans le domaine des maladies chroniques telles que le diabète, l'HTA, les dyslipidémies... Les médecins connaissent les recommandations de bonnes pratiques, pourtant certaines études montrent qu'elles ne sont pas toujours bien appliquées. Cela pourrait aussi s'appliquer au domaine de la migraine.

Plusieurs causes à cette inertie ont été invoquées notamment le manque formation, le manque de temps, l'écart entre la « vraie vie » et les recommandations,

le patient étant une personne singulière avec son mode de vie et son fonctionnement propre...

Pour réduire cette inertie, les moyens sont multiples. La participation aux formations médicales continues et l'utilisation d'outils en font partie.

CONCLUSION

Notre thèse est une démarche très originale de mise au point d'une « boîte à outils céphalées-migraine » à l'aide d'une méthodologie DPC.

Ceci a permis d'élaborer une version qu'il faudrait tester sur un échantillon plus large de médecins généralistes afin d'évaluer l'impact sur une vraisemblable meilleure prise en charge de la maladie migraineuse. Une étude comportant des médecins généralistes munis de l'outil *versus* un groupe contrôle sans l'outil serait nécessaire. Elle évaluerait, grâce aux recommandations et revues des dossiers par un expert, la bonne prise en charge des patients céphalalgiques et l'utilité de l'outil.

Cette thématique se prête bien à la recherche clinique en médecine générale qui devrait se développer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Morel P, others. Quand référer aux urgences un patient présentant une céphalée? *Médecine D'urgence*. 2010;259(29):1526-9.
2. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, Chautard M, Lucas C. Migraine and Probable Migraine -- Results of FRAMIG 3, a French Nationwide Survey Carried out According to the 2004 IHS Classification. *Cephalalgia*. 1 déc 2005;25(12):1146-58.
3. Lanteri-Minet M, Valade D, Geraud G, Lucas C, Donnet A. Revised French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children. *J Headache Pain*. 8 janv 2014;15(1):2.
4. Lantéri-Minet M. The Role of General Practitioners in Migraine Management. *Cephalalgia*. 1 sept 2008;28(2 suppl):1-8.
5. Fabre N, Nachit-Ouinekh F, Becq J-P, Chastan G, Sénard J-M, El Hasnaoui A. Prise en charge de la migraine en médecine générale. Une étude multi-centrique française. *Rev Neurol (Paris)*. oct 2005;161(10):949-56.
6. Duru G, Auray J-P, Gaudin A-F, Dartigues J-F, Henry P, Lantéri-Minet M, et al. Impact of headache on quality of life in a general population survey in France (GRIM2000 Study). *Headache*. juin 2004;44(6):571-80.
7. Céphalées. Aide-mémoire [en ligne]. Mars 2004, N°277, [consulté le 30/11/15]. Disponible sur: <http://www.amiform.com/web/documentation-cephalee-et-migraine/oms--cephalees.pdf>
8. Lantéri-Minet M, Radat F, Chautard M-H, Lucas C. Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management. *Pain*. 5 déc 2005;118(3):319-26.
9. Olesen J, Bousser M-G, Diener H-C, Dodick D, First M, Goadsby PJ, et al. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia*. 2006;26(6):742-6.
10. Pradalier A, Auray J-P, El Hasnaoui A, Alzahouri K, Dartigues J-F, 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.
11. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats [en ligne]. Avril 2006, N° 481, [consulté le 30/11/15]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>

12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant: aspects cliniques et économiques. Recommandations. Paris : ANAES; 2002.
13. Gineys V, Meyrand B, Bonnefond H, Charles R. Des consultations dédiées à la migraine en médecine générale. *Médecine*. 27 juin 2014;10(6):278-85.
14. Popier M. Prise en charge de la migraine de l'adulte en médecine générale : évaluation des pratiques thérapeutiques en aigu et en chronique à l'échelle régionale [Thèse de doctorat de médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2012.
15. Phillips LS. Clinical Inertia. *Ann Intern Med*. 6 nov 2001;135(9):825.

ANNEXES

Annexe 1 : 1^{ère} « boîte à outils » céphalée-migraine

Première consultation du patient migraineux

Diagnostic de migraine

- **ID migraine:**

Durant les 3 derniers mois, avez-vous eu les signes suivants qui accompagnaient vos céphalées?

- *Etes-vous nauséeux ou avez-vous des vomissements?*
OUI NON
- *La lumière vous gêne-t-elle plus que lorsque vous n'avez pas de céphalées?*
OUI NON
- *Vos céphalées limitent-elles vos possibilités de travail, d'étude ou tout ce que vous aviez l'intention de faire, pendant au moins une journée?*
OUI NON

-> 2 oui sur 3: très forte probabilité d'être migraineux

Existe-t-il des ATCD familiaux de migraine?

Existe-t-il des équivalents migraineux?

Signes d'alerte

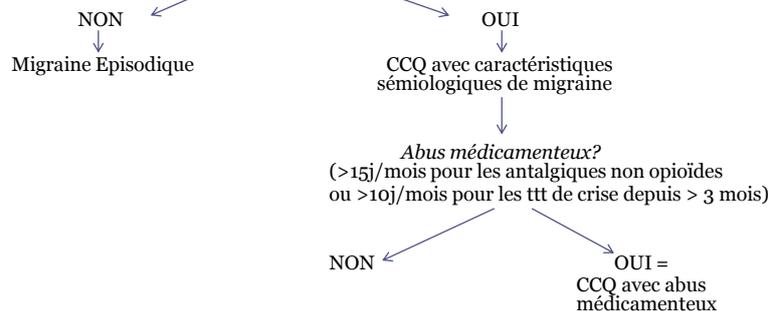
- **Symptômes d'interrogatoire:**
 - Céphalée inhabituelle chez un patient migraineux connu
 - crises migraineuses apparues après l'âge de 50 ans
 - Installation brutale d'une céphalée sévère
 - Aggravation progressive d'une céphalée permanente
 - Déclenchement de la céphalée par un effort physique, le coût, la toux
 - Présence de signes associés:
 - Somnolence, obnubilation, perte de mémoire
 - Myalgies, arthralgies
 - AEG, amaigrissement
 - Troubles visuels progressifs
- **Signes d'examen:**
 - T°
 - Raideur de la nuque
 - Troubles moteurs ou sensitifs focalisés
 - Asymétrie des ROT, signe de Babinski
 - Asymétrie pupillaire
 - Artère temporale dure et douloureuse à la palpation



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Céphalées chroniques quotidiennes? (CCQ)

Existe-il des céphalées + de 15 jours/mois depuis + de 3 mois?



Evaluation du retentissement de la migraine

- Evaluation de la comorbidité anxiodépressive: Echelle HAD

Échelle HAD

Répondre en fonction de la semaine écoulée :
3: ++ 2: + 1: ± 0: -

A	<input type="checkbox"/> Je me sens tendu ou énervé	
	<input type="checkbox"/> J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	
	<input type="checkbox"/> Je me fais du souci	
	<input type="checkbox"/> Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté	
	<input type="checkbox"/> J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	
	<input type="checkbox"/> J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	
	<input type="checkbox"/> J'éprouve des sensations soudaines de panique	
D	<input type="checkbox"/> Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	
	<input type="checkbox"/> Je ris facilement et vois le bon côté des choses	
	<input type="checkbox"/> Je suis de bonne humeur	
	<input type="checkbox"/> J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	
	<input type="checkbox"/> Je ne m'intéresse plus à mon apparence	
	<input type="checkbox"/> Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	
	<input type="checkbox"/> Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	

Tableau 3 HAD : *Hospital Anxiety [A] and Depression [D] Scale*

Si le score à l'échelle HAD « anxiété » est ≥ 8 , le choix se fait vers un traitement de fond ou vers une prise en charge en relaxation; si le score à l'échelle HAD « dépression » est ≥ 8 , on envisage d'adoindre un traitement antidépresseur. Lorsque le score obtenu à chaque sous-échelle est ≥ 8 , il est important de vérifier qu'il n'existe pas un trouble patent.

- Evaluation du retentissement fonctionnel:
questionnaire HIT-6

Questionnaire HIT sur l'impact des céphalées

	JAMAIS	RAREMENT	DE TEMPS EN TEMPS	TRÈS SOUVENT	TOUT LE TEMPS
1 Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ?					
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 ?					
3 Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?					
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 ?					
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 ?					
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 ?					
TOTAL					
Pour calculer le score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne	6 points par réponse	8 points par réponse	10 points par réponse	11 points par réponse	13 points par réponse
SCORE TOTAL =					
Un total inférieur à 55 est le témoin d'un impact léger ou modéré alors qu'un score supérieur à 55 est le signe d'un impact important à majeur					

Notes : HIT : Headache Impact Test. Cette échelle mesure l'impact (impact réel à partir de 50 points) des céphalées sur la vie professionnelle, familiale et sociale du patient, elle favorise le dialogue et permet de suivre l'évolution. Plus le score est élevé, plus l'impact des maux de tête sur sa vie est important.

Evaluation du traitement de crise

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

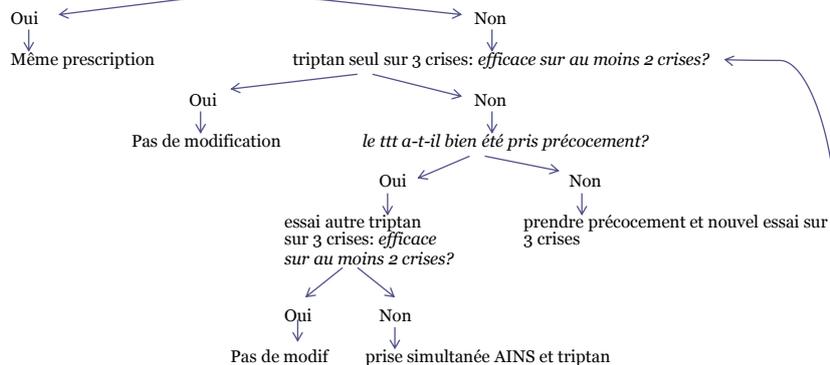
NON à au moins 1 question
= **AINS et triptan sur la même ordonnance**

OUI aux 4 questions
= **pas de modification du traitement**

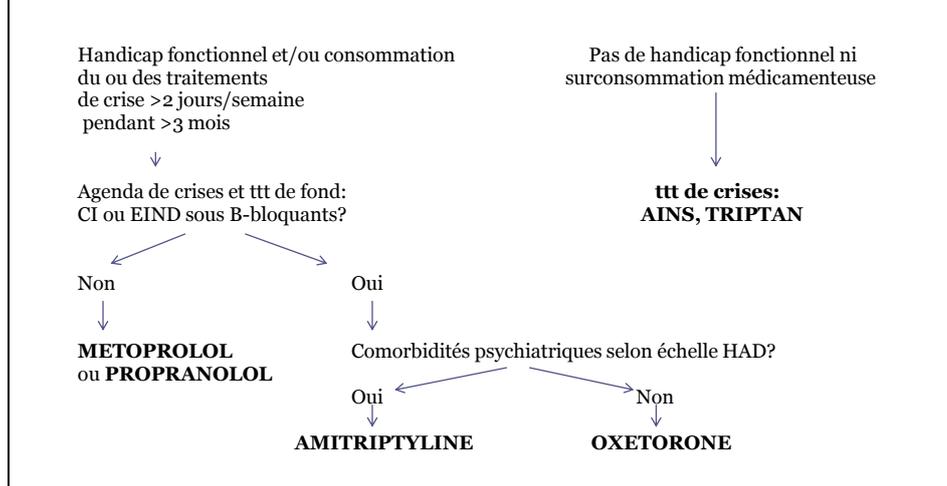
Stratégie thérapeutique de la crise

Prescription conjointe AINS et triptan: prise précoce d'AINS puis prise du triptan si pas de soulagement 1 à 2 heures après la prise d'AINS

-> essai sur 3 crises: AINS efficace sur au moins 2 crises et bien toléré?



• Nécessité d'un traitement de fond?



Quand référer une céphalée au spécialiste?

- Céphalée atypique n'entrant dans aucun grand cadre diagnostique
- Suspicion d'une céphalée secondaire
- Nécessité d'un bilan spécialisé ORL, ophtalmo ou stomatologique.
- Echec de 2 traitements de crise chez un migraineux.
- Echec de 2 traitements de fond chez un migraineux.
- Céphalée associée à un abus médicamenteux.
- Demande du patient qui exprime une insuffisance de prise en charge

Annexe 2 : Pré-test du DPC

1. Quelles affirmations sont exactes concernant l'épidémiologie de la migraine ?

(choix multiples)

1. La migraine affecte 5 à 10% des enfants
2. La migraine affecte autant de petits garçons que de petites filles
3. La migraine affecte 12 à 21% des adultes en France
4. Le sex ratio est de 3 femmes pour un homme à l'âge adulte
5. Toutes ces propositions sont exactes

2. Parmi les affirmations suivantes, lesquelles sont exactes concernant les AINS dans la crise de migraine? (choix multiples)

1. Tous les AINS ont été validés scientifiquement dans la crise migraineuse
2. Ils agissent vraisemblablement sur l'inflammation neurogène des artères méningées et dure-mériennes
3. Ils peuvent être administrés au début de l'aura migraineuse
4. On ne peut les associer aux triptans pour traiter une crise
5. Si le premier comprimé a été inefficace, on peut en reprendre un second 2 heures plus tard

3. Parmi les affirmations suivantes, lesquelles sont exactes concernant la rédaction de la première ordonnance dans la crise de migraine? (choix multiples)

1. Il faut commencer par des antalgiques mineurs
2. Il faut rédiger une double prescription : AINS en première intention avec triptan en traitement de secours si l'AINS est inefficace
3. Chez certains patients avec crises sévères, on peut prescrire des triptans d'emblée
4. Si l'AINS est mal toléré ou inefficace, on conseillera d'utiliser les triptans d'emblée
5. Il faut expliquer que le traitement de la crise doit être testé sur 3 crises pour juger de son efficacité

4. Parmi les affirmations suivantes, lesquelles sont exactes concernant les examens complémentaires à réaliser pour confirmer le diagnostic de migraine ? (choix multiples)

1. Aucun, c'est un diagnostic purement clinique si la migraine remplit tous les critères de l'IHS
2. Réalisation systématique d'un scanner cérébral
3. Réalisation d'un examen ophtalmologique
4. Réalisation de radiographies du rachis cervical
5. Réalisation d'une échographie abdominale

5. Les crises migraineuses sans aura de l'adulte ont toutes les caractéristiques suivantes sauf une (choix simple) :

6. Elles durent sans traitement efficace 2 à 12 h
7. Elles peuvent être bilatérales
8. Elles augmentent souvent à l'effort
9. Elles peuvent être accompagnées de troubles digestifs
10. Elles ne sont pas systématiquement pulsatiles

6. La récurrence de la crise migraineuse est définie comme suit (1 réponse exacte)

1. Absence de soulagement total 2h après la prise du traitement de crise
2. Réapparition de la céphalée après la 1^{ère} heure
3. Réapparition de la céphalée, soulagée initialement, entre 2 et 48h
4. Elle est synonyme d'un échec du traitement
5. Réapparition de la céphalée, soulagée initialement, entre 2 et 12h

7. Les complications de la migraine peuvent être les suivantes (choix multiples)

1. Algie vasculaire de la face
2. Migraine chronique
3. Crise d'épilepsie
4. Etat de mal migraineux
5. Somnolence diurne excessive

8. Quelles affirmations sont inexactes concernant le traitement de fond de la migraine ? Choix multiples

1. Un traitement doit s'accompagner d'une éducation du patient
2. Le but d'un traitement de fond est de réduire la fréquence des crises d'au moins 80%
3. Son efficacité se juge au bout de 3 mois
4. S'il est efficace on laissera ce traitement 9 à 12 mois
5. Le traitement de fond de 1^{ère} intention repose sur les anti-épileptiques

9. Parmi les affirmations suivantes, laquelle est exacte concernant les triptans dans la crise de migraine? (choix simple)

1. Les triptans sont efficaces sur la céphalée, les signes digestifs et les signes sensoriels
2. Ils peuvent être administrés au début de l'aura migraineuse
3. Un échec d'un triptan se juge après une crise
4. Si un triptan est inefficace, cela ne sert à rien d'en essayer un autre pour les crises suivantes
5. Ce sont des traitements de dernier recours lors de la crise migraineuse

OBSERVATION n° 1

Mme F, âgée de 25 ans, vous consulte pour des crises de céphalées bilatérales, pulsatiles, qui durent environ 24h00 malgré la prise de 6 cp de paracétamol, qui l'obligent une fois sur 3 à se coucher avec d'importantes nausées et une gêne au bruit et à la lumière, sans bouger. Elle a environ 4 crises par mois. De temps en temps, elle voit des mouches volantes devant les yeux avec parfois des zébrures pendant 20 minutes avant les maux de tête. Les crises ont débuté vers l'âge de 15 ans. Elle pense qu'on ne peut rien y faire car sa mère lui a dit qu'elle avait la même chose et que cela avait disparu mais seulement à sa ménopause. Son examen est strictement normal.

1. Quel est votre diagnostic chez Mme F ? Une réponse exacte

1. Céphalées de tension
2. Migraine sans aura
3. Algie vasculaire de la face
4. Migraine avec aura
5. Etat de mal migraineux

2. Quel(s) traitement(s) de crise peut(vent) être proposé(s)? Choix multiple

1. Aktiskenan
2. Tramadol
3. Paracétamol codéiné
4. Triptan dès le début de l'aura
5. AINS dès le début de l'aura avec triptan en traitement de secours pour la céphalée

3. Quel(s) examen(s) complémentaires réalisez-vous ?

1. Scanner cérébral sans injection
2. Scanner cérébral avec injection
3. IRM cérébrale
4. Examen ophtalmologique
5. Aucun

OBSERVATION n° 2

Mme SR, 42 ans, présente lors de chaque cycle menstruel et exclusivement à cette période, des céphalées holocrâniennes, de tonalité pulsatile, augmentant dès qu'elle bouge, avec photophobie et avec quelques nausées. Elle a une contraception orale par oestro-progestatif minidosé. Son examen est normal. Si elle ne prend aucun traitement la crise dure 24h. Elle se traite par Bi-profenid® qui la soulage en 1h15 mais elle voit réapparaître les mêmes symptômes tous les jours pendant 4 jours ce qui l'oblige à prendre des AINS de façon itérative avec une tolérance digestive qui devient nettement moins bonne avec des gastralgies importantes.

1. Quel est votre diagnostic ? Une réponse exacte

1. Syndrome prémenstruel
2. Conversion hystérique
3. Céphalée de tension
4. Migraine avec aura
5. Migraine cataméniale pure

2. Que pouvez-vous proposer concernant les oestro-progestatifs ? Choix multiples. Cocher les réponses exactes

1. Arrêt définitif de la contraception orale
2. Eventuel changement de contraceptif oral
3. Prise en continu du contraceptif oral
4. Adjonction éventuelle d'oestrogel® 3 jours avant la date présumée des règles et à faire 7 jours
5. Timbres d'estraderm® à poser le 1^{er} jour des règles

3. Quelle va être votre proposition médicamenteuse pour le traitement des crises ? Une réponse exacte

1. Substitution du biprofenid par un autre AINS
2. Aspirine à 1 g
3. Paracétamol
4. Paracétamol codéiné
5. Triptan

4. Quelle analyse faites-vous de la réapparition plusieurs jours de suite de la céphalée migraineuse ?

1. C'est un état de mal migraineux
2. C'est une migraine chronique
3. Ce sont des récurrences multiples
4. Il faut considérer qu'il s'agit de nouvelles crises successives
5. Il faut revoir le diagnostic de migraine

5. Quel va être votre discours vis-à-vis de la vie hormonale de Mme SR (péri-ménopause puis ménopause) par rapport à la migraine ? Cocher les réponses exactes

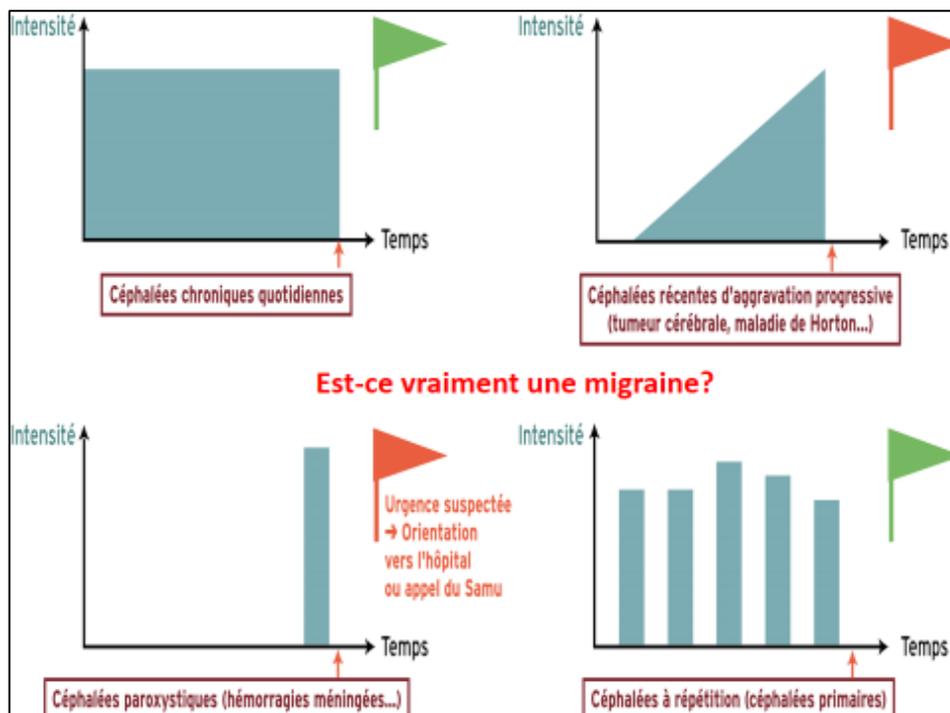
1. La migraine disparaît toujours à la ménopause
2. La péri-ménopause peut s'accompagner d'une augmentation des crises de migraine
3. On ne peut plus prescrire de triptans à la ménopause
4. Les fluctuations hormonales de la péri-ménopause peuvent expliquer des modifications de la maladie migraineuse
5. Une migraine ne peut jamais apparaître après la ménopause

Annexe 3 : Version finale de la « boîte à outils » : « Première consultation du patient consultant pour « migraine » »

Première consultation du patient consultant pour « migraine »

« La boîte à outils » de la consultation céphalée

Ombeline Laude



MIGRAINE AVEC AURA

A. Au moins 2 crises répondant aux critères B et C.

B. Aura consistant en au moins l'un des caractères suivants, mais sans déficit moteur :

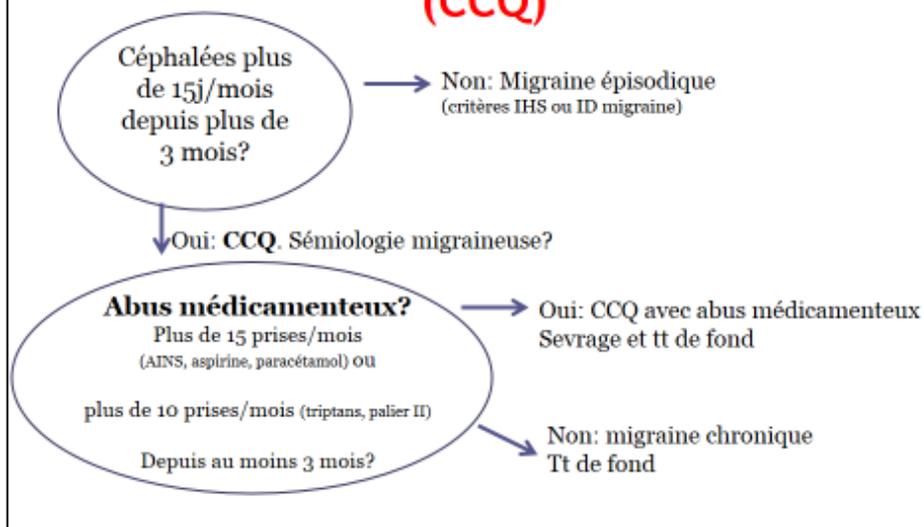
- Symptômes visuels totalement réversibles incluant des phénomènes positifs (lumières scintillantes, taches ou lignes) et/ou négatifs (perte de la vision)
- Symptômes sensitifs totalement réversibles, incluant des phénomènes positifs (sensation de piqûre d'épingle) et/ou négatifs (engourdissement)
- Troubles phasiques totalement réversibles

C. Au moins deux des caractères suivants :

- Symptômes visuels homonymes et/ou symptômes sensitifs unilatéraux
- Au moins un des symptômes se développant progressivement sur ≥ 5 minutes et/ou plusieurs des symptômes survenant successivement sur ≥ 5 minutes
- Durée de chaque symptôme ≥ 5 et ≤ 60 minutes

D. L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, une autre étiologie doit être éliminée par les investigations complémentaires appropriées

Céphalées chroniques quotidiennes? (CCQ)



Evaluation du traitement de crise de migraine

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

NON à au moins 1 question
AINS et triptan sur la même ordonnance

OUI aux 4 questions
Pas de modification du traitement



**STRATÉGIE
DU TRAITEMENT DE CRISE
LORS DE LA 1ÈRE CONSULTATION**

Annexe 1: Traitements de crise

Pour la crise: 7 Triptans disponibles:

- Almotriptan cp 12,5 mg: ALMOGRAN®
- Eletriptan cp 40 mg: RELPAX®
- Frovatriptan cp 12,5 mg: TIGREAT®, ISIMIG®
- Naratriptan cp 2,5 mg: NARAMIG®
- Rizatriptan cp 40 mg: MAXALT®
- Sumatriptan cp 50 mg ou spray 20mg: IMIGRANE®
- Zolmitriptan cp ou oro 2,5 mg: ZOMIG®

Pour la crise: 4 AINS possibles:

- Naproxène sodique 550 mg,
- Ibuprofène 400 mg
- Kétoprofène 100 ou 150 mg,
- Diclofénac
- Aspirine à dose anti-inflammatoire (1 g)

Migraine de l'enfant

• Particularités pédiatriques:

- Durée de la crise: 1 à 48h
- Localisation bilatérale plus fréquente
- Troubles digestifs souvent au 1^{er} plan
- Pâleur inaugurale fréquente

• Indications de la neuro-imagerie élargies

• **Traitements:**

• **Traitement de crise:**

- 1^{ère} intention: Ibuprofène si enfant > 6 mois
- Diclofénac si poids > 16kg
- Naproxène si enfant > 6 ans, ou poids > 25kg
- Aspirine
- Paracétamol
- Sumatriptan spray nasal 10 à 20 mg, si échec et ado de 12 à 17 ans

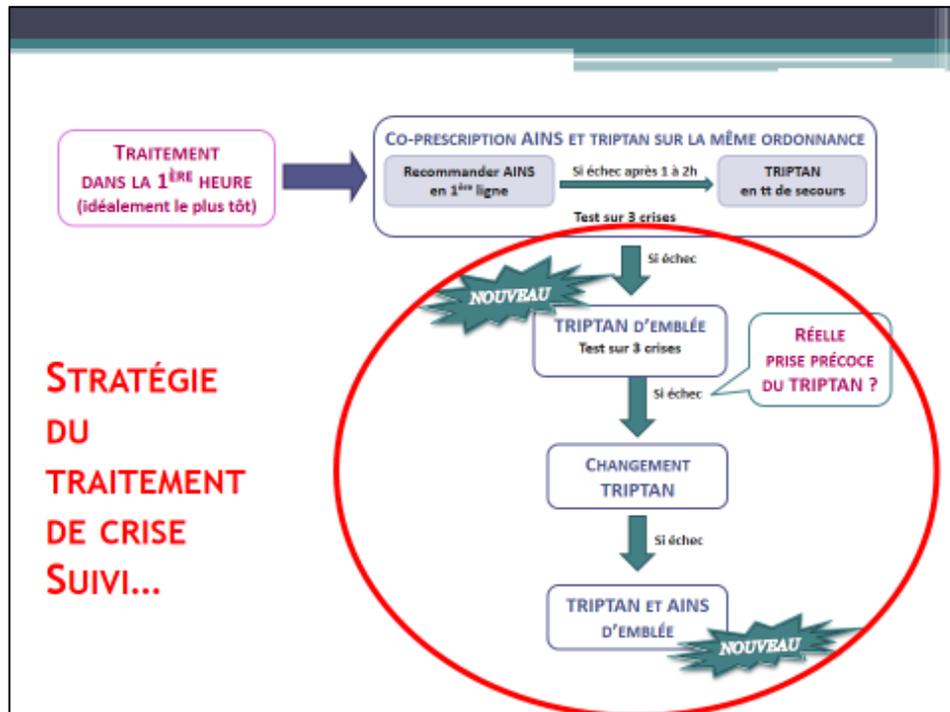
• **Traitement de fond:**

- 1^{ère} intention: traitement non médicamenteux
- Traitement médicamenteux:
 - Amitriptyline, 3 à 10 mg/jour
 - Flunarizine chez l'enfant de plus de 10 ans, 5 mg/jour
 - Métoprolol, 25 à 50 mg/jour
 - Oxétorone, 15 à 30 mg/jour
 - Pizotifène chez l'enfant de plus de 12 ans, 1 mg/jour
 - Propranolol, 2 à 4 mg/kilo/jour
 - Topiramate, 50 à 100 mg/jour

consultation de suivi migraine

« La boîte à outils » de la consultation céphalée

Ombeline Laude



Evaluation du retentissement de la migraine

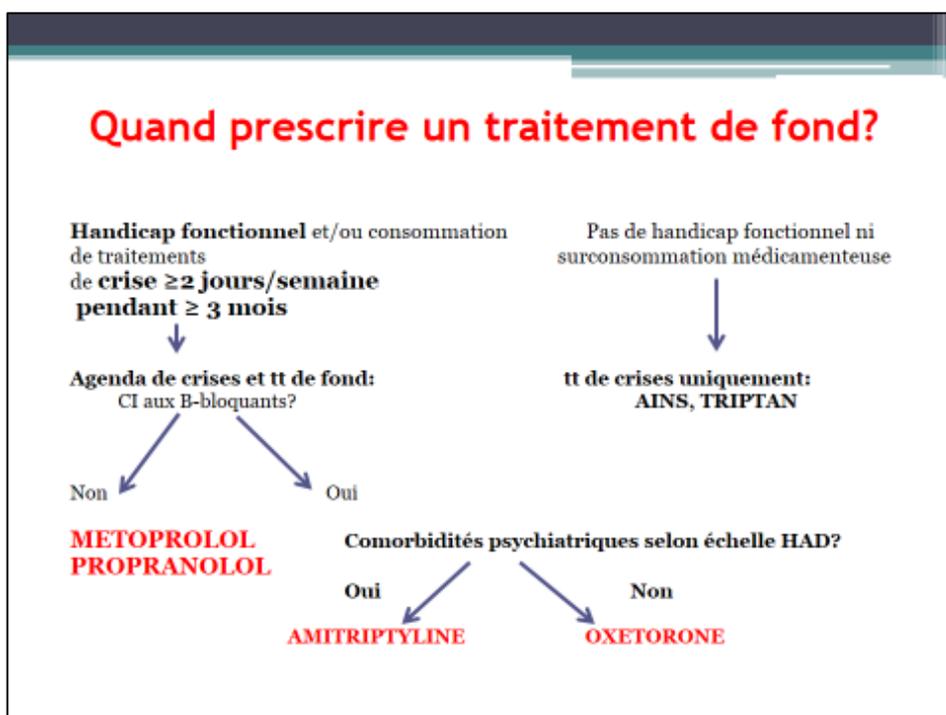
- Evaluation de la comorbidité anxio-dépressive: **Echelle HAD**
- Evaluation du retentissement fonctionnel (sphères sociale et estudiantine ou professionnelle).

Date :

Echelle HAD

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

Score A : Score D : Score total : (à remplir par le médecin)



Annexe 2: Traitements de fond

Traitement de fond: posologie à adapter en fonction de l'efficacité et de la tolérance

- Propranolol: AVLOCARDYL®: débiter à 10mg (1/4 cp) x2/j pendant 2 semaines puis 1/2 cp x 2/j (augmentation progressive si besoin jusqu'à 160mg/j)
- Métoprolol: SELOKEN LP 200 mg: 1/2 à 1 cp/j
- Amitriptyline: LAROXYL®: débiter à 5 gouttes/j pendant 5 jours, puis augmenter de 5 gouttes tous les 5 jours, jusqu'à 15-25 mg/j. Si besoin possibilité de monter à 50-75mg/j
- Oxetorone: NOCERTONE®: 1 à 2 cp/j au coucher

AUTEUR: Nom: Laude

Prénom: Ombeline

Date de Soutenance : 2 Février 2016

Titre de la Thèse : La migraine en médecine générale : élaboration d'une « boîte à outils » céphalées-migraine par une méthodologie de Développement Professionnel Continu.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : médecine générale, migraine, Développement Professionnel Continu, outil, diagnostic, traitement

Résumé :

Contexte : La migraine est une pathologie fréquente en médecine générale. Pourtant environ 40% des migraineux n'auraient jamais consulté pour leurs migraines. Au problème de sous-diagnostic se surajoute une très forte démedicalisation dans la maladie migraineuse. Un des déterminants du maintien dans le circuit de soins est la qualité de la première consultation. L'objectif de ce travail est de mettre en place un outil dévolu à la consultation céphalée-migraine en médecine générale.

Méthode : Par une méthodologie de Développement Professionnel Continu, un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge de la migraine en médecine générale a été mis en place. Cet outil se base sur les dernières recommandations de la SFEMC. Il a été mis au point avec l'aide de médecins généralistes de Béthune au cours d'un programme de DPC sur le thème de la migraine de septembre à décembre 2015. Des pré et post-tests sous forme de QCM ont permis d'évaluer les connaissances des médecins généralistes dans ce domaine.

Résultats : Pour être utilisé en pratique courante, il est nécessaire d'adapter l'outil à la consultation de médecine générale, notamment à la contrainte de temps. La version finale de l'outil a été scindée en deux parties : la première concerne le diagnostic, positif et différentiel, et la prescription du traitement de crise, la seconde s'attache à la recherche des facteurs anxiodépressifs souvent associés, au retentissement de la maladie, à l'évaluation du traitement de crise et à la mise en place du traitement de fond si nécessaire. La seconde partie pourrait faire l'objet d'une consultation de suivi dédiée à la migraine. La formation au cours de ce DPC a permis une amélioration des connaissances des médecins généralistes sur la migraine.

Conclusion : Cette « boîte à outils » destinée aux médecins généralistes a pour but d'améliorer la prise en charge des patients migraineux et de les maintenir dans le circuit de soins.

Composition du Jury :

Président : Pr Blond Serge

Assesseurs : Pr Defebvre Luc, Dr Hossein-Foucher Claude, Dr Blondel Jean-Michel, Dr Lucas Christian