UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Etude quantitative observationnelle descriptive transversale de la prise en charge des céphalées primaires auprès des médecins généralistes de Sambre-Avesnois

Présentée et soutenue publiquement le 15 juin à 16 heures
Au Pôle Formation

Par Grégory PECRET

JURY

Président :
Monsieur le Professeur Arnaud DELVAL

Assesseurs :
Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT
Monsieur le Docteur Pascal CHARPENTIER

Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Franck DELATTRE

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
AM	Assurance Maladie
AVF	Algie Vasculaire de la Face
CC	Communauté de Communes
CP	Céphalée Primaire
CI	Contre-Indication
CT	Céphalée de Tension
ICHD	International Classification of Headache Disorders
IHS	International Headache Society
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
ISRS	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
LPP	Liste des Produits et Prestations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngiste
MG	Médecin Généraliste
SA	Sambre-Avesnois
SFEMC	Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées
USA	United States of America
ZIP	Zone d'Intervention prioritaire

TABLE DES MATIERES

Table des matières

Liste des abréviations *3*
Table des matières *4*
Résumé *6*
Introduction *7*
Matériels et méthodes *9*
Type d'étude 9
Population cible 9
Lieu de l'étude 9
Elaboration du questionnaire 9
Déroulement de l'étude 12
Analyses statistiques 12
Recherche bibliographique 12
Résultats *13*
Diagramme de flux 13
Résultats principaux 13
Patientèle céphalalgique 13
Critères diagnostiques et/ou symptômes 14
La migraine 14
L'algie vasculaire de la face 15
La céphalée de tension 16
Prescription d'un traitement prophylactique 17
Prescription d'examens complémentaires 17
Adressage à un autre spécialiste 17
Critères diagnostiques/ symptômes des céphalées primaires 18
La migraine 18
L'algie vasculaire de la face 19
La céphalée de tension 20
Outils mis en place pour l'évaluation du traitement 21
Difficultés rencontrées dans la prise en charge des céphalées primaires 21
Souhaits du médecin généraliste 21
Discussion *22*

Résultats principaux 22
Patientèle céphalalgique 22
Critères diagnostiques/ symptômes des céphalées primaires 23
La migraine 23
L'algie vasculaire de la face 24
La céphalée de tension 25
Conclusion 25
Prescription d'examens complémentaires 26
Adressage à un autre spécialiste 26
Stratégie thérapeutique 27
La migraine 27
L'algie vasculaire de la face 29
La céphalée de tension 30
Outils mis en place pour évaluation du traitement 31
Difficultés rencontrées dans la prise en charge des céphalées primaires 31
Souhaits du médecin généraliste 31
Forces et limites *32*
Conclusion *33*
Références bibliographiques *34*
Annexes *37*
Annexe 1 : les « red flags » 37
Annexe 2 : Territoire de Sambre-Avesnois 38
Annexe 3 : Questionnaire 39
Annexe 4 : Récépissé de déclaration et de conformité 43
Annexe 5 : lettre d'accompagnement 44
Annexe 6 : Grille d'évaluation STROBE 45

RESUME

Introduction : Selon la classification internationale des céphalées ICHD 3, les céphalées primaires sont les plus fréquentes en population générale adulte. Elles ont un impact socio-économique important. La migraine, la céphalée de tension et l'algie vasculaire de la face sont de diagnostic clinique avec des critères bien définis et le traitement est bien codifié. Devant l'augmentation du nombre de nouvelles recommandations et de la charge de travail en médecine générale, le médecin a-t-il reçu les dernières informations dans le cadre de la prise en charge des céphalées primaires ?

Matériel et méthode : Il s'agit étude quantitative observationnelle descriptive transversale sur la prise en charge des céphalées primaires réalisée de mars à juin 2021 auprès des médecins généralistes (MG) du territoire de Sambre-Avesnois.

Résultats : 25,8% ont répondu au questionnaire. 90% des MG estiment leur patientèle céphalalgique entre 5 et 30%. 20% des MG posent le diagnostic de migraine strict et 23% de migraine probable selon les critères IHS. Plus de 80% prescrivent des AINS et/ou Triptans dans le traitement de la crise et 43% un bétabloquant dans le traitement prophylactique. 3% connaissent l'intégralité des critères IHS dans l'AVF et 33% utilisent le vérapamil dans son traitement. 12 % dans la CT et 43% utilisent le paracétamol et/ou AINS dans le traitement de la crise de la CT et 53% ne se prononcent pas dans son traitement de fond. 70% prescrivent des examens complémentaires. 83% adressent le patient à un spécialiste. 63% mettent en place un outil pour évaluer le traitement. 57% rencontrent des difficultés dans la prise en charge des céphalées primaires. 63% désirent recevoir le résultat de l'étude et 67% souhaitent connaître les dernières recommandations concernant les céphalées primaires.

Conclusion : il existe un retard au diagnostic et à la prise en charge des patients sur le territoire de Sambre-Avesnois, de nombreux effort restent à faire aussi bien dans la diffusion qu'à l'accès des critères de diagnostics et des nouvelles recommandations. La désertification médicale et la surcharge de travail sont des facteurs agissant sur cette situation. Des outils en ligne sont disponibles pour faciliter la prise en charge du patient céphalalgique, il serait pertinent de savoir si les médecins généralistes s'intéressent à ces outils d'aide en ligne.

INTRODUCTION

La 3ème version de la classification internationale des céphalées(IHCD 3) définit les céphalées primaires en trois grandes entités : migraine, céphalée de tension et céphalées trigémino-autonomiques(1). Elles représentent 90% des céphalées rencontrées dans les pays occidentaux industrialisés (Canada, USA et Europe). Leurs diagnostics ne nécessitent pas d'examens complémentaires (1,2) sauf lors de la présence de « Red flags » (annexe 1) et/ou anomalies de l'examen clinique et en particulier de l'examen neurologique (3).

La céphalée représente 1% des motifs de consultations ambulatoires, 2% des urgences et une consultation sur trois en neurologie (2). Au cours du dernier trimestre près de 15% de la population générale a présenté une céphalée d'intensité sévère (3).

La migraine est classée comme la troisième maladie la plus répandu dans le monde (2).

En France et dans les autres pays industrialisés , la prévalence de la Migraine stricte (respectant tous les critères diagnostiques de l'ICHD-3) est de 10 à 12 % sur une année (4) la migraine probable a une prévalence de 20%, qui varie en fonction de l'origine géographique, ethnique, de l'âge et du sexe (2)

Plusieurs études ont estimé l'impact socio-économique : 13.3 de milliards de dollars de coûts directs (dépenses effectuées pour le traitement et la prise en charge de la maladie) 1 milliard de coûts indirects (dépenses liées à la perte des journées non travaillées et à l'absentéisme) aux USA(5) (6) . En France, les migraineux chroniques présentent des coûts directs évalués entre 2 et 4 milliards d'euros, 1 milliard pour les migraineux épisodiques(6) et 15 millions de jours travaillés sont perdus (6). En Europe, le coût de la migraine représente 579 euros par migraineux , 10% de coûts directs et 90% de couts indirects(7). La migraine représente la 3ème cause d'invalidité dans le monde chez les de moins de 50 ans (9)

35 % des migraineux Français ont une perte de productivité de 6 jours tous les 3 mois et 22% de 11à 20 jours (6)

les céphalées de tension (CT) sont environ 5-7 fois plus fréquentes que les

migraines(10).
La CT a une prévalence estimée entre 30% et 78% sur la vie entière, elle peut être épisodique peu fréquente (moins de 12 jours par an), épisodique fréquente avec une prévalence de 24 à43% (12 à 180 jours) ou chronique (plus de 180 jours) avec une prévalence de 1 à 5.6%.

L'algie vasculaire de la Face, la plus fréquente des céphalées trigémino-autonomiques à une prévalence de 0.06 à 0.3 % et une incidence variable entre 2,5 et 9,8 pour 100000 habitants, à prédominance masculine (3 hommes pour 1 femme) avec un début entre 20 et 30 ans, altérant la qualité de vie et la productivité (1) Selon une étude danoise, le taux d'absentéisme professionnel est de 30%(11). L'évaluation de la douleur selon une échelle n'est pas possible tellement la douleur est insoutenable. La douleur est dite suicidaire et impose l'arrêt de toute activité(12).

Hormis lors de la présence de « Red flags » (cf. annexe 1), ces 3 types de céphalées sont de diagnostic clinique avec des critères bien définis et le traitement est bien codifié.

Au 1er janvier 2019, le territoire Sambre-Avesnois, placés en ZIP compte 114 médecins généralistes (106 en 2022), soit une densité de 6,8 praticiens pour 10 000 habitants (5.8 en 2022), 2 fois moins que la moyenne nationale. 64.5 % des médecins ont plus de 55 ans avec 2 médecins sur 3 qui ont plus de 60 ans. Il en est de même pour les spécialistes avec une densité de 5,2 tout spécialistes confondus pour 10 000 habitants.
Le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient céphalalgique.(13)

Devant la parution de la 3ème version de la classification internationale des céphalées en 2022(14) et la mise à jour récente des recommandations, comment le médecin généraliste prend-il en charge les patients céphalalgiques ?

L'objectif de notre étude est de faire « un état des lieux » des connaissances sur le diagnostic et la prise en charge des céphalées primaires par les médecins généralistes installés de Sambre-Avesnois.

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive transversale.

Population cible

La population cible est l'ensemble des médecins de Sambre-Avesnois respectant les critères d'inclusion suivants :

- Inscription à l'ordre des médecins,
- Thèsés en médecine générale,
- Exerçant en libérale,
- Installés sur le territoire de Sambre-Avesnois.

Les critères d'exclusions étaient :

- Médecins non installés,
- Non thèsés,
- Internes en médecine générale,
- Médecins remplaçants.

Lieu de l'étude

Le territoire de Sambre Avesnois est défini par le regroupement de 3 communautés de commune qui sont la CC de Maubeuge Val de Sambre, CC cœur de l'Avesnois et CC sud Avesnois (annexe 3).

Elaboration du questionnaire

Une recherche bibliographique a été réalisée en amont ce qui nous a amené à une réflexion pour l'élaboration du questionnaire.

Nous avons choisi de ne pas faire d'étude descriptive de la population devant le faible nombre de médecins généralistes sur le territoire, pour ainsi garantir l'anonymat et éviter toute désanonymisation fortuite suite à l'analyse des données.

Le questionnaire comporté 11 questions (annexe 2).

Nous avons commencé par des questions générales afin de détendre le répondant et de l'amener à poursuivre.
La première question demande si le médecin généraliste prend en charge des patients céphalalgiques, cette question permet d'éveiller l'intérêt du MG à répondre.

Si le MG répond « non » l'étude s'arrête et il lui est demandé de retourner le questionnaire avec l'enveloppe timbrée jointe.
Si le MG répond « oui », une sous question lui posé, celle-ci demande à combien il évalue la proportion de patient céphalalgique dans sa patientèle, les choix proposés sont issus de la littérature scientifique et des prévalences des céphalées primaires déjà connues.

La deuxième question évalue la connaissance des symptômes et des critères diagnostiques issus de l'IHCD de la migraine, l'AVF et la céphalée de tension. Nous avons utilisé un tableau à double entrée pour être plus attractif.
Les symptômes et les critères diagnostics sont classés par thème : Topographie, Intensité, Tonalité, Autres signes, Durée, Comportement du patient durant la crise, Nombre de crise, Horaire des crises, Autre (permettant au MG de s'exprimer sur des signes moins connus ou qui sont possiblement oubliés)
Dans chaque thème, les items proposés sont classés par ordre alphabétique.
Le dernier choix proposé « Ne se prononce pas » permet au MG de ne pas se sentir en « échec » s'il est indécis avec le sujet.

La question 3 est en 2 parties : dans un premier temps, elle est fermée et binaire sur les examens complémentaires : « oui ou non ».
Si le MG répond « oui », une question ouverte lui est proposée afin qu'il s'exprime, le format ouvert permet de ne pas proposer d'examens et de ne pas l'influencer.

La question 4 concerne l'adressage à un spécialiste, la même procédure que la précédente fut utilisée ; d'abord une question fermée et binaire puis une 2ème question mi-ouverte avec une sous question à choix multiples avec un item « autre », qui permet au MG de s'exprimer librement.

La question 5 et 8, sur le thème de la prise en charge pharmacologique, ont été réalisé

dans le même format, un tableau en double entrée avec les mêmes items.
La question 5 a pour sujet la stratégie thérapeutique des céphalées primaire en 1ere intention, la question 8, en seconde intention.

- Sur la première ligne les différents types de céphalées classées en 2 parties : traitement de la crise et traitement de fond.
- En colonne on propose différents médicaments ou classes médicamenteuses, classés en ordre alphabétique pour garantir une neutralité. Les différentes propositions pharmacologiques et non pharmacologiques sont issues de recommandations ou fréquemment prescrites par les MG dans leur pratique courante (issus des différentes recherches effectuées).
- Un item « autre » permet au MG de s'exprimer librement si un médicament ou classe médicamenteuse n'est pas présent dans la liste proposée. Un item « ne se prononce pas » est présent.

La question 6 demande si le MG utilise un outil pour évaluer l'efficacité du traitement, la question est de formée de 2 parties, une question fermée et binaire et une sous question ouverte afin que le médecin ait le plus grand choix possible, afin que sa réponse se rapproche de sa pratique quotidienne.

La question 7 « A partir de combien de crises mensuelles prescrivez-vous un traitement prophylactique » est une question fermée sous forme de tableau à double entrée avec en ligne les différents types de céphalées et en colonne le nombre de crises mensuelles. Le format tableau permet d'être attractif. Les items choisis, nous permettant de correspondre aux critères de l'IHCD.
Un item « non concerné » est présent.

La question 9, l'une des plus importantes, est en 2 parties, premièrement fermée et binaire : « oui/non », puis ouverte : « précisez ».
Le MG a une réponse totalement libre avec plusieurs lignes à disposition pour laisser libre cours pour exposer les difficultés rencontrées.

Les questions 10 et 11 sont fermées et binaires, elles demandent leur souhait de recevoir les résultats de l'étude et/ou de recevoir les dernières recommandations. Ces questions permettent d'évaluer leur désir d'améliorer leur prise en soins des patients céphalalgiques dans leurs pratiques courantes.

Déroulement de l'étude

L'étude a duré 3 mois, de mars à juin 2021.L'envoi des questionnaires anonymes s'est effectué par voie postale avec une enveloppe de retour timbrée. Le questionnaire était accompagné d'une lettre d'information (annexe 4 et 5).

Nous avons utilisé l'annuaire santé de l'assurance maladie pour trouver les adresses de l'ensemble des médecins généralistes du territoire de Sambre Avesnois. 124 questionnaires ont été envoyés.

Un rappel téléphonique a eu lieu un mois et demi après l'envoie des questionnaires pour augmenter le nombre de réponses.

L'étude s'apparente à un audit de pratique et ne nécessite donc pas de recours à un comité d'éthique.
L'étude a nécessité une autorisation auprès du comité de la protection des données à caractère personnel, la déclaration porte le numéro N°2021-73 (annexe 4).

Analyses statistiques

Nous avons procédé au recueil de données et réalisé leur analyse descriptive. Les données sont ensuite décrites en effectifs et pourcentages présentés sous forme de diagramme et de tableaux. Le logiciel Excel a été utilisé.
Les réponses des questions ouvertes ont été classées par thème permettant une classification puis traduit en effectifs et pourcentages, ensuite présentées en tableaux et graphiques. Nous avons utilisé la grille d'évaluation STROBE (annexe 6).

Recherche bibliographique

Nous avons utilisé différents moteurs de recherche : PubMed®, Google Scholar, Sudoc, Pépite et appuyé sur la lecture de livre écrit par les auteurs des différentes études publiées. Les mots clés utilisés sont : Céphalée primaire, soins primaires, médecin généraliste, algie vasculaire de la face, migraine, céphalée de tension.
Le logiciel Zotero fut utilisé pour consigner les différents articles de revues scientifiques, de rapports et livres dans la bibliographie.

RESULTATS

Diagramme de flux

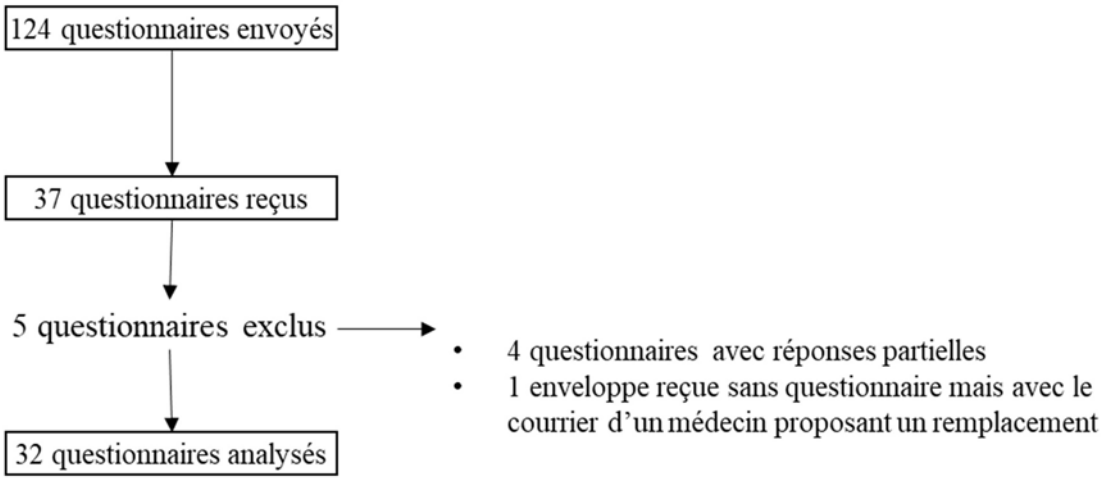


Figure 1 : diagramme de flux

Résultats principaux

Le taux de réponses est significatif avec 29,8% de répondants.

32 questionnaires analysés soit 26% de MG du territoire Sambre Avesnois (annexe 2).

Patientèle céphalalgique

30(93%) d'entre eux prend en charge des patients céphalalgiques.

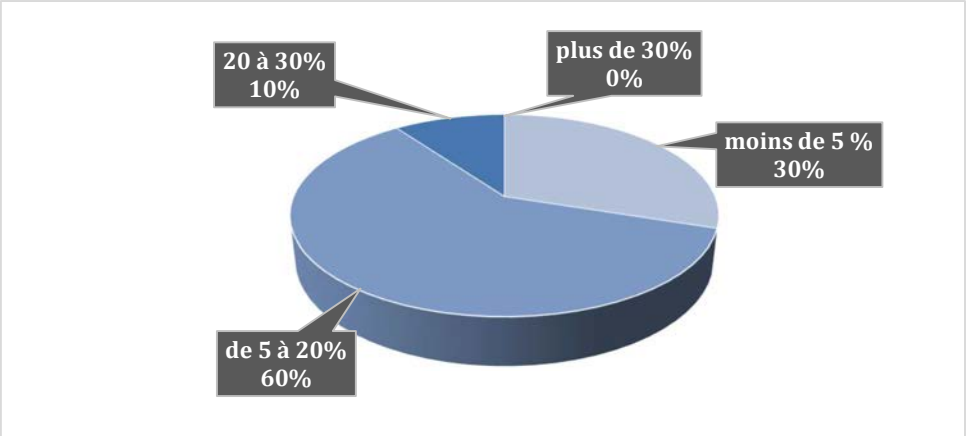


Figure 2 : Estimation de la proportion de la patientèle céphalalgique par le médecin généraliste

Critères diagnostiques et/ou symptômes

La migraine

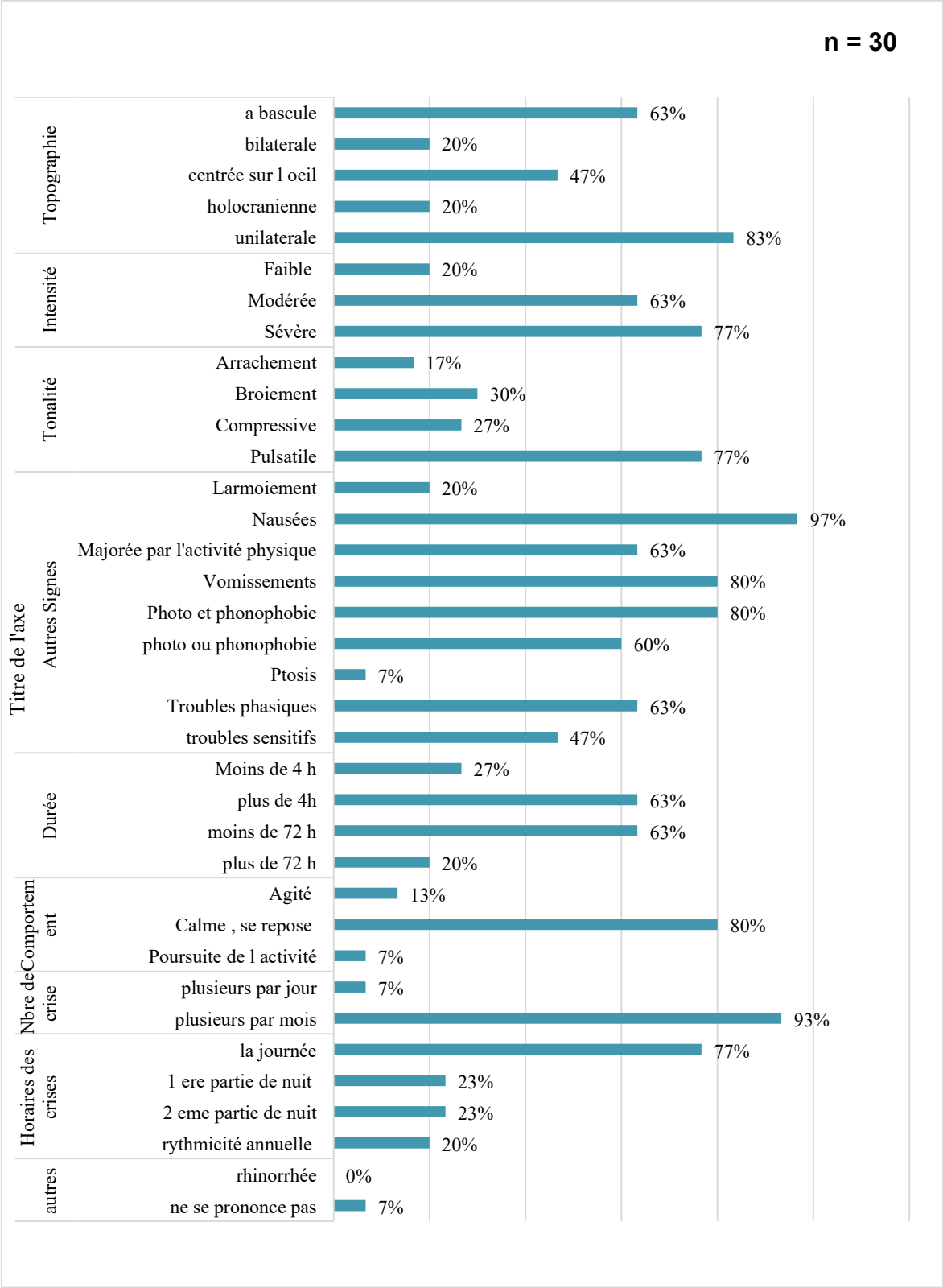


Figure 3 : réponses du médecin généraliste concernant les critères diagnostics et/ou symptômes de la migraine

L'algie vasculaire de la face

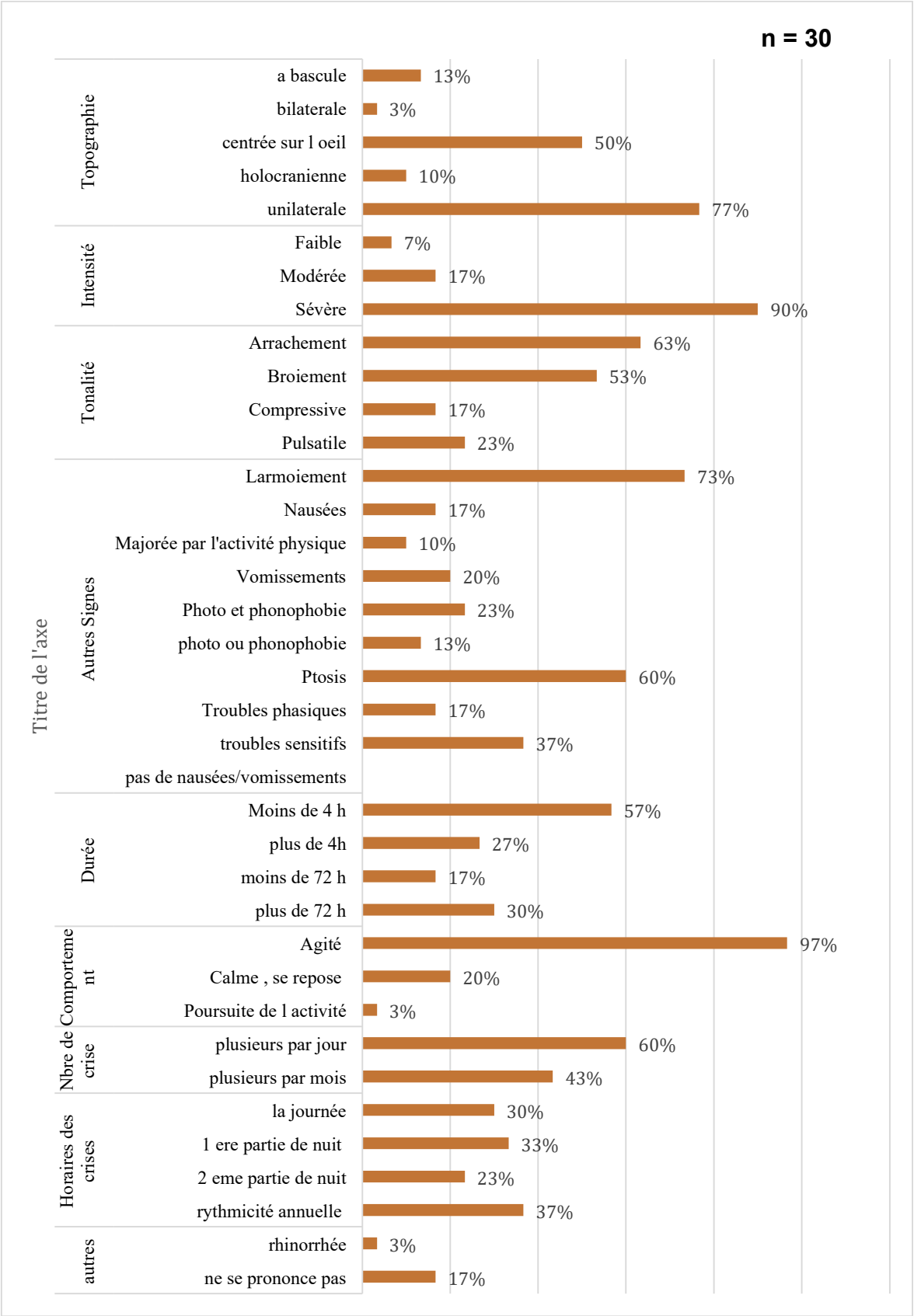


Figure 4 : réponses du médecin généraliste concernant les critères diagnostics et/ou symptômes de l'AVF

La céphalée de tension

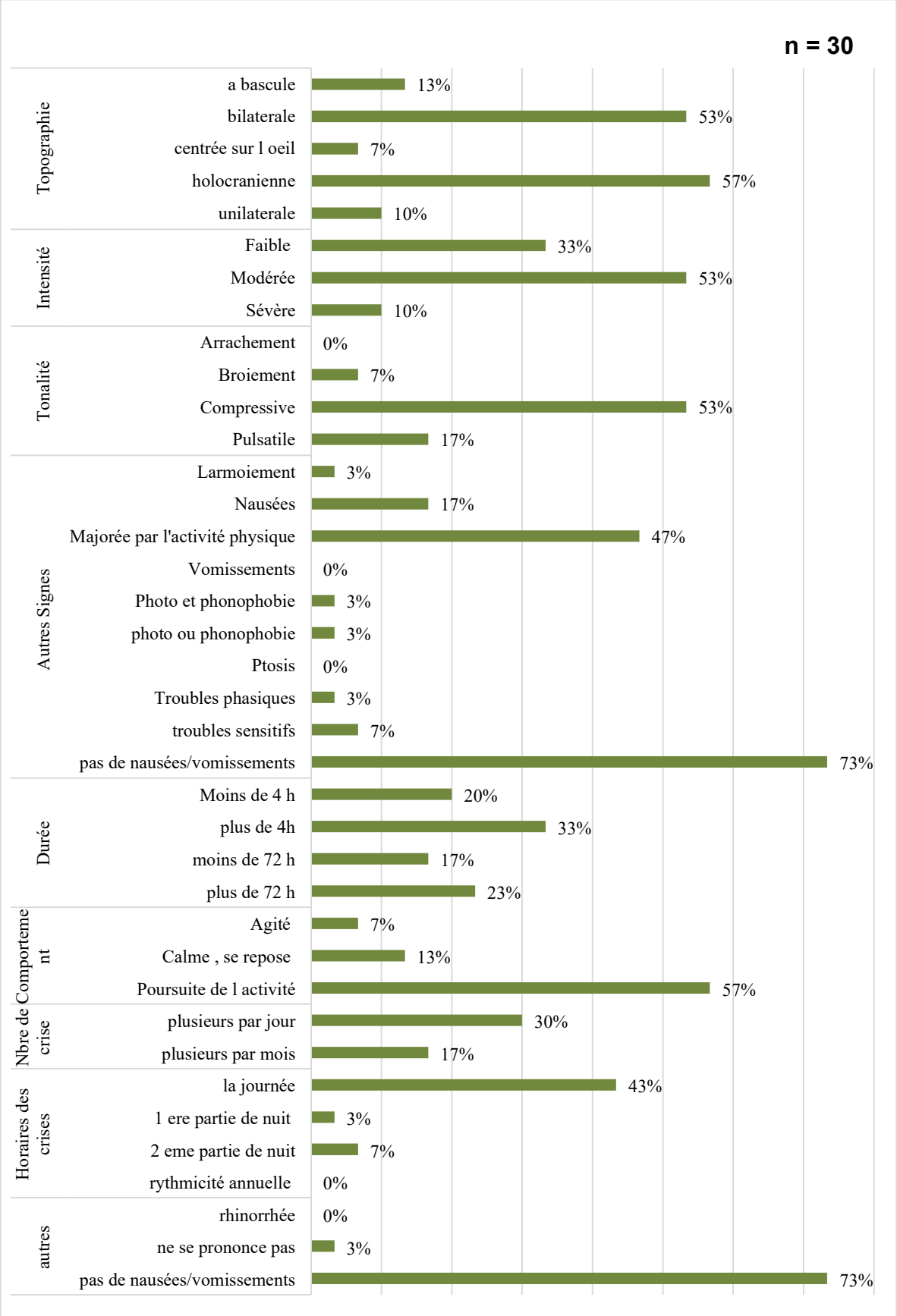


Figure 5 : réponses du médecin généraliste concernant les critères diagnostics et/ou symptômes de la céphalée de tension

Prescription d'un traitement prophylactique

	Migraine		AVF		CT	
Nb de crises mensuelles	Nbr	%	Nbr	%	Nbr	%
1	1	3%	6	20%	3	10%
2 à 4	11	37%	13	43%	9	30%
5 à 6	11	37%	2	7%	5	17%
7 à 8	3	10%	1	3%	0	0%
Supérieur à8	1	3%	1	3%	1	3%
Non concerné	3	10%	7	23%	12	40%

***Tableau 1** : Nombre de crises mensuelles à partir desquelles le MG prescrit un traitement prophylactique, n = 30*

Prescription d'examens complémentaires

21(70%) MG prescrivent des Examens complémentaires.

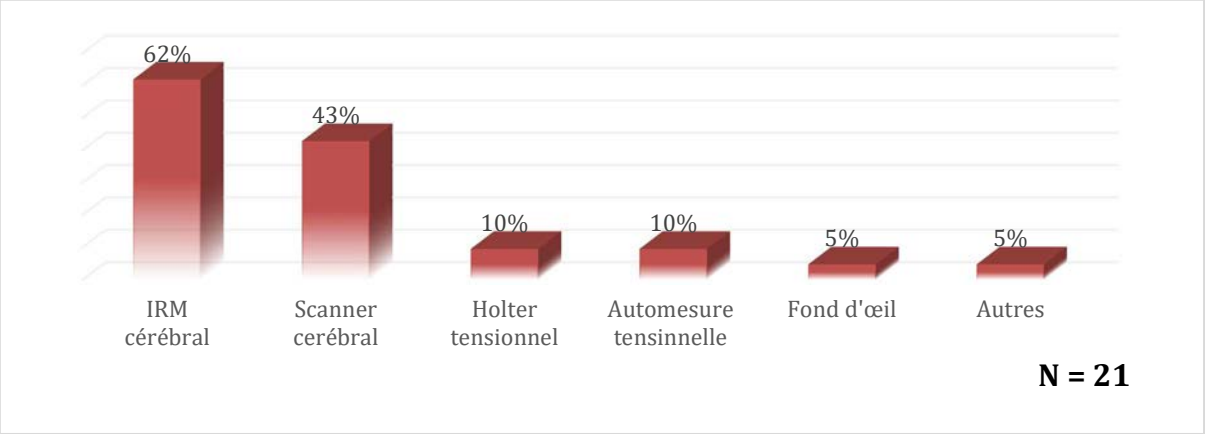


***Figure 6** : prescription d'examens complémentaires dans les céphalées primaires*

Adressage à un autre spécialiste

25(83%) MG adressent le patient à un autre spécialiste.

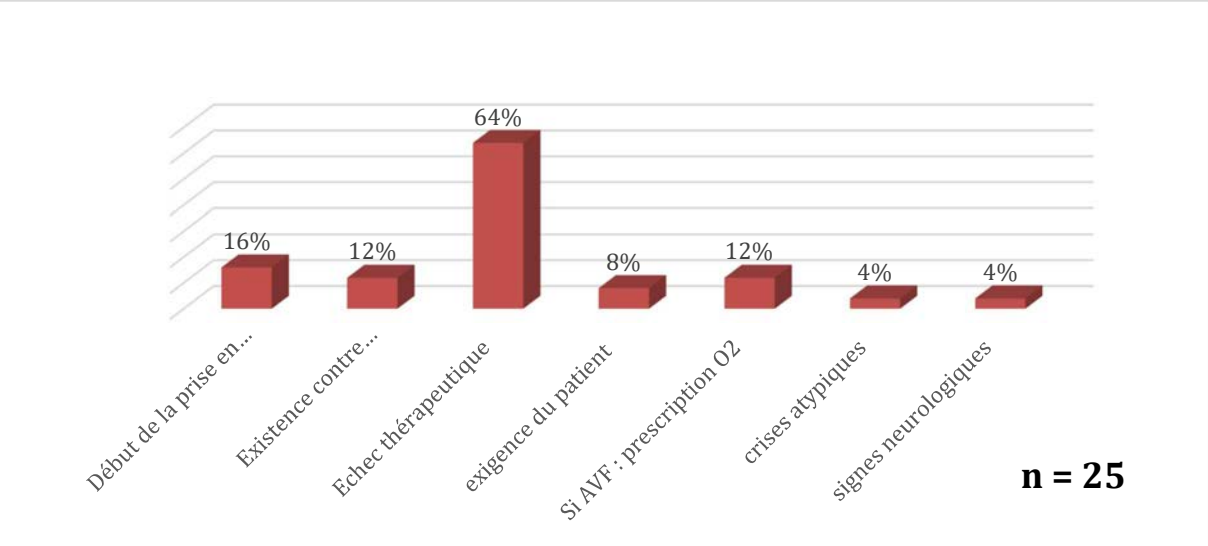


***Figure 7** : Motifs d'adressage à un autre spécialiste*

Critères diagnostiques/ symptômes des céphalées primaires

La migraine

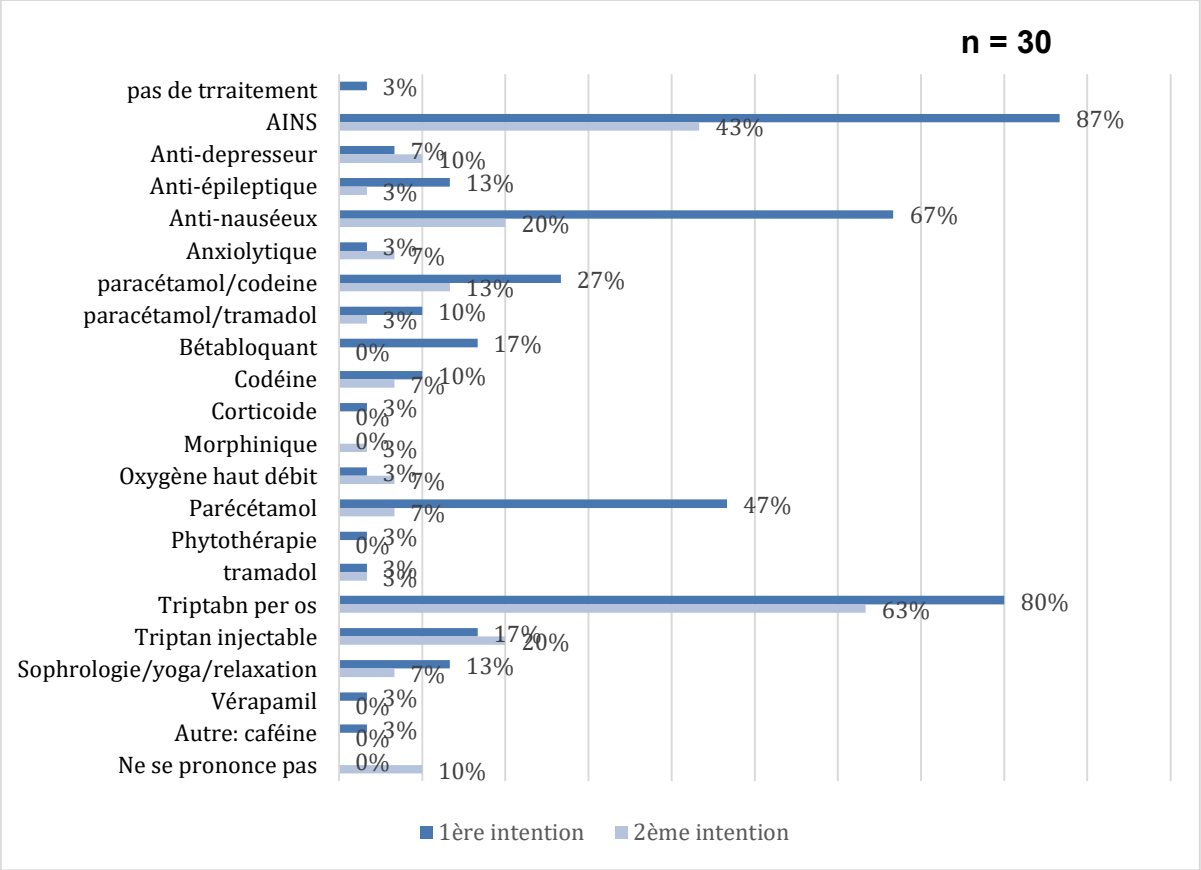


Figure 8 *: Réponses du MG concernant le traitement de la crise migraineuse*

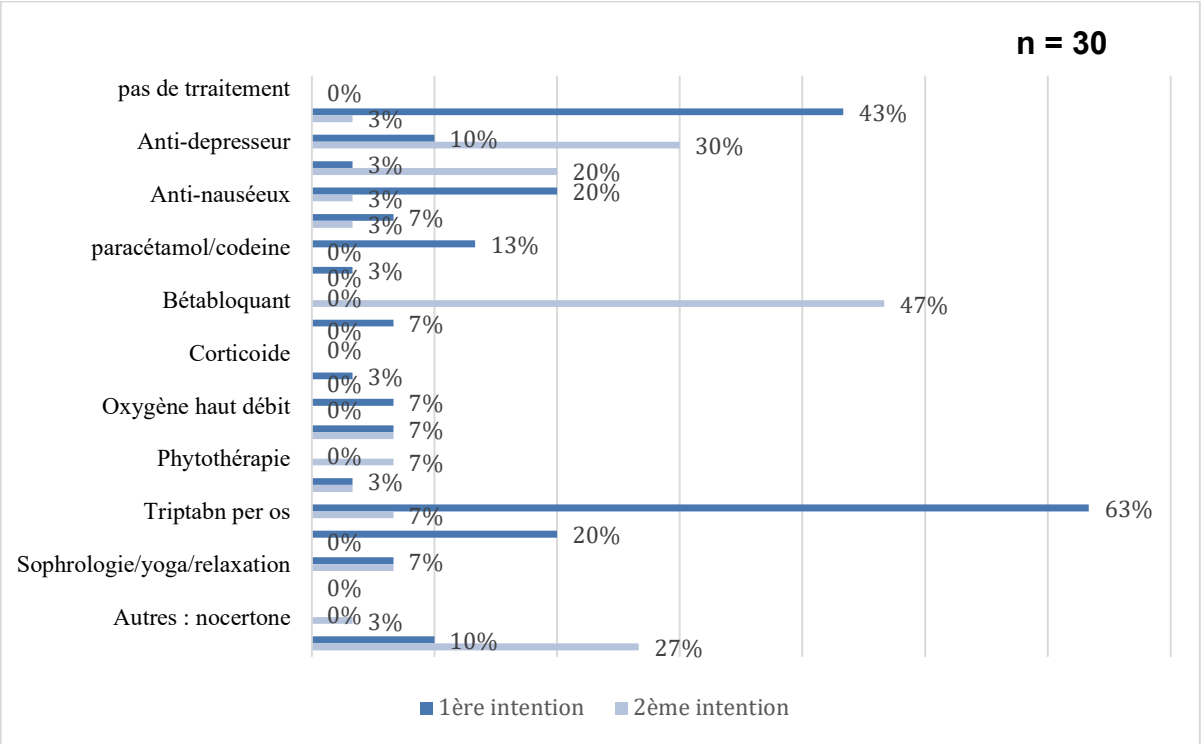


Figure 9 *: Réponses du MG concernant le traitement de fond de la migraine*

L'algie vasculaire de la face

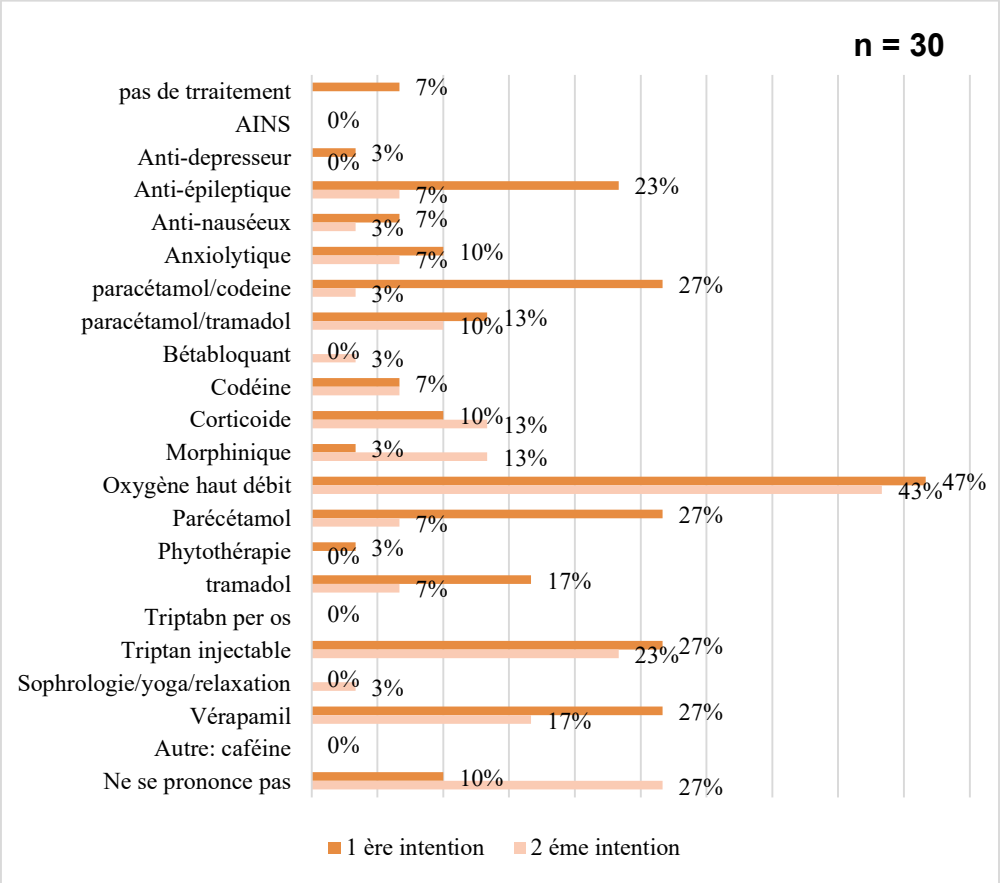


Figure 10 **: Réponses du MG concernant le traitement de la crise d'AVF**

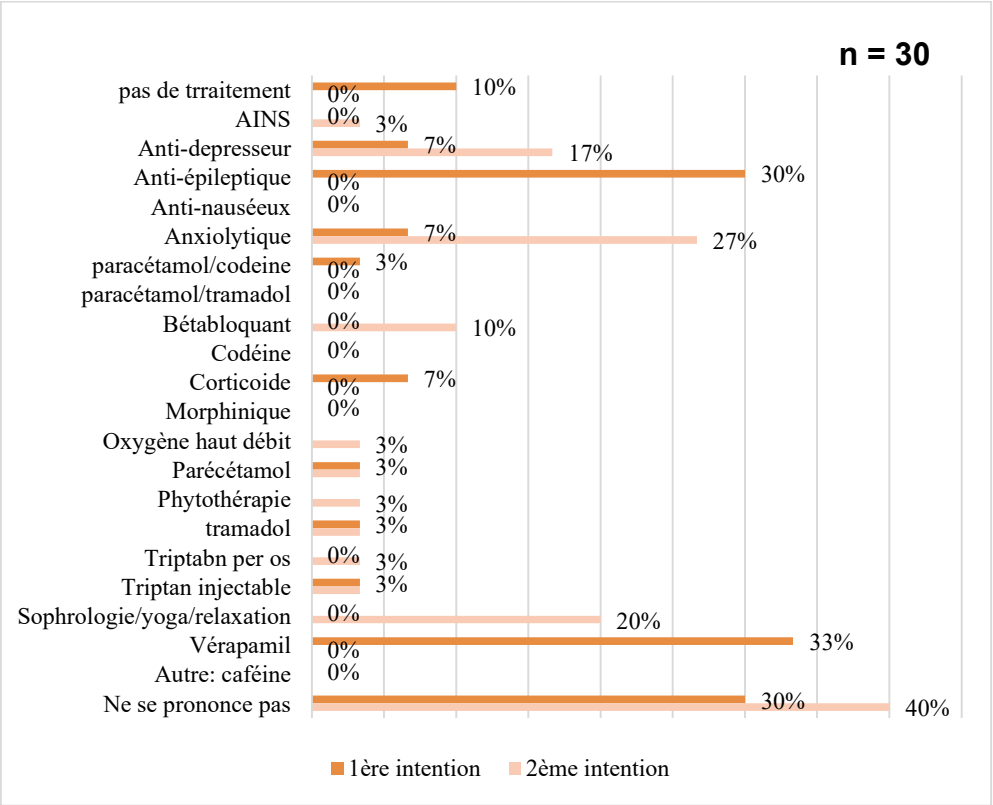


Figure 11 **: Réponses du MG concernant le traitement de fond de l'AVF**

La céphalée de tension

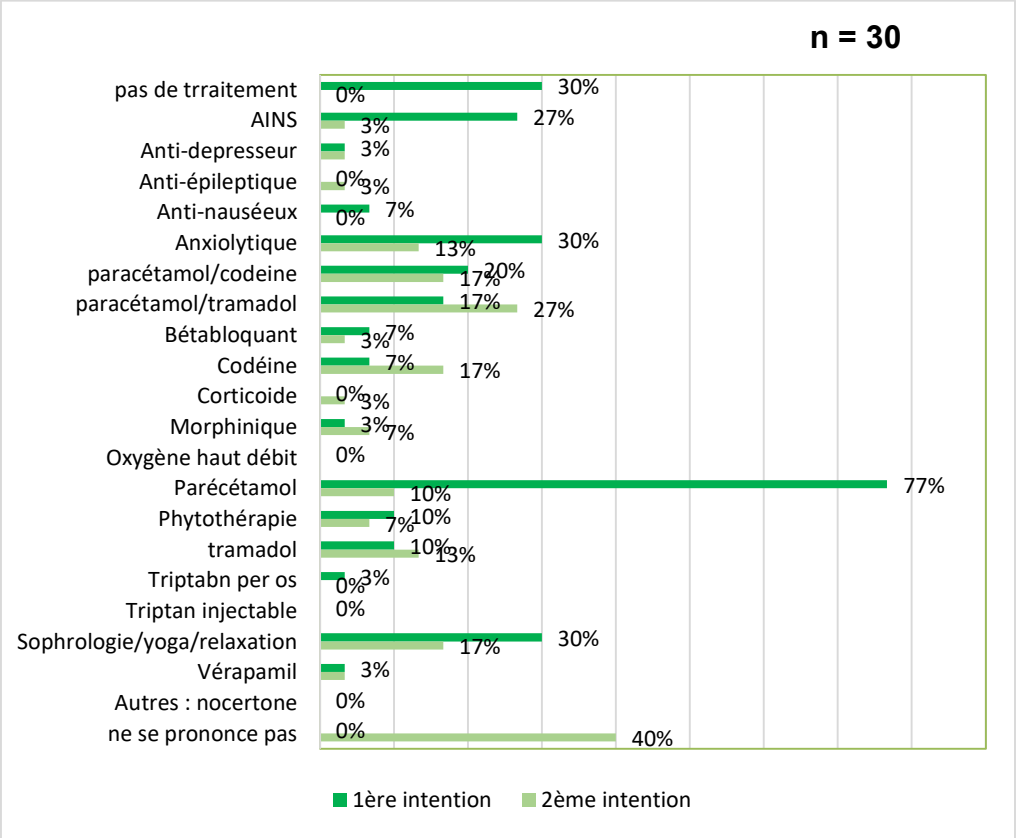


***Figure 12** : Réponses du MG concernant le traitement de la crise de la CT*

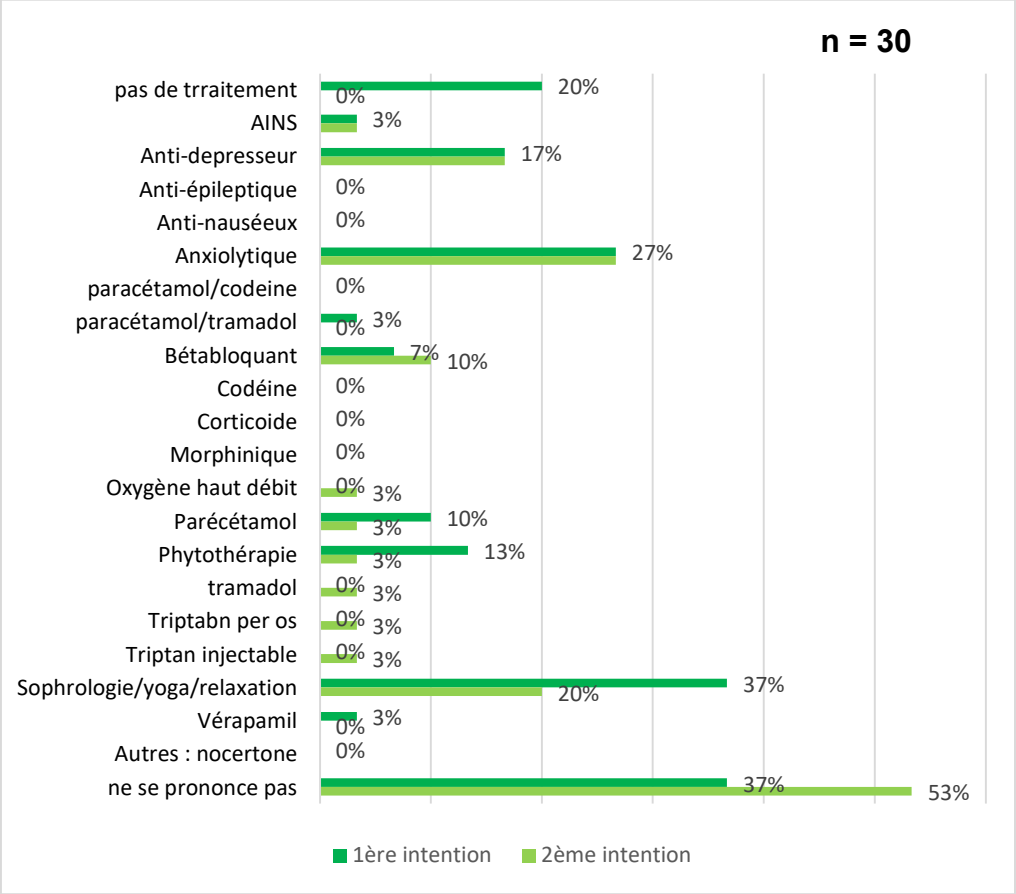


***Figure 13** : Réponses du MG concernant le traitement de fond de la CT*

Outils mis en place pour l'évaluation du traitement

19(63%) MG mettent en place un outil pour évaluer le traitement.

Outils mis en place	Nbr	%
Calendrier des crises	6	32%
EVA	4	21%
Critères IHS	1	5%
Test Hamilton	1	5%
Automesure TA	1	5%
Bilan cardiaque	1	5%

Tableau 2 : outils mis en place pour l'évaluation du traitement, n = 19

Difficultés rencontrées dans la prise en charge des céphalées primaires

17(57%) MG rencontrent des difficultés dans la prise en charge des céphalées primaires.

Difficultés rencontrées	Nbr	%
Accès/recours spécialistes	8	27%
Subjectivités des symptômes /différencier les céphalées	3	18%
Méconnaissances TT de fond/CI/intolérances	3	10%
Automédication/surconsommation	2	7%
Absentions thérapeutiques / RHD non suivies	2	7%
Manque de temps/consultation longue	1	3%

Tableau 3 : cause des difficultés rencontrées dans la prise en charge des céphalées primaires, n = 17

Souhaits du médecin généraliste

19(63%) désirent recevoir le résultat de l'étude.

20(67%) souhaitent connaitre les dernières recommandations concernant les céphalées primaires.

DISCUSSION

Résultats principaux

Patientèle céphalalgique

La prévalence globale des céphalées est de 47% selon l'OMS dans la population générale, dans notre étude l'ensemble des médecins généralistes sous estiment la part de patient céphalalgique dans leur patientèle avec 30% de MG qui estiment a moins de 5 % la proportion de patient atteint d'une céphalée et 60% entre 5 et 20% .Une étude de 2005 (effectuée en France sur la prise en charge de la migraine) compte une proportion de patient céphalalgique de 41.5% (14). Le résultat de notre étude reste dans les limites de ce qui a déjà été publié. La valeur extrinsèque est bonne. Il se peut que la céphalée comme la CT soit exprimée par le patient en fin de consultation ou non exprimé, et/ou traité par une automédication.

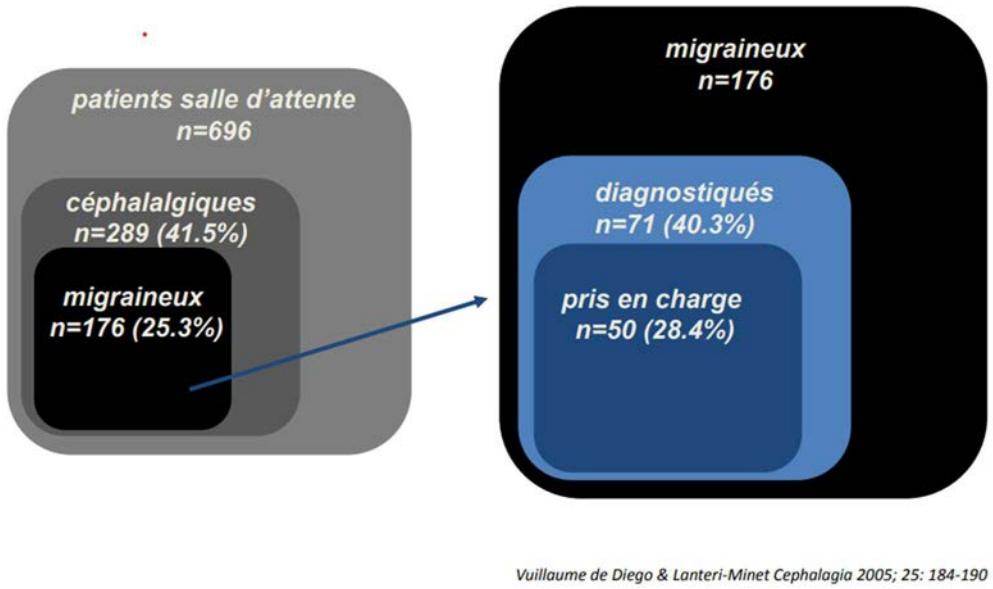


Figure 14 ***: Patientèle céphalalgique en soins primaires (15)***

Critères diagnostiques/ symptômes des céphalées primaires

La migraine

La majorité des MG ont une bonne connaissance des symptômes de la migraine.

Selon les critères de l'IHCD-3-1, on constate le nombre de réponses correctes suivant :

Critère A : Au moins 5 crises répondant aux critères B-D : **6 (20%).**

Critères B : Crises de céphalée durant 4 à 72 heures **19(63%).**

Critères C : Crises de céphalées ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :

1.topographie unilatérale : **25 (83%).**

2.type pulsatile : **23 (77%).**

3.intensité modérée **19 (63%)** MG ou sévère : **23 (77%).**

4.aggravé par ou entrainant l'arrêt des activités physiques de routine : **24 (80%)**.

Critère D : Durant la céphalée, au moins l'un des éléments suivants :

1.nausées : **29 (97%)** et/ou vomissements : **29 (80%).**

2.photophobie et phonophobie : **24 (80%).**

Suite à l'application des critères en reprenant individuellement chaque questionnaire, il existe une méconnaissance des critères IHS car seulement 1 médecin sur 5 pose le diagnostic de Migraine strict c'est à dire 6 MG, 1 médecin sur 5 celui de migraine probable (nombre de crise inférieur à 5) et 1 médecin sur 5 ne connait pas la durée des crises migraineuses. Ces résultats sont en accord avec l'étude d'E guillaume De Diego et M Lanteri-Minet paru dans céphalalgia en 2005(14) on retrouve une fréquence similaire de la migraine probable et strict. Dans l'étude FRAMIG 3, le critère manquant le plus souvent est la durée typique de la céphalée, ce qui est comparable à notre étude(15).

Il reste également une confusion concernant « la phonophobie et la photophobie » avec 24(80%) MG qui pensent que le patient présente de façon indépendante « la photophobie ou la phonophobie ».

L'algie vasculaire de la face

Selon les critères de l'IHCD-3-1, on constate le nombre de réponses correctes suivant :

Critère A : Au moins cinq crises répondant aux critères B et D : **3(10%).**
Critère B : Douleur sévère à très sévère : **27 (90%)**, unilatérale : **23 (77%)**, orbitaire, sus orbitaire : **15 (50%)** et/ou temporale durant 15 à 180 minutes : **17 (57%)** (sans traitement)
Critère C : l'un des éléments suivants ou les deux :

1. Au moins des signes/symptômes suivants du même côté de la douleur : injection conjonctivale/larmoiement : **22 (73%)**, congestion nasale ou rhinorrhée : **1 (3%)**, transpiration du front et/ou de la face, myosis et/ou ptosis : **18 (60%).**
2. Une impression d'impatience ou une agitation : **29 (97%).**

Critère D : fréquences des crises :

- 1 tous les 2 jours à 8/jours (plusieurs par jour : **18(60%).**
- Plusieurs par mois : **13(43%)**).
- Rythmicité annuelle : **11(37%).**

Globalement les MG ont la connaissance des symptômes « clés » de l'AVF.

Si les critères sont bien décrits, dans notre étude, la pose du diagnostic est insuffisante : seul 3(10%) MG respectent l'ensemble des critères et 4(13%) pour 3 critères (B, C et D) en excluant le nombre de crise.

L'AVF est connue pour un retard diagnostic de 3 ans, elle est accompagnée de prescriptions non adaptées, de consultations non pertinentes (15) et d'un surcout induit. Afin de reconnaitre rapidement l'AVF et instaurer un traitement, la connaissance des critères cliniques est fondamentale.

La céphalée de tension

Selon les critères de l'IHCD-3-1, on constate le nombre de réponses correctes suivant :

Critère A : au moins 10 épisodes répondant aux critères B à D : **1(3%)**.
Critère B : durée entre 30 minutes et 7 jours : **28(93%).**
Critère C : Au moins 2 des caractéristiques suivantes :

- Localisation bitemporale/Holo crânienne : **17(57%).**
- A type de tension ou de serrement (non pulsatile) :**16(53%).**
- Intensité faible 2(7%) à modérée : **16(53%).**
- Absence d'aggravation à l'activité physique : **14(47%).**

Critère D : Absences de signes d'accompagnement :

- Pas de nausées, pas de vomissements : **22(73%).**
- Photophobie ou phonophobie : **1(3%).**

Suite à l'application des critères, en reprenant individuellement chaque questionnaire, 12(40%) MG connaissent l'ensemble de la symptomatologie de la céphalée de tension sans tenir compte du nombre de crise dont 1(3%) MG qui répond correctement avec 10 crises.

Conclusion

Les MG ont une connaissance certaine des symptômes des céphalées primaires.

Les symptômes « clés » les plus connus sont retrouvés au travers du questionnaire pour chaque type de céphalée. L'analyse des réponses du MG montre que les critères diagnostics les moins connus sont la durée typique des crises dans les 3 types de céphalées et le nombre de crise induisant le diagnostic et l'instauration d'un traitement de fond. La prise en charge du patient céphalalgique par un traitement prophylactique est donc retardée, non pertinente ou non prescrit sur un argumentaire scientifique mais plutôt sur une démarche intuitivo-déductive.

Prescription d'examens complémentaires

Deux tiers des MG prescrivent des examens complémentaires (IRM 19(62%) et scanner 9(43%)) alors que le diagnostic de céphalée primaire est essentiellement clinique, sauf en présence de « Red flags » (cf. annexe1). La prescription des imageries dans le contexte de la céphalée primaire manque de rationalisation et de pertinence.
La surutilisation de ces examens non justifiés et réalisés, est estimé entre 10 et 20% au canada(16). Il existe donc une dépense non nécessaire pour le système de santé.

L'AVF est une céphalée primaire qui, par définition, ne nécessite pas d'imagerie. Il est toutefois recommandé, sur consensus de la fédération européenne des maux de têtes, de pratiquer une IRM lors de la première crise d'AVF afin de ne pas méconnaître une forme secondaire(17) (étude détaillée de l'hypophyse et du sinus caverneux).

L'IRM est également recommandée en cas de migraine avec aura persistante unilatérale ou dans l'aura du tronc cérébral(18).

Adressage à un autre spécialiste

Dans notre étude 83% des MG adressent le patient à autre spécialiste, ce qui est considérable. Au royaume unis 9% des patients vus en soins primaires sont adressés à un neurologue, dans notre étude 17 % des MG adressent le patient a ce même spécialiste(19), ce qui représente presque le double. Les autres spécialistes sont le cardiologue, l'algologue et l'ophtalmologue pour 8% des MG. Le motif évoqué en premier lieu est l'échec thérapeutique pour 25% des MG.
L'adressage à un cardiologue peut être expliqué pour rechercher l'existence de contre-indications à la prise de triptan et de vérapamil.

Pour 3(12%) MG, le motif est la prescription d'oxygène à haut débit, en effet cette thérapie doit être prescrit par un neurologue, un ORL ou un algologue exerçant dans un service hospitalier pour être pris en charge par l'assurance maladie (selon la fiche 1135392 de la LPP de l'AM mis à jour le 12/04/2023). Le faible taux retrouvé peut-être expliqué par la faible incidence d'AVF, tous les MG n'ont pas de patient atteint de cette céphalée.

16% des MG adressent dès le début de la prise en charge mais la question manque de précision, on ne se sait pas pour quel type de céphalée l'adressage au spécialiste est indiqué.

« La Global Campaign against Headache » a émis des recommandations européennes pour la filiarisation des patients céphalalgiques, avec une organisation à 3 niveaux :

- Un premier niveau de soins primaires, représenté par les médecins généralistes
- Un second niveau constitué de médecins spécialistes, ayant une formation spécifique dans le domaine des céphalées ;
- Un troisième niveau, centre spécialisé dans la prise en charge des céphalées (20).

Stratégie thérapeutique

La migraine

Pour le traitement de crise :

La SFEMC recommande fortement l'utilisation de triptans et d'AINS (16). Dans notre étude on retrouve 26(87 %) médecins qui prescrivent des AINS, 20(67%) des antinauséeux et 24(80 %) des triptans per os mais souvent avec d'autres réponses tel que : les antiépileptiques : 4(13%) et les bétabloquants : 5 (17%). Ce qui est bien plus que les résultats de l'étude de FRAMIG 1 en 2000 qui avait montré que les triptans représentaient 8% du traitement des crises, 5,65% dans l'étude GRIM 2 et l'étude FRAMIG 2 retrouvait une sous-utilisation des triptans avec 8.8% des patients dans la migraine strict et 4% dans la une migraine probable (15) (21) (22).

Le paracétamol 14(47%) est quant à lui recommandé dans les crises légères et non recommandé dans les crises sévères, dans l'étude FRAMIG 3 on retrouve une utilisation de paracétamol de 42,8% pour la migraine strict et 33% pour la migraine probable. Notre étude correspond aux valeurs déjà publiées. L'association paracétamol/codéine 8 (27%) et paracétamol/caféine sont aussi efficace que le sumatriptan 50 mg mais ces associations sont recommandé à un niveau faible par la

SFEMC. Dans l'étude FRAMIG 3 concernant les traitements non recommandés 16% des patients avaient utilisé des opioïdes pour la migraine strict et 9% pour la migraine probable. Pour éviter les céphalées par surconsommation médicamenteuse, il est déconseillé de prescrire ces antalgiques de palier 2 et 3 (23).
Mais selon la même étude 41,5% des patients migraineux s'automédiquent.

En seconde intention, 19(63 %) médecins changent le triptan, 9(30%) médecins préconisent le changement de Triptan conjointement à la prescription d'AINS.
On remarque des prescriptions de triptans injectables : 6(20%) qui peuvent être utilisé pour des états de mal migraineux mais qui ne sont pas recommandés ni en première, ni en seconde intention.

<u>Pour le traitement prophylactique :</u>

La migraine reste une céphalée sous diagnostiquée et sous-traitée. A partir de 5 crises par mois un traitement prophylactique doit être mis en place, il vise à réduire le nombre de jours de migraine mensuelle de 50%. Certains bétabloquants, antiépileptiques ou antidépresseurs ont montré leur efficacité dans 3 essais contrôlés randomisés contre placebo dans une vaste analyse(24).
La recommandation porte sur l'utilisation d'un bétabloquant. Dans notre étude, l'intention du MG de l'utiliser en première ligne est seulement de 43%. Les antiépileptiques qui doivent être utilisé quand le Bétabloquant est inefficace, sont quant à eux peu prescrit, un médecin sur 3 y a recours ; il en est de même pour les antidépresseurs (amytriptiline). Ce qui est étonnant c'est que les MG ont l'intention de prescrire ces 2 dernières molécules en 1ère intention et bétabloquant en 2ème intention dans les mêmes proportions.

L'algie vasculaire de la face

Pour le traitement de la crise :

La SFEMC recommande l'utilisation du sumatriptan injectable et de l'oxygène haut débit(25). Nous retrouvons dans les résultats une faible proportion de MG ayant l'intention de les utiliser, seulement 5 (17%) médecins prescrivent de l'oxygène haut débit et un triptan injectable associé à d'autres antalgiques. Le traitement de crise d'AVF reste encore méconnu, peut-être dû à sa faible prévalence et à une prise en charge plus spécifique par d'autres spécialités.

Pour le traitement prophylactique :

Le vérapamil est le traitement de fond de 1ère intention (malgré un faible niveau de preuve et prescrit hors AMM), il peut être instauré par le médecin généraliste, le neurologue ou l'algologue. Le MG est parallèlement engagé dans le suivi du traitement(25). Dans notre étude un tiers des médecins 10(33%) considèrent le vérapamil et les glucocorticoïdes comme traitement de 1ère intention, 6(20%) en seconde intention. Les glucocorticoïdes peuvent être utilisés pendant 8 à 10 jours dans l'attente de l'efficacité du vérapamil.

Tableau 2 – Quel est le rôle des différents spécialistes dans la prise en charge de l'algie vasculaire de la face (AVF) ?

	Dépistage et diagnostic	Sumatriptan	Oxygène	Début du traitement de fond	Suivi du traitement de fond
MG	X	X			X
Médecins aux urgences	X	X	X		
ORL	X	X	X		
Ophtalmologistes	X	X			
Dentistes	X				
Neurologues	X	X	X	X	X
Algologues	X	X	X	X	X
Cardiologues					X (vérapamil)

***Tableau 4* : rôle des différents spécialistes dans la prise en charge de l'algie vasculaire de la face (25)**

La céphalée de tension

Pour le traitement de crise :

Les AINS et le paracétamol représentent essentiellement le traitement pharmacologique de la crise de CT, le traitement non pharmacologique est aussi important. Dans notre étude, 77% des médecins ont l'intention de prescrire du paracétamol et 27% un AINS, 10% et 3% en seconde intention.
Si les thérapies adjuvantes (sophrologie et phytothérapie, etc…) sont conseillées pour le traitement prophylactique, on retrouve 1/3 des MG qui y recours, et 1/3 qui ne propose aucun traitement et seulement 1(3%) en seconde intention.
Le traitement de la CT est peu codifié, il existe peu d'études à ce sujet ce qui peut expliquer que 40% des généralistes ne se prononcent pas (26).
Les patients souffrant de CT chronique justifient d'une prise en charge multidisciplinaire pour prévenir le risque de chronicisation et surconsommation d'antalgiques(27)

Pour le traitement prophylactique :

La majorité 16(53%) des médecins ne se prononcent pas sur la possibilité d'un traitement prophylactique de la céphalée de tension, plus de deux tiers des MG ne conseillent pas leurs patients de pratiquer des thérapies adjuvantes comme le yoga et la relaxation, et moins de deux tiers des MG n'utilisent pas les antidépresseurs ; ces pratiques sont pourtant utilisées en prévention des CT. Des essaies randomisés ont pourtant prouvé l'efficacité d'antidépresseurs (l'amytriptiline et les ISRS).
Ces réponses sont aussi témoin du manque de recommandations ou d'une large automédication(28).

Outils mis en place pour évaluation du traitement

La majorité des médecins met en place un outil pour l'évaluation des traitements, le calendrier des crises est le plus utilisé, l'Eva le suit. L'utilisation du calendrier est essentielle pour le diagnostic des différents types et prévenir leur chronicité et dépister l'abus médicamenteux ; il est utile aussi pour l' introduction d'un traitement prophylactique, l'évaluation et/ ou la réévaluation de celui-ci (29).

Difficultés rencontrées dans la prise en charge des céphalées primaires

17(57%) des MG déclarent rencontrer des difficultés dans la prise en charge des céphalées primaires. Le premier motif de difficulté est l'accès, ou le recours, aux spécialistes devant une désertification médicale et des délais d'attente long pour une consultation d'un autre spécialiste. Le second motif concerne la clinique des symptômes avec une difficulté à différencier les symptômes et leur subjectivité. Le troisième concerne les thérapeutiques avec une méconnaissance des traitements de fond, des contre-indications et des intolérances médicamenteuses. La connaissance des critères IHS de diagnostic et des nouvelles recommandations permettrait de lever de nombreux doutes et éviterait un adressage à un autre spécialiste trop précoce.

Il reste encore des préjugés chez certains de nos confrères comme le prouve une réponse retrouvée dans le questionnaire : « pas le temps pour écouter les raisons psychiques des migraines qui sont un apanage féminin ».

Souhaits du médecin généraliste

Le MG prend conscience des difficultés de prise en charge du patient céphalalgique et veux y remédier. Ils sont plus de la moitié à vouloir recevoir les résultats de l'études (63%) et connaitre les dernières recommandations (67%). L'amélioration de leur pratique quotidienne reste un enjeu dans la prise en charge du patient céphalalgique.

FORCES ET LIMITES

Devant une littérature scientifique déjà bien étoffée, cette étude reste inédite du fait qu'elle explore les 3 céphalées primaires les plus rencontrées, qu'elle apporte des données sur la pratique des médecins généralistes sur l'ensemble d'un territoire, de plus, en cours de désertification médicale. Elle explore également la prise charge du patient du diagnostic au traitement.

L'étude descriptive de la population étudiée n'a pas été réalisée devant le faible nombre de participants à l'étude, permettant ainsi de conserver l'anonymat.

Les hypothèses suivantes peuvent expliquer le faible nombre de MG ayant répondu à l'enquête et les quelques résultats incohérents retrouvés :

- La durée de l'étude est courte, seulement 3 mois, une durée plus longue aurait pu amener plus de réponses.
- Le canal de soumission par voie postale peut expliquer un biais de sélection dans le sens où seuls les MG motivés et intéressés par le sujet de l'étude sont les répondants.
- Les énoncés des questions manquent peut-être de précisions, demandant un temps plus long de réponse, comme par exemple au sujet des difficultés rencontrées et l'adressage au spécialiste. Il aurait été intéressant de connaitre le type de céphalées en cause, les réponses reçues restent non étiquetées, On ne peut donc exclure un biais d'interprétation, il en est de même pour l'analyse des résultats.
- Malgré un questionnaire testé auprès de plusieurs praticiens, les conditions réelles pour y répondre n'étaient pas les mêmes. Les praticiens testeurs étaient prévenus de l'étude et avaient aménagé du temps pour y répondre.
- Le choix des questions à choix multiples sans limitation de réponses peut suspecter un biais déclaratif, pouvant aider ou induire en erreur le praticien. Ce biais peut expliquer les résultats aberrants comme le nombre de médecin qui ne se prononcent pas ou la multitude de traitements choisis pour une même céphalée.

CONCLUSION

Les céphalées primaires ont fait l'objet de nombreuses études, leur diagnostic est clinique avec des critères bien définis guidé par la classification internationale des céphalées ICHD 3-1. De nombreuses publications aident à la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique de chaque type de céphalée, notamment celles émises par la SFEMC. Leur traitement est bien codifié.

Il existe un retard au diagnostic et à la prise en charge des patients sur le territoire de Sambre-Avesnois, de nombreux efforts restent à faire aussi bien dans la diffusion qu'à l'accès des critères de diagnostics et des nouvelles recommandations de prise en charge.

La désertification médicale et la surcharge de travail qui en découle sont des facteurs ne permettant pas une prise en charge optimale du patient céphalalgique. Il persiste également un raisonnement intuitivo-déductif basé sur des pratiques datées et qui ne sont plus actuelles.

« Céphaléeclic » est un outil en ligne d'aide à la prise en charge des céphalées primaires en soins ambulatoire actif depuis 2015 et a reçu la validation de la SFEMC.

Il existe actuellement d'autres outils en ligne pour faciliter la prise en soins du patient céphalalgique : « Migraine Buddy », « APO », etc…

Il serait pertinent de savoir si les médecins généralistes s'intéressent à ces outils d'aide en ligne.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gobel H. The International Classification of Headache Disorders [Internet]. ICHD-3. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: https://ichd-3.org/

2. Principaux repères sur les céphalées [Internet]. [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders

3. Burch RC, Loder S, Loder E, Smitherman TA. The Prevalence and Burden of Migraine and Severe Headache in the United States: Updated Statistics From Government Health Surveillance Studies. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2015;55(1):21-34.

4. Prévalence des céphalées à travers l'enquête décennale Santé 2002-2003 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/prevalence-des-cephalees-travers-lenquete-decennale-sante-2002-0

5. Hu XH, Markson LE, Lipton RB, Stewart WF, Berger ML. Burden of migraine in the United States: disability and economic costs. Arch Intern Med. 1999;159(8):813-8.

6. 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.

7. Lantéri-Minet M, Auray JP, El Hasnaoui A, Dartigues JF, Duru G, Henry P, et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. Pain. 2003;102(1-2):143-9.

8. Bloudek LM, Stokes M, Buse DC, Wilcox TK, Lipton RB, Goadsby PJ, et al. Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). J Headache Pain. 2012;13(5):361-78.

9. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. 2016;388(10053):1545-602.

10. Stovner LJ, J.-A. Zwart, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. Eur J Neurol. 2006 ;13(4):333-45.

11. Jensen R, Lyngberg A, Jensen R. Burden of Cluster Headache. Cephalalgia. 2007 ;27(6):535-41.

12. Géraud G, Fabre N, Lanteri-Minet M, Valade D, Donnet A. Céphalées, migraines et algies faciales en 30 leçons. 3e-ème éd. 2022. 561 p. (Elsevier Masson).

13. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: ://cartosante.atlasante.fhttpsr/#bbox=630334,7070993,241298,123636&c=indicator&chapter=omni&i=offre_ps.dens_g&report=r01&s=2022&selcodgeo=200043396&selgeo1=epci.200043263

14. De Diego EV, Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). Cephalalgia. 2005;25(3):184-90.

15. Lantéri-Minet M, Valade D, Géraud G, Chautard MH, Lucas C. Migraine and probable migraine--results of FRAMIG 3, a French nationwide survey carried out according to the 2004 IHS classification. Cephalalgia. 2005;25(12):1146-58.

16. A. Lorthios-Guilledroit, M. Parent, S. Roberge, H. Robitaille. Indications justifiant le recours à l'imagerie pour le diagnostic des patients présentant une céphalée primaire ou secondaire. Québec: INESSS; 2019.

17. Giraud P, Demarquay G. Algie vasculaire de la face : place de l'imagerie. La Presse Médicale. 2015;44(11):1185-7.

18. Mitsikostas DD, Ashina M, Craven A, Diener HC, Goadsby PJ, Ferrari MD, et al. European Headache Federation consensus on technical investigation for primary headache disorders. J Headache Pain. 2015;17:5.

19. Advice and Care for Headaches: Who Seeks it, Who Gives it? [Internet]. [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1111/j.1468-2982.2004.00751.x

20. O'Flynn N, Ridsdale L. Headache in primary care: how important is diagnosis to management? Br J Gen Pract. 2002;52(480):569-73.

21. Lucas C. État des lieux de l'utilisation des triptans en France. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2004;5(3):144-8.

22. Lanteri-Minet M, Géraud G. Epidemiology of migraine: French key descriptive data. Revue Neurologique. 2016;172(1):56-8.

23. Donnet A, Demarquay G, Ducros A. Recommandations 2021 pour le diagnostic et la prise en charge de la migraine chez l'adulte : traitement des crises. La Presse Médicale Formation. 2022;3(5):404-11.

24. Ducros A, De Gaalon S, Roos C, Donnet A, Giraud P, Guégan-Massardier E, et al. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 2: Pharmacological treatment. Revue Neurologique. 2021;177(7):734-52.

25. Donnet A, Demarquay G, Ducros A, Geraud G, Giraud P, Guegan-Massardier E, et al. Recommandations pour le diagnostic et le traitement de l'algie vasculaire de la face. Revue Neurologique. 2014;170(11):653-70.

26. Agence34. Traitement céphalée de tension [Internet]. SFEMC. 2017 [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: https://sfemc.fr/comment-traiter-une-cephalee-de-tension/

27. Dousset V, Brochet B. Céphalées de tension. EMC - Neurologie. 2005;2(3):301-7.

28. Roos C. Céphalées de tension. Revue du Rhumatisme Monographies. 2021;88(4):324-8.

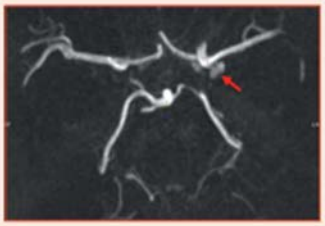
29. Nappi G, Jensen R, Nappi RE, Sances G, Torelli P, Olesen J. Diaries and calendars for migraine. A review. Cephalalgia. 2006;26(8):905-16.

ANNEXES

Annexe 1 : les « red flags »

FICHE N° 35

Drapeaux rouges d'une possible céphalée secondaire grave



J. MAWET

Contexte

Devant un patient consultant pour une céphalée non traumatique et inhabituelle, certains symptômes/signes évoquent une céphalée secondaire grave et imposent d'orienter le patient en urgence en milieu neurologique.

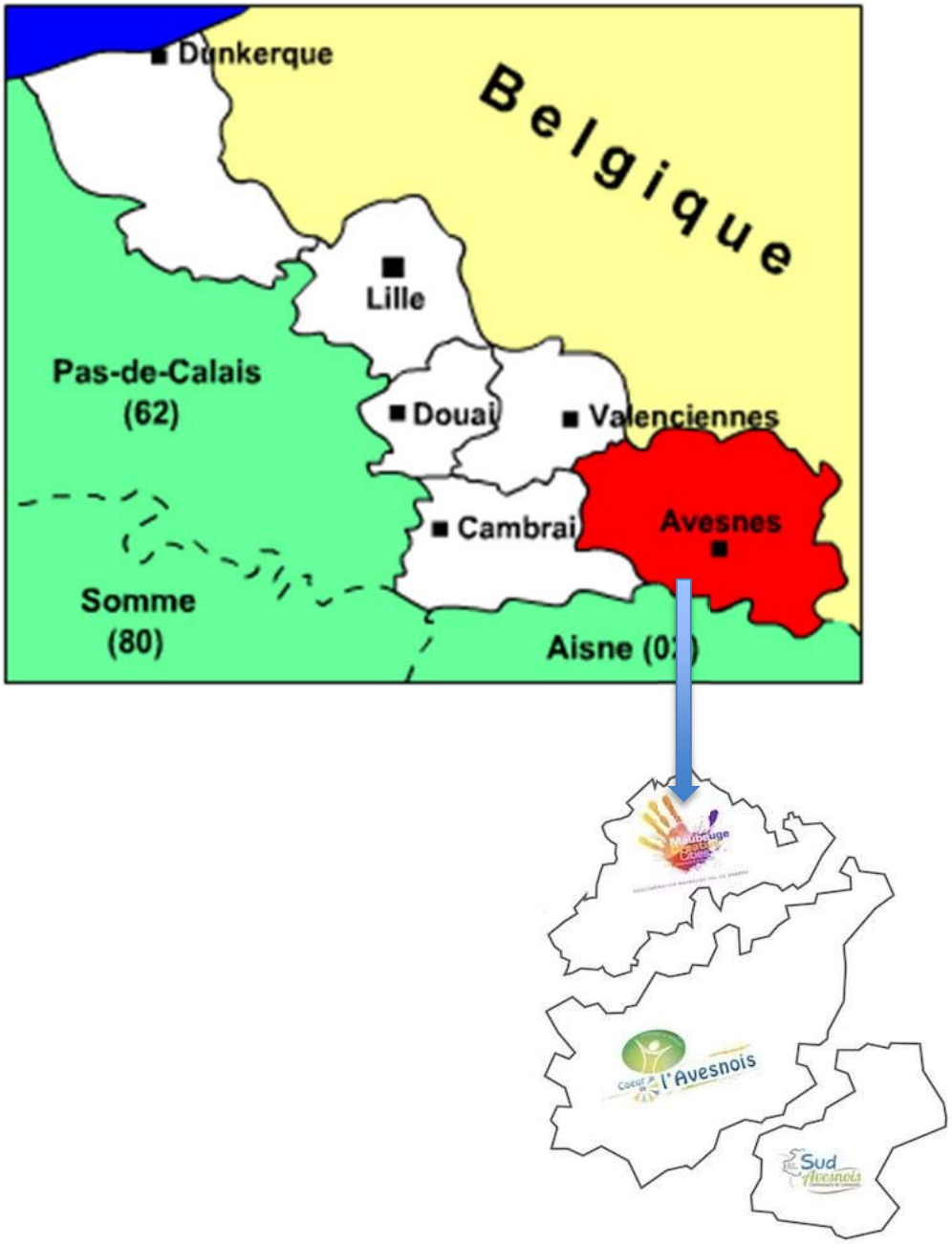
Drapeaux rouges

- Devant un patient consultant pour une céphalée non traumatique, inhabituelle, *maximale en moins de 1 heure*, rechercher une hémorragie méningée (et transférer le patient immédiatement) *si au moins un des critères suivants est présent* (règle d'Ottawa) :
  - âge ≥ 40 ans
  - douleur ou raideur nucale
  - perte de connaissance
  - début à l'effort
  - céphalée en coup de tonnerre (intensité ≥ 7/10 en moins de 1 minute)
  - limitation de la flexion de la nuque
- Autres drapeaux rouges :
  - nausées-vomissements, majoration intense aux mouvements de la tête (cependant, ces deux symptômes sont classiques dans la migraine)
  - caractère insomniant
  - altération de l'état général
  - aggravation en position couchée
  - migraine débutant après 50 ans

L'examen ophtalmologique recherche toujours des signes d'hypertension intracrânienne (œdème papillaire) et des anomalies oculomotrices (paralysie du III sans ou avec anisocorie).

Mawet J. Drapeaux rouges d'une possible céphalée secondaire grave.

Annexe 2 : Territoire de Sambre-Avesnois



Réussir en Sambre Avesnois | Ville de Fourmies [Internet]. www.fourmies.fr. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: https://www.fourmies.fr/pages/page-reussir-en-sambre-avesnois-24062015.html

Annexe 3 : Questionnaire

Etude sur la prise en charge des céphalées primaires en médecine de ville :

1- Prenez-vous en charge des patients céphalalgiques dans votre patientèle ?

○ **Non** → l'étude s'arrête pour vous : veuillez renvoyer le questionnaire selon les modalités

○ **Oui**

A combien estimez-vous la proportion de patient présentant des céphalées primaires ?

○ **Moins de 5 %** ○ **de 5 à 20 %** ○ **de 20 à 30 %** ○ **plus de 30 %**

2- Quels sont, pour vous, les critères diagnostiques/symptômes des céphalées primaires ?

Veuillez cocher la case correspondante, d'aucune à plusieurs réponse(s) possible(s) à chaque item

Migraine, AVF : algie vasculaire de la face, CT : céphalée tensive

		Migraine	AVF	CT
Topographie	A bascule (G ou D)	○	○	○
	Bilatérale	○	○	○
	Centrée sur l'œil	○	○	○
	Holocranienne	○	○	○
	Unilatérale	○	○	○
Intensité	Faible	○	○	○
	Modérée	○	○	○
	Sévère	○	○	○
Tonalité	Arrachement	○	○	○
	Broiement	○	○	○
	Compressive	○	○	○
	Pulsatile	○	○	○
Autres signes	Larmoiement	○	○	○
	Nausées	○	○	○
	Majorée par l'activité physique	○	○	○
	Vomissements	○	○	○
	Photo et phonophobie	○	○	○
	Photo ou phonophobie	○	○	○
	Ptosis	○	○	○
	Troubles phasiques	○	○	○
	Troubles sensitifs	○	○	○
Durée	Moins de 4 H	○	○	○
	Plus de 4 H	○	○	○
	Moins de 72 H	○	○	○
	Plus de 72 H	○	○	○
Comportement du patient pendant La crise	Agité	○	○	○
	Calme, se repose, arrêt des activités	○	○	○
	Poursuite de l'activité	○	○	○
Nombre de crise	Plusieurs par jour	○	○	○
	Plusieurs par mois	○	○	○
Horaires des crises	La journée	○	○	○
	Première partie de nuit (23h-4h)	○	○	○
	Deuxième partie de nuit (5h-8h)	○	○	○
	Rythmicité annuelle	○	○	○
Autre (précisez)				
	-	○	○	○
Ne se prononce pas	-	○	○	○

3- prescrivez-vous des examens complémentaires ?

◯ **Non** ◯ **Oui → Lequel/lesquelles :** .....

.....

4- Adressez-vous le patient à un spécialiste ? ◯ **Non** ◯ **Oui**

3-1 Si oui -> Quelle(s) spécialité(s) :.....

3-2 Dans quelles situations : ◯ Dès le début de la prise en charge

◯ Pour vérifier s'il existe une contre-indication thérapeutique

◯ Uniquement en cas d'échec thérapeutique

◯ Autres (précisez) :.....

.....

5- Quelle est votre stratégie de prise en charge en <u>première</u> intention (traitement de la crise et/ou de fond (prophylactique)) ? Veuillez cocher la case correspondante, Une ou plusieurs réponse(s) possible(s) à chaque item

	Traitement de la Crise			***Traitement de fond***		
	Migraine	**AVF**	**CT**	**Migraine**	**AVF**	**CT**
Pas de traitement, surveillance évolution	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AINS	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Anti-dépresseur	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Anti-épileptique	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Anti-nauséeux	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Anxiolytique	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Association paracétamol-codéine	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Association paracétamol-tramadol	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Bétabloquant	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Codéine	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Corticoïde	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Morphinique	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Oxygène haut débit	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Paracétamol	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Phytothérapie	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Tramadol	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Triptan per os	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Triptan injectable (sous cutanée)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Sophrologie/yoga/relaxation	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Vérapamil	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Autres : - Ne se prononce pas :	◯ ◯	◯ ◯	◯ ◯	◯ ◯	◯ ◯	◯ ◯

6- Mettez-vous en place un outil pour évaluer l'efficacité du traitement ? ◯ **Non** ◯ **Oui**

Si oui, lequel/lesquels :.....

7- A partir de combien de crises mensuelles prescrivez-vous un traitement prophylactique ?

Nombre de crise	Migraine	AVF	CT
1	◯	◯	◯
2-4	◯	◯	◯
5-6	◯	◯	◯
7-8	◯	◯	◯
Supérieur à 8	◯	◯	◯
Non concerné	◯	◯	◯

8- Quelle est votre stratégie thérapeutique en seconde intention ?

Veuillez cocher la case correspondante, Une ou plusieurs réponse(s) possible(s) à chaque item

	Traitement de la Crise			***Traitement de fond***		
	Migraine	**AVF**	**CT**	**Migraine**	**AVF**	**CT**
AINS	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Anti-dépresseur	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Anti-épileptique	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Anti-nauséeux	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Anxiolytique	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Association paracétamol-codéine	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Association paracétamol-tramadol	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Bétabloquant	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Codéine	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Corticoïde	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Morphinique	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Oxygène haut débit	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Paracétamol	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Phytothérapie	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Tramadol	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Triptan per os (changement de molécule)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Triptan injectable (sous cutanée)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Sophrologie/yoga/relaxation	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Vérapamil	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Autres : - Ne se prononce pas :	 ◯ ◯	 ◯ ◯	 ◯ ◯	 ◯ ◯	 ◯ ◯	 ◯ ◯

9- Rencontrez-vous des difficultés pour la prise en charge des céphalées primaires ? ◯ Non ◯ Oui

Si oui, précisez : .....

.....

.....

.....

10- Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'étude ? ◯ Non ◯ Oui

11- souhaitez-vous recevoir les dernières recommandations de prise en charge ? ◯ Non ◯ Oui

Pour recevoir les résultats de l'étude et/ou les dernières recommandations, vous pouvez me contacter à cette adresse en me précisant la nature des informations que vous souhaitez : gregory.pecret@univ-lille.fr

Merci beaucoup pour votre participation !

Annexe 4 : Récépissé de déclaration et de conformité

Université de Lille — Direction Données personnelles et archives

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	**SIREN**: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	**Code NAF**: 8542Z **Tél.** : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Céphalée primaire en médecine générale
Référence Registre DPO : 2021-73
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX **Interlocuteur (s)** : M. Grégory PECRET – M. le Dr DELATTRE
Spécificités : ***Absence de collecte de données personnelles (Exonération de déclaration pour anonymisation à la source)***

Fait à Lille, Jean-Luc TESSIER

Le 13 avril 2021 Délégué à la Protection des Données

Direction Données personnelles et archives
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

Annexe 5 : lettre d'accompagnement

Bonjour, je suis **Grégory Pécret, interne en DES de médecine générale**. Dans le cadre de ma thèse et sous l'égide du **Dr Delattre**, en sa qualité de **directeur de thèse**, je réalise un questionnaire sur les **céphalées primaires**. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le diagnostic et la prise en charge des céphalées primaires en ville.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre vous devez être **médecin généraliste thésé, en activité**.

Ce questionnaire est **facultatif**, **confidentiel** et il ne vous prendra que **15 minutes** seulement.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Aussi pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Ce questionnaire fait l'objet d'une **déclaration portant le n° 2021-73** au registre de traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr .

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Annexe 6 : Grille d'évaluation STROBE

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses *a priori*
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) *Étude de cohorte* – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi *Étude cas-témoin* – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins *Étude transversale* – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) *Étude de cohorte* – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés *Étude cas-témoin* – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) *Étude de cohorte* – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités *Étude cas-témoin* – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé *Étude transversale* – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) *Étude de cohorte* – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

Kinesither Rev 2015;15(157):34–38

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour les articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE (suite).

	Item N°	Recommandation
Données obtenues	15*	*Étude de cohorte* – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps *Étude cas-témoin* – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés *Étude transversale* – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées–par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - http://www.plosmedicine.org/, Annals of Internal Medicine - http://www.annals.org/, et Epidemiology - http://www.epidem.com/).

Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithérapie, la Revue. 2015;15(157):34-8.

AUTEUR : Nom : PECRET **Prénom : Grégory**

Date de soutenance : 15 juin 2023

Titre de la thèse : Etat des lieux de la prise en charge des céphalées primaires auprès des médecins généralistes de Sambre-Avesnois

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : céphalée primaire, soins primaires, médecin généraliste, algie vasculaire de la face, migraine, céphalée de tension

Résumé :

Introduction : Selon la classification internationale des céphalées ICHD 3, les céphalées primaires en population générale adulte sont les plus fréquentes. Elles ont un impact socio-économique importante. La migraine, la céphalée de tension et l'algie vasculaire de la face sont de diagnostic clinique avec des critères bien définis et le traitement bien codifié. Devant l'augmentation du nombre de nouvelles recommandations et de la charge de travail en médecine générale, le médecin a-t-il reçu les dernières informations dans le cadre de la prise en charge des céphalées primaires ?

Matériel et méthodes : c'est une étude quantitative observationnelle descriptive transversale sur la prise en charge des céphalées primaires réalisé de mars à juin 2021 auprès des médecins généralistes du territoire de Sambre-Avesnois.

Résultats : 90% des MG estiment leur patientèle céphalalgique entre 5 et 30%. 20% des MG posent le diagnostic de migraine strict et 23% de migraine probable selon les critères IHS. Plus de 80% prescrivent des AINS/Triptans dans le traitement de la crise et 43% un bétabloquant dans le traitement prophylactique. 3% connaissent l'intégralité des critères IHS dans l'AVF et 33% utilisent le vérapamil dans son traitement. 12 % dans la CT et 43% utilisent le paracétamol/AINS dans le traitement de la crise de la CT et 53% ne se prononcent pas dans son traitement de fond. 70% prescrivent des examens complémentaires. 83% adressent le patient à un spécialiste. 63% mettent en place un outil pour évaluer le traitement. 57% rencontrent des difficultés dans la prise en charge des céphalées primaires. 63% désirent recevoir le résultat de l'étude et 67% souhaitent connaître les dernières recommandations concernant les céphalées primaires.

Conclusion : il existe un retard au diagnostic et à la prise en charge des patients sur le territoire de Sambre-Avesnois, de nombreux effort restent à faire aussi bien dans la diffusion qu'à l'accès des critères de diagnostics et des nouvelles recommandations. La désertification médicale et la surcharge de travail sont des facteurs agissant sur cette situation. Des outils en ligne sont disponibles pour faciliter la prise en charge du patient céphalalgique, il serait pertinent de savoir si les médecins généralistes s'intéressent à ces outils d'aide en ligne.

Composition du Jury :

Président :	**Monsieur le Professeur Arnaud DELVAL**
Assesseurs :	**Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT**
	Madame le Docteur Pascal CHARPENTIER
Directeur de thèse :	**Monsieur le Docteur Franck DELATTRE**

Contact de l'auteur : **Grégory.pecret@gmail.com**