



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

*Thèse qualitative sur la prise en charge de la migraine en médecine
générale
Les freins à la prescription des triptans*

Présentée et soutenue publiquement le 18 novembre 2025 à 16h
au Pôle Formation
par **Robin TILLIE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Christian LUCAS

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Monsieur le Docteur David WYTS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Franck DELATTRE

AVERTISSEMENT

**L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions
émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs**

I. Table des matières

AVERTISSEMENT	2
LISTE DES ABREVIATIONS	4
I. INTRODUCTION	5
A. Rationnel de l'étude	5
B. Objectifs	6
C. Physiopathologie de la migraine	6
D. Diagnostic et classification de la migraine	9
1. Migraine sans aura.....	9
2. La migraine avec aura.....	10
3. Migraines chroniques	11
4. Migraines probables et autres sous-types de migraines	12
E. Prise en charge de la migraine	14
1. Prise en charge initiale.....	14
2. Traitements de la crise	14
3. Les traitements prophylactiques.....	18
4. Les nouveaux traitements ciblant la voie du CGRP	20
5. Prise en charge non médicamenteuse	22
F. La surconsommation médicamenteuse	23
II. MATERIEL ET METHODES	24
A. Conception de l'étude	24
1. Question de recherche et objectif de l'étude	24
2. Sélection des participants	24
3. Contexte	25
4. Recueil des données.....	26
B. Analyse des données.....	27
C. Aspects éthiques et réglementaires.....	27
D. Journal de Bord.....	28
III. RESULTATS	28
A. Caractéristiques des participants	28
B. Les caractéristiques de la prise en charge de la migraine par le médecin généraliste	29
1. Intérêt.....	29
2. Maîtrise des bases	30
3. Défaut de formation.....	37
4. La reconnaissance de difficultés	43
5. L'usage des triptans	45

C.	Le résultat principal :.....	50
IV.	DISCUSSION.....	51
A.	Discussion du résultat principal :.....	51
B.	La comparaison avec la littérature	52
C.	Les forces et limites	52
D.	Les perspectives	54
V.	CONCLUSION	55
VI.	BIBLIOGRAPHIE	56
VII.	ANNEXES.....	61

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs

CCQ : céphalées chroniques quotidiennes

CGRP : Calcitonin Gene-Related Peptide

CGRP-MABS : anticorps monoclonaux ciblant la voie du CGRP.

COX : Cyclooxygénase

DCE : Dépolarisation corticale envahissante

FDA : Food and Drug Administration

HAS : Haute autorité de santé

ICHD : International Classification of Headache Diseases

IHS : International Headache Society

SFEMC : Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées

SMR : Service médical rendu

I. INTRODUCTION

A. Rationnel de l'étude

La migraine est la plus fréquente des affections neurologiques (1). Selon les critères diagnostics utilisés, sa prévalence varie en France et en Europe de l'Ouest entre 10 à 20 % de la population générale (1,2). Cela représente plus de 7 millions de Français et 2 millions d'actes ambulatoires (2), ce qui en fait la céphalée primaire la plus fréquente (1), la 6^e pathologie la plus handicapante dans le monde d'après l'OMS et la 1^e affection neurologique (1,3,4). Il existe une forte prédominance féminine puisque deux tiers des patients migraineux sont des femmes (1). Outre le sexe, la prévalence dépend de l'âge, avec un pic d'incidence entre 20 et 60 ans (5), et du type de migraine.

La migraine est un handicap majeur pour les patients, avec un fort retentissement sur la vie sociale et professionnelle, occasionnant une altération de la qualité de vie significative(5,6). L'impact économique est important : le coût direct annuel des céphalées chroniques quotidiennes est estimé à 300 millions d'euros en France et le coût indirect (baisse de productivité, arrêt de travail) est estimé à 27 milliards d'euros annuels à l'échelle de l'Europe (7)

10% des patients migraineux présentent une forme chronique de migraine (5,8). En France, 3% de la population présente des céphalées chroniques quotidiennes, dont 1.7% de migraines chroniques sans abus médicamenteux et 0.8% avec abus médicamenteux (8). Les migraines chroniques s'accompagnent de comorbidités anxieuses et dépressives, de mésusage et d'abus médicamenteux; elles sont plus invalidantes que les formes épisodiques (8).

La fréquence et le retentissement de la maladie migraineuse justifient une bonne connaissance du diagnostic et des traitements proposés. Une prise en charge adaptée permettrait de soulager les personnes migraineuses, pourtant les migraines sont insuffisamment traitées en raison d'une sous-estimation de l'impact de la maladie sur l'économie et sur la qualité de vie (2). Il existe des freins à la prescription des traitements spécialisés comme les triptans. Des études ont trouvé qu'un nombre insuffisant de migraineux français prenait des triptans (9), confirmées par une étude multicentrique datant de 2008 à l'échelle européenne (10) puis par l'étude Eurolight publiée en 2018, qui montrait une sous-prescription des triptans par les généralistes comparativement aux spécialistes (11).

B. Objectifs

Cette étude a pour objectif principal d'étudier les différentes dimensions de la pratique des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant la prise en charge du patient migraineux. L'objectif secondaire est de mettre en évidence la présence de freins à la prescription des triptans.

C. Physiopathologie de la migraine

La migraine est due à une hyperexcitabilité neuronale du complexe trigémino-cervical et à la libération de médiateurs de l'inflammation vaso-actifs à l'origine des crises douloureuses (1). Lors de la crise migraineuse, les fibres du système trigémino-vasculaire innervant les vaisseaux méningés s'activent. Des neuromédiateurs inflammatoires comme le CGRP sont libérés, et déclenchent une vasodilatation et l'inflammation méningée. Le système trigémino-vasculaire s'intègre dans le complexe

trigémino-cervical qui comporte des projections sensibles vers la moëlle cervicale haute et les racines C1 et C2, ce qui explique les douleurs cervicales qui s'associent aux migraines(12,13). Le trijumeau transmet l'inflammation à plusieurs structures, comme l'hypothalamus, ce qui explique la survenue de prodrome comme des modifications d'appétits et d'humeur, une fatigue, des bâillements, annonciateurs de la crise ; et le thalamus qui intervient dans le traitement et l'intégration des stimuli douloureux. (12) Le rôle fonctionnel du complexe trigémio-cervical dans le traitement de la douleur migraineuse n'est pas encore bien compris mais il a été montré que son activité électrique se modifiait en cas de crise ou de prise de traitement, il offre de nouvelles perspectives thérapeutiques (14,15).

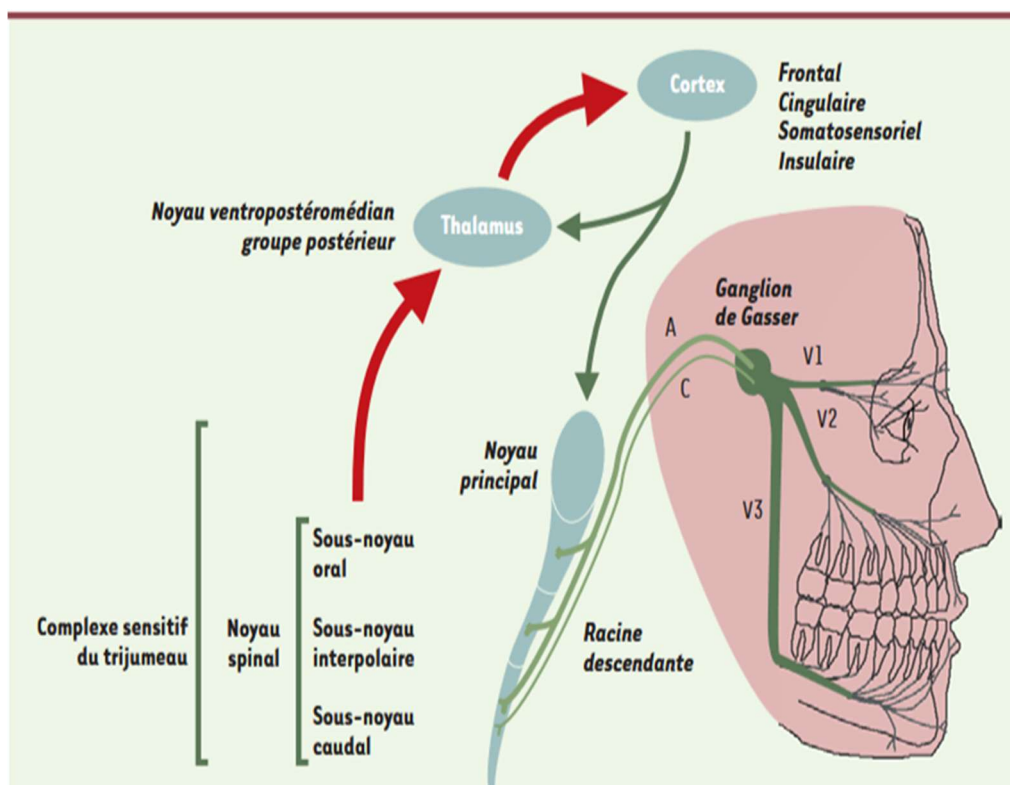


Figure 1 : Le complexe sensitif du trijumeau et ses connexions(16)

Les symptômes de l'aura migraineuse s'expliquent par des dysfonctionnements neuronaux transitoires provoqués par la dépolarisation corticale envahissante (DCE). Cette dépolarisation électrique se transmet de proche en proche, provoque localement une diminution passagère de l'activité neuronale et une légère oligohémie à l'origine des troubles neurologiques transitoires. Le phénomène se propage du lobe occipital vers le lobe temporal et les lobes frontaux, d'où la marche migraineuse classique des auras (manifestations visuelles, puis sensibles et phasiques)(1,12,17). Les mécanismes qui déclenchent la DCE sont encore mal connus mais impliquent des canaux ioniques entraînant des modifications biochimiques à l'origine de la dépolarisation, dont les gènes ont pu être identifiés (18).

La migraine est un phénomène complexe, intriquant facteurs génétiques et environnementaux (19,20). La composante héréditaire des migraines est démontrée depuis les années 90, l'hérédité ayant un rôle variable selon le type de migraine, des études plus récentes estimant une héritabilité moyenne de 42% environ (19). Les migraines communes sont en résumé la résultante de l'exposition de facteurs environnementaux (alcool, dette de sommeil, hormones féminines, alimentation, etc.) à des patients présentant une susceptibilité génétique de départ (20).

D. Diagnostic et classification de la migraine

Pour établir un diagnostic standardisé des migraines et des céphalées primaires, l'IHS a mis à disposition l'ICHD (International Classification of Headache Diseases), nous utilisons actuellement la 3^e édition (21). La migraine est classée par l'ICHD3 parmi les céphalées primaires. Son diagnostic est clinique, il se base sur l'interrogatoire et la recherche des critères internationaux (1). Le diagnostic d'une migraine typique ne nécessite pas de bilan complémentaire. On distingue les migraines sans aura et les migraines avec aura.

1. Migraine sans aura

Les migraines sans aura (MSA) sont de loin les plus fréquentes (1). Le diagnostic est posé si le patient présente 5 crises répondant aux critères de l'ICHD-3 (**Tableau 1**). Dans les heures qui précèdent la crise douloureuse, des prodromes peuvent survenir, à type de bâillements itératifs, de somnolence ou de sensation de faim (1). La céphalée est le plus souvent de localisation temporo-orbitale unilatérale, d'autres localisations sont rapportées, par exemple en région occipito-cervicale.

Tableau 1

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

2. La migraine avec aura

L'aura migraineuse est une manifestation neurologique transitoire associée aux céphalées. La marche migraineuse correspond à l'apparition progressive des symptômes neurologiques suivant la dépolarisation corticale. Comme 99% des auras comportent des symptômes visuels, il faut envisager la réalisation d'imagerie complémentaire devant des auras phasiques ou sensitives isolées (1) ou devant une aura sans céphalée associée. Les auras classiques sont visuelles, sensitives et phasiques, les auras motrices ou du tronc cérébral sont atypiques. Le diagnostic de migraine avec aura est posé si le patient a présenté 5 crises migraineuses correspondant aux critères de l'IHCD-3 (**Tableau2**).

Tableau 2

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

3. Migraines chroniques

On parle de migraine chronique pour des migraines évoluant depuis 3 mois au minimum, avec plus de 15 jours de céphalées par mois dont 8 avec les critères de la migraine. Les formes chroniques sont favorisées par le mésusage et la surconsommation d'antalgiques (1). En général, il s'agit de migraines épisodiques dont la fréquence s'est progressivement accrue sur plusieurs mois à plusieurs années (5). Les migraines chroniques sont des céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) (8) ; comprenant les CCQ secondaires et les CCQ primaires, parmi lesquelles la migraine chronique et la céphalée de tension (**Figure 2**). Le diagnostic des migraines chroniques repose sur leur fréquence, l'emploi des calendriers de migraine est recommandé pour objectiver le nombre d'épisode.

Des situations cliniques peuvent faire évoquer des migraines chroniques secondaires comme l'apparition de céphalées après 50 ans, un antécédent de néoplasie ou de maladie systémique, l'apparition en post-partum, en cas de déclenchement par la toux ou une manœuvre de Valsalva, un caractère postural, la présence d'anomalies neurologiques. En cas de suspicion, l'étiologie secondaire est recherchée par la réalisation d'une imagerie cérébrale et d'un bilan biologique (8).

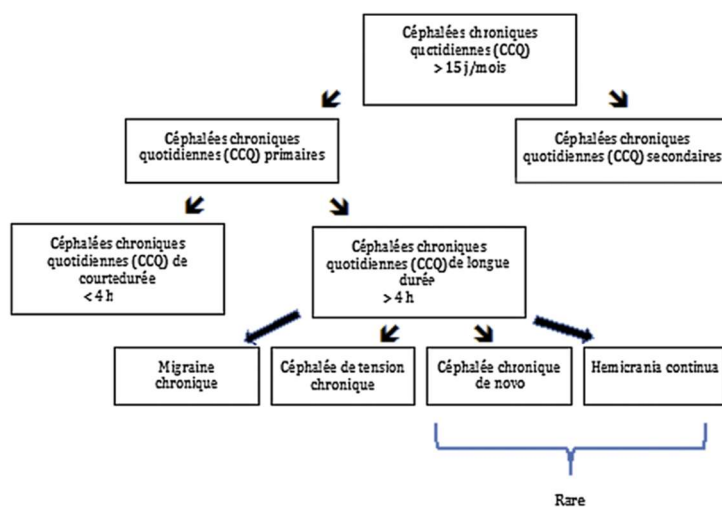


Figure 2 : Démarche diagnostique devant une céphalée chronique quotidienne (8)

4. Migraines probables et autres sous-types de migraines

Comme on peut le constater en consultant la classification des céphalées (**figure 3**), il existe de nombreuses sous-catégories de migraines.

On parle de migraine probable et de migraine avec aura probable quand tous les critères de l'ICHD-3 sauf un sont réunis, ou quand tous les critères sont réunis mais sans qu'il n'y ait eu au moins cinq crises (22).

On désigne par le terme "état de mal migraineux" une crise migraineuse invalidante d'une durée supérieure à 72 heures (22).

Les migraines hémiplégiques familiales sont des formes rares de migraines avec aura motrice de transmission génétique dominante. Les patients présentent des mutations génétiques pour des gènes codant pour des canaux ioniques neuronaux et gliaux (CACNA1A, ATP1A2 et SCN1A), à l'origine d'une hyperexcitabilité neuronale anormale. L'étude de la migraine hémiplegique familiale permet de comprendre la physiopathologie des migraines en général (1).

1. Migraine

1.1 Migraine without aura

1.2 Migraine with aura

1.2.1 Migraine with typical aura

1.2.1.1 Typical aura with headache

1.2.1.2 Typical aura without headache

1.2.2 Migraine with brainstem aura

1.2.3 Hemiplegic migraine

1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)

1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1)

1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2 (FHM2)

1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3 (FHM3)

1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci

1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine (SHM)

1.2.4 Retinal migraine

1.3 Chronic migraine

1.4 Complications of migraine

1.4.1 Status migrainosus

1.4.2 Persistent aura without infarction

1.4.3 Migrainous infarction

1.4.4 Migraine aura-triggered seizure

1.5 Probable migraine

1.5.1 Probable migraine without aura

1.5.2 Probable migraine with aura

1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine

1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance

1.6.1.1 Cyclical vomiting syndrome

1.6.1.2 Abdominal migraine

1.6.2 Benign paroxysmal vertigo

1.6.3 Benign paroxysmal torticollis

Figure 3 : la classification des migraines par l'ICHD-3 de l'IHS (21)

E. Prise en charge de la migraine

1. Prise en charge initiale.

La prise en charge d'un patient migraineux ou céphalalgique débute par une anamnèse approfondie et un examen clinique complet et notamment un examen neurologique (5) afin de ne pas méconnaître une céphalée secondaire. En présence de "drapeaux rouges" (apparition récente, symptomatologie neurologique, céphalées inhabituelles), la réalisation d'une imagerie cérébrale est indiquée. En dehors de cette situation, le diagnostic de la migraine reste clinique.

2. Traitements de la crise

Avant l'arrivée sur le marché du Sumatriptan en 1994, la prise en charge de la crise migraineuse reposait sur la prise d'antalgiques à base de paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les dérivés de l'ergot de seigle (2,3) Ces derniers ne sont plus disponibles dans le traitement de la migraine depuis 2013, leur AMM ayant été suspendu dans cette indication en raison d'un rapport bénéfice/risque jugé défavorable par l'Agence européenne du médicament (23). Les triptans sont considérés comme une avancée majeure dans le traitement de la céphalée migraineuse.

L'automédication lors de la crise est une situation fréquente puisque 80% des patients s'auto-médiquent (1), pouvant mener à des consommations inappropriées et à des céphalées par abus médicamenteux. La prise d'antalgiques opioïdes n'est pas indiquée en raison du risque de mésusage, d'addiction et de chronicisation de la migraine (24,25).

a) Les AINS

Le mode d'action des anti-inflammatoires non stéroïdiens repose sur l'inhibition des cyclooxygénases (COX). Inhiber COX-1 empêche la synthèse de prostaglandine et de thromboxane. La prostaglandine synthétisée par COX-1 a un rôle de médiateur de l'inflammation et de protection gastrique. La thromboxane intervient dans l'agrégation plaquettaire (24) d'où les propriétés anti-agrégantes des AINS. COX-2 est exprimée par des cytokines pro-inflammatoires et provoque la synthèse de prostaglandines pro-inflammatoires.

Ces cytokines et les prostaglandines pro-inflammatoires interviennent aussi dans le processus d'inflammation neurogène de la migraine, les AINS ont donc l'indication dans la prise en charge de la crise migraineuse (24). Les études françaises réalisées en 2021 confirment la place de traitement de première intention des AINS, seuls ou associés aux triptans, avec un fort niveau de preuve pour l'Ibuprofène, le Kétoprofène, le Naproxène aux forts dosages et l'Aspirine (26).

L'emploi des AINS repose sur le suivi des recommandations habituelles concernant cette classe thérapeutique : consommation limitée dans le temps et respect des contre-indications (association aux anti-coagulants et risque hémorragique, ulcère gastrique, insuffisance rénale).

b) Les Triptans

Les Triptans sont des agonistes sélectifs des récepteurs sérotoninergiques 5-hydroxytryptamine 5 HT 1B/1D (6,27). L'activation des récepteurs 1 B est à l'origine d'une vasoconstriction de la musculature lisse vasculaire notamment au niveau des artérioles méningées. La fixation des principes actifs des triptans aux récepteurs 1 D des fibres trigéminales diminue l'activation trigémino-vasculaire, bloque la libération

de neuropeptides P et du CGRP et diminue ainsi l'inflammation de la dure-mère (28). Ces récepteurs sont peu présents au niveau des coronaires, la vasoconstriction coronarienne est limitée. L'action des triptans est multiple, en provoquant une vasoconstriction des artères cérébrales, en bloquant la libération de médiateurs de l'inflammation mais également en bloquant les phénomènes de sensibilisation des nocicepteurs périphériques à l'origine de l'allodynie cutanée observée durant les crises migraineuses (29,30).

Actuellement, il existe 7 triptans ayant l'AMM en France, aux effets pharmacodynamiques similaires. Il n'existe pas d'effet de classe, tous peuvent être essayés en cas d'inefficacité ou d'intolérance de l'un d'entre eux ou pour changer vers une forme galénique différente. Les triptans sont supérieurs aux dérivés de l'ergot de seigle et aux AINS sur le soulagement des crises migraineuses (31). Ils sont recommandés dans les guidelines internationales aussi en raison de leur bonne efficacité et de leur sécurité (32).

En pratique, la prise de triptan doit être précoce, dès l'apparition des premiers symptômes ou dans les 2h suivant la prise précoce d'un AINS. Les recommandations internationales incitent, pour l'association triptan-AINS à prendre l'AINS au début de l'aura puis un triptan au début de la céphalée, même si l'aura est toujours en cours (24). Dans les formes intenses la prise simultanée avec l'AINS peut être proposée d'emblée avec une nouvelle prise dans les 24 heures suivantes (33).

Les contre-indications principales des triptans sont surtout liées à leur effet vasoconstrictif. Ils ne doivent pas être prescrits en cas d'antécédent d'infarctus du myocarde, d'angor, d'AOMI, d'AVC ischémique, de syndrome de Raynaud ou d'hypertension artérielle non contrôlée (6). L'insuffisance rénale et l'insuffisance hépatique sévère, la grossesse représentent également des contre-indications (34).

L'association avec un inhibiteur de la recapture de sérotonine n'est pas recommandée en raison du risque de syndrome sérotoninergique. Les triptans ne sont pas efficaces chez tous les patients, jusqu'à 30% d'entre eux dans certains essais, la poursuite du traitement n'est pas recommandée en cas d'inefficacité (35).

c) Autres traitements de la crise migraineuses

Le paracétamol n'a prouvé son efficacité que pour réduire la douleur des crises d'intensité légère (24,36).

Des études ont montré que l'association de paracétamol, caféine et aspirine avait une efficacité comparable au Sumatriptan 50 pour soulager les douleurs migraineuses (24,37).

Les antiémétiques comme le métoclopramide peuvent être utilisés en association aux AINS pour soulager les nausées et vomissements associés, avec un bon niveau de preuve dans cette indication (38,39).

En raison du risque d'apparition de céphalées par abus médicamenteux, la prise de paracétamol associée ou non à de la caféine et de l'aspirine, tout comme la prise d'AINS, ne doit pas dépasser 14 jours par mois (24). Pour les triptans, la prise de triptan ne doit pas dépasser 10 par mois (8).

3. Les traitements prophylactiques

Les traitements prophylactiques de la migraine ont pour objectif de diminuer la fréquence et l'intensité des crises et de limiter les abus médicamenteux (3,40). Les critères d'introduction d'un traitement prophylactique retenus sont: un nombre de jours de crise supérieur ou égal à quatre par mois ou plus de 2 crises par semaine pendant au moins 3 mois, plus de 8 jours de prise d'antalgiques par mois, en cas de crises sévères ou fortement invalidantes (1,41).

En raison de leur efficacité (haut niveau de preuve) et de leur bon ratio bénéfice/risque (26,42,43), les bêtabloquants comme le Propranolol ou le Métoprolol sont à privilégier en première intention, en prenant en compte les contre-indications habituelles de cette classe thérapeutique (asthme, insuffisance cardiaque, BAV et bradycardie, syndrome de Raynaud, **cf tableaux 3 et 4 en annexe**).

Le Topiramate , un anti-épileptique, peut-être proposé en traitement prophylactique car, comme les bêtabloquants, il possède l'AMM dans cette indication (44). En raison des risques qu'il représente sur le neurodéveloppement des embryons, il n'est pas recommandé chez les femmes en âge de procréer (44). Sa prescription initiale est restreinte aux neurologues et depuis janvier 2025 aux médecins "compétents douleur", après signature d'une attestation d'information partagée sur les risques du traitement (45). Si toutefois le traitement est instauré à une patiente en âge de procréer, l'instauration d'une contraception efficace est nécessaire.

En seconde intention, on peut citer l'Amitriptyline qui a l'AMM dans cette indication, et des anti-sérotoninergiques comme l'oxetorone fumarate (pour lequel il y a au moment de la rédaction de cette thèse des grandes difficultés d'approvisionnement, rendant ce traitement peu accessible), le pizotifène. Le service médical rendu des antisérotoninergiques est moindre, de faible à modéré selon les

médicaments. Des anti-hypertenseurs ont été évalués et peuvent être proposés en traitement prophylactique comme le candésartan (46,47) et le telmisartan (47,48).

Le valproate de sodium n'est pour le moment plus recommandé comme traitement prophylactique en raison d'une alerte de l'ANSM datant d'août 2023 concernant les risques neurodéveloppementaux d'enfants dont le père a été exposé à cette molécule, ce qui nécessite des données supplémentaires (44).

La toxine botulique de type A présente une efficacité prouvée dans le traitement prophylactique de la migraine chronique (47,49). Cette efficacité a été évaluée pour le protocole PREEMPT répété tous les 3 mois et réalisé par un médecin formé aux injections de toxine dans le traitement de la migraine (50,51). Les injections n'ont en revanche pas montré leurs preuves dans le traitement de la migraine épisodique (47).

Concernant les modalités de prescription, il est recommandé de commencer par l'instauration d'une monothérapie en augmentant progressivement les posologies pour limiter la survenue d'effets indésirables. Si le traitement est bien toléré, on peut poursuivre le traitement à dose efficace puis évaluer son efficacité à 3 mois avec un calendrier de migraine. En cas d'efficacité, un traitement peut être poursuivi pendant 6 mois à un an avant d'envisager une diminution progressive des doses jusqu'à la dose minimale efficace voire l'arrêt du traitement. Les bithérapies ne sont en général pas recommandées ni n'ont montré leur efficacité mise à part l'association bêtabloquants et amitriptyline en seconde intention (41,52). Un traitement prophylactique est jugé efficace s'il a réduit la fréquence des crises de 50% (26,40). En cas d'échec du traitement prophylactique, il y a deux possibilités : augmenter le dosage de traitement selon la tolérance et la survenue ou non d'effets secondaires, ou changer de traitement (26).

4. Les nouveaux traitements ciblant la voie du CGRP

Si les triptans ont révolutionné la prise en charge de la migraine, ils ne sont pas exempts d'effets secondaires et ne peuvent être proposés à tous les patients. C'est pourquoi des recherches sont menées sur l'élaboration de nouvelles classes spécifiques.

Les ditans sont des agonistes des récepteurs 5-HT_{1F} de la sérotonine, ils cherchent à inhiber l'inflammation durale et l'hyperactivité neuronale trigéminal sans entraîner de vasoconstriction (3,53). En effet, le récepteur 5-HT_{1F}, exprimé dans le ganglion trigéminal, ne participe pas à la vasoconstriction. Le Lasmiditan est commercialisé aux Etats-Unis depuis 2021 mais il existe un manque de preuve de son efficacité par-rapport aux autres anti-migraineux (47). Les effets indésirables rapportés sont nausées, vertiges et somnolence, il n'y a pas de vaso-constriction. Il n'a actuellement pas reçu l'AMM en France.

Les gépants sont des antagonistes des récepteurs au CGRP intervenant dans la transmission de la douleur et dans la vasodilatation. Les gépants bloquent la vasoconstriction et la transmission de la douleur mais n'induisent pas de vasoconstriction. En France et en Europe, il y a actuellement deux gépants commercialisés : le Rimégépant et l'Atogépant, respectivement accessibles sur le marché français en octobre 2023 et en juin 2024. Le Rimégépant est présenté comme traitement dans la prophylaxie de la migraine épisodique mais aussi dans le traitement de la crise (54). Il ne présente pas de SMR suffisant pour un remboursement (44). Concernant l'Atogépant, il est présenté comme traitement préventif chez l'adulte ayant au moins 4 jours de migraine par mois. Dans la Commission de la Transparence de la HAS de décembre 2023, l'avis est favorable au remboursement de l'Atogépant uniquement dans le traitement prophylactique de la migraine chez l'adulte avec des

migraines sévères avec au moins 8 jours de migraine par mois, sans antécédent cardiovasculaire, après échec d'au moins deux traitements prophylactiques, situation où le service médical rendu est jugé suffisant pour justifier un remboursement (44,55). Dans les autres situations de l'AMM, l'HAS considère qu'il n'a pas de place dans la stratégie thérapeutique. L'Atogepant et le Rimégépant ne sont actuellement pas remboursés.

Des études récentes ont voulu comparer l'efficacité des ditans et des gépants par rapport aux triptans, retrouvant une supériorité par rapport au placebo mais moindre que celle des triptans évalués (27). Néanmoins, l'absence de retentissement cardiovasculaire et notamment de vasoconstriction en font toujours une alternative aux triptans (35,56).

Les anticorps monoclonaux antagonistes du CGRP ou de ses récepteurs sont une classe distincte des nouveaux traitements prophylactiques. Il existe actuellement 4 anticorps monoclonaux ciblant la voie du CGRP (CGRP-MAB). Ils sont indiqués en première ligne chez des patients ayant au moins 4 jours de migraine par mois comme proposé par l'European Headache Federation (44). Ils ont fait l'objet d'une commission de transparence en 2021 et leur utilisation a été approuvée par l'agence Européenne du Médicament (44). Il y a peu de données pour le moment sur la sécurité des CGRP-MABS sur le long terme. Le fremanézumab et le galcanézumab sont disponibles en officine depuis 2022 (3,47). L'Eptinezumab est réservé à un usage hospitalier (57), la prescription des CGRP-MABS est réservée aux neurologues (58). Si la HAS s'est déclarée favorable à un possible remboursement dans certaines conditions (chez des patients avec des migraines sévères à raison d'au moins 8 jours par mois et après échecs de deux traitements préventifs), comme pour l'Atogepant, aucun de ces traitements n'est remboursé actuellement (44).

5. Prise en charge non médicamenteuse

Une fois le diagnostic posé, la prise en charge passe par l'éducation thérapeutique et l'information du patient. Les migraines sont soulagées par le repos, le calme et l'obscurité.

Les facteurs déclenchants de la migraine sont multiples et variables d'un individu à l'autre. D'une manière générale, toutes les variations physiologiques peuvent favoriser les crises (manque de sommeil, variation d'horaire, alimentation, hypoglycémie), et la prise de substance existante (alcool, caféine, drogue). Identifier ces facteurs, agir sur le comportement alimentaire et l'hygiène de vie, tenir un calendrier de migraines sont recommandés pour tout patient migraineux car ce sont des moyens peu coûteux de diminuer la fréquence des migraines (40,59,60).

Des traitements non médicamenteux peuvent être proposés en association des traitements médicamenteux, notamment en cas de contre-indication ou de mauvaise tolérance et pour en diminuer la consommation. Plusieurs techniques de relaxations et de thérapies cognitivo-comportementales de gestion du stress et de la douleur ont prouvé leurs bénéfices (61).

F. La surconsommation médicamenteuse

On définit l'abus médicamenteux comme la prise fréquente et régulière sur une période de 3 mois à raison d'au moins 15 jours par mois pour le paracétamol et les AINS et de 10 jours pour les triptans et les opioïdes (8,32). Une étude française retrouvait 2.3% de surconsommation de triptans parmi les patients migraineux, dont des surconsommations en lien avec des prescription inappropriées. Les cas de surprescription de triptans étaient expliqués par un manque de connaissance de la part des prescripteurs sur les modalités de prescription appropriée (32).

En cas de céphalées chroniques par abus médicamenteux, la prise en charge commence par un sevrage auquel il est recommandé d'associer un traitement prophylactique anti-migraineux comme l'Amitriptyline et le traitement des comorbidités. Dans les cas d'abus polymédicamenteux, d'abus ancien, ou de comorbidité psychiatrique, ce sevrage peut être proposé en milieu hospitalier. En cas de dépendance, un avis ou une prise en charge addictologique peuvent être demandés en parallèle.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Conception de l'étude

1. Question de recherche et objectif de l'étude

Question de recherche : Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge la migraine dans leur pratique, et quels sont les freins à la prescription des triptans ?

Objectifs :

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les pratiques de prise en charge de la migraine par les médecins généralistes des Hauts-de-France.

L'objectif secondaire est d'identifier les freins à la prescription des triptans chez ces médecins.

Ce travail de recherche est une étude qualitative observationnelle. L'approche méthodologique s'inspire de l'approche par théorisation ancrée. Des entretiens semi-dirigés et individuels ont été réalisés. Cette approche a été choisie car elle est adéquate pour évaluer librement les médecins généralistes sur leur pratique par des interviews, ce qui est un processus subjectif.

2. Sélection des participants

Les participants de l'étude ont été recrutés exclusivement dans la région des Hauts-de-France.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- Être médecin généraliste, installé ou remplaçant
- Exercer dans les Hauts de France
- Exercer en cabinet.

Les participants ont été principalement recrutés par téléphone, directement ou par l'intermédiaire de leur secrétariat. L'un des participants a été contacté par un précédent médecin interviewé qui était une de ses connaissances, avant d'être recontacté par l'intervieweur pour fixer l'entretien.

La taille de l'échantillon n'a pas été déterminé à l'avance. L'étude s'est poursuivie jusqu'à satisfaction des données.

Concernant la non-participation, la raison principale avancée par les médecins contactés ayant refusé de participer était le manque de disponibilité. Un seul médecin a refusé de participer pour une autre raison, à savoir qu'il ne souhaitait pas être enregistré. Les médecins contactés n'ayant pas répondu aux messages laissés ou aux mails ont été considérés comme ne souhaitant pas participer aux entretiens.

3. Contexte

Les entretiens se sont déroulés en majorité aux cabinets des participants. Un seul entretien s'est déroulé au domicile de l'un des participants, à sa demande. Le lieu, la date et l'horaire des entretiens a été laissé au choix des médecins généralistes interrogés en raison du manque de leur disponibilité lié à leur travail.

Deux des entretiens se sont déroulés en présence d'externe en médecine, les participants interrogés étant maître de stage universitaire

4. Recueil des données

Tous les entretiens ont été conduits par l'auteur de cette thèse, qui a joué le rôle d'animateur et d'observateur. Tous les entretiens ont suivi une grille d'entretien (la grille d'entretien finale est disponible dans l'annexe). Cette grille d'entretien a été évolutive au fur et à mesure des entretiens et de l'émergence de thématique. Cette grille d'entretien a été testée au préalable par l'auteur de la thèse, qui a mené un entretien test auprès d'un médecin généraliste de sa connaissance.

L'auteur n'a pas fourni les questions ou de guidage aux participants. Les entretiens n'ont pas été répétés. Il n'y a pas eu de note de terrain prise pendant ni après les entretiens. Il n'y a pas eu de retour des retranscriptions aux participants.

Les entretiens ont été enregistrés simultanément à l'aide d'un dictaphone et de l'enregistreur vocal d'un smartphone.

Le seuil de satisfaction des données a été discuté. Arrivé à 10 entretiens, il a été décidé par M. Tillie et Dr Delattre de réaliser 5 entretiens supplémentaires. Arrivé à 15 entretiens, il a été décidé de réaliser 2 entretiens supplémentaires pour approfondir l'une des thématiques abordées lors des derniers entretiens.

Les entretiens se sont déroulés entre le 10 janvier 2024 et 12 juin 2025. Tous les entretiens ont été menés dans les Hauts-de-France. L'entretien le plus court dure 5min 3 secondes, l'entretien le plus long 19 minutes, la durée moyenne est de 11minutes 37 secondes.

B. Analyse des données

L'analyse choisie selon la méthode est de type analyse par comparaison constante : chaque entretien est analysé en prenant en considération l'analyse du précédent entretien jusqu'à construction d'un modèle explicatif

Pour garantir la validité scientifique de cette étude, les conclusions de l'analyse ouverte de chaque entretien a bénéficié d'une triangulation par la confrontation et discussion des résultats entre M. Robin Tillie et Dr. Franck Delattre.

Les thèmes ont été déterminés à partir des données. Aucun logiciel n'a été utiliser pour gérer les données. Il n'y a pas eu de retour par les participants.

C. Aspects éthiques et réglementaires.

Les médecins interrogés étaient informés de l'enregistrement des entretiens. Avant chaque entretien, leur consentement leur était redemandé, l'anonymisation et la confidentialité des enregistrements leur étaient garantis.

Chaque entretien a été anonymisé lors de la retranscription. Les noms propres et les éléments pouvant identifier les participants ont été supprimés.

Concernant les autorisations réglementaires, j'ai transmis au délégué à la protection des données de l'Université de Lille, M. Jean-Luc Tessier, un dossier de déclaration formellement complet et obtenu une autorisation pour réaliser cette étude. Le récépissé est consultable en annexe.

D. Journal de Bord

Durant tout le projet de cette étude, l'auteur a tenu un journal de bord comme il est recommandé. Le journal de bord a été mis à jour et relu régulièrement, garantissant une rigueur et une réflexivité lors de l'analyse et de la rédaction de la thèse.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques des participants

Tableau 3 : Caractéristiques des participants

Identifiant	Sexe	Milieu	Durée
I 1	Masculin	Urbain	9min 26
I 2	Masculin	Urbain	11 min 00
I 3	Féminin	Remplaçant	8 min 24
I 4	Masculin	Urbain	09min13
I 5	Masculin	Urbain	17min28
I 6	Masculin	Urbain	15min10
I 7	Masculin	Semi-rural	13min41
I 8	Masculin	Urbain	8min01
I 9	Féminin	Urbain	8min13
I 10	Masculin	Rural	19min
I 11	Féminin	Rural	8min41
I 12	Masculin	Rural	17min
I 13	Féminin	Rural	11min27
I 14	Masculin	Rural	11min31
I 15	Féminin	Rural	13min58
I 16	Féminin	Semi-rural	10min21
I 17	Féminin	Semi-rural	05min03

Les entretiens ont été réalisés entre le 10/01/2024 et le 12/06/2025.

La durée moyenne des entretiens est de 11minutes 37 secondes.

B. Les caractéristiques de la prise en charge de la migraine par le médecin généraliste

1. Intérêt

a) En raison de la fréquence

La migraine est une pathologie fréquente, motif récurrent de consultation en médecine générale. Cette fréquence de la migraine est souvent la première raison avancée par les généralistes pour expliquer leur intérêt pour cette pathologie.

I3 : « *car c'est assez fréquent au final. C'est quand même un motif qu'on voit régulièrement* ».

b) En raison de l'impact

L'impact sur la qualité de vie

Le retentissement important que peut avoir la migraine sur la qualité de vie des patients n'est pas minimisé et les médecins généralistes reconnaissent la nécessité d'une prise en charge adaptée à proposer aux patients migraineux pour les soulager.

I4 : « *ça m'intéresse, comme tous les sujets qui peuvent soulager les patients, ça fait partie de la médecine, donc on va pas laisser les migraines, ça peut être très handicapant quand elles sont importantes, quand elles reviennent régulièrement, c'est quand même sur la vie sociale, la vie professionnelle, sur la famille, c'est quand même des choses qui peuvent être très handicapantes, donc non, non, il faut qu'il y ait une bonne prise en charge.* ».

L'impact économique

Les enjeux de la migraine en terme de santé publique sont connus, notamment concernant le surcoût que représente la migraine.

I15 : « *Alors oui, c'est pas une maladie mortelle, OK, mais qu'est-ce que ça peut être enquiquinant. Et invalidant (...), et ça coûte cher !* »

c) Un intérêt intellectuel

Outre la fréquence et l'impact des migraines, les médecins généralistes peuvent exprimer un intérêt dans la démarche diagnostique de la migraine, par exemple comment distinguer les migraines du reste des céphalées, la recherche des étiologies secondaires.

I1 : « *d'abord c'est le diagnostic de la migraine qui est intéressant. De faire la différence entre un mal de tête classique ou une céphalée de tension et une migraine.* »

2. Maitrise des bases

a) Une démarche diagnostique adaptée

Un diagnostic décrit comme facile

Les caractéristiques de la migraine sont connues. Les médecins généralistes interrogés n'ont pas exprimé de difficulté pour ce qui est de poser le diagnostic d'une migraine sans atypie en suivant les critères diagnostiques.

I6 : « *Oui, ça c'est toujours les fameux critères IHS. C'est quand même assez facile. Des fois, ce qui est plus compliqué, c'est en fonction de certaines migraines, c'est quand il y a une aura, c'est certaines formes d'auras, mais souvent, quand les gens n'ont pas connu l'aura, ils sont paniqués, ils appellent le 15, c'est plutôt les neuro hospitaliers qui font le diagnostic de l'aura migraineuse. Et donc, après c'est un peu*

plus facile, mais une crise de migraine classique, le diagnostic est quand même assez simple. »

Certains généralistes ont bien exprimé que le diagnostic était avant tout clinique et l'imagerie cérébrale non nécessaire pour les présentations typiques.

17: « *L'imagerie cérébrale ? Très rarement. Si c'est une migraine vraie, non. ».*

Recherche des causes organiques

L'un des enjeux de la démarche diagnostique est de rechercher les "drapeaux rouges" c'est-à-dire les arguments en faveur d'une cause organique des migraines, c'est un fondamental bien compris par les généralistes.

15 : « *Hier j'ai vu deux personnes qui se plaignaient de céphalées. Dont une qui était probablement céphalées migraineuses, l'autre c'était hypertension. Donc faut bien faire la différence entre la pathologie fonctionnelle et la pathologie organique. A savoir, hypertension, j'en passe, anévrisme et tout ça. »*

b) Une escalade thérapeutique adaptée

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens en traitement de première intention.

Les médecins généralistes connaissent bien l'indication des AINS dans le traitement de la crise migraineuse et les prescrivent fréquemment en traitement de première intention, selon les recommandations.

14 : « *C'est les Ibuprofènes, les Spifen® 400, les Profemigr®, c'est ces produits là qui marchent bien. Le Kétoprofène. ».*

Triptan en 2^e intention

Quand les AINS proposés dans un premier temps s'avèrent insuffisants, les triptans sont prescrits en tant que traitement de deuxième ligne.

I7 : « Alors, dans un premier temps, souvent on essaie l'ibuprofène. Comme c'est gens plutôt jeunes, ça fonctionne bien en général. Après si c'est rebelle, si ça fonctionne pas, bon le paracétamol on laisse tomber ça fonctionne pas du tout, je prescris des triptans en général que ce soit en nasal ou en comprimés quoi. » »

Certains généralistes utilisent même des ordonnances "à deux étages" associant AINS et triptans.

I4 « Pour les migraineux assez costaud, j'ai des ordonnances à double étage. C'est d'avoir un anti-inflammatoire non stéroïdien et si ça suffit pas, de passer à autre chose. ».

La plupart des médecins généralistes ne prescrivent pas le paracétamol comme traitement de la crise migraineuse. Ils ont bien compris son absence d'efficacité dans cette indication.

I7 : « Bon il y a des gens qui mangent de l'Effergal® (...) mais bon ça fait pas grand-chose »

c) Instauration adaptée des traitements prophylactiques

En fonction du calendrier de migraine.

La tenue d'un calendrier de migraine permet aux médecins généralistes d'avoir un suivi objectif des migraines et constitue une aide à la décision pour l'instauration d'un traitement prophylactique.

I9 : « *(Est-ce que vous utilisez des ressources, comme des calendriers de migraine ? Pour pouvoir voir...) Oui, justement pour pouvoir voir s'il faut un traitement de fond ou pas (...) S'ils ont par exemple plus d'une migraine par quinzaine, je commence à mettre un traitement de fond. »*

Selon l'impact et la fréquence

Les médecins généralistes prennent en compte les plaintes des patients ainsi que la fréquence des crises lors de l'instauration du traitement prophylactique.

I2 : « *Soit peu de crises mais très invalidantes, avec des arrêts de travail auquel cas on propose un traitement de fond, ou alors on a des crises répétées, une à deux crises par semaine, on propose un traitement de fond. »*

En cas de surconsommation de traitement de crise

La consommation régulière d'antalgique est un argument utilisé par les médecins généralistes pour instaurer un traitement prophylactique. Des consultations régulières pour un renouvellement d'antalgique peuvent constituer un signal d'alerte.

I1 : « *Je me sers du nombre de renouvellement. "Si vous venez me chercher une boîte sur 6 mois c'est super, si vous venez me chercher une boîte toutes les semaines, tous les mois, vous dépassez donc il faudra mettre un traitement de fond". »*

Prescription des traitements recommandés en 1^e intention

Les traitements de prophylactiques utilisés par les médecins généralistes sont le Propranolol et l'Amitriptyline, qui sont justement les traitements recommandés en première ligne.

I2 : « Je prescris pas mal du Laroxyl® en goutte, même si c'est sédatif, j'essaie l'Avlocardyl®. En général on s'en sort en médecine générale. » I8 : « Donc souvent du Propranolol, principalement ça d'ailleurs, et quand ça fonctionne pas des anti-dépresseurs si il y a un terrain d'anxiété un peu chronique ou du Laroxyl®, de temps en temps ça marche pas trop mal c'est les gens qui sont un peu stressés, troubles du sommeil, migraineux, ça soulage pas mal. »

d) Une approche non médicamenteuse

Recherche des facteurs déclenchants

L'identification des facteurs déclenchants entre dans la prise en charge des migraines proposée par les médecins généralistes. Une fois le facteur identifié, des actions spécifiques peuvent être proposées.

I8 : « j'essaie toujours de trouver des facteurs déclenchants : tabac, hygiène de vie, sommeil, stress la pilule. On essaie de trouver des moyens pour trouver ce qui déclenche tout ça. Corriger un peu le mode de vie ».

Insistance sur les règles hygiéno-diététiques

Outre la recherche des facteurs déclenchants, les médecins généralistes reviennent régulièrement sur l'application de règles hygiéno-diététiques quotidiennes pour diminuer la fréquence des crises.

I3 : « Bah déjà...L'hygiène de vie, mais j'ai l'impression que ça, on passe notre temps à en parler pour tout, mais mine de rien ça joue quand même beaucoup. Donc oui, faire plus de sport, l'alimentation, tout ça mine de rien...euh je crois que ça peut jouer sur les migraines, je pense, avoir une bonne hygiène de vie (...) et les excitants entre guillemets, alcool, café, drogues, tout ça, voir où ils en sont de ce côté là et voir si eux ont des facteurs favorisants, parfois il y en a qui disent "dès que je vais là paf ça arrive direct". Du coup essayer de voir avec eux ce qu'on peut changer déjà là-dessus aussi, avant de mettre les traitements. »

Parmi les conseils fréquemment donnés figurent les conseils concernant l'amélioration du rythme de vie, qui doit être le plus régulier possible.

I13 : « Alors déjà je vois par rapport à leurs rythmes de vie, le rythme veille sommeil, le décalage de sommeil, le décalage de rythme le week-end, les écrans, à ce qu'ils ont bêtement des trucs pour la vue, les activités physiques...enfin voilà histoire d'avoir...Je leur dis globalement bin voilà il faut avoir un rythme à peu près régulier, pas se décaler complètement le week-end, toujours veiller à bien s'hydrater, s'il y a pas de contrôle de vue récemment je leur dis "retournez voir quand même", faire du sport, ne pas oublier la partie hydratation et étirements. Enfin des choses comme ça. Hygiène de vie, s'aérer, arrêter de fumer... »

Prévention de l'abus et diminution des traitements inadaptés

Dans la prise en charge non médicamenteuse des médecins généralistes comportent les informations données vis-à-vis de l'abus médicamenteux. Des explications claires délivrées aux patients permettent de leur faire comprendre comment prendre leur traitement et quels traitements éviter.

I2 : *« Moi je leur explique que l'abus médicamenteux c'est..., la prise régulière d'antalgique c'est mauvais, ça induit des maux de tête chroniques et que il faut faire attention. Voilà. En général c'est plutôt ça qu'on fait. »*

Une fois le patient soulagé, ou en cas d'abus, la prise en charge consiste à une diminution puis un arrêt de ces traitements : une "désescalade" .

I 14 : *« Nous, on enlève plutôt les médicaments. On aurait plutôt tendance à les enlever, les Tramadol. On aurait plutôt tendance à baisser les médicaments quand ils viennent. Parce qu'ils ont déjà des surdosages (...) Donc on est plutôt dans la désescalade. Les antidouleurs aussi. Donc on est plutôt dans la baisse. Par rapport à leurs prises de base, on essaye plutôt de descendre. »*

3. Défaut de formation

a) Méconnaissance des traitements

Méconnaissance des modalités de prise des triptans

Certains médecins généralistes ne connaissent pas les conseils donnés aux patients sur les modalités de prise des triptans, ils ne peuvent pas préciser combien il est possible d'en prendre par crise ou au total par mois.

I5 : « J'avoue que ça ça m'échappe complètement, moi c'est pratiquement à la demande. Le triptan ce sera à la demande. Donc sans dépasser une certaine dose mais les recommandations, non ça j'avoue ».

Méconnaissance des contre-indications des triptans

De nombreux médecins généralistes interrogés prescrivent mais connaissent peu les triptans. Ils ne connaissent pas les contre-indications des triptans et notamment les contre-indications cardiovasculaires.

I 13 : « (question : Tu connais les contre-indications ?) Alors non. Non, pour le coup, non. Je ne connais pas par cœur, je regarde dans le Vidal, si je me pose une question (...)et en vrai dans les contre-indications, j'avoue, je ne les connais même pas par cœur ».

Confusion entre traitement de la crise et traitement prophylactique

Il existe parfois parmi les médecins généralistes une confusion entre les traitements utilisés lors de la crise et les traitements prophylactiques. Certains ont par exemple cité les bêtabloquants comme traitement de la crise.

I10 : « *Moi ce que je donne en général c'est plutôt un traitement classique, un anti-inflammatoire à libération prolongée comme du Kétoprofène LP 100 à prendre, ou des personnes réagissent pas mal à de l'Advil® ou de l'Ibuprofène ça marche pas trop mal et on peut y associer un doliprane en même temps, enfin du paracétamol mais c'est pas l'indication primordiale. Mais je trouve que l'association anti-inflammatoire plus paracétamol donne un petit plus que l'anti-inflammatoire tout seul. Ça c'est plutôt mon expérience personnelle. Après, il y a d'autres traitements, pour les personnes tachycardes, stressées, tout ça, c'est les **bêtabloquants**, après on passe dans les traitements un peu plus forts, les triptans. »*

Parmi les médecins généralistes interrogés, d'autres ont cité les antiépileptiques comme traitement de la crise.

I12 : « *(question : Pour les traitements de la crise migraineuse, tu as parlé d'abord des anti-inflammatoires...) Bin, parce que souvent c'est bien toléré, c'est souvent efficace, tandis que le Zomig® c'est pas toujours bien toléré quoi. (...) Mais la migraine pure... Oui de temps en temps, on a quelques-uns, ils ont comment on appelle, un anti-épileptique. »*

Utilisation de palier II

Certains généralistes continuent de prescrire des antalgiques de palier II pourtant à prohiber dans le traitement de la migraine.

I 11 : « Au début, les premières crises quoi, j'utilise ou Ibuprofène ou un mélange de paracétamol et caféine ou codéine ».

Nécessité d'actualisation des connaissances

Les médecins généralistes ne sont pas à jour avec l'actualités médicales concernant les migraines. Certains le reconnaissent et avancent qu'ils n'ont pas le temps nécessaire pour se mettre à jour.

I2 : «je suis pas au fait des dernières recommandations, des dernières publications. Tout ça en médecine de ville on n'a pas franchement beaucoup le temps de faire tout ça. Ce qui est dommage d'ailleurs. Mais c'est un peu compliqué. Moi, je ne suis pas au fait des dernières recommandations. ».

Empirisme

La prise en charge des médecins généralistes n'est pas toujours rationnelle. L'instauration d'un traitement ne passe pas systématiquement par le suivi des recommandations et se fait parfois au jugé.

I 13 : « A quel moment ? J'avoue que je n'ai pas, moi, d'algorithme très précis en me disant tiens là je l'ai vu autant de fois en autant de mois, je vais, en général je leur demande, quand je les vois pour les renouvellements de traitements de migraines ou pour crise migraineuse, je leur demande de me faire un agenda, qu'ils font pas tous, et du coup je vois selon l'agenda, selon la fréquence, la durée, le retentissement sur la qualité de vie, etc. Quand c'est comme ça, oui je vais penser à un traitement de fond. Mais j'ai pas, je me dis pas tiens, j'avoue j'ai pas de truc en me disant tiens ce patient il a autant de crise par mois, et hop ça va être une indication à un traitement de fond. Je le fais un peu plus sur le feeling ».

b) Besoin de réassurance

Prescription systématique d'imagerie cérébrale

Une fois le diagnostic de migraine posé, et même en l'absence d'atypies, certains médecins généralistes préfèrent prescrire une imagerie cérébrale. Cela peut traduire un doute dans leurs capacités à réaliser correctement un examen neurologique et à reconnaître les atypies.

I15 : « I : Imagerie cérébrale, je pense que chaque migraineux doit en avoir une. »

Recours excessif aux spécialistes

Certains généralistes interrogés orientent vite les patients migraineux vers des neurologues. Certains adressent dès qu'il y a nécessité d'instaurer un traitement prophylactique et résument leur rôle au renouvellement de l'ordonnance. On peut supposer qu'ils doutent de leurs capacités de preneur de décision ou de leur expertise dans l'instauration d'un traitement prophylactique.

I3 : « Je trouve ça compliqué de mettre les traitements de fond, en médecine générale, d'emblée, je ne sais pas si c'est parce que je suis une jeune médecin ou du coup je n'ai pas beaucoup d'expérience, mais du coup j'aime bien passer par la case neuro mais qui prend du temps (...) il y a les bêtabloquants, et il y a tout ce qui est Laroxyl®...euh...moi j'en instaure pas trop pour le coup...souvent je leur fait faire le calendrier de migraine, les traitements de crise et de voir avec le neurologue pour l'instauration des traitements de fond. ».

c) Le véhiculage de cliché

“C'est psy”

Certains médecins généralistes entretiennent les clichés sur les patients migraineux et notamment la réduction à une origine psychosomatique voir psychiatrique des crises.

I10 : « Mais bon après, c'est pas vraiment un problème compliqué à soigner s'il n'y a pas de psy derrière. Comme il y a 90% de psy, donc là ça devient plus compliqué ».

“Une pathologie de femme anxieuse”

Il y a une prédominance féminine dans la maladie migraineuse, c'est un fait connu par les médecins généralistes interrogés. Cependant, des associations rapides entre cette prédominance peuvent se créer, et tendent à décrédibiliser le caractère complexe de la migraine.

I8 : « Souvent c'est quand même des femmes un peu anxieuses ».

“Traiter avec des antidépresseurs”

L'emploi de traitement prophylactique comme l'amitriptyline peut être mal interprété, et conduire des médecins généralistes à penser qu'il y a un terrain de dépression dans la migraine. Les traitements prescrits sont alors vus là pour sédater ou stimuler le patient.

I5 : « ils parlent justement dans le traitement de fond de la migraine, c'est une personne que je connais depuis très longtemps et l'intérêt de reprendre un antidépresseur non pas le Laroxyl® qui n'avait pas donné de résultat, l'Effexor®. La Venlafaxine. Donc le traitement antidépresseur dans le traitement de fond. Pas Laroxyl®. Là je pense l'Effexor® est un peu plus stimulant parce que là, dans le cas présent, on a affaire à une personne un peu plus apathique, adynamique, l'intérêt de la booster avec ça plutôt que le Laroxyl® qui est plus sédatif, en prise vespérale »

4. La reconnaissance de difficultés

a) Un panel thérapeutique limité

Des difficultés d'accessibilité à certains traitements

Les médecins généralistes sont confrontés aux difficultés d'approvisionnement de traitements anti-migraineux qui convenaient parfois bien au patient et dont le manque d'accessibilité est problématique.

I1 : « Il y a quelques années, on était aussi confronté aux ruptures de traitement, de Nocertone® il y a 4/5 ans qui était en rupture. Je ne sais pas si vous l'avez vu passer...On avait du Nocertone® qui était en rupture, et c'était bien embêtant quand on avait des patients bien équilibrés sous ce traitement-là. ».

Des traitements retirés du marché

Les médecins généralistes déplorent la disparition sur le marché de certains traitements anti-migraineux, et sont mis en difficulté par le manque d'alternative.

I 10 : « je trouve que depuis 10 ans on a même supprimé pas mal de médicaments qui marchaient pas trop mal et maintenant on a plus grand-chose sauf si la personne réagit plutôt bien aux triptans mais sinon on est embêté. ».

b) Isolement

Le manque de spécialiste et les longs délais d'accès aux spécialistes qui en découlent sont des plaintes fréquentes des médecins généralistes, d'autant plus que les neurologues sont généralement sollicités en cas de dépassement ou d'inefficacité des thérapies proposées.

I7 : « Alors, en général, je dirais que c'est plutôt la quatrième attention, quand je vois que le Laroxyl® n'a pas fonctionné et tout le reste, j'adresse au spécialiste en général. Au neurologue. Mais bon les délais, c'est compliqué. Ça devient très compliqué d'envoyer les gens, on est de plus en plus isolé donc on gère de plus en plus. ».

c) Un manque de temps

L'un des problèmes évoqués lors des entretiens était la gestion du temps. Certains médecins disent ne pas consacrer suffisamment de temps pour donner les conseils d'hygiène de vie. Généralement le motif de migraine n'est pas l'unique motif évoqué lors de la consultation, en conséquence le sujet n'est pas approfondi pour les règles hygiéno-diététiques, la recherche de facteur favorisant ou la tenue d'un carnet de migraine. Il faudrait dans l'idéal une consultation dédiée.

I10 : « : En fait c'est un peu comme tout, on pourrait mais le problème c'est la gestion du temps dans un cabinet médical. Maintenant les gens ils viennent, autrefois ils venaient pour une vaccination, maintenant les vaccinations sont faites en ville, les tests d'angines sont faits en ville, la plupart des traitements simples sont faits en ville, et quand ils viennent nous voir, ils ne viennent pas pour une migraine, ils viennent pour une migraine, ils ont mal aux pieds, ils ont plein de choses, et donc c'est compliqué, autrefois on pouvait faire revenir les gens assez facilement, on disait tiens, on va faire une consultation spéciale migraine mais maintenant avec le nombre de patients que l'on a c'est un peu compliqué. Il faudrait je pense prendre le temps de le faire mais

faudrait faire des consultations dédiées mais ça faut avoir le temps de l'organiser. Pourquoi pas des calendriers de migraine, ça pourrait être intéressant, mais je le fais pas. »

Comme déjà mentionné, le manque de temps est également une explication donnée pour justifier le manque de formation, les médecins généralistes n'ont pas le temps de se former sur tout.

5. L'usage des triptans

a) Inclination à la prescription des triptans

Efficacité

Les triptans sont prescrits en raison de leur efficacité dans le traitement de la migraine. Leur arrivée sur le marché est même décrite par certains médecins comme un grand changement pour les migraineux.

I15 : « pour moi les triptans c'est du pain béni pour les migraineux. Voilà, c'est vraiment la molécule qui a changé leurs vies. On peut pas dire mieux. »

I1 : « je me souviens quand ça été mis sur le marché, c'était assez révolutionnaire. ».

Confiance

Les triptans sont des traitements présents depuis des années. Ils ont fait leurs preuves en efficacité et en sûreté, et ont gagné la confiance des médecins généralistes.

I4 : « Non, non les triptans ça fait quand même une paire d'années que ça existe. Après, si c'est utilisé d'une manière intelligente avec deux comprimés maximum jours

à 2/3 h d'intervalle, il n'y a pas de très grand risque. Après, il faut pas les mélanger avec d'autres produits, faut faire attention, mais bon. Non, ça marche bien ».

Habitude

Les triptans sont des traitements que les médecins ont l'habitude de prescrire. Sans être des traitements fréquents, ce sont des traitements qui font partie de la routine des médecins généralistes, quitte à être banalisés.

I6 : « C'est pas hyper fréquent mais c'est un truc qu'on a dans la tête. Dans la boîte à outil quoi (...) On va dire, c'est un médicament qui est plutôt assez entré en routine, peut-être banalisé sur ses effets secondaires. Et peut-être sur lequel il y a un manque de vigilance. Mais je suis pas sûr que les effets indésirables soient si fréquents que ça. En général c'est plutôt bien toléré (...) Les triptans, ouais les triptans, j'ai pas trop de difficulté à en prescrire, chez un jeune qui n'a pas trop de pathologie et là tu peux le donner plus facilement ».

b) Les freins à la prescription des triptans

En raison du terrain du patient et des contre-indications

Les triptans sont contre-indiqués sur les terrains cardio-vasculaires en raison de leur effet vaso-constricteur. Cette contre-indication va être prise en compte par les médecins généralistes, s'il la connait.

I 2 : « J'ai des réserves d'ordre cardiovasculaire. Faut faire attention au terrain cardiovasculaire. Faut faire attention aux gens qui sont hypertendus. (...) On fait attention aux contre-indications cardiovasculaires, on est précautionneux, ça c'est sûr. »

Par prudence, certains vont limiter leur prescription chez les patients polypathologiques.

I10 : « *Oui, comme je te disais si la personne elle a des...je pense les effets indésirables c'est aussi le glaucome, les AVC, les problèmes vasculaires, tout ça des contre-indications relatives mais auxquelles il faut faire attention* ». De même des freins existent par rapport à l'âge du patient

I 7 : « *Alors, oui, j'ai des restrictions plus avec les personnes âgées, où là c'est plus compliqué* ».

Par méconnaissance

Certains médecins généralistes admettent avoir besoin d'approfondir leurs connaissances sur la prise en charge de la migraine et de ne pas être à l'aise avec la prescription des triptans, ce qui peut être un frein à leur prescription.

I3 : « *je ne sais pas si c'est parce que je suis une jeune médecin ou du coup je n'ai pas beaucoup d'expérience (...) les triptans, je ne suis pas hyper à l'aise. Non plus.(...) Pour le coup, c'est plus personnel. Je m'étais dit il y a pas longtemps que je devais revoir. C'est plus avec les contre-indications et les effets indésirables potentiels. Parce que sur le coup, c'est des médicaments un peu plus...un peu moins courant on va dire.* ».

Par facilité d'usage des AINS

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont des traitements pratiques et faciles d'utilisation, ils sont reconnus pour leur efficacité dans la migraine. Pour ces raisons, l'usage des AINS peut constituer un frein à la prescription des triptans.

I8 : « *Non, c'est plus par facilité d'utilisation des anti-inflammatoires, parce que ça c'est facile, on connaît bien les effets indésirables secondaires et quand ça fonctionne bien, c'est pratique. Donc, après les triptans, je n'ai pas vraiment de frein à la prescription* ».

Le triptan est prescrit en deuxième intention, si le traitement par anti-inflammatoire est efficace, le triptan ne sera pas prescrit.

I16 : « *c'est juste que si je trouve qu'un anti-inflammatoire c'est suffisant, c'est tout, je propose plutôt en seconde intention.* ».

Par peur de l'abus

La crainte d'une prise trop fréquente de triptan peut être un facteur limitant à sa prescription.

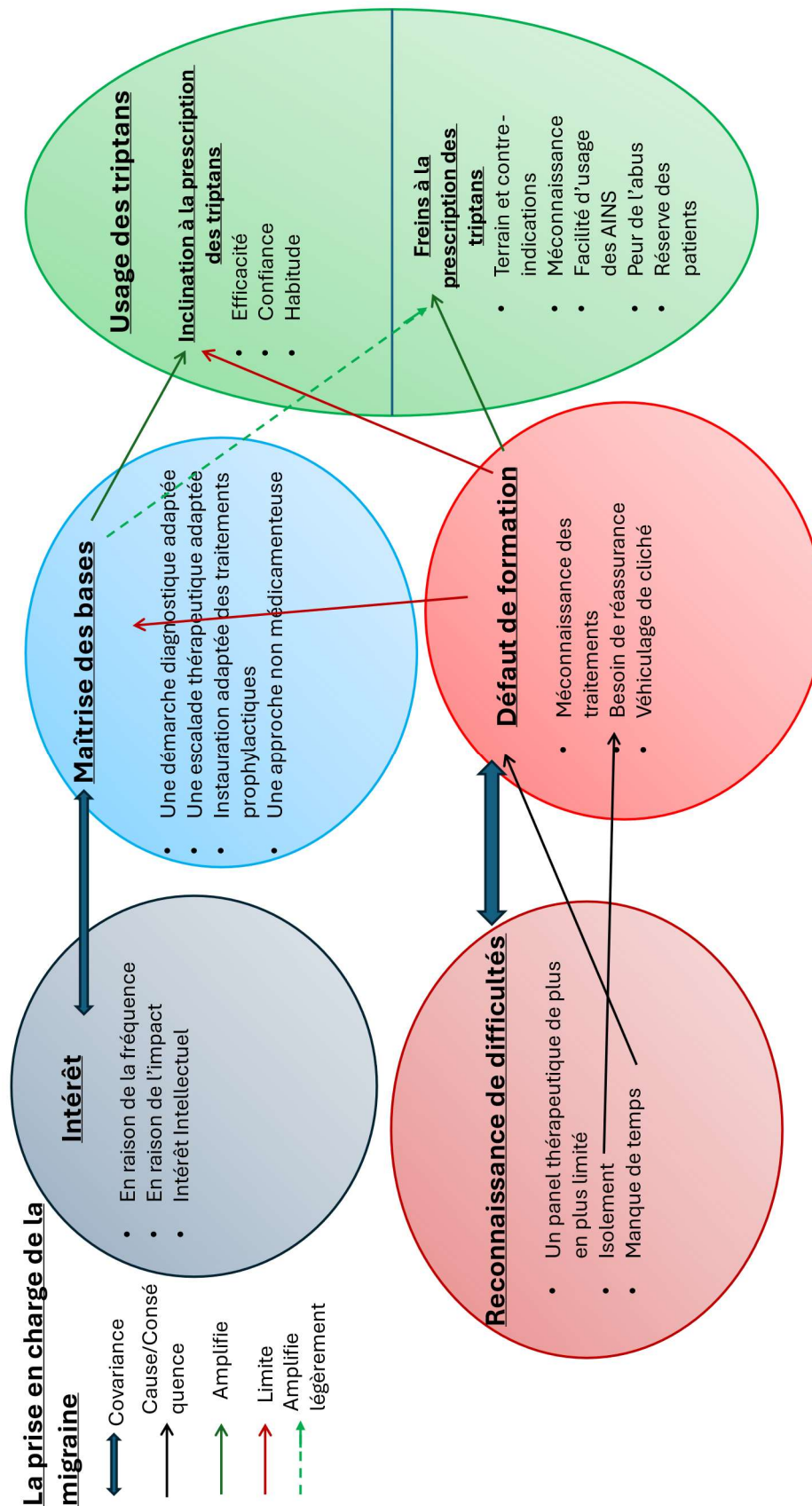
I1 : « *Des réserves, non, du tout. Les seules réserves que je vais avoir, c'est la trop grande fréquence, ça je ne l'ai pas cité. D'être confronté avec des patients qui en prennent parfois un peu trop, qui viennent un peu trop en chercher souvent.* ».

En raison des réserves des patients

Ce sont parfois les réticences des patients qui freinent l'usage des triptans, face à des traitements qu'ils ne connaissent pas et dont ils se méfient. Le rôle des médecins généralistes est de leur donner les informations adéquates et de les rassurer sur la prise des traitements.

I 14 : « C'est parfois les patients qui sont réticents. Ou on leur a mis des boîtes et ils reviennent et ils les ont pas pris. Ils osent pas parce qu'ils en ont peur parfois. Des fois, dans ceux où des fois j'en prescris, ça arrive des fois. Et ils sont restés dans le noir et ils ne l'ont pas essayé quoi (...): Parce qu'ils ont déjà pris pas mal de molécule, oui. Et ils ont peut-être peur. Ils ont peut-être peur de cette molécule. Alors que j'essaie de les rassurer, de leur dire faut l'essayer, faut l'essayer une fois ».

C. Le résultat principal :



IV. DISCUSSION

A. Discussion du résultat principal :

Selon les médecins généralistes c'est d'abord la fréquence de la migraine qui rend ce sujet intéressant à leurs yeux, mais aussi son impact sur le patient, sur la société. Cet intérêt explique pourquoi les bases de la prise en charge sont dans l'ensemble maîtrisées, les médecins ont envie de soulager leur patient migraineux. Mais il y a une rétroaction positive : la maîtrise du sujet et notamment de la démarche diagnostique peut susciter un intérêt intellectuel. Le médecin généraliste qui maîtrise les bases de la prise en charge est enclin à prescrire les triptans, qu'il a l'habitude d'utiliser et dont il connaît l'efficacité. Dans une moindre mesure, la maîtrise des bases peut être une source de freins à la prescription des triptans, mais il s'agit de réserves adaptées comme les freins liés aux contre-indications ou au terrain polypathologique d'un patient, ou la prévention d'un abus.

Les médecins généralistes interrogés reconnaissent des difficultés qui contribuent à un manque de formation. Il y a la difficulté du manque de temps consacré à la formation et à l'actualisation des connaissances, avec comme conséquence directe un manque de formation ; il y a l'isolement des médecins généralistes qui aboutit à un besoin de réassurance passant par un recours excessif à l'imagerie ou à la sollicitation excessive des spécialistes. Réciproquement le manque de formation est une source de difficulté. Il y a un lien logique entre le manque de connaissance des traitements et le manque d'actualisation des traitements et le panel thérapeutique limité. Le manque de formation des médecins généralistes va limiter la maîtrise des bases de la prise en charge de la migraine, va limiter la prescription des triptans et favoriser les freins à leur prescription, par méconnaissance. Par ailleurs, ce panel

thérapeutique est aussi décrit comme de plus en plus restreint en raison de la disparition de traitements utilisés fréquemment par les généralistes au cours de ces dernières années.

B. La comparaison avec la littérature

Les entretiens réalisés confirment les données épidémiologiques : la migraine est une pathologie fréquente (1) et un motif récurrent de consultation (2). On trouve des similitudes entre les propos rapportés par les généralistes sur l'impact économique et sur la qualité de vie et les données existantes (5–7).

Les entretiens ont mis en évidence des freins à la prescription des triptans, ce qui corrobore les conclusions quant à la tendance à leur sous-prescription (9,11).

C. Les forces et limites

Dans cette étude qualitative, il est essentiel de reconnaître et de discuter des biais potentiels qui peuvent survenir afin d'assurer la validité et la fiabilité des résultats.

- Biais d'interprétation : L'analyse des données peut toujours être interprétée selon les attentes du chercheur. Cependant au cours de cette étude, une triangulation des données a été réalisée régulièrement, ce qui permet de corriger les interprétations erronées par l'avis d'une tierce personne.
- Biais de confirmation : Il peut toujours exister un biais cognitif par lequel le chercheur tend à privilégier les résultats qui confirment ses hypothèses. Ce biais est limité par le suivi de la méthodologie : chaque entretien est analysé en considérant l'entretien précédent, et analysé par triangulation, jusqu'à satisfaction des données.

Les thèmes du modèle explicatif ont été déterminés à partir des données et non au préalable.

- Biais d'investigateur : L'interrogateur peut toujours influencer les réponses obtenues par exemple par la formulation de ses questions, par son attitude lors des entretiens ou dans le cas présent par son manque d'expérience à mener des entretiens semi-dirigés. Cependant ce biais a été contrebalancé par le suivi de la grille d'entretien.
- Biais de contexte : Des facteurs contextuels ont pu avoir une influence sur les questions et le comportement de l'investigateur et sur les réponses des participants et ayant pu avoir des conséquences sur les données recueillies. Cela peut contribuer à l'hétérogénéité des entretiens. Pour limiter cet effet, les procédures d'entretien ont été standardisées par le suivi de la grille d'entretien. De plus, le contexte des entretiens et les caractéristiques des participants ont été notifiées dans le journal de bord et prises en compte lors de l'analyse des données.
- Biais de volontariat : Les médecins généralistes participant à l'étude étaient volontaires et revenaient vers moi s'ils souhaitaient participer à l'étude. Cependant, pour ne pas les influencer, ils ont juste pu savoir que les entretiens concernaient les migraines sans avoir accès à plus d'informations lors du recrutement. J'ai pu mener des entretiens avec une population variée de médecins généralistes, d'âge et de lieux d'exercice variés, et tous n'étaient pas nécessairement intéressés ou à l'aise avec ce sujet.
- Biais externe : Du fait des nécessités de planning et des obligations professionnelles, la période d'entretien s'étend sur une période assez longue, ce qui a pu influencer la réalisation des entretiens. Cette longue période de recrutement peut être à l'origine d'un biais temporel, de nouveaux traitements ont été introduits sur le

marché par exemple, mais des actualisations des données scientifiques m'ont permis de mettre à jour mes connaissances. De plus, les entretiens sont restés standardisés par le suivi de la grille d'entretien et par la relecture du journal de bord.

D. Les perspectives

Cette étude suggère un défaut de formation des médecins généralistes dans la prise en charge de la migraine ainsi que l'existence de freins à la prescription des triptans. Pour la recherche, ces conclusions pourraient conduire à la réalisation de nouvelles études, centrées non plus sur la prise en charge mais sur l'existence de ces freins. L'un des freins possibles concerne les réserves des patients vis-à-vis des triptans et rappelle le rôle central du médecin généraliste dans la délivrance d'information et dans l'éducation thérapeutique. Ce sujet pourrait faire également l'objet d'étude qualitative. La proportion de médecin généraliste proposant une prise en charge adaptée de la migraine pourrait faire l'objet d'une étude quantitative. De nouvelles études pharmaco-épidémiologiques sur la prescription des triptans pourraient être intéressantes, pour évaluer la sous-prescription des triptans dans les années à venir.

Pour la pratique clinique, on pourrait insister sur la diffusion des recommandations, par exemple celles de la SFEMC, qui sont une aide intéressante dans le diagnostic et surtout dans le traitement des migraines. La SFEMC recommande par exemple d'utiliser à chaque visite le questionnaire d'optimisation du traitement de la migraine (M-TOQ), qui peut constituer un guide utile pour les médecins généralistes, par exemple pour l'instauration des triptans. La connaissance de ces recommandations, ou l'usage du M-TOQ par les médecins généralistes pourraient faire l'objet de nouvelles études (62).

Pour l'amélioration des connaissances des médecins généralistes, on pourrait mettre en place des interventions comme la promotion de programme de formation continue ciblée sur la prise en charge des migraines ou d'ateliers pratiques pour améliorer les compétences diagnostiques et thérapeutiques des professionnels de santé.

V. CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence l'intérêt que portent les médecins généralistes pour la migraine, ainsi que leur maîtrise des fondamentaux de la prise en charge. Cependant elle met également en évidence les difficultés que reconnaissent les médecins généralistes dans leur prise en charge ainsi que leur manque de formation. La diffusion des recommandations auprès des médecins généralistes, ou de programme de formation pourraient être bénéfique à l'optimisation du traitement de la migraine. Enfin, si cette étude a mis en évidence des facteurs favorisant la prescription des triptans, des freins ont également été mis en évidence, ce qui corrobore la tendance à la sous-prescription des triptans retrouvée dans les précédentes études citées.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Roos C. Migraine : données épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. *Biol Aujourd'hui*. 2019;213(1-2):35-41.
2. Sénard JM, Nachit-Ouinekh F, Becq JP, Chastan G, Fabre N, El Hasnaoui A. Etude pharmacoépidémiologique française de l'utilisation des triptans en médecine générale. *Therapies*. 1 sept 2004;59(5):533-9.
3. Valade D. Les avancées dans les traitements de crise et de fond de la maladie migraineuse. *Biol Aujourd'hui*. 2019;213(1-2):59-64.
4. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl*. 22 août 2015;386(9995):743-800.
5. Fumal A, Timmermans G. [Integrating new migraine treatments into clinical practice (part 1) : management of acute migraine attack]. *Rev Med Liege*. janv 2023;78(1):46-54.
6. Lombard L, Farrar M, Ye W, Kim Y, Cotton S, Buchanan AS, et al. A global real-world assessment of the impact on health-related quality of life and work productivity of migraine in patients with insufficient versus good response to triptan medication. *J Headache Pain*. 29 avr 2020;21(1):41.
7. Donnet A, Emery C, Aly S, Allaf B, Cayre F, Mahieu N, et al. Migraine burden and costs in France: a nationwide claims database analysis of triptan users. *J Med Econ*. 3 juill 2019;22(7):616-24.
8. Lantéri-Minet M, Demarquay G, Alchaar H, Bonnin J, Cornet P, Douay X, et al. Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CCQ) – Prise en charge d'une CCQ chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine chronique/Recommandations de la SFEMC, ANLLF et SFETD. *Rev Neurol (Paris)*. mars 2014;170(3):162-76.
9. Lucas C, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Henry P, et al. Use and Misuse of Triptans in France: Data from the Grim2000 Population Survey. *Cephalalgia*. 1 mars 2004;24(3):197-205.
10. Masson E. EM-Consulte. [cité 10 mars 2025]. Prise en charge de la migraine en médecine générale. Une étude multi-centrique française. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/105164/prise-en-charge-de-la-migraine-en-medecine-general>
11. Katsarava Z, Mania M, Lampl C, Herberhold J, Steiner TJ. Poor medical care for people with migraine in Europe - evidence from the Eurolight study. *J Headache Pain*. 1 févr 2018;19(1):10.

12. Puledda F, Messina R, Goadsby PJ. An update on migraine: current understanding and future directions. *J Neurol.* sept 2017;264(9):2031-9.
13. Watson D. Cervical Afferents and Primary Headache: An investigation of the potential role of cervical nociceptors in sensitising the trigemino-cervical nucleus in primary headache [Internet] [PhD Thesis]. Murdoch University; 2016 [cité 17 mars 2025]. Disponible sur: <https://researchportal.murdoch.edu.au/esploro/outputs/doctoral/Cervical-Afferents-and-Primary-Headache-An/991005545555507891>
14. Basedau H, May A, Mehnert J. Cerebellar somatotopy of the trigemino-cervical complex during nociception. *Eur J Pain.* 2024;28(5):719-28.
15. Watson DH, Drummond PD. The Role of the Trigemino Cervical Complex in Chronic Whiplash Associated Headache: A Cross Sectional Study. *Headache J Head Face Pain.* 2016;56(6):961-75.
16. Dallel R, Villanueva L, Woda A, Voisin D. Neurobiologie de la douleur trigéminal. *médecine/sciences.* mai 2003;19(5):567-74.
17. Goadsby PJ, Holland PR, Martins-Oliveira M, Hoffmann J, Schankin C, Akerman S. Pathophysiology of Migraine: A Disorder of Sensory Processing. *Physiol Rev.* avr 2017;97(2):553-622.
18. Ducros A. Physiopathologie et approche génétique de la migraine. *CNS Drugs.* 1 déc 2006;20(1):1-11.
19. Grangeon L, Lange KS, Waliszewska-Prosół M, Onan D, Marschollek K, Wiels W, et al. Genetics of migraine: where are we now? *J Headache Pain.* 20 févr 2023;24(1):12.
20. Magis D, Schoenen J. Les migraines : des gènes à l'environnement. *Rev Med Liège.*
21. Gobel H. ICHD-3. [cité 19 mars 2025]. Classification. Disponible sur: <https://ichd-3.org/classification-outline/>
22. <https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2019/06/ICHD3-traduction-fran%C3%A7aise-VF-%C3%A0-publier.pdf> [Internet]. [cité 20 mars 2025]. Disponible sur: <https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2019/06/ICHD3-traduction-fran%C3%A7aise-VF-%C3%A0-publier.pdf>
23. VIDAL [Internet]. 2013 [cité 17 mai 2025]. Dérivés de l'ergot de seigle : retrait de tous les lots des spécialités concernées. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/13435-derives-de-l-ergot-de-seigle-retrait-de-tous-les-lots-des-specialites-concernees.html>
24. Burlacu R, Bourdin V, Blin P, Camaioni F, Clairaz B, Lantéri-Minet M, et al. Anti-inflammatoires non stéroïdiens en prescription médicale facultative : mise au point dans la prise en charge de la douleur aiguë. *Thérapies* [Internet]. 23 oct 2024 [cité 23 mars 2025]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004059572400177X>

25. Krymchantowski AV, Jevoux CC, Krymchantowski AG, Vivas RS, Silva-Néto R. Medication overuse headache: an overview of clinical aspects, mechanisms, and treatments. *Expert Rev Neurother*. juin 2020;20(6):591-600.
26. 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. *Rev Neurol (Paris)*. 1 sept 2021;177(7):734-52.
27. Yang CP, Liang CS, Chang CM, Yang CC, Shih PH, Yau YC, et al. Comparison of New Pharmacologic Agents With Triptans for Treatment of Migraine. *JAMA Netw Open*. 11 oct 2021;4(10):e2128544.
28. Sacco S, Lampl C, Amin FM, Braschinsky M, Deligianni C, Uludüz D, et al. European Headache Federation (EHF) consensus on the definition of effective treatment of a migraine attack and of triptan failure. *J Headache Pain*. 12 oct 2022;23(1):133.
29. Burstein R, Cutrer MF, Yarnitsky D. The development of cutaneous allodynia during a migraine attack clinical evidence for the sequential recruitment of spinal and supraspinal nociceptive neurons in migraine. *Brain J Neurol*. août 2000;123 (Pt 8):1703-9.
30. Burstein R, Collins B, Jakubowski M. Defeating migraine pain with triptans: A race against the development of cutaneous allodynia. *Ann Neurol*. 2004;55(1):19-26.
31. Cameron C, Kelly S, Hsieh SC, Murphy M, Chen L, Kotb A, et al. Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Headache*. 2015;55 Suppl 4:221-35.
32. Braunstein D, Donnet A, Pradel V, Sciortino V, Allaria-Lapierre V, Lantéri-Minet M, et al. Triptans use and overuse: A pharmacoepidemiology study from the French health insurance system database covering 4.1 million people. *Cephalalgia Int J Headache*. nov 2015;35(13):1172-80.
33. Law S, Derry S, Moore RA. Sumatriptan plus naproxen for the treatment of acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 avr 2016;2016(4):CD008541.
34. Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine--revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. sept 2009;16(9):968-81.
35. Goadsby PJ. Headache. *Neurother J Am Soc Exp Neurother*. avr 2010;7(2):149-52.
36. Lipton RB, Baggish JS, Stewart WF, Codispoti JR, Fu M. Efficacy and safety of acetaminophen in the treatment of migraine: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, population-based study. *Arch Intern Med*. 11 déc 2000;160(22):3486-92.
37. Goldstein J, Silberstein SD, Saper JR, Elkind AH, Smith TR, Gallagher RM, et al.

- Acetaminophen, aspirin, and caffeine versus sumatriptan succinate in the early treatment of migraine: results from the ASSET trial. *Headache*. sept 2005;45(8):973-82.
38. Kirthi V, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 14 avr 2010;(4):CD008041.
 39. Derry S, Rabbie R, Moore RA. Diclofenac with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 févr 2012;2(2):CD008783.
 40. Ahmed MAK, Haddad M, Kouassi B, Ouhabi H, Serrie A. Consensus formalisé: recommandations de pratiques cliniques pour la prise en charge de la migraine du patient adulte africain. *Pan Afr Med J*. 25 mai 2016;24:81.
 41. Massiou H, Bousser MG. Traitement médicamenteux de fond de la migraine. *Rev Neurol (Paris)*. 1 juill 2005;161(6):681-4.
 42. Versijpt J, Deligianni C, Hussain M, Amin F, Reuter U, Sanchez-del-Rio M, et al. European Headache Federation (EHF) critical re-appraisal and meta-analysis of oral drugs in migraine prevention - part 4: propranolol. *J Headache Pain*. 24 juill 2024;25(1):119.
 43. VIDAL [Internet]. 2025 [cité 13 avr 2025]. Recommandations Migraine. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/migraine-1478.html>
 44. Moisset X, Demarquay G, de Gaalon S, Roos C, Donnet A, Giraud P, et al. Migraine treatment: Position paper of the French Headache Society. *Rev Neurol (Paris)*. 1 déc 2024;180(10):1087-99.
 45. Traitement de fond de la migraine : de nouvelles règles de prescription [Internet]. 2025 [cité 17 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/artois/assure/actualites/traitement-de-fond-de-la-migraine-de-nouvelles-regles-de-prescription>
 46. Stovner LJ, Linde M, Gravidahl GB, Tronvik E, Aamodt AH, Sand T, et al. A comparative study of candesartan versus propranolol for migraine prophylaxis: A randomised, triple-blind, placebo-controlled, double cross-over study. *Cephalalgia Int J Headache*. juin 2014;34(7):523-32.
 47. 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. *Presse Médicale Form*. nov 2022;3(5):404-11.
 48. Diener HC, Gendolla A, Feuersenger A, Evers S, Straube A, Schumacher H, et al. Telmisartan in migraine prophylaxis: a randomized, placebo-controlled trial. *Cephalalgia Int J Headache*. sept 2009;29(9):921-7.
 49. Herd CP, Tomlinson CL, Rick C, Scotton WJ, Edwards J, Ives N, et al. Botulinum toxins for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 juin 2018;6(6):CD011616.

50. Diener HC, Dodick DW, Aurora SK, Turkel CC, DeGryse RE, Lipton RB, et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial. *Cephalalgia Int J Headache*. juill 2010;30(7):804-14.
51. Ranoux D. Toxine botulique de type A et migraine chronique : une revue des données récentes. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 avr 2020;204(4):386-92.
52. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau JP, Schuurs M, Boulet P, Hermil JL, et al. Evidence of prescription of antidepressants for non-psychiatric conditions in primary care: an analysis of guidelines and systematic reviews. *BMC Fam Pract*. 4 mai 2013;14:55.
53. Berger AA, Winnick A, Popovsky D, Kaneb A, Berardino K, Kaye AM, et al. Lasmiditan for the Treatment of Migraines With or Without Aura in Adults. *Psychopharmacol Bull*. 15 oct 2020;50(4 Suppl 1):163-88.
54. Buxeraud J, Faure S. Le rimégépant (Vydura®), un nouveau médicament pour la migraine. *Actual Pharm*. 1 avr 2024;63(635):10-2.
55. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 avr 2025]. AQUIPTA (atogépant) - Migraine. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3483609/fr/aquipta-atogepant-migraine
56. Tzankova V, Becker WJ, Chan TLH. Diagnostic et traitement à action immédiate de la migraine. *CMAJ Can Med Assoc J*. 11 avr 2023;195(14):E524-30.
57. VIDAL [Internet]. 2025 [cité 13 avr 2025]. VYEPTI 100 mg sol diluer p perf. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/vyepti-100-mg-sol-diluer-p-perf-233882.html>
58. VIDAL [Internet]. 2025 [cité 13 avr 2025]. AIMOVIG 140 mg sol inj stylo prérempli. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/aimovig-140-mg-sol-inj-stylo-prerempli-201774.html>
59. Sun-Edelstein C, Mauskop A. Foods and supplements in the management of migraine headaches. *Clin J Pain*. juin 2009;25(5):446-52.
60. Kelman L. The Triggers or Precipitants of the Acute Migraine Attack. *Cephalalgia Int J Headache*. 1 mai 2007;27:394-402.
61. 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*. 2014;15(1):2.
62. Recommandations - Aura Migraine [Internet]. SFEMC. [cité 25 juill 2025]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/professionnels/recommandations/>

VII. ANNEXES

La grille d'entretien :

Thématique	Question principale	Questions secondaires
Accroche, présentation		• Présentation • Dans votre pratique professionnelle, la migraine est-elle un sujet qui vous intéresse ? • Comment évalueriez-vous son impact
La prise en charge de la crise migraineuse	• En pratique, que faite vous dans la prise en charge de la crise migraineuse, en aigue ?	• Comment posez-vous le diagnostic de migraine (si non évoqué) • Avez-vous recours aux triptans ? • Avez-vous des freins à la prescriptions des triptans ?
La prescription de traitements de fonds	• Dans votre pratique, que faites vous pour des patients migraineux chroniques, qui reviennent régulièrement pour le motif de migraine ?	• Prescrivez-vous des traitements de fond ? • Instaurez-vous d'autre traitements de fond
En pratique		• Quels conseils donnez-vous à vos patients migraineux • Connaissez-vous les recommandations, les bons usages des traitements • Avez-vous recours à des spécialistes ? a quel moment envisagez-vous d'y avoir recours ? • Prescrivez-vous des examens complémentaires ? Pour quelles raisons ? • Utilisez-vous d'autres ressources (algologues, céphalée clic) ? • Utilisez-vous les calendriers de migraine ? • Etes-vous à l'aise dans la prise en charge de la migraine ?

Tableau 4 : Les traitements non spécifiques de la migraine (26)

Table 1 – Non-specific acute migraine treatments (MA: specific French Market Approval for the acute treatment of migraine headache).					
Analgesics	Level of evidence for efficacy	Strength of recommendation by the French Headache Society	Dose, route	Main side effects	Main contraindications ^a
Acetylsalicylate acid, aspirin	High	Strong	1000 mg (tablet, powder, disintegrating tablet) Maximum 3000 mg/day	Acetylsalicylate: digestive disorder, hemorrhage, allergy, Reye syndrome	Acetylsalicylate: active gastroduodenal ulcer, hemorrhagic risk, pregnancy, asthma, severe hepatic, cardiac or renal insufficiency, hypersensitivity, pregnancy
Acetylsalicylate + metoclopramide (MA)	High	Strong	900 mg + 10 mg (powder) Maximum 3/day	Metoclopramide: dyskinetic syndrome, restlessness psychiatric disorder, endocrine disorder	Metoclopramide: gastrointestinal hemorrhage, digestive perforation, history of dyskinesia, extrapyramidal syndrome, children
Paracetamol	High (in mild-to-moderate attacks)	High in mild attacks, moderate in moderate attacks, not recommended in severe attacks	500, 1000 mg (tablet) Maximum 4 g/day	Paracetamol: hepatic and hematologic toxicity	Severe hepatic insufficiency
Paracetamol + caffeine	High	Low	500 mg + 50 mg (tablet) Maximum 6 tablets/day	Caffeine: palpitation, insomnia	
NSAIDs	Level of evidence	Strength of recommendation	Dose, route	Main side effects	Main contraindications ^a
Diclofenac	High	Strong	25, 50, 100 mg (tablet) Maximum 150 mg/day	Hemorrhagic syndrome	Active gastroduodenal ulcer
Flurbiprofen	High	Strong	8.75 mg (tablet) Maximum 5 tablets/day	Digestive disorder, dyspepsia, nausea, diarrhea, constipation	Hypersensitivity to NSAIDs
Ibuprofen (MA)	High	Strong	200, 400 mg (tablet) Maximum 1200 mg/day		Hemorrhagic risk (cerebral, digestive other), severe hepatic or renal insufficiency, pregnancy (after the 5th month)
Indomethacin	Medium	Moderate	25, 75 mg (tablet) 100 mg (suppository) Maximum 300 mg/day		
Ketoprofen (MA)	High	Strong	100, 150 mg (tablet) 100 mg (suppository) Maximum 200 mg/day		
Naproxen	High	Strong	550, 1000 mg (tablet) Maximum 1100 mg/day		
NSAIDs: nonsteroidal anti-inflammatory drugs.					
^a Contraindications and side effects are not exhaustive, but listed according to frequency occurrence. Interactions are not given. Refer to Vidal.					

Tableau 5 : les traitements spécifiques de la migraine (26)

Table 2 – Specific acute migraine treatments (MA: specific French Market Approval for the acute treatment of migraine headache).					
Triptans	Level of evidence for efficacy	Strength of recommendation by the French Headache Society	Dose (route)	Main side effects	Main contraindications ^a
Almotriptan (MA)	High	Strong	12.5 mg (tablet) Maximum 25 mg/day	Paresthesia of extremities, nausea, feeling of cold, dizziness, asthenia, "Chest syndrome"	Coronary heart disease Wolff Parkinson White syndrome
Eletriptan (MA)	High	Strong	Maximum 40 mg (tablet)		Myocardial infarction
Frovatriptan (MA)	High	Strong	Maximum 80 mg/day 2.5 mg (tablet)		Peripheral arterial disease Raynaud
Naratriptan (MA)	High	Strong	Maximum 5 mg/day 2.5 mg (tablet)		TIA and stroke
Rizatriptan (MA)	High	Strong	Maximum 5 mg/day 5, 10 mg (tablets), 10 mg (disintegrating tablet)	Uncontrolled hypertension Serious hepatic or renal insufficiency Concurrent treatment with a MAO inhibitor	
Sumatriptan (MA)	High	Strong	Maximum 20 mg/day 50 mg (tablets) Maximum 300 mg/day 10/20 mg (nasal spray) Maximum 40 mg/day 6 mg (subcutaneous injection) Maximum 12 mg/day 2.5 mg (tablet/disintegrating tablet) Maximum 10 mg/day Nasal spray 5 mg (not available in France)	Rare cases of coronary spasms, severe hypertension, serotonin syndrome	Cross allergy with sulfonamides (except for rizatriptan and zolmitriptan)
Zolmitriptan (MA)	High	Strong			
Gepants	Level of evidence	Strength of recommendation	Dose, route	Main side effects	Main contraindications ^a
Rimegepant (not available in France in 2021)	High	Strong	75 mg (tablet) Maximum 75 mg/day	Nausea Rare severe allergic reaction	History of hypersensitivity reaction to rimegepant
Ubrogepant (not available in France in 2021)	High	Strong	50 mg, 100 mg (tablets) Maximum 200 mg/day	Nausea, drowsiness Rare severe allergic reaction	History of hypersensitivity reaction to ubrogepant
Ditans	Level of evidence	Strength of recommendation	Dose, route	Main side effects	Main contraindications ^a
Lasmiditan (not available in France in 2021)	High	Moderate	50 mg, 100 mg (tablets) Maximum 200 mg/day No more than one dose should be taken in 24 hours (FDA)	Common (> 2%): dizziness, fatigue, paresthesia, sedation, nausea and/or vomiting, muscle weakness Significant driving impairment Central nervous system depression (dizziness, sedation) Rare (1%): hallucinations, euphoria Risk of misuse or abuse Rare cases of serotonin syndrome	Should be used with caution if used in combination with alcohol, cannabis or other CNS depressants No driving within the first 8 hours after intake (FDA)
NSAIDs: nonsteroidal anti-inflammatory drugs; FDA: Food and Drug Administration.					
^a Contraindications and side effects are not exhaustive, but listed according to frequency occurrence. Interactions are not given. Refer to Vidal.					

RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

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

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. 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: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Entretien semi dirigés - professionnels de santé - Etude qualitative des pratiques des médecins généralistes de la métropole lilloise dans la prise en charge de migraines

Référence Registre DPO : 2024-018

Responsable scientifique : M. Franck DELATTRE
Interlocuteur (s) : M. Robin TILLIE

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 25 janvier 2024

Délégué à la Protection des Données



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

AUTEUR(E) : Nom : TILLIE

Prénom : Robin

Date de soutenance : 18/11/2025

Titre de la thèse : *Thèse qualitative sur la prise en charge de la migraine en médecine générale. Les freins à la prescription des triptans*

Thèse - Médecine - Lille

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : migraines; médecine générale; recherche qualitative

Résumé : La migraine est la plus fréquente des pathologies neurologiques, à l'origine d'un retentissement social et économique important. Des études menées dans différents pays européens dont la France ont montré que la prise en charge des migraines restait insuffisante, notamment en ce qui concerne la prescription des triptans. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les pratiques de prise en charge de la migraine par les médecins généralistes des Hauts-de-France, l'objectif secondaire est d'identifier les freins à la prescription des triptans chez ces médecins. Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle, l'approche méthodologique s'inspire de l'approche par théorisation ancrée. Des entretiens semi-dirigés ont été menés jusqu'à saturation des données. Les analyses ont été prises en compte dans les entretiens suivants jusqu'à aboutir à un modèle explicatif. La prise en charge des migraines est source d'intérêt pour les médecins généralistes, qui en maîtrisent les bases. Toutefois, ils sont confrontés à des difficultés et un manque de formation. Des freins à la prescription des triptans ont été mis en évidence. La diffusion des recommandations et la mise en place de programme de formations pourraient améliorer la prise en charge des migraines. Par la suite, l'organisation de nouvelles études pharmaco-épidémiologiques pourrait évaluer à nouveau l'usage des triptans.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Christian LUCAS

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Monsieur le Docteur David WYTS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Franck DELATTRE