

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 15.09.2015

Par Mme Elodie Helliott

**L'éducation thérapeutique du patient migraineux
à l'officine**

Membres du jury :

Président : M. GRESSIER Bernard
Professeur de pharmacie clinique
Université de Lille 2

Assesseur : M. DINE Thierry
Professeur de pharmacie clinique
Université de Lille 2

Membre extérieur : Mme DALIGAULT Patricia
Pharmacien titulaire
198 rue du faubourg de Douai, à Lille



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice- présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Eric KERCKHOVE Professeur Eric BOULANGER Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Damien CUNY Professeur Benoit DEPREZ Professeur Murielle GARCIN Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Monsieur Antoine HENRY
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Damien CUNY
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Bertrand DECAUDIN
Assesseur en charge de la pédagogie	Dr. Annie Standaert
Assesseur en charge de la recherche	Pr. Patricia Melnyk
Assesseur délégué à la scolarité	Dr. Christophe Bochu
Assesseur délégué en charge des relations internationales	Pr. Philippe Chavatte
Assesseur délégué en charge de la vie étudiante	M. Thomas Morgenroth
Chef des services administratifs :	Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
M.	DUBREUIL	Luc	Bactériologie
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GESQUIÈRE	Jean-Claude	Chimie Organique
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie (90%)
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie

Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire (80%)
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie (80%)
Mme	CHARTON	Julie	Chimie Organique (80%)
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie (80%)
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mme	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOThIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
Mme	HOUSSIN-THUILLIER	Pascale	Hématologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique 1
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et déontologie pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	FIEVET	Pierre	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	WATRELOS	Michel	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DROUET	Maryline	Pharmacie Galénique
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique

***Faculté des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse, Monsieur Bernard Gressier, je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ce jury. Recevez ce travail en témoignage de mon profond respect.

A mon conseiller de thèse, Monsieur Thierry Dine, que je remercie pour toute l'aide qu'il a pu m'apporter, pour la qualité de son enseignement et ces précieux conseils m'ayant permis la rédaction de ce travail.

A Mme Patricia Daligault, un grand merci de m'avoir transmis votre savoir-faire, vos connaissances et surtout la passion du métier durant toutes mes années d'apprentissage.

A mes parents, pour m'avoir transmis le goût de l'effort et du travail. La réussite de ces études est le fruit de l'éducation et de l'amour que j'ai reçus.

A Alan et Arthur, pour m'avoir soutenu et motivé tout au long de la réalisation de cette thèse. Aujourd'hui signe enfin la fin de mes études. De nouveaux projets de vie nous attendent.

A tous mes amis, merci pour tous les bons moments passés ensemble, votre soutien et votre amitié me sont indispensables.

Aux équipes officinales, pour leur parfaite collaboration et pour l'expérience que j'ai pu acquérir à leur côtés pendant tous ces temps de formation.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION	10
PARTIE 1 : LA MIGRAINE.....	11
I. Présentation de la maladie.....	12
1. Définition.....	12
2. Epidémiologie.....	13
3. Les différents critères diagnostic	14
4. Physiopathologie	22
II. Evaluation de la migraine	26
1. Interrogatoire	26
2. Examens complémentaires	28
3. Diagnostic différentiel	29
III. Qualité de vie: quotidienne, professionnelle, sociale, familiale	31
IV. Les traitements.....	34
1. Médicamenteux.....	34
2. Non médicamenteux	42
V. Stratégie thérapeutique	44
1. Patients déjà traités par des traitements non spécifiques.....	44
2. Mise en place d'un traitement de fond.....	45
PARTIE 2 : L'EDUCATION THERAPEUTIQUE	46
I. Présentation dans le cadre juridique et réglementaire	47
1. Définition	47
2. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.....	49
3. Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ».....	51
II. Réalisation d'une éducation thérapeutique du patient	52
1. Organisation d'un programme d'ETP	52
2. Formation du personnel à l'ETP	54
3. Place de l'ETP à l'officine	55
4. Evaluation	56

III.	Education thérapeutique du patient migraineux à l'officine	58
1.	Intérêt d'un programme d'ETP dans le cadre de la maladie migraineuse	58
2.	Objectifs de l'ETP	61
3.	Démarche éducative : élaboration d'un diagnostic éducatif	63
4.	Contenu des séances	69
5.	Fiche d'évaluation	83
	CONCLUSION	86
	BIBLIOGRAPHIE.....	87
	LISTES DES ABREVIATIONS	92
	LISTE DES FIGURES.....	93

INTRODUCTION

La notion de « migraine », décrite depuis l'antiquité, n'est devenue importante et significative au niveau de la santé publique que très tardivement. A partir des années 1980, la migraine est reconnue comme une affection à part entière et des études permettent de voir apparaître des avancées fondamentales tant sur le plan épidémiologique que sur le plan physiopathologique ou encore thérapeutique.

Actuellement, on estime à 12% le nombre de migraineux en France, soit environ 7 millions de patients, avec une prédominance féminine marquée de 15 à 17% contre 6% pour les hommes.

Cependant, on s'aperçoit qu'uniquement 60% ont déjà consulté pour des crises de migraine et donc sont diagnostiqués, mais parmi eux, seulement 20% sont traités de façon adéquate, avec un suivi médical. Les autres s'ignorent encore et/ou soulagent leurs crises par l'automédication.

De plus, depuis plusieurs années, on observe une évolution importante autour de l'organisation de notre système de santé. La prévention de la maladie et l'éducation de la population sont au cœur des débats.

Aujourd'hui, suite à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires» (HPST) de 2009, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a désormais un cadre juridique. Ainsi, le pharmacien d'officine se voit confier de nouvelles missions grâce à ses nombreuses connaissances pharmaceutiques, à sa proximité privilégiée et à la confiance des patients à son égard.

Le pharmacien d'officine a une place légitime dans l'éducation thérapeutique du patient migraineux par les conseils qu'il peut prodiguer aussi bien sur les règles hygiéno-diététiques pour mieux vivre avec sa maladie, pour diminuer la fréquences des crises et atténuer la douleur au cours de celles-ci, que sur le bon usage des traitements médicamenteux ou non.

Pour commencer, nous ferons un rappel sur la migraine, ses caractéristiques et ses traitements, puis nous définirons l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre réglementaire, la mise en œuvre d'un programme et enfin, le rôle du pharmacien d'officine dans cette démarche éducative du patient migraineux.

PARTIE 1 : LA MIGRAINE

I. Présentation de la maladie

1. Définition

La migraine est une affection neurologique chronique très répandue dans la population. Elle se caractérise par la survenue de crises récidivantes de céphalalgies ou maux de tête modérés à sévères. Les céphalées sont récurrentes et périodiques pouvant être précédées de phénomènes neurologiques transitoires appelés aura. La migraine est habituellement bénigne. La douleur évolue par crises stéréotypées, séparées par des intervalles libres. Entre les crises, le patient est dit « normal ». [1]

Aujourd'hui la définition de cette pathologie repose exclusivement sur la clinique fondée sur l'interrogatoire du patient. L'International Headache Society (IHS) a établi une classification permettant d'utiliser les mêmes critères de diagnostic de la migraine. Toutefois, ces critères ne prennent pas en considération la maladie elle-même avec ses aspects évolutifs, ses facteurs de sévérité, ses difficultés de diagnostic différentiel, ses facteurs psychopathologiques. La migraine est une affection encore trop souvent sous-diagnostiquée, non prise au sérieux et peu soignée. [2]

La migraine est une maladie invalidante en raison de la fréquence des crises, de la durée, de l'intensité, des signes d'accompagnement digestifs et du retentissement sur la vie quotidienne, professionnelle, sociale et familiale.

2. Epidémiologie

La migraine est la plus courante des affections neurologiques et donc des céphalalgies. Un tiers des patients migraineux exprime des crises très douloureuses et totalement incapacitantes. Selon l’OMS, la migraine est ainsi classée au 12^{ème} rang des maladies les plus invalidantes. [3]

Selon les études GRIM 2 et FRAMIG 3, la prévalence est estimée, pour :

- la migraine stricte de 7,9% à 11,2%,
- la migraine probable de 9,1% à 10,1%,

Soit un chiffre total de 17% à 20,3% de la population française.

Elle représente, en France, 5 à 8 millions d’individus. [4]

Ces études ont également permis de mettre en évidence d’autres facteurs pour caractériser cette variation de la prévalence. En effet, on observe une large prédominance féminine au sein de la population migraineuse. Avec une incidence de 2 à 4 fois supérieure chez la femme, ce ratio est retrouvé avec les résultats de l’Enquête Santé, avec 77,3% de femmes chez les migraineux. [5]

Outre le sexe, cette prévalence est largement liée à l’âge. Les crises de migraine touchent essentiellement une population jeune et active. En effet, elles débutent le plus souvent avant l’âge de 40 ans et se concentrent principalement entre 35 et 49 ans, ainsi, il n’est pas rare d’observer une rémission après l’âge de 50 ans. [6]

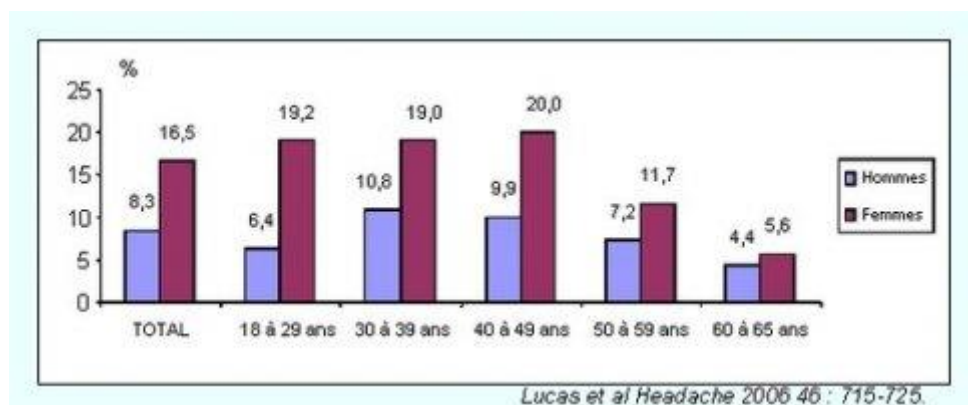


Figure 1 : Pourcentages de patients migraineux en fonction de leur âge. [6]

Cependant, on estime que la migraine est une affection sous-diagnostiquée, 40% ignorent être migraineux, une affection sous-médicalisée, 80% ne consultent pas ou plus, une affection sous-traitée, 50% s’auto-médiquent.

3. Les différents critères diagnostic

Les formes cliniques de migraine sont dominées par deux grands types, les migraines sans aura et les migraines avec aura. Les autres formes étant beaucoup plus rares.

Pour établir le diagnostic avec précision, l'International Headache Society (IHS) a instauré des critères aujourd'hui reconnus par la communauté scientifique internationale. Ces critères permettent ainsi de définir une classification des diverses formes de migraine de manière simple et rapide.

Nous verrons ici uniquement les migraines sans aura et les migraines avec aura typique.

a) Classification de l'IHS

Selon l'ICHD-I 1988 ; ICHD-II 2004[7]

- Migraine sans aura

Il s'agit de la plus fréquente des formes de migraine, observée dans 75% des cas chez la femme. Cependant le diagnostic reste uniquement clinique car toutes les explorations sont normales, et se fait habituellement en dehors d'une crise, chez un malade asymptomatique. Le diagnostic repose donc sur un interrogatoire qui doit être précis, détaillé et rigoureux.

Classification 1.1. G43.0

- A. Au moins cinq crises répondant aux critères B ou D,*
- B. Crises de céphalées durant de 4 à 72 heures (sans traitement).*
- C. Céphalée ayant au moins deux des caractéristiques suivantes :*

Unilatérale,

Pulsatile,

Modérée ou sévère,

Aggravée par les activités physiques de routine, telle que la montée ou la descente d'escaliers.

- D. Durant les céphalées, au moins l'un des caractères suivants :*

Nausées et/ou vomissements,

Photophobie et/ou phonophobie.

- E. Pas d'autres étiologies possibles.*

La céphalée s'installe au-fur-et-à-mesure et non de façon brutale, en atteignant son paroxysme en 2 à 4 heures. La douleur reste stable plusieurs heures pour disparaître spontanément, en l'absence de traitement, en 4 à 72 heures.

Parfois, il existe des signes annonciateurs, encore appelés prodromes qui précèdent de quelques heures la céphalée. Ces signes sont dépendants du patient : troubles de l'humeur, somnolence, légère dépression ou à l'inverse euphorie, irritabilité, asthénie, sensation de faim ou encore constipation.

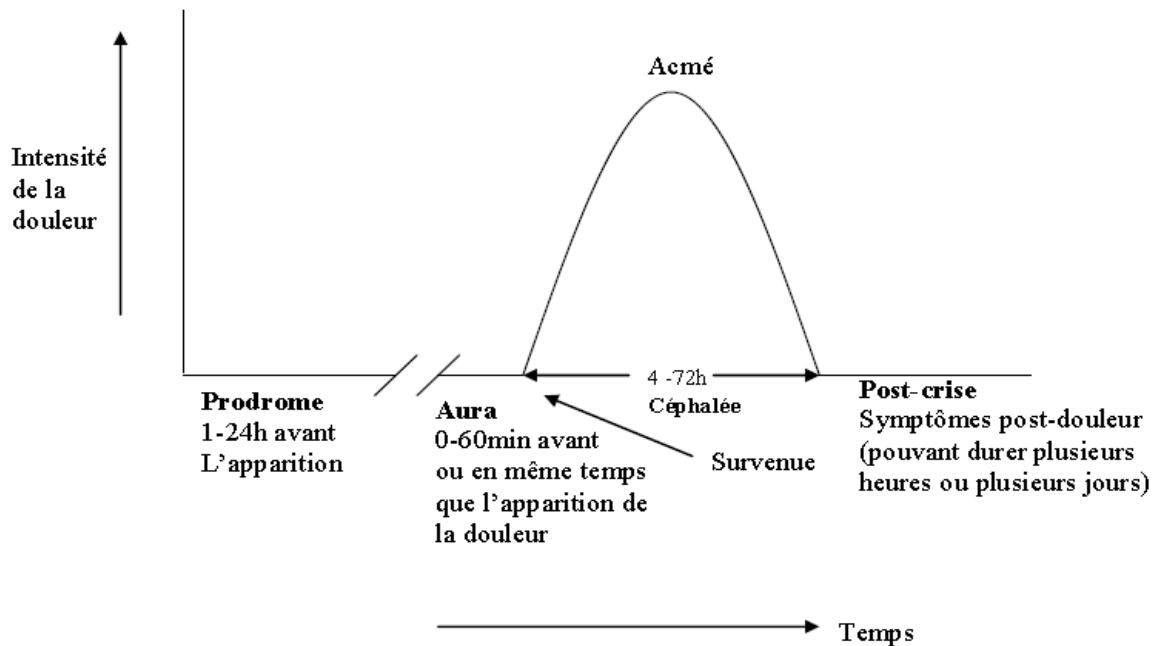


Figure 2 : Les quatre grandes phases de la crise migraineuse. [21]

La douleur est la plus souvent unilatérale (hémicrânie) et pulsatile. Elle peut toutefois irradier, être diffuse, ou encore être continue dans certains cas. Le siège de celle-ci est fronto-temporal ou rétro-orbitaire.

L'exacerbation de la douleur par les mouvements, et notamment par la toux est l'une des caractéristiques de la céphalée migraineuse. L'intensité de la douleur est cotée le plus souvent entre 6 et 10 sur une échelle analogique de 0 à 10. A l'inverse, le repos, l'immobilité, la fermeture des yeux sont autant de facteurs améliorant la crise de migraine. La plupart du temps, le patient cherche à s'aliter et essaie de trouver le sommeil.

La céphalée est souvent accompagnée de signes associés, inconstants et moins fréquents après quelques années d'évolution de la maladie. Ces signes restent néanmoins des handicaps importants pour le patient.

Parmi ces signes d'accompagnement on peut distinguer des symptômes digestifs tels que les nausées et vomissements, qui provoquent une gêne de l'absorption des médicaments et ainsi contribuent à une intensité modérée à sévère de la crise.

De plus, des signes sensoriels tels que la photophobie ou la phonophobie peuvent être observés chez un grand nombre de patients. Ces dernières obligent le patient à s'isoler dans une pièce calme et sombre, à l'abri du bruit et de la lumière.

Bien d'autres signes peuvent s'associer à la céphalée, tels que des troubles de l'acuité visuelle, une mauvaise perception de l'espace, des manifestations pseudo-vertigineuses, des difficultés de concentration, une osmophobie, une irritabilité, des troubles de l'humeur, ou des troubles mnésiques. De même, des troubles cardiovasculaires sont fréquents (hypotension orthostatique, pâleur intense du visage). La sévérité d'une crise dépend, non seulement de la sévérité de la céphalée, mais aussi de celle des signes associés. [2 ; 9]

- Migraine avec aura

Classification 1.2. G43.1

A. Au moins 2 crises répondant aux critères B à D.

B. Aura constituée d'au moins une des caractéristiques suivantes, mais sans signe moteur :

Symptômes visuels totalement réversibles soit positifs (scotomes lumineux, scintillements) soit négatifs (amaurose transitoire partielle ou totale).

Symptômes sensoriels totalement réversibles soit en plus (fourmillements, brûlures) soit en moins (paresthésies, engourdissements).

Aphasie ou autres troubles du langage transitoires et totalement réversibles.

C. Au moins 2 des caractéristiques suivantes :

Signes visuels homonymes.

Le symptôme de l'aura se développe progressivement sur plus de cinq minutes et en cas de deux ou plusieurs symptômes, ils surviennent successivement.

La durée de chacun des symptômes de l'aura n'excède pas 60 minutes. S'il y a plusieurs symptômes, la durée acceptée est augmentée en conséquence.

D. La céphalée qui a les caractéristiques de la migraine sans aura, fait suite à l'aura après un intervalle libre de moins de 60 minutes, mais peut parfois commencer avant l'aura ou lui être contemporaine.

E. Il n'y a pas d'autre étiologie pouvant expliquer ce phénomène.

Une aura ne précède la douleur migraineuse que dans 10 à 20% des cas des crises. [2] Certains patients ne font que des migraines avec aura, mais le plus grand nombre alterne, à des degrés variables, des crises avec aura et des crises sans aura.

L'aura migraineuse se manifeste par des dysfonctionnements neurologiques précédant ou accompagnant la céphalée.

Deux caractéristiques sont essentielles au diagnostic : le mode d'apparition et le type de l'aura. L'aura typique survient de façon progressive, en plus de 5 minutes, constituant ainsi la classique « marche migraineuse » et régresse complètement en moins d'une heure (en moyenne entre 10 et 30 minutes) avant ou parallèlement à la céphalée.

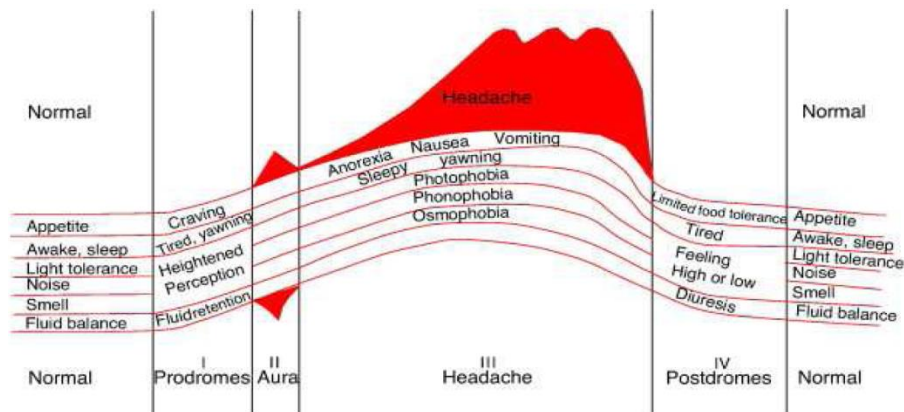


Figure 3 : Les différents symptômes de la crise en fonction de la phase migraineuse. [8]

Les auras visuelles, ophtalmiques, sont de loin les plus courantes (90% des auras migraineuses). Elles peuvent être isolées ou suivies d'autres auras telles que des auras sensitives et plus rarement des auras aphasiques ou motrices.

L'aura visuelle : Les deux manifestations les plus fréquentes sont le scotome scintillant et les phosphènes. Le scotome scintillant est caractéristique de la migraine. Il s'agit d'une tâche aveugle bordée d'un arc scintillant s'agrandissant progressivement, le plus souvent dans un héli-champ mais pouvant affecter aussi la vision centrale. Cet arc brillant et scintillant est formé de lignes brisées continues, évoquant le dessin des " fortifications à la Vauban ". Ce trouble visuel persiste les yeux fermés et touche les deux yeux. Après disparition du scintillement, le scotome diminue progressivement du centre vers la périphérie. Les phosphènes sont des tâches lumineuses scintillantes très variables d'un individu à l'autre (flashes, tâches colorées, zébrures, zigzags), extensives ou non, se transformant parfois en scotome. Leur disposition est souvent latérale mais peut aussi affecter l'ensemble du champ visuel. Parfois, le trouble visuel est purement déficitaire avec une impression de vision floue, comme à travers un verre dépoli, un écran de fumée ou un rideau d'eau.

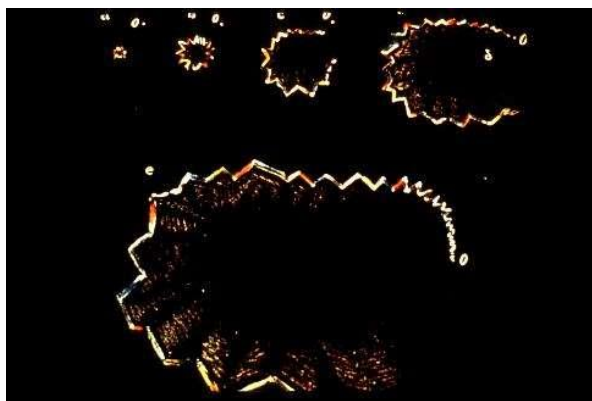


Figure 4 : Représentation de scotomes.

L'aura sensitive : Elle consiste en des paresthésies, à type de fourmillement ou d'engourdissement unilatéral débutant de façon typique à la main, pour s'étendre à l'avant-bras et gagner l'hémiface homolatérale siègeant avec prédilection sur le contour des lèvres, la joue et la langue selon une topographie chéiro-orale. L'extension maximale est atteinte en une dizaine de minutes.

L'aura aphasique : Les troubles du langage sont exceptionnellement isolés mais, le plus souvent, associés à des troubles visuels et/ou des troubles sensitifs : manque de mot, paraphasies isolées, troubles de la lecture, troubles de la compréhension.

L'aura motrice : Un déficit moteur unilatéral à type d'hémiplégie, voire d'hémi-parésie, est rarement rencontré. Souvent le migraineux prend un engourdissement important pour un déficit moteur rendant l'interprétation délicate.

b) Facteurs favorisants, déclenchants [8 ; 10 ; 11]

Une majorité de patients (entre 60 et 90% selon les études) décrivent un ou plusieurs facteurs à l'origine de leurs crises de migraine. De nombreux migraineux incriminent de multiples déclencheurs ce qui peut les amener à des conduites d'évitement et à un rétrécissement de leur vie socio-professionnelle et familiale. Cependant, un facteur donné ne déclenchera pas forcément une crise chez des patients différents ni même chez un même patient. De plus, la crise survient souvent sans aucune raison particulière.

Il ne faut par contre pas confondre facteurs déclenchants et prodromes, tels que les bâillements ou la fatigue, l'exacerbation des odeurs, envie ou dégoût de certains aliments ou encore un état de tension anxieuse ou d'irritabilité. [2]

Divers facteurs favorisant la crise de migraine ont ainsi été identifiés :

- Facteurs psychologiques : (présents chez les 2/3 des migraineux) stress, soucis, contrariété, émotion intense, état dépressif, forte tension psychique,...
- Modifications du rythme de vie : manque ou excès de sommeil, grasses matinées, départ en vacances, voyages, déménagement, situation de détente brutale (« migraine du week-end »), changement de travail, licenciement, chômage, surmenage, travail prolongé sur écran, lectures prolongées, tabagisme important, ...
- Facteurs hormonaux : puberté, règles (« migraine cataméniale »), contraception orale, activité sexuelle, ...
- Facteurs climatiques : vent violent, forte chaleur ou froid intense, changement de temps, variations de pression atmosphérique, orage, exacerbation saisonnière, ...
- Facteurs sensoriels : odeurs fortes, entêtantes (osmophobie) de parfums, de gaz d'échappement, de fumée de cigarette et/ou de vapeurs de détergent ; lumière vive (photophobie), cinéma, bruit (phonophobie), vibrations, ...
- Facteurs alimentaires et boissons : (présents chez environ 25% des migraineux) friture, boissons alcoolisées notamment le vin blanc, le vin rouge, la bière, certains aliments riches en tyramine comme la banane ou certains fromages, le chocolat riche en sérotonine vasodilatatrice, le café, les graisses cuites, les agrumes, les yaourts, ou encore l'aspartame et le glutamate, ... (tableau ci-après)
- Les habitudes alimentaires : sauter des repas ou repas irréguliers, jeûne, hypoglycémie, déshydratation, ...[12]

Élément déclencheur	Caractéristiques	Sources alimentaires
Caféine Tyramine	Stimulants Vins rouges Naturellement présente dans certains aliments	Café, thé Boissons gazeuses Chocolat Fromages vieillis (parmesan, cheddar...) Crème sûre, sauce soya
Aspartame	Substitut du sucre dans les produits faibles en calories	Soft drinks « diet » Desserts « légers » Bonbons et gommes sans sucre
Nitrites	Conservation des viandes et charcuterie	Peppéroni, salami Jambon, bacon, saucisses, Poissons fumés
Glutamate monosodique (MSG) Autres aliments	Rehausseur de saveur des produits transformés ...	Mets chinois Soupes en conserve Mets congelés Agrumes, ananas, raisins Choucroute, pois chiches, oignons Bière, levure

Figure 5 : Facteurs alimentaires déclenchant une crise migraineuse.

Cette multiplicité des facteurs favorisant a amené les migraineux à supprimer, d'eux-mêmes, certains facteurs : peu de boissons alcoolisées, éviction de quelques aliments, meilleure hygiène de vie, ... De plus, le rôle du médecin et du pharmacien est de sensibiliser le patient à la possibilité de tels facteurs, pour le rendre attentif lors des crises suivantes. L'éradication de ces facteurs est plus ou moins facile, notamment s'il s'agit de situations liées au travail. [13]

4. Physiopathologie

[13; 14; 15]

Depuis les années 1940, deux grandes théories s'affrontent pour expliquer la céphalée, et également, pour rendre compte de l'aura. Nous verrons que les idées actuelles orientent vers un compromis entre ces diverses théories, même si tout est loin d'être parfaitement clarifié. [9] La physiologie de la migraine conserve encore une grande partie de son mystère ; plus on avance dans la compréhension des mécanismes de la migraine, plus les phénomènes impliqués apparaissent complexes, multiples et interdépendants.

Il est cependant possible de classer les théories actuelles en deux grands groupes, communément dénommées "théories vasculaires" et "théories neuronales". L'analyse de ces théories indique que la crise migraineuse associe des facteurs centraux et des facteurs périphériques sans que l'on connaisse pour l'instant les liens logiques unissant ces différents facteurs. [9]

a) Théorie vasculaire

La théorie vasculaire implique une perturbation du bon fonctionnement du cerveau. Elle résulterait d'une dilatation des vaisseaux sanguins, causée par le relargage de substances ou médiateurs dits pro-inflammatoires comme la substance P, la neurokinine A, le calcitonine Gene Related Peptide (CGRP), la sérotonine, les prostaglandines, l'histamine, ou le monoxyde d'azote en réponse à une activation anormale des terminaisons nerveuses sensibles de la dure-mère. L'instabilité vasculaire débute alors par une phase intracérébrale de vasoconstriction artériolaire lors de la phase d'aura, plus ou moins ressentie par le patient, qui précède la phase de vasodilatation lors de la phase douloureuse de céphalée. [16]

Cette théorie vasculaire trouve une partie de sa justification dans la physiopathologie de l'aura. En effet, les manifestations neurologiques de l'aura migraineuse traduisent l'inhibition réversible de diverses structures corticales et sous-corticales. Cette inhibition aussi appelée « dépression envahissante » répondrait à un processus d'origine centrale faisant intervenir les dispositifs régulateurs (adrénergique, dopaminergique, sérotoninergique) par lesquels le système nerveux central règle sa propre activité. [17] La dépression envahissante de l'aura migraineuse serait un élément déclencheur de la dilatation et de l'inflammation des vaisseaux méningés responsables de la douleur céphalique. Un lien de cause à effet pourrait donc exister entre aura et céphalée, ce qui expliquerait pourquoi, souvent la première annonce la seconde. [18]

b) Théorie neurogène

Selon l'hypothèse neurogène, la migraine est le résultat d'une séquence complexe (en cascade) d'événements neuro-vasculaires et biochimiques. Les substances ou médiateurs dits pro-inflammatoires relargués, augmenteraient la perméabilité des vaisseaux et induiraient une inflammation locale, dite neurogène, qui s'étend localement.

Cette théorie implique l'intervention d'ions. Lorsqu'en réponse à des stimuli sensoriels variés (tactiles, visuels, acoustiques) des millions de neurones sont constamment dépolarisés, ils libèrent en excès du potassium dans les espaces extracellulaires. Ce potassium doit regagner le milieu intracellulaire, afin de reconstituer le gradient électrochimique du potentiel de repos et de rendre la cellule nerveuse apte à subir une nouvelle dépolarisation. Or, il a été démontré que la récupération du potassium est effectuée à 80% par des cellules gliales (astrocytes). Des altérations de ce processus de reconstitution amplifient, par un facteur de trois environ, la concentration de potassium extracellulaire. Dès lors, il se crée un potentiel de courant électronégatif, auto-entretenu le long des astrocytes dépolarisés et qui se propage. Les neurones restent en effet inactifs et "inactivables" de façon durable.

L'hyperactivité neuronale responsable de cet excès de libération de potassium est rapidement suivie d'une entrée toute aussi massive de sodium, calcium et chlore, alors que l'eau s'engouffre, à partir des espaces intercellulaires, dans les astrocytes turgescents.

Ce n'est donc pas la libération continue et exagérée de potassium, mais plutôt l'absence de sa récupération et de sa redistribution par la glie qui perturberait, dans la migraine classique, les activités neuronales.

c) Théorie trigéminovasculaire

En l'état actuel des connaissances sur la physiopathologie de la migraine, les théories vasculaire et neurogène ne sont pas réfutées. Il semblerait que la migraine ne soit pas due à l'une ou à l'autre des théories mais plutôt à une association des deux et d'autres facteurs.

La douleur migraineuse serait due à l'activation du système vasculaire trigéminal (le nerf trijumeau et les vaisseaux sanguins qu'il stimule).

La dilatation vasculaire et l'inflammation neurogène (extravasation plasmatique) des artères méningées entraînent en retour un message nociceptif transmis par les fibres du nerf trijumeau, via le tronc cérébral, avec relais dans le thalamus, puis dans le cortex pariétal où est intégrée la notion de douleur (cf. schéma ci-dessous) [17].

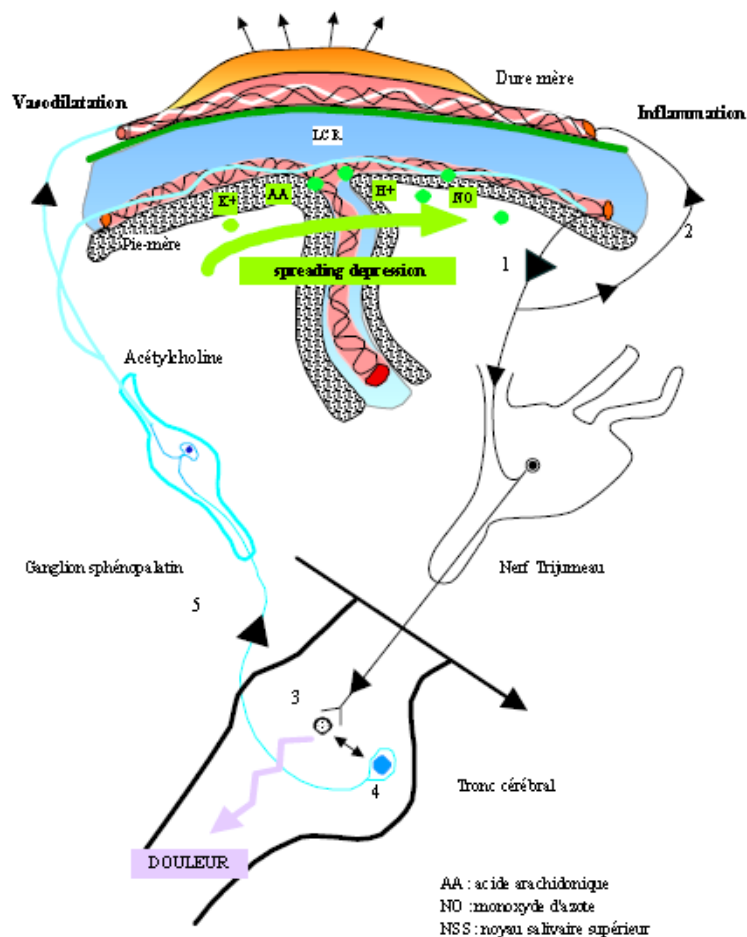


Figure 6 : « Boucle trigéminovasculaire » [19]

II. Evaluation de la migraine

1. Interrogatoire

Les céphalées diffèrent par leur mode d'installation, leur siège, leur type, leur intensité, leur mode évolutif, les facteurs qui les provoquent et ceux qui les améliorent, les signes d'accompagnement.

L'interrogatoire est l'étape fondamentale pour orienter le diagnostic de la migraine. Malgré un examen clinique pointilleux établi par la classification de l'IHS, il est nécessaire d'apporter la certitude du diagnostic en évaluant le ressenti du patient migraineux et donc d'exclure d'autres pathologies.

Cela permet également d'écouter et d'entendre les plaintes et interrogations du patient, et ainsi le rassurer et l'informer sur l'évolution de la maladie et de sa prise en charge.

a) Évaluation

On évalue dans un premier temps les caractéristiques de la céphalée [13 ; 20] :

Depuis quand avez-vous mal à la tête (années, mois, jours, ...) ? Avez-vous mal tous les jours ? Vos maux de tête évoluent-ils par crises (périodes où vous avez mal, entrecoupées de périodes où vous ne ressentez rien, ou existe-t-il un fond douloureux continu) ? Avec quelle fréquence se produisent les crises (plusieurs par an, mois, jour) ? Pouvez-vous en évaluer le nombre ? Où siège votre douleur (unilatérale, diffuse ...) ? En combien de temps s'installe votre douleur (secondes, minutes, heures) ? A quoi ressemble votre douleur (pulsatile, continue, ...) ? Quelle est l'intensité de cette douleur sur une échelle de 0 à 10 (0 : pas de douleur, 10 : douleur insupportable) ? La douleur augmente-t-elle à l'exercice physique de routine (par exemple la montée des escaliers) ? Combien de temps dure votre douleur (seconde, minutes, heures, jours) ? Quels sont les facteurs qui peuvent déclencher cette douleur, l'aggraver ou au contraire l'améliorer ?

b) Signes d'accompagnement

Ensuite, on recherche des signes d'accompagnement de la céphalée :

La douleur est-elle accompagnée de nausées ou vomissements ? La douleur est-elle accompagnée d'une gêne à la lumière, aux bruits ? Avez-vous remarqué des signes accompagnant votre douleur, tels qu'un larmoiement, une rougeur de l'œil, un gonflement de la paupière etc. ? La douleur est-elle déclenchée dans certaines conditions : contact, froid, chaud, ingestion de certaines substances, effort physique, coït, toux, etc.? La douleur gêne-t-elle les activités quotidiennes ? Retentissement socioprofessionnel ? Réponse de la douleur à des traitements essayés antérieurement ?

c) Identité

Pour finir, on prend en compte l'identité du patient :

- Age,
- Antécédents médicaux,
- Terrain : grossesse, sportif, stress, tendance à prendre du poids ...,
- Médicaments associés,
- Antécédents familiaux de maux de tête, d'autres pathologies, notamment vasculaires,
- Contexte psychologique et degré d'insertion socioprofessionnelle.

2. Examens complémentaires

L'examen complémentaire n'est pas forcément nécessaire pour confirmer le diagnostic si l'examen clinique pratiqué entre les crises par le médecin traitant est normal.

Malgré de nombreuses recherches, dans l'état actuel des connaissances, aucune exploration n'a valeur de test diagnostique de migraine.

Néanmoins, scanner et IRM peuvent être utiles lorsqu'il existe un doute sur le diagnostic, pour éliminer une migraine secondaire ou autre type de céphalée symptomatique. Les autres explorations fonctionnelles n'ont aucun intérêt au diagnostic mais peuvent être utilisées pour une meilleure compréhension des mécanismes d'action de cette affection. [2]

a) Scanner cérébral

Il est utilisé uniquement lorsqu'il subsiste un doute dans le diagnostic clinique (âge de début trop tardif, unilatéralité stricte, durée inhabituelle des crises, sémiologie atypique, anomalies de l'examen clinique, céphalées inhabituelles chez un migraineux avéré, migraine survenant après un traumatisme crânien,...). Il permet ainsi de rassurer à la fois le médecin et le patient.

b) IRM

Comme le scanner, l'IRM encéphalique n'a pas d'intérêt pratique dans la migraine, sinon pour éliminer une pathologie autre que migraineuse. L'IRM permet de plus, de mettre en évidence des zones d'hypersignal situées dans la substance blanche sous-corticale. Ces hypersignaux correspondraient à des zones d'ischémie liées à la dégénérescence des artéριοles de petit calibre qui irriguent la substance blanche sous-corticale (arthériolosclérose). [2]

Plusieurs études, dont des séries cas-témoins, ont montré que ces hypersignaux de la substance blanche sont plus fréquents chez le migraineux que chez des témoins du même âge, dépourvus de facteurs de risque vasculaire, et plus fréquents dans la migraine avec aura que dans la migraine sans aura. Ceci constitue d'ailleurs un argument indirect de la théorie vasculaire de la migraine. [2]

3. Diagnostic différentiel

Il est important d'établir un diagnostic différentiel entre la migraine, la céphalée de tension, l'algie vasculaire de la face et les céphalées vasculaires périodiques. La thérapeutique optimale pouvant être différente. [21]

a) Algie vasculaire de la face

L'algie vasculaire de la face, trop souvent méconnue ou confondue avec la migraine ou avec la névralgie du trijumeau, a des caractères pourtant bien distincts. Cette affection se distingue par une prédominance masculine, une douleur extrêmement intense, unilatérale, péri et rétro-oculaire, une durée de la crise limitée à une demi-heure à 3h, se répétant de façon quotidienne, parfois pluriquotidienne, volontiers à horaire fixe, pendant une période plus ou moins longue de quelques semaines. Cette douleur s'accompagne, durant toute la crise et de façon systématique, de signes vasomoteurs tels qu'une rhinorrhée, un larmoiement, etc.

b) Céphalée de tension

La difficulté de diagnostic se trouve dans le fait que la céphalée de tension se rencontre très fréquemment chez le migraineux. En effet, les migraineux ont nettement plus de céphalées de tension que les autres individus. Pourtant celle-ci a des symptômes bien différents voire opposés à ceux de la migraine.

La céphalée de tension est d'allure banale, diffuse, toujours bilatérale, non pulsatile, à type de serrement, continue, ne s'aggravant pas à l'effort (au contraire, elle peut être améliorée), et d'intensité légère à modérée. Cette douleur ne s'accompagne ni de nausée, ni de vomissement, ni de photophobie. Par contre, elle peut être associée à une gêne au bruit, à une contracture musculaire du cou, des épaules.

Elle survient souvent après une période de longue concentration ou dans un contexte anxio-dépressif accompagné d'un manque de sommeil, d'une perte d'enthousiasme, ou d'une autodépréciation.

Pour un meilleur diagnostic, on peut demander au patient de tenir un cahier où il notera les caractéristiques cliniques de ses céphalées afin d'aider à faire la part entre les deux types de céphalées que sont la migraine et la céphalée de tension. [9]















	Migraine		Céphalées de tension	
Durée	Crise 4-72h		Épisodes 1-14 j	
Topographie	Unilatérale		Bilatérale	
Tonalité	Pulsatile		« Étau »	
Intensité	Modérée à sévère		Légère à modérée	
Efforts physiques	Aggravation		Non-aggravation	
Phono / photophobie	Les deux		Pas plus d'un	
Signes digestifs	Oui		Non	

Figure 7 : tableau comparatif des 2 principales céphalées : migraine et céphalée de tension. [21]

c) *Migraine transformée*

Les migraines transformées concernent environ 15% des migraineux en France. Elles se caractérisent par une aggravation progressive de leur maladie migraineuse avec l'apparition d'un mal de tête chronique quotidien ou presque quotidien. Dans 80% des cas, la prise excessive et abusive de médicaments (adaptés ou non à la migraine) est mise en cause, ce sont des céphalées par abus médicamenteux (CAM). Cela peut entraîner une accoutumance avec une augmentation de l'intensité et de la fréquence des céphalées, engendrant une majoration des doses de médicaments. Les céphalées sont alors appelées « céphalées chroniques quotidiennes ». Ce cercle vicieux est très difficile à rompre, il nécessite parfois un séjour en milieu hospitalier pour obtenir un sevrage. [2]

III. Qualité de vie: quotidienne, professionnelle, sociale, familiale

La migraine est une maladie handicapante, en raison de la fréquence des crises, de leur durée, de leur intensité, des signes d'accompagnement digestifs et du retentissement sur la vie quotidienne, professionnelle, sociale et familiale. [22]

Lorsque la maladie migraineuse est très sévère, la qualité de vie est souvent altérée de façon importante pendant mais aussi entre les crises : peur de la survenue d'une nouvelle crise, restriction des activités en cherchant à éviter les éventuels facteurs déclenchants, tendance à se démoraliser.

L'existence d'une association entre épisode dépressif majeur, troubles anxieux et migraine renforce le handicap du sujet migraineux. Ce handicap souvent méconnu conduit certains à faire leur choix professionnel en fonction de la migraine ce qui constitue un frein à certaines carrières. L'absentéisme et la baisse d'efficacité au travail posent parfois un réel problème.

On estime à plus de 85% les migraineux déclarant que leur maladie représente un handicap certain, retentissant à la fois sur leur rendement professionnel (2/3 des cas), leurs activités de loisirs ainsi que leur vie familiale et sociale (58%). [2]

Sur le plan familial, cela peut entraîner des perturbations : week-ends annulés ou gâchés, sorties interrompues, loisirs réduits... [23]

De plus, ce handicap affecte énormément l'entourage du patient migraineux. Durant les crises, ils ne parviennent plus ou presque plus à communiquer avec leurs enfants (88%) ou à passer du temps avec leur partenaire (78%). [24] L'incompréhension de l'entourage, l'écoute distraite ou le défaitisme de certains médecins sont autant d'arguments qui aggravent le désarroi des migraineux.

De peur de ne pas être pris au sérieux, les migraineux renoncent souvent à raconter combien leurs migraines leur gâche la vie. Certains de ces patients déclenchent une crise dès qu'ils sortent de leur schéma de vie habituelle ou font un écart (écart alimentaire, changements d'horaires de sommeil, voyage, soirée dans une atmosphère enfumée, se coucher à heure fixe, manger à heure fixe, ne pas boire de vin, ne pas manger de fraises, etc.).

La crainte de la crise est tellement présente qu'ils diminuent volontairement leurs activités, restreignent les sorties et déclinent les invitations, parfois jusqu'au repliement total sur eux-mêmes. D'autres patients vivent dans la peur omniprésente de ces crises imprévisibles, risquant de perturber chaque moment important de leur vie, tel qu'un examen, une réunion importante, un voyage, ... [2]

Ainsi, pour évaluer la qualité de vie et le handicap des patients migraineux, il est nécessaire de proposer des outils de mesure. Aujourd'hui, en France, les professionnels de santé ont à leur disposition des échelles valides et reproductibles. Diverses échelles de qualité de vie et de handicap ont été proposées pour apprécier le retentissement de la migraine sur la vie quotidienne des patients.

Echelle SF-36 [annexe 1]:

Cette échelle se présente sous forme d'un auto-questionnaire obtenu à la suite d'une étude d'observation de la "*Medical Outcome Study*" portant sur 20 000 patients durant 4 années consécutives. Elle a été traduite et validée en français dans le cadre du projet IQOLA (*International Quality Of Life Assessment*).

Cette échelle comprend 36 items réunis en 8 domaines : activité physique, relations sociales, limitations liées à l'état physique, limitations liées à des problèmes émotionnels, santé mentale, douleur physique, vitalité et perception générale de l'état de santé.

Après que le patient a répondu à chacune des questions on calcule un score pour chaque domaine. Ce score est compris entre 0 (le plus mauvais) et 100 (le meilleur). Aucun score global n'est établi.

L'échelle SF-36 a permis de caractériser le handicap du migraineux par rapport à des patients non migraineux et à d'autres variétés de céphalées chroniques.

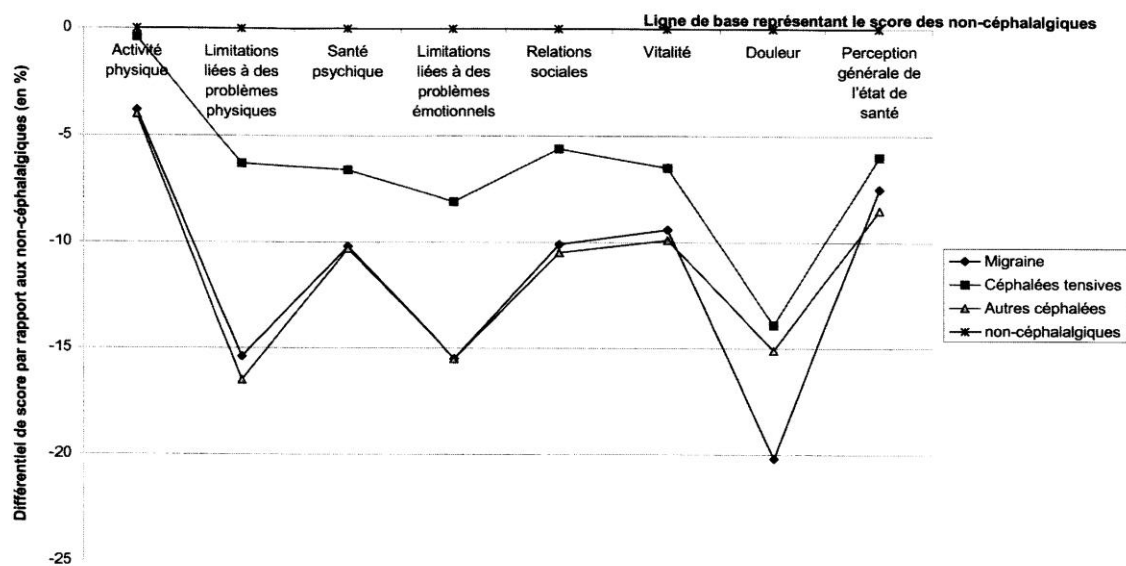


Figure 8 : Comparaison des scores moyens du questionnaire SF-36 en fonction du type de céphalée. [9]

Echelle QVM [annexe 2]:

Cette échelle est sous forme d'un auto-questionnaire constitué de 20 questions établies par Richard et al. Ces 20 items sont répartis en 4 domaines : physique, psychologique, social et une dimension pour l'exploration de la gêne engendrée par le traitement de la migraine.

Après que le patient a répondu à ces 20 questions selon 5 modalités de réponse, un score par domaine est calculé ainsi qu'un score global. Ces scores varient de 20 (qualité de vie la meilleure) à 100 (qualité de vie la plus altérée).

Echelle HIT-6 [annexe 3]:

Cette échelle est un outil utilisé pour mesurer rapidement le handicap lié à la migraine, soit évaluer la sévérité de la douleur durant les crises, l'impact des maux de tête du patient sur sa vie quotidienne, ses capacités au travail, à la maison ou lors de ses activités sociales. Elle comporte 6 items mesurant un score global de 36 (impact nul) à 78 (impact maximal). Un total inférieur à 55 est le témoin d'un impact léger ou modéré alors qu'un score supérieur à 55 est le signe d'un impact important à majeur.

L'échelle a été traduite en français, et 2 études ont montré son acceptabilité en médecine générale et son utilité pour évaluer la sévérité de la maladie. [25]

Echelle MIDAS [annexe 4]:

Cette échelle est anglo-saxonne, sa traduction et sa validation en français sont en cours. Elle permettrait en pratique clinique, de différencier les patients en fonction de la perte de productivité liée à la migraine durant les 3 derniers mois ainsi que de proposer des approches thérapeutiques en fonction des grades définis par cette échelle. [26]

Le résultat du questionnaire MIDAS se traduit en grade:

- Grade 1: moins de 6 jours de perte de productivité par trimestre;
- Grade 2: entre 6 et 10 jours;
- Grade 3: entre 11 et 20 jours;
- Grade 4: plus de 20 jours.

Même si cette stratégie thérapeutique n'a pas été retenue par les recommandations de l'ANAES (2002), l'utilité d'un tel questionnaire dans la prise en charge des patients est évidente. [25]

IV. Les traitements

Si aujourd'hui il n'existe encore aucun traitement curatif de la migraine, les migraineux ont à leur disposition plusieurs molécules permettant de soulager leur douleur et d'améliorer leur qualité de vie. Cependant, il n'existe pas de traitement type. Le traitement optimal est souvent obtenu après plusieurs ajustements de la thérapeutique, nécessitant une relation importante entre le patient et son médecin.

1. Médicamenteux

Le traitement pharmacologique poursuit deux objectifs : [9]

- interrompre la crise et,
- prévenir les risques futurs.

Un certain nombre de classes thérapeutiques peuvent être recommandées en cas de crise migraineuse légère à modérée ou modérée à sévère. [10]

a) Traitements de crise

On attend d'un traitement de la crise de migraine qu'il ait une action rapide avec un soulagement de la douleur en 2h, qu'il soit le moins toxique possible pour l'organisme et qu'il permette une reprise rapide de l'activité du patient. [31]

Traitements non spécifiques [31; 32]

On regroupe sous le terme d'« antalgiques périphériques », l'ensemble des médicaments antalgiques exerçant leurs effets par l'intermédiaire de l'inhibition de la cyclooxygénase, l'enzyme de la synthèse des prostaglandines et des leucotriènes impliqués dans la nociception et l'inflammation.

- **Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont le traitement de 1er choix dans les crises de migraine d'intensité faible à modérée. Ils ont un effet antalgique mais également anti-inflammatoire.

Exemples de DCI :

Naproxène_Apranax® Kétoprofène_Biprofénid®, Toprec®

Ibuprofène_Advil®, Nurofen®, Spedifen® Diclofénac_Voltarène®

Mécanisme d'action : Ils diminuent le taux circulant des prostaglandines en inhibant leur synthèse, ce qui provoque une légère diminution du relargage de 5-HT (sérotonine).

Conseils d'utilisation : Il est recommandé de prendre le traitement le plus tôt possible, dès le début de la crise de migraine.

Ne pas prendre d'AINS à jeun, préférer en milieu de repas pour éviter l'intolérance gastrique.

Ne jamais associer deux AINS lors d'une même prise.

- **Paracétamol**

Le paracétamol a une action analgésique et antipyrétique avec l'avantage d'une excellente tolérance digestive autorisant son emploi en particulier chez la femme enceinte, qui allaite ou en cas d'ulcère digestif ou autres lésions du tube digestif.

Exemples de DCI :

Paracétamol _ Dafalgan®, Doliprane®, Efferalgan®, Claradol®

Mécanisme d'action : Inhibition des prostaglandines au niveau des neurones impliqués dans la douleur et stimulation des voies nociceptives sérotoninergiques descendantes.

Le paracétamol est largement utilisé aujourd'hui dans la crise de migraine, surtout dans le cadre d'une automédication car il est encore trop facilement considéré par les patients comme inoffensif. Or, on sait que le paracétamol fait partie des médicaments les plus à risque d'abus médicamenteux, induisant souvent des céphalées chroniques quotidiennes. De plus, le paracétamol à des dosages supérieurs aux recommandations développe une toxicité hépatique.

Conseils d'utilisation : Il est recommandé de prendre le traitement le plus tôt possible, dès le début de la crise de migraine. Respecter les doses usuelles de 1g/prise. Si besoin, renouveler la prise 4 à 6 heures après en ne dépassant pas 4g/jour.

- **Aspirine**

L'acide acétylsalicylique est très fréquemment utilisé en automédication en monothérapie ou en association avec le métoclopramide. En effet, la prise simultanée d'un antiémétique et d'aspirine améliorerait l'absorption de ce dernier en plus de son action sur les symptômes associés tels que les nausées et vomissements.

Exemples de DCI :

Aspirine _ Aspégic®, Aspirine UPSA®

Mécanisme d'action : Il inhibe la synthèse des prostaglandines, diminuant ainsi la douleur.

Conseils d'utilisation : 500 à 1000mg/prise, 1 à 3x/j, sans dépasser la posologie maximale de 3g/24h. De préférence, la prise doit se faire lors d'un repas pour éviter une éventuelle toxicité gastrique.

Traitements spécifiques [32 ; 33]

- **Dérivés de l'ergot de seigle**

Les spécialités contenant de la dihydroergotamine (TAMIK, IKARAN, SEGLOR, DIHYDROERGOTAMINE AMDIPHARM), de la dihydroergocristine (ISKEDYL), l'association dihydroergocryptine-caféine (VASOBRAL), ou de la nicergoline (SERMION et génériques) ont été retirés du marché le 5 novembre 2013.

Leur AMM a été suspendu suite à une réévaluation du rapport bénéfices/risques qui s'est avéré défavorable. [34]

▪ **Triptans**

Exemples de DCI :

Naratriptan _ Naramig® Sumatriptan _ Imigrane® Elétriptan _ Relpax®
 Zolmitriptan _ Zomig® Almotriptan _ Almogran® Rizatriptan _ Maxalt®

DCI	Spécialité	Forme	Par prise	Maxi/24h	Délai entre 2 prises
Sumatriptan	Imigrane®	Comprimés à 50mg	1 comprimé à 50mg (ou 100mg maximum)	300 mg	2 heures
	Imiject®	Ampoules de solution nasale à 10mg/0,1 ml ou à 20 mg/0,1ml	1 pulvérisation dans une seule narine	2 pulvérisations	2 heures
		Solution injectable sous-cutanée à 6mg/0,5 ml	1 injection à 6 mg/0,5ml	2 injections	1 heure
Zolmitriptan	Zomig®	Comprimés à 2,5 mg	1 comprimé à 2,5 mg (orodispersible ou non)	10 mg	2 heures
	Zomigoro®	Comprimés orodispersibles à 2,5 mg			
Naratriptan	Naramig®	Comprimés à 2,5 mg	1 comprimé à 2,5 mg	2 comprimés	4 heures
Elétriptan	Relpax®	Comprimés à 20 mg Comprimés à 40 mg	Dose recommandée : 40 mg	80 mg	2 heures
Almotriptan	Almogran®	Comprimés à 12,5 mg	1 comprimé à 12,5 mg	2 comprimés	2 heures
Frovatriptan	Tigreat®	Comprimés à 2,5 mg	1 comprimé à 2,5 mg	2 comprimés	2 heures
	Isimig®	Comprimés à 2,5 mg	1 comprimé à 2,5 mg	2 comprimés	2 heures
Rizatriptan	Maaxalt®	Comprimés à 5 mg Comprimés à 10 mg	Dose recommandée : 10 mg	20 mg	2 heures
	Maaxalt lyo®	Lyophilisat oral à 10 mg			

Figure 9 : les différents triptans et leurs posologies.

Mécanisme d'action : Les triptans sont des agonistes des récepteurs 5-HT1B et D de la sérotonine d'où une vasoconstriction des artérioles cérébrales et une action sur les mécanismes neuronaux de la migraine. Ils agissent alors sur la plupart des symptômes de la migraine (céphalée, nausées, vomissements, photophobie, phonophobie) à l'exception de la phase d'aura.

Conseils d'utilisation : Il est recommandé de prendre le traitement dès le début de la crise ou après la phase de l'aura.

Utiliser uniquement chez les patients âgés de plus de 18 ans ou de 15 ans pour la forme spray nasal.

Une seconde prise peut être envisagée au moins 2h après la première. Cependant, ne pas effectuer de seconde prise si la première s'est avérée inefficace. Dans ce dernier cas, on optera plus facilement pour une autre classe thérapeutique. [27 ; 28]

b) Traitements de fond : bêtabloquants, anti 5HT, anti H1-H2, autres

Le traitement de fond de la migraine n'a de sens que lorsque le patient migraineux est concerné plus de deux ou trois fois par mois par une crise depuis plus de trois mois, avec un retentissement important sur la qualité de vie.

Il a pour but de diminuer la fréquence et l'intensité des crises mais en aucun cas de les supprimer. Il est alors considéré comme efficace s'il réduit le nombre de crises d'au moins 50%.

L'efficacité d'un traitement de fond ne peut être évalué qu'après un délai de trois mois d'instauration. De nombreuses spécialités sont utilisées.

Première intention

- **β-bloquants** (propranolol, métoprolol)

Vasoconstricteurs particulièrement efficaces en cas de migraine associée à une hypertension artérielle ou à un stress important.

Seuls le propranolol et le métoprolol ont reçu l'AMM dans le traitement de fond de la migraine.

EI : Asthénie, mauvaise tolérance à l'effort, baisse du rythme cardiaque et de la pression artérielle.

CI : Asthme, BPCO

Conseils d'utilisation : instauration progressive, jamais d'arrêt brutal du traitement. Une prise par jour, plutôt le matin.

- **Antagonistes sérotoninergiques** (oxérotone Nocertone® ; pizotifène Sanmigran®, DHE Séglor®, Ikaran®, Tamik® ; méthylsegide Désernyl®)

Conseils d'utilisation : Prise le soir, en une ou deux fois (diner et/ou coucher)

EI : Somnolence relativement fréquente, prise de poids, diarrhée nécessitant souvent l'arrêt du traitement.

Suspension de l'AMM pour la dihydroergotamine (DHE) et ses spécialités depuis novembre 2013 suite à la survenue de cas graves d'ergotisme et de fibrose. [34]

- **Antidépresseur tricyclique** (amitriptylineLaroxyl®)

Mécanisme d'action : Il inhibe la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline d'où son impact sur la phase algique de la migraine.

Conseils d'utilisation : 10 à 50 mg/jour, en une prise le soir (effet sédatif)

EI : anticholinergiques : sécheresse buccale, somnolence, hypotension orthostatique, constipation, prise de poids.

CI : troubles prostatiques, glaucome à angle fermé.

Seconde intention

- **Inhibiteur calcique** (flunarizine Sibélium®)

Mécanisme d'action : Il agit principalement sur les carotides internes avec des propriétés antisérotoninergiques et antihistaminiques H1.

Conseils d'utilisation : 5 à 10 mg/jour avec instauration progressive sur 1 à 2 semaines. Ne doit pas être utilisé plus de six mois consécutifs.

EI : Somnolence, prise de poids.

- **Antagonistes alpha-1** (indoramine Vidora®)

Mécanisme d'action : α 1-bloquant, antihistaminique H1, antidopaminergique, inhibiteur de la recapture de la sérotonine.

EI : Somnolence, congestion nasale, troubles de l'éjaculation.

Retiré du marché depuis juin 2013, suite à un rapport bénéfices/risques défavorable.[35]

- **Anti comitiaux** (topiramate Eptomax®)

Mécanisme d'action : Anticonvulsivant, il inhibe les canaux sodiques et calciques en stimulant l'activité GABAergique et en bloquant les récepteurs au glutamate.

Conseils d'utilisation : 100mg/j en 2 prises. A débiter à la dose de 25mg/j le soir pendant une semaine puis à augmenter par paliers de 25mg chaque semaine.

EI : perte de poids, vertiges, asthénie, confusion mentale, ...

Seul le Topiramate possède l'AMM dans le traitement de fond de la migraine.

Un traitement de fond est souvent établi sur six mois à un an, et peut être diminué progressivement, voire même arrêté.

	Posologie journalière	Contre-indications	Effets indésirables
Bêtabloquants : <ul style="list-style-type: none"> • propranolol (Avlocardyl[®]) • métoprolol (Lopressor[®], Seloken[®]) • timolol (Timacor[®]) • aténolol (Ténormine[®]) • nadolol (Corgard[®]) 	40–240 mg 100–200 mg	BPCO, asthme BAV II-II Bradycardie sévère Raynaud Insuffisance cardiaque non contrôlée	Fréquents : asthénie, mauvaise tolérance à l'effort Rares : insomnie, cauchemars, impuissance, dépression
Pizotifène (Sanmigran [®])	1,5 mg une prise le soir	Glaucome Adénome prostatique	Somnolence, Prise de poids Nausées
Oxétorone (Nocertone [®])	60–120 mg une prise le soir		Fréquents : somnolence, prise de poids Rares : diarrhée, nécessitant l'arrêt du traitement
Flunarizine (Sibélium [®])	5 à 10 mg Une prise le soir Pas plus de 6 mois consécutifs	Maladie de Parkinson Dépression	Fréquents : somnolence, prise de poids Rares : dépression, syndrome extrapyramidal
Amitriptyline (Laroxyl [®] , Elavil [®])	20–50 mg le soir	Glaucome Adénome prostatique	Sécheresse de bouche Somnolence Prise de poids Hypotension orthostatique
Topiramate (Eptimax [®])	100 mg en 2 prises	Allergie aux sulfamides	Paresthésies, ataxie, troubles de l'élocution, ralentissement Irritabilité, agressivité, dépression Perte de poids Rares : calculs rénaux, myopie aiguë, syndrome psychotique

Figure 10 : Médicaments de fond avec leurs posologies.

c) Traitements des signes associés

Les signes accompagnateurs de la crise migraineuse peuvent être variés. Il s'agit le plus fréquemment de nausées, vomissements. Le traitement de ces signes associés est souvent utilisé en association dans différentes spécialités.

▪ Codéine

La codéine est souvent utilisée en association avec le paracétamol. Il s'agit d'un antalgiques de palier II.

Une prudence particulière est de mise qu'en à l'utilisation récurrente de la codéine. En effet, les antalgiques de palier II doivent plutôt être évités afin de prévenir les risques d'abus médicamenteux ainsi qu'un comportement addictif.

Exemples de DCI :

Paracétamol codéiné _ Codoliprane®, Dafalgan codéiné®

A ce jour, la codéine n'a démontré aucune efficacité supérieure à celle du paracétamol seul dans le traitement de la migraine.

▪ Caféine

Exemples de DCI :

Paracétamol, Caféine _ Claradol caféiné

Paracétamol, codéine et caféine _ Prontalgine®, Migralgine®, Novacétol®

▪ Antiémétiques

Exemples de DCI :

Dimenhydrinate_ Nausicalm®

Métopimazine_ Vogalène®, Vogalib®

Dompéridone_ Motilium® Périidys®

▪ Tranquillisants

2. Non médicamenteux

Malgré l'existence de ces traitements, certains patients peuvent solliciter le conseil du pharmacien pour une prise en charge alternative. Il s'agit non pas de remplacer les traitements allopathiques efficaces, mais plutôt d'essayer de réduire les prises médicamenteuses. [30]

a) Homéopathie

L'homéopathie peut parfois apporter un soulagement même si, à ce jour, aucune preuve clinique ne soutient l'utilisation de l'homéopathie dans le traitement de la migraine.

Le choix de la souche se fait selon chaque patient (symptômes, personnalité du patient, habitudes de vie, ...)

Exemples de souches :

En traitement symptomatique, à raison de 5 granules toutes les heures dès les prodromes jusqu'à la fin de la crise : *Ignatia amara 9CH* (contexte de contrariétés), *Sanguinaria canadensis 9CH* (rougeur congestive du visage), *Iris versicolor 9CH* (vomissements avec troubles visuels, « migraine du weekend »), *Paris quadrifolia 5CH* (douleur perçue au niveau d'un œil) *Kalmia latifolia* (troubles visuels), *Actea racemosa* (migraine cataméniale), *Cyclamen europaeum* (migraine cataméniale avec troubles visuels et vertiges), ... ou en traitement de fond : préparation à base de *Nux vomica* (nausées, vomissements), *Lachesis mutus*, *Lycopodium clavatum*, *Psorinum*, *Sulfur*, *Sepia officinalis*, *Tuberculinum*, ... [71]

Spécialités :

Phapax® solution buvable (*Cyclamen D3*, *Ruta graveolens D8*, *Iris versicolor D3*, *sanguinaria D4*, *Argentum nitricum D6*, *Cimicifuga D4*, *Digitalis D2* et *Melilotus D2*) à la posologie de 20 gouttes 3x/j chez l'adulte, à renouveler en cas de crise. Les gouttes doivent être gardées sous la langue 1 à 2 minutes avant d'être avalées. [36]

L'homéopathie peut être associée en cas de crise de céphalée. Selon les modalités, il est conseillé de prendre 3 granules de la souche appropriée toutes les demi-heures à une heure. Si besoin, il est possible d'alterner plusieurs remèdes. Les souches sont définies selon plusieurs éléments.

b) Phytothérapie

La phytothérapie peut être complémentaire, notamment avec la grande camomille ou partenelle (*Chrysanthemum parthenium*) [37] :

Arkogélules® Partenelle, 1gél 3x/j

Ou encore la camomille romaine, la lavande officinale ou lavande vraie.

c) Aromathérapie

Les huiles essentielles sont toujours à manier avec une grande précaution, en inhalation, per os ou en application cutanée.

La *Menthe poivrée* : propriété antalgique avec une action également sur les nausées.

La *Lavande officinale* : propriétés antidépressive, décontractante, hypotensive.

Application par voie cutanée, après dilution de quelques gouttes de chaque dans une huile végétale ou intégrée directement dans une spécialité telle que *Migrastick®* (Arkoessentiel) [37], ou *Roll-on Maux de tête®* (Aroma Express), ...

A appliquer en massages circulaires au niveau des tempes, du front ou de la nuque 2 à 3x/jour.

d) Autres thérapeutiques

Acupuncture, relaxation [59], thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress, sophrologie, yoga, biofeedback, kinésithérapie, etc. [10]

V. Stratégie thérapeutique

Le traitement de la migraine comprend 3 démarches thérapeutiques successives ou complémentaires.

- Le traitement de la crise : a pour but de soulager le patient de la douleur dans sa sévérité et sa durée.
- Le traitement de fond : a pour but de prévenir des crises, avec l'intention d'en diminuer le nombre et la fréquence.
- Le traitement des signes associés : Des médicaments adjuvants sont parfois utiles, tels que les antiémétiques, les tranquillisants.

1. Patients déjà traités par des traitements non spécifiques

Lors de la 1^{ère} consultation, interroger le patient sur son traitement habituel et sur le soulagement éventuel avec les 4 questions suivantes : [38]

Etes-vous soulagé de manière significative 2h après la crise ?

Ce médicament est-il bien toléré ?

Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?

La prise de ce médicament vous permet-elle de reprendre une activité normale et rapide au niveau sociale, familiale, professionnelle ?

Si le patient répond « OUI » aux 4 questions, ne pas changer le traitement.

Si le patient répond « NON » à au moins 1 de ces questions, prescrire sur la même ordonnance : AINS + triptan

Un patient non répondeur à un triptan lors de la 1^{ère} crise peut être répondeur ensuite. Avant de conclure à l'inefficacité, il faut tester sur au moins 3 crises, sauf s'il existe une mauvaise tolérance.

2. Mise en place d'un traitement de fond

La mise en route précoce d'un traitement est une condition certaine de succès, mais la prise en compte des effets indésirables est obligatoire lorsqu'un traitement de fond (ou préventif) est instauré.

Quand mettre en route un traitement de fond ?

- En fonction de la fréquence, l'intensité des crises, mais aussi le handicap familial, social et professionnel généré par ces crises ;
- Dès que le patient consomme, depuis au moins 3 mois, 6 à 8 prises de traitement de crise par mois et cela même en cas d'efficacité ;
- En association à une démarche d'éducation du patient, afin d'éviter l'abus médicamenteux par excès d'utilisation d'antimigraineux de la crise.

Quelles molécules utiliser ?

Aucune molécule n'a encore démontré de supériorité d'efficacité par rapport aux autres. Le choix repose donc sur les effets indésirables, les contre-indications et les éventuelles pathologies associées.

Comment évaluer le traitement de fond ?

- Diminution de la fréquence des crises d'au moins 50% à 3 mois,
- Diminution de la consommation des traitements de crises, de l'intensité et de la durée des crises.

Si efficace, le laisser 9 à 12 mois au minimum.

Si échec, augmenter les posologies en absence d'effets indésirables, envisager un autre traitement de fond, associer deux traitements de fond à plus faible dose, sinon, réévaluer l'observance du patient, et penser à un éventuel abus médicamenteux.

Ce traitement de fond ne supprime en aucun cas les crises mais réduit leur fréquence et leur intensité. Afin d'optimiser la prise en charge du patient migraineux, il faudra lui conseiller de tenir un agenda des crises, précisant la date de survenue, la durée et l'intensité de la douleur, les facteurs déclenchants et les médicaments utilisés à chaque crise migraineuse. La tenue d'un agenda des crises permettra de mieux apprécier l'efficacité des traitements. [annexe 11]

PARTIE 2 : L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

I. Présentation dans le cadre juridique et réglementaire

1. Définition

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), selon la définition de l'OMS [39]:

« vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

L'ETP en France s'est développée depuis déjà une vingtaine d'années de manière non structurée et non coordonnée par des initiatives de professionnels convaincus de l'intérêt de mettre en place une telle démarche. Elle est tout d'abord essentiellement centrée sur l'hôpital mais de nombreux acteurs, y compris du champ de la protection sociale, ont conçu et mis en œuvre leurs propres programmes.

Ces mouvements ont été accélérés par le *plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011)* qui prévoit des mesures visant à développer davantage l'éducation thérapeutique du patient. [40] La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) publient ainsi en 2007, un guide de méthodologie avec un chapitre relatif à l'évaluation des programmes d'ETP.

Dans le but de rendre transparentes ces pratiques et ainsi de les harmoniser, le ministère de la santé a introduit la notion *d'éducation thérapeutique du patient* dans le droit français, par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite HPST).[41]

Ainsi, l'ETP apparaît aujourd'hui au sein du code de la santé publique selon plusieurs directions :

De façon générale, l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient et a pour objectif de le rendre plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

(Article L. 1161-1)

Des actions d'accompagnement sont mises en places dans le but d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Actions conformes à un cahier des charges établi par arrêté du ministre chargé de la santé. (Article L. 1161-3)

De plus, des programmes d'apprentissage permettent aux patients d'acquérir des gestes nécessaires à l'utilisation d'un traitement. Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé et proposés par le médecin prescripteur à son patient. La mise en place de ces programmes est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux. Ces programmes sont également soumis à une autorisation, délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (article L. 1161-5). [42 ; 43]

2. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

Depuis les années 2005, le ministère de la santé s'est impliqué au niveau hospitalier et de façon plus globale dans le cadre du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

On note en conséquence une volonté institutionnelle forte de développer des actions dont ne bénéficient à ce jour qu'un nombre restreint de patients atteints de maladies chroniques. On se rend compte de la place prioritaire que prend l'éducation thérapeutique aujourd'hui chez les personnes souffrantes de pathologies chroniques. [44]

Dans la démarche de ce plan d'amélioration, un guide méthodologique a été mis en place par la Haute Autorité de Santé (HAS) en association avec l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en juin 2007, intitulé : « *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques* ». [45]

Les objectifs de ce guide sont de structurer l'ETP dans le champ des maladies chroniques. Il propose de décrire une démarche d'ETP suffisamment précise pour identifier et réaliser les activités d'ETP, et soutenir le patient, et d'autre part suffisamment souple, pour permettre une adaptation à chaque patient, à chaque maladie, à chaque moment de la prise en charge et à chaque contexte de soins (établissement de santé, réseaux, soins de ville, etc.), dans un souci de proximité avec les patients.

Les finalités de ces programmes sont d'intégrer l'ETP à la stratégie thérapeutique lors de la prise en charge du patient avec des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernés.

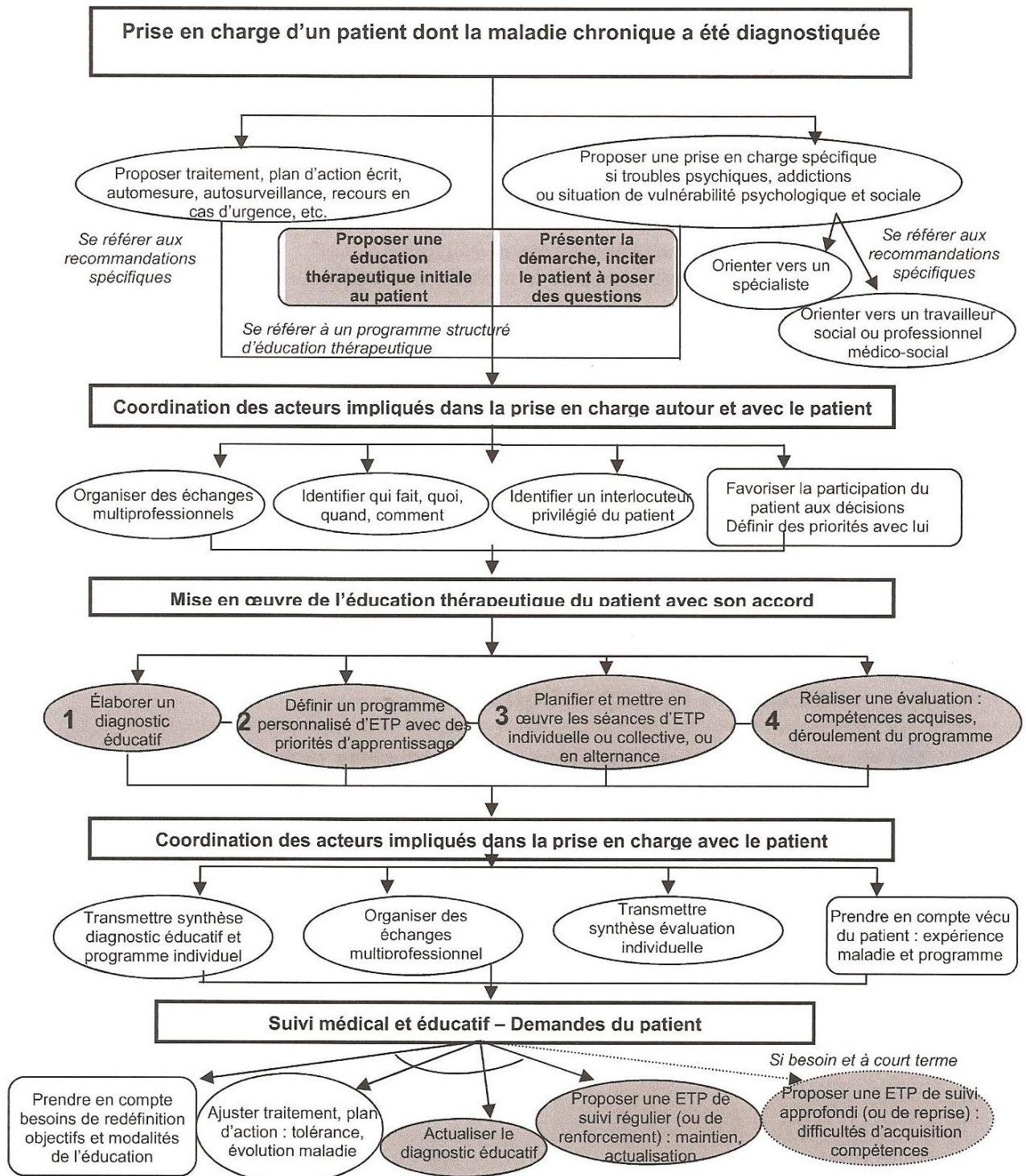


Figure 11. Intégration de la démarche d'ETP à la stratégie thérapeutique. [45]

Lorsque le diagnostic d'une maladie chronique ou d'un handicap est posé, la vie du sujet ne sera plus comme avant. La survenue de cet événement irréversible n'est pas sans conséquences psychiques, sociales et identitaires. La maladie va nécessiter un remaniement important du sujet qui passe notamment par l'acceptation de la maladie. Ces maladies qui ne se « guérissent » pas mais se « gèrent » nécessitent de la part du malade une participation active.

3. Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

Après le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, lancé fin 2007 et dont l'éducation thérapeutique est un élément essentiel, la loi HPST affirme la reconnaissance de l'ETP comme faisant partie intégrante de la prise en charge du patient. Ainsi, l'article 84 de la loi dite HPST (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009) a inscrit l'ETP dans le code de la santé publique, lui conférant ainsi un cadre législatif et créant un titre IV « éducation thérapeutique du patient », (articles L.1161-1 à L.1161-6) au livre I^{er} du code de la santé publique (CSP). [46]

L'éducation thérapeutique est désormais considérée comme une étape à part entière dans le parcours de soins du patient. Elle ne se résume pas à la délivrance d'une information. Une information orale ou écrite, un conseil, un message de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions (consultation médicale, acte de soins, installation d'un matériel médical de soins, délivrance du traitement, etc.) mais n'équivalent pas à une ETP. [45] Cette dernière a pour objectif de rendre le patient plus autonome, en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. [46] Ce processus éducatif vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et son traitement, à mieux coopérer avec les soignants. Il permet au patient d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer au mieux sa vie avec la maladie.

De plus, les textes d'application de cette loi, publiés au Journal Officiel du 4 août 2010, définissent les compétences requises pour dispenser l'ETP (Décret n°2010-906 et arrêté en date du 2 août 2010), fixent les conditions d'autorisation des programmes d'ETP par les agences régionales de santé (Décret n°2010-904 du 2 août 2010) et précisent le contenu du cahier des charges de ces programmes. [47 ; 48]

II. Réalisation d'une éducation thérapeutique du patient

1. Organisation d'un programme d'ETP

Un programme structuré d'éducation thérapeutique du patient est « *un ensemble coordonné d'activités d'éducation animées par des professionnels de santé ou une équipe avec le concours d'autres professionnels et de patients. Il est destiné à des patients et à leur entourage. Il est mis en œuvre dans un contexte donné et pour une période donnée* ». [49]

Un programme d'ETP est un processus structuré et organisé par des professionnels formés à cette démarche. Il répond à des critères de qualité, en conformité à un cahier des charges national fixé par la HAS.

Il est proposé au patient par le médecin prescripteur et donnent lieu, dans un premier temps, à l'élaboration d'une demande d'autorisation de mise en œuvre au niveau régional auprès d'une agence régionale de santé (ARS). Le consentement préalable du malade est indispensable avant toute inclusion dans un programme.

Les ARS ont la responsabilité d'accorder les autorisations, de planifier, de financer et d'évaluer les programmes. L'autorisation est alors délivrée pour une durée de 4 ans et peut-être renouvelable. [50] Pour faciliter l'instruction de ces demandes, la HAS propose une *grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS [Annexe 5]*. Ces ARS garantissent ainsi un encadrement de référence pour la mise en place du programme personnalisé de chaque patient au niveau local.

En cas de non-respect de ces règles d'autorisation de mise en place d'un programme d'ETP, toute personne exerçant l'ETP de façon non-officielle se verra punie de 30 000 euros d'amende. [51]

Cette démarche préalable permet de définir précisément, dans un contexte donné : les objectifs du programme, la population concernée, les professionnels de santé impliqués et les autres intervenants ainsi que leurs compétences, mais aussi les compétences d'auto-soins, d'adaptation et psychosociales à acquérir par le patient, le contenu des séances d'ETP, les modalités d'organisation, de planification et de coordination, puis les éléments d'évaluation du programme. [49 ; 50 ; 52]

Qui fait ? Quoi ? Pour qui ? Où ? Quand ? Comment ? Et pourquoi ?

Chaque programme d'ETP doit être spécifique d'une pathologie chronique donnée.

Selon la HAS, pour être pertinent et homogène, un programme d'ETP de qualité doit :

- être centrée sur le patient, élaborée avec lui en impliquant autant que possible ses proches et intégrée à sa vie quotidienne ;
- être issue d'une évaluation des besoins et de l'environnement du patient (diagnostic éducatif) ;
- être réalisée par des professionnels de santé formés à la démarche, dans un contexte habituellement multi-professionnel, interdisciplinaire ;
- faire partie intégrante de la prise en charge de la maladie ;
- être scientifiquement fondée et enrichie par les retours d'expérience des patients et des proches ;
- être définie en termes d'activités et de contenu, organisée dans le temps, et réalisée par divers moyens éducatifs ;
- être accessible à différents publics et adaptée au profil éducatif et culturel de chaque patient ;
- faire l'objet d'une évaluation individuelle et du déroulement du programme.

2. Formation du personnel à l'ETP

Parmi les règles définies par le législateur et les organismes concernés (HAS, INPES notamment) pour l'ETP, il a bien été précisé qu'il fallait éviter la création d'une nouvelle spécialité, mais qu'il était en revanche essentiel que les professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, biologistes médicaux, sages-femmes...), paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes...) et praticiens médico-sociaux suivent une formation spécialisée pour pouvoir intervenir efficacement dans le cadre de programmes d'ETP. [51] Il est donc indispensable de se former en vue d'acquérir les compétences requises, notamment les compétences relationnelles ; pédagogiques et d'animation ; méthodologiques et organisationnelles ; et biomédicales et de soins.

Il existe, à ce jour, différentes formations en éducation thérapeutique selon le niveau de compétences que l'on souhaite acquérir et mobiliser dans sa pratique. A titre indicatif et non exhaustif, on peut citer, les diplômes universitaires et masters (recensés par l'INPES) ainsi que les organismes de formation continue spécialisés dans l'ETP, parmi lesquels, IPCEM, EDUSANTE. [51] L'acquisition de ces compétences est obligatoire, chez au moins l'un des intervenants dispensant l'ETP. Il s'agit alors d'une formation d'une durée minimale de 40 heures d'enseignements théoriques et pratiques (Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP) ou rapporter par écrit une expérience d'au moins deux ans dans un programme d'ETP. [53 ; 46]

3. Place de l'ETP à l'officine

L'article 38 de la loi HPST qui définit les missions des pharmaciens d'officine indique notamment, dans un nouvel article (art. L.5125-1-1) du CSP, 5^{ème} alinéa, qu'ils « *peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement du patient* ». De plus, il est également mentionné que les pharmaciens d'officine participent à la coopération entre professionnels de santé définie à l'article 51.

La loi définit également les actions d'accompagnement du patient, qui doivent être distinguées de l'ETP mais en font partie. « *Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie* ». En effet, il s'agit d'une démarche visant à aider le patient et son entourage notamment pour faciliter l'observance médicamenteuse. Le pharmacien a alors une place de choix dans le groupe multi-professionnel compétent.

De plus, le CSP inscrit dans l'article L.1161-5, les programmes d'apprentissage ayant pour objet « *l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant* ».

L'équipe officinale peut donc dorénavant prendre en charge le patient dans le parcours de soins, en coordination avec les autres professionnels de santé, soit dans le cadre d'un programme d'ETP, soit dans le cadre d'un programme d'apprentissage. [46]

Le pharmacien d'officine détient un rôle majeur dans la chaîne de soins. [72] Il délivre les traitements prescrits, conseille le patient sur le bon usage de ces médicaments, le rassure sur la survenue possible d'effets indésirables, etc. De plus, il peut expliquer les signes de la maladie, apporter un soutien psychosocial, et suivre régulièrement le patient et son entourage, souvent bien connu du pharmacien.

Cette collaboration du pharmacien, par son aide à la compréhension de la maladie et des traitements, par les recommandations du bon usage du médicament, la formulation de conseils pratiques et techniques de prise des médicaments ou le soutien des patients au quotidien, contribue à l'amélioration de la bonne observance du patient à son traitement.

Pour tenter d'améliorer l'adhésion du patient à son traitement, il est nécessaire que ce dernier acquière une bonne compréhension de sa maladie et l'intérêt de son traitement, des compétences d'auto-soins et d'adaptation, et qu'il modifie ses habitudes pour atteindre des objectifs personnalisés dans le respect de sa qualité de vie. Il s'agit d'une coopération au sein d'une équipe d'éducateurs thérapeutiques où le pharmacien, peut jouer un rôle de médiateur entre le patient et son médecin. [51] De par ses compétences pharmaceutiques, le pharmacien maîtrise non seulement un savoir, mais également un savoir-faire et beaucoup de savoir-être. [1]

4. Evaluation

L'évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient revêt deux aspects.

Dans un premier temps, une évaluation pédagogique permet de vérifier dans quelle mesure le patient a atteint ses objectifs et acquis les compétences requises. Elle constitue la quatrième étape du programme. Il est ainsi nécessaire de faire le point avec le patient sur ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, comment il vit au quotidien avec sa maladie, et ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir afin de lui proposer une nouvelle offre d'ETP qui tienne compte des résultats de cette évaluation et de l'évolution de la maladie.

Dans un second temps, on évalue la qualité et l'impact du bon déroulement du programme. Cette évaluation a lieu tous les ans. Pour cela, la HAS et l'ARS ont édité un guide méthodologique « *évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) : une démarche d'auto-évaluation. Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes* » visant à aider les équipes en charge du projet à analyser la mise en œuvre de leur programme et les pratiques utilisées. Le principe fondamental de cette auto-évaluation repose sur une démarche d'amélioration continue des pratiques, du contenu du programme, de son organisation, du partage d'informations et de la coordination pluridisciplinaire. Cette démarche d'appréciation s'appuie sur des critères de qualité d'une ETP, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, et sur les objectifs du programme définis lors de la demande d'autorisation. [51]

De plus, une évaluation, plus complète, est réalisée à la fin de la durée d'autorisation du programme, soit au bout des quatre ans. Contrairement à l'auto-évaluation annuelle, qui représente une aide pédagogique pour l'équipe, l'évaluation quadriennale détermine si un programme fonctionne bien dans son ensemble pour décider de sa poursuite, le cas échéant de sa réorientation, ou de son arrêt. Celle-ci doit être menée par des personnes extérieures au programme et utiliser les techniques de l'audit. Un rapport est alors rédigé, et est accessible aux différents intervenants du programme d'ETP.

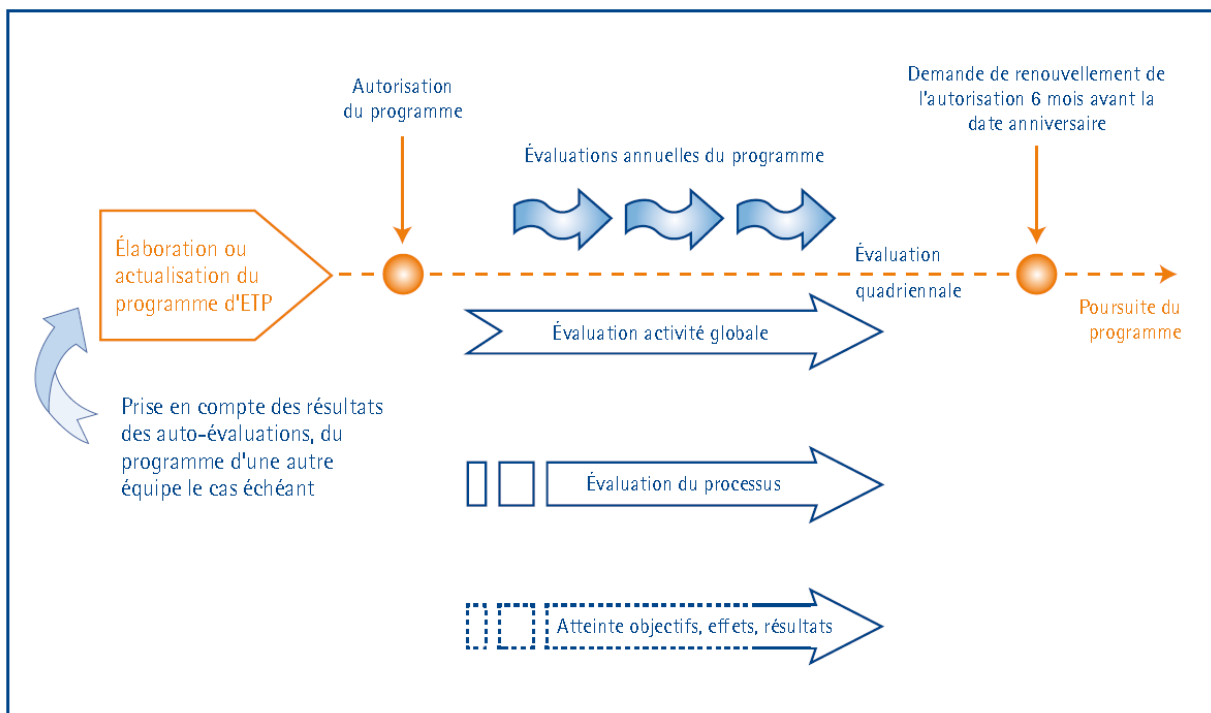


Figure 12 : Auto-évaluation d'un programme d'ETP. [54]

III. Education thérapeutique du patient migraineux à l'officine

« Tout patient qui doit comprendre sa maladie, faire des auto-soins, décider pour lui-même, résoudre des problèmes quotidiens, mobiliser des ressources personnelles, renforcer sa confiance en ses compétences, peut être le sujet d'une Education Thérapeutique. » d'après Rémi Gagnayre. [55]

La santé se définit pour chaque individu selon ses propres critères, en fonction de l'idée qu'il se fait de la « bonne santé », dans un contexte socioculturel donné. Cette conception personnelle du patient influe directement sur son comportement, il est donc important pour le soignant de les analyser.

1. Intérêt d'un programme d'ETP dans le cadre de la maladie migraineuse

La justification de l'éducation thérapeutique pourrait se résumer ainsi : la douleur n'est pas une fatalité, elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé.

Selon Gilles Géraud, président de la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées (SFEMC), un effort important doit être mené pour essayer de mieux éduquer et impliquer les migraineux dans la prise en charge de leurs troubles.

Près de 9 migraineux sur 10 disent ressentir un impact négatif sur leur qualité de vie, comprenant un impact sur la vie professionnelle (diminution des performances intellectuelles, détérioration de la relation avec leurs collègues, etc.) mais aussi sur la vie sociale (détérioration des relations amicales, diminution de l'appréciation des loisirs, des sorties, diminution des relations intimes, etc.). Cet impact sur la vie quotidienne est handicapant pour ceux-ci, avec des activités courantes réduites, une perte de productivité ainsi que de l'absentéisme professionnel.

Divers sentiments tels que la frustration, l'irritabilité, ou bien encore l'anxiété naissent de ces multiples compromis et, par conséquent, impactent directement sur le « bien-être » du patient.

L'idée est d'amener la plus grande partie des 80% de migraineux qui ne sont pas suivis ou mal équilibrés à prendre un avis médical et à modifier éventuellement des habitudes, des comportements et des traitements inadaptés.

Les migraineux sont souvent confrontés aux fausses idées reçues, au scepticisme, aux résignations ou à la négligence face à la maladie et au traitement. Le manque de formations et de connaissances, le désintérêt ou le fatalisme, font également du migraineux une cible idéale à une éducation thérapeutique du patient. Les patients démotivés par une filière de soins complexe et chaotique, trouvent un bénéfice dans le dialogue (écoute, information, conseils thérapeutiques, etc.).

On constate effectivement que beaucoup n'ont jamais consulté de neurologue ou même leur médecin généraliste dans le cadre de leur maladie migraineuse. Cette absence de prise en charge médicale entraîne une importante automédication, notamment avec des traitements non spécifiques. Cette automédication, rencontrée chez plus de la moitié des patients migraineux, conduit souvent à l'association de médicaments qui ne permettent pas de lutter efficacement contre la douleur. Les migraineux risquent alors d'entrer dans un cercle vicieux : le premier produit ne suffisant pas à calmer la crise, ils prennent un second, voire un troisième produit, dépassant souvent les doses recommandées et tolérées. A force d'abus, il peut s'installer des céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) et une dépendance à l'égard de médicaments de moins en moins efficaces pour soulager leur douleur.

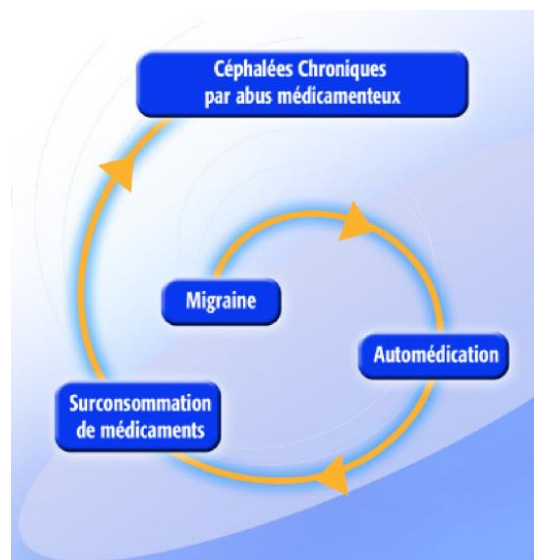


Figure 13 : céphalées chroniques quotidiennes. [56]

De plus, d'autres patients ne retournent pas voir leur médecin après une première consultation migraine. Ils estiment, souvent à tort et trop rapidement, que le traitement n'est pas efficace, ou au contraire, continuent un traitement inapproprié à leurs besoins par manque de discussion avec un professionnel de santé, ou encore, s'adonnent eux aussi à une automédication, par manque de savoir.

Toutefois, certains migraineux bénéficient bien de consultations médicales régulières. Ces quelques trop rares patients sont eux confrontés à une autre sorte d' « automédication » qui est nécessaire et indispensable car récurrente à chaque crise. Cette « automédication » doit alors être assistée par des connaissances, des explications sur les raisons des choix des médicaments prescrits, avantages et inconvénients, mode d'emploi et précautions d'administration pour que le patient suive le traitement en toute sécurité. [57]

2. Objectifs de l'ETP

Selon le guide méthodologique de la HAS [45], la démarche d'ETP se déroule en 4 étapes distinctes :

- le recueil des besoins et des attentes du patient ;
- la définition des compétences à acquérir ou à mobiliser ;
- la planification de séances d'ETP individuelle et/ou collective ;
- l'évaluation des progrès du patient et la proposition d'une éducation thérapeutique de suivi.

Cette démarche repose essentiellement sur des techniques de communication, centrées sur le patient, lui permettant d'être acteur principal de sa maladie.

L'objectif de ce programme d'éducation thérapeutique du patient est avant tout de laisser la parole aux migraineux en favorisant un climat de dialogue et de confiance entre le patient et le professionnel de santé.

Le professionnel de santé va alors prendre le temps de poser des questions adaptées à chaque patient et d'écouter attentivement les réponses ; d'aider le patient à s'exprimer plus facilement sur sa pathologie ; de prendre des décisions en commun ; de faire face aux émotions du patient ; de s'assurer de la compréhension mutuelle des conclusions de la rencontre. [45] Le programme d'ETP permet un véritable échange entre le soignant et le soigné.

On peut également proposer au patient de convier son entourage à participer aux séances du programme pour qu'il comprenne mieux la pathologie du patient et puisse l'aider au maximum dans sa vie quotidienne.

Au fur-et-à-mesure des séances, le sujet migraineux va pouvoir acquérir des compétences de vigilance, d'autoévaluation, d'adaptation et d'auto-soins, afin de diminuer la fréquence et la sévérité des crises, de mieux gérer celles-ci lorsqu'elles surviennent, en particulier l'usage des traitements antalgiques, et d'améliorer la qualité de vie, y compris en période inter critique. [58]

De plus, il est important de sensibiliser le patient aux risques de mésusage ou d'abus d'usage de traitements antimigraineux pouvant conduire à une chronicisation de sa maladie.

Rôle et objectifs particuliers et privilégiés du pharmacien d'officine

Au vu des contre-indications, des effets indésirables, des risques de dépendance, et d'interactions, il semble nécessaire d'impliquer le patient dans la prise en charge de sa pathologie. Le pharmacien a une place privilégiée face aux patients migraineux, par [53]:

- sa proximité géographique ;
- son accessibilité et sa disponibilité sur de longues plages horaires, sans nécessité une prise de rendez-vous préalable ;
- ses contacts fréquents avec le public ;
- ses connaissances globales du patient (contexte familial et socioprofessionnel, contact avec l'entourage, historique médicamenteux, etc.) ;
- sa relation de confiance instaurée avec le patient [Annexe 6] ;
- sa crédibilité auprès du public en tant que professionnel de santé, d'après les études Ipsos Santé « *Les français et leur pharmacien* » (janvier 2008) [60], « *Les français et leurs praticiens de santé* » (octobre 2014) [61], et une enquête Vision Critical « *Image et attachement des français à la profession de pharmacien* » [62] (novembre 2009) ;
- sa formation à la fois scientifique et professionnelle.

Ainsi, la place du pharmacien à l'officine, dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, consiste actuellement, à expliquer les prescriptions et les posologies des médicaments, à promouvoir le bon usage des médicaments et produits pharmaceutiques, à informer sur la maladie et ses traitements, soutenir et accompagner humainement le patient, et enfin intervenir dans la gestion des crises [70].

De plus, les actions éducatives propres au pharmacien ne peuvent s'élaborer que dans la conscience d'appartenir et de collaborer à un réseau pluridisciplinaire et synergique, centré sur le patient et constitué de professionnels de santé et de personnes proches de ce dernier. Le pharmacien établit alors un lien intermédiaire entre les différents professionnels de santé impliqués dans le programme d'ETP, et les patients en bénéficiant. Il vient renforcer et étendre l'éducation du patient initiée par le médecin, en repérant le niveau d'adhésion du patient à son traitement et le stade d'acceptation de celui-ci, les changements de mode de vie, les altérations ou améliorations de l'état général pour pouvoir réadapter, s'il est nécessaire, le traitement antimigraineux.

3. Démarche éducative : élaboration d'un diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et attentes et à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser, en tenant toujours compte des priorités du patient. [45]

Le diagnostic éducatif est élaboré au cours d'un premier entretien individuel afin de recenser les informations utiles de la vie du patient, d'évaluer ses besoins et de le motiver à se prendre en charge en tant qu'acteur principal de sa santé en coopération avec les soignants [annexe 7].

Il est important et nécessaire que l'entretien se déroule dans des conditions de dialogue et de techniques de communication appropriées favorisant ainsi un climat de confiance entre le patient et l'éducateur :

Confidentialité de l'entretien, aménagement des locaux, qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie, temps d'expression suffisamment long du patient, reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire du patient, utilisation de questions ouvertes, reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier, etc. [45]

Le patient doit alors recevoir les engagements de tous les professionnels de santé impliqués dans le programme en termes de confidentialité et de déontologie.

- Lettre d'information : description des objectifs de l'ETP, de son déroulement, de son contenu et des conditions de sortie du programme ;
- Formulaire de consentement écrit : assure que le patient a compris les informations données dans la lettre d'information, précise que sa participation est volontaire, recueille le consentement pour la communication au médecin traitant des informations relatives à l'ETP ;
- Charte de confidentialité : désigne les professionnels auxquels peuvent être transmises les informations concernant la prise en charge du patient dans le programme d'ETP (recueil de l'accord du patient) ;
- Charte de déontologie : précise les devoirs de probité, d'indépendance, de professionnalisme et de confidentialité des professionnels impliqués dans le programme d'ETP. [58]

a) Guide d'entretien

Au cours de ce premier entretien, l'éducateur va s'appuyer sur un questionnaire préétabli. Il s'agit d'un « guide d'entretien » dont le but est de permettre une discussion ouverte et confiante entre le patient et le professionnel de santé, et qui sera intégré dans le dossier éducatif de suivi du patient. Il permet ainsi la transmission des informations aux différents membres de l'équipe.

Le patient va alors s'exprimer, avec ses propres mots, sur son ressenti face à la maladie.

Selon l'approche pédagogique de R. Gagnayre et J-F. D'Ivernois, [63] il est important de cibler ce questionnaire selon cinq grands axes qui visent à faire décrire par le patient ce qu'il accomplit en termes d'actions et de procédures dans une situation donnée. Ces cinq questions portent sur :

L'aspect biomédical : « Qu'est-ce qu'il (elle) a ? »

Le patient fait le point sur sa situation clinique (nature et ancienneté des céphalées, intensité et fréquence des crises), retentissement fonctionnel de la migraine sur sa vie quotidienne, handicaps liés aux diverses crises, types de traitement prescrit (traitement de fond et traitement de crise, spécifiques ou non), risques encourus par la prise répétée de ces traitements (automédication, chronicisation).

On peut également évoquer les différentes consultations chez son médecin généraliste ou chez un médecin spécialisé, soit un neurologue si elles ont lieu ; l'efficacité du traitement prescrit par ces derniers ; l'amélioration ou l'aggravation des crises de migraine suite à la prise du traitement, etc.

L'aspect socioculturel : « Qu'est-ce qu'il (elle) fait ? »

Le patient fait le point sur ses conditions de vie au quotidien, sur son environnement familial (entourage proche, conjoint, enfants, etc.), social (sorties, loisirs, etc.) et professionnel (relations avec ses collègues, avec son patron, etc.).

Le patient expose aussi les changements de mode de vie qu'il a dus mettre en place en vue des différents facteurs de risque de survenue d'une crise : restrictions de sorties (sorties entre amis, loisirs, sport, etc.), diminution, au mieux, de situations de stress, d'anxiété, de contrariété, évictions de certains aliments (fromages, chocolat, œufs, bananes, etc.) ou boissons (alcool, café, thé, sodas caféinés, etc.).

Ou, au contraire, les habitudes de vie qu'il ne change pas de peur de déclencher une crise telles que son rythme de sommeil (éviction de grasse matinée, de départ en vacances, etc.),

De plus, l'éducateur explore les capacités d'apprentissage et d'adaptation du patient, ses compétences à résoudre ses problèmes seul, et à quel point son entourage social, familial et/ou professionnel intervient dans la prise en charge de sa maladie migraineuse.

Retentissement fonctionnel des crises : questionnaire Headache Impact Test (HIT-6). *[annexe3]*

L'aspect cognitif : « Qu'est-ce qu'il (elle) sait ? »

Le patient fait le point sur ses connaissances, croyances et représentations de la maladie et des traitements.

L'éducateur peut ainsi évaluer les capacités du patient à:

- Reconnaître le ou les type(s) de céphalée rencontré(s), l'aura (si elle existe), les facteurs déclenchants une crise, les prodromes, ... ;
- Résoudre ses problèmes de santé (migraine ou autres pathologies), seul ou avec l'aide et/ou le soutien de son entourage ;
- Respecter les règles d'utilisation et adapter son traitement au quotidien pendant et entre les crises de migraine (Choix du ou des médicament(s) à prendre, différence(s) entre le traitement de crise et le traitement de fond, moment, posologies et intervalles de prises, effets indésirables, interactions et contre-indications du ou des médicament(s), etc.) ;
- Informer et impliquer son entourage.

Cette partie permet d'identifier les représentations erronées attribuables à une logique propre au patient ou des connaissances médicales qui étaient vraies autrefois mais ne le sont plus ou ont évoluées aujourd'hui.

L'aspect psychoaffectif : « Qui est-il (elle) ? »

Le patient fait le point sur ses attitudes face à la migraine, son stade dans le processus d'acceptation, le retentissement psychologique de la maladie, ses traits de personnalité.

« Comment vit-il sa maladie ? »

Cette question tente de cerner les motivations du patient à s'auto-soigner, à comprendre et à apprendre davantage sur sa pathologie, s'il pense pouvoir agir sur celle-ci, mieux la gérer.

Il s'agit également de savoir ce que le patient attend réellement de cette démarche d'ETP, s'il a des interrogations, des situations qui le stressent particulièrement, des craintes sur son devenir.

De plus, on essaye de savoir l'implication de son entourage dans la prise en charge de sa maladie, le soutien et la compréhension de celui-ci.

Traits anxio-dépressifs : questionnaire "Hospital Anxiety and Depression" (HAD) [annexe 8].

L'aspect projection : « Quels sont ses projets ? »

Le patient fait le point sur ses projets dans l'avenir à plus ou moins long terme. Ils vont donner un sens à sa participation au programme thérapeutique et amorcer la motivation. C'est un élément essentiel à la réussite de l'éducation thérapeutique du patient. Ils doivent être réalistes, concrets, valorisants et utiles.

b) Finalité de l'entretien : le contrat éducatif

A l'issue de cet entretien, l'éducateur formule avec le patient les compétences d'auto-soins et d'adaptation à acquérir et les objectifs des prochaines séances : « Que pensez-vous maîtriser actuellement ? Que voudriez-vous apprendre en priorité ? Qu'est-ce qui vous semble le plus important à mettre en œuvre ? », ... Cela permet au patient d'évaluer, par lui-même, l'efficacité de ses propres compétences.

Une synthèse, sous forme de « contrat éducatif », est alors rédigée en vue de pouvoir établir un plan personnalisé d'éducation thérapeutique, seconde étape du programme d'ETP. Ce contrat conclut un accord réciproque entre le patient et le professionnel de santé spécifiant ce que l'on considère comme nécessaire, utile, réaliste et acceptable de faire.

Ce guide ne peut être considéré comme définitif. En effet, il reste évolutif et progressif et, est amené à être réévalué à chaque future rencontre avec le patient.

4. Contenu des séances

Les séances d'ETP s'élaborent à partir du contrat éducatif. Elles ne doivent pas dépasser 30 à 45 minutes de manière à garantir la plus grande attention et participation du patient afin qu'il puisse assimiler la ou les compétences sans difficultés. Les séances sont soit individuelles, soit collectives. Dans le cadre des séances à l'officine, on privilégiera un face-à-face avec un seul patient, et éventuellement son entourage, ou alors, une séance avec 3 ou 4 patients maximum leur permettant ainsi d'échanger leurs expériences.

A la suite du diagnostic éducatif, le pharmacien formule avec le patient, les compétences à acquérir. On peut représenter les objectifs de ces séances par un schéma simple, qui tourne autour du patient et est basé sur les connaissances déjà acquises et celles encore à déterminer.



Figure 14 : Exemple d'un schéma de contrat éducatif [50]

Il existe deux types de compétences [45]:

Compétences d'auto-soins

- Soulager les symptômes ;
- Adapter la prise de médicaments ;
- Réaliser des gestes techniques et de soins ;
- Modifier les habitudes de mode de vie ;
- Prévenir les complications ;
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ;
- Impliquer l'entourage.

Compétences d'adaptation ou psychosociales

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi ;
- Savoir gérer ses émotions, maîtriser son stress ;
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ;
- Développer des compétences de communication et de relation interpersonnelles ;
- Prendre des décisions et résoudre des problèmes ;
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- S'observer, s'évaluer, se renforcer.

a) Première séance

Lors de cette 1^{ère} séance, le pharmacien va s'organiser autour des 3 éléments fondamentaux qui conditionnent le succès des traitements. Le patient, selon ses acquis actuels, va compléter, renforcer ou rectifier ses connaissances. Il va donc lui falloir :

- Comprendre la nature de sa douleur ;
- Accepter la réalité de sa douleur ;
- Adhérer aux traitements prescrits en faisant confiance et en coopérant avec l'équipe médicale soignante. [64]

Le pharmacien peut, en s'appuyant sur l'utilisation d'outils (dessins, diaporamas, brochures informatives ou explicatives, etc.) [Annexes 9 et 10], présenter la situation migraineuse. Il se débarrassera ainsi des fausses idées reçues que le patient peut avoir ou que son entourage a pu lui véhiculer (« *c'est psychologique* », « *c'est dans la tête* », « *ce sont les yeux* », « *c'est le foie* », « *ce sont les sinus* », ou encore, « *personne ne peut m'aider* », « *les traitements ne marchent pas sur moi* »,...).

L'épidémiologie de la migraine

Malgré une très grande fréquence de cette affection (plus de 12% de la population générale), les professionnels de santé savent aujourd'hui à quel point cette douleur est intense, handicapante, source de désarroi et susceptible d'altérer profondément la qualité de vie des personnes atteintes. Le pharmacien a pour mission ici de rassurer au mieux le patient. Il est indispensable, dans la démarche d'éducation thérapeutique, que le sujet migraineux se sente en confiance et surtout pris au sérieux par l'équipe.

Le diagnostic de migraine

Dans un premier temps, on différencie la migraine des autres types de céphalées grâce aux critères de classification de l'IHS. Il est important de cibler, avec le patient, de quel type de migraine il souffre, et de mettre un nom précis sur ce qu'il a, ce qu'il ressent. Bien souvent, le patient confond symptômes, auras, prodromes, signes d'accompagnement ainsi que facteurs déclenchants. Il est parfois intéressant de faire une « hiérarchisation » de tous ces phénomènes.

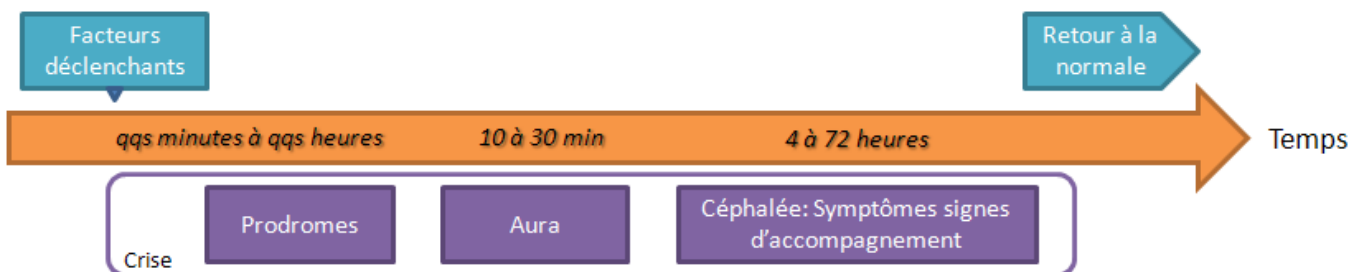


Figure 15 : Les différentes phases de la migraine en fonction du temps

Facteurs déclenchants = facteurs favorisants	Prodromes	Aura	Symptômes	Signes d'accompagnement
Stimuli qui déclenchent la crise : facteurs psychologiques, hormonaux, climatiques, alimentaires, sensoriels, modification du mode de vie, etc.	Signes annonciateurs de la crise : Troubles de l'humeur, asthénie, somnolence, ou euphorie, sensation de faim, de soif, constipation, bâillements, exacerbation d'odeurs, envie ou dégoût de certains aliments, tension anxieuse, irritabilité, etc.	(absente chez 75% des migraineux) Scotome lumineux, phosphènes, paresthésies, fourmillements, engourdissements, troubles du langage, etc.	Caractéristiques de la douleur migraineuse : localisation, intensité, mode d'installation et durée, facteurs aggravants ou améliorants la céphalée tels que l'activité sportive, le chaud ou le froid, etc.	Symptômes accompagnant la crise, autres que ceux de la douleur : nausées, vomissements, photophobie, phonophobie, etc.

Figure 16 : Description des différentes phases de la migraine

La compréhension de ces notions est essentielle pour le patient. C'est sur un certain nombre d'entre elles qu'il va pouvoir intervenir, pour diminuer l'intensité, la durée et la fréquence des crises et réduire leur retentissement sur la vie quotidienne.

- Diminuer les facteurs déclenchants : restrictions et/ou évictions
- Diminuer les symptômes et facteurs aggravants, et favoriser les facteurs améliorants : faire des gestes simples, relaxation
- Diminuer l'intensité et fréquences des crises : traitements de fond et traitements de crise
- Diminuer les signes d'accompagnement : traitements médicamenteux

Nous verrons comment mettre en place ces modifications lors des prochaines séances. Le patient peut alors remplir, avec l'aide du pharmacien, « son tableau personnel » (selon le modèle ci-dessus) que l'on inclura dans son dossier éducatif.

Les examens complémentaires

Les examens complémentaires tels que l'IRM ou le scanner ne sont pas nécessaires si le diagnostic de migraine a été posé selon les critères de l'IHS, avec un interrogatoire précis.

Il faut néanmoins expliquer au patient l'inutilité de ces examens et le rassurer sur les gravités. La migraine est une maladie chronique à part entière. Elle n'est, en aucun cas, le reflet d'une maladie grave sous-jacente, comme d'autres douleurs (aiguës) peuvent être le premier signe d'urgence médicale.

A la fin de cette séance, le pharmacien remet au patient un « agenda de la migraine » (si ce dernier n'en a pas déjà un) en lui expliquant l'intérêt de celui-ci. L'agenda est très utile pour le patient migraineux et pour tous les professionnels de santé qui l'accompagnent. Il va permettre d'évaluer objectivement la fréquence et l'intensité des crises, l'impact de la migraine sur la période encourue ainsi que les prises médicamenteuses et leur efficacité, et le rôle éventuel de facteurs déclenchants.

L'agenda de la migraine peut se présenter soit sous forme papier [Annexe 11], soit sous forme informatique (tableau Excel) soit encore sous forme d'une application Smartphone (Application iPhone « *Migraine-e* » par Astra-Zeneca) [Annexe 12].

Le patient doit ainsi noter : [65]

- ✓ L'heure de début des crises
A quelle heure la crise a-t-elle débuté ?
- ✓ Les facteurs déclenchants
A-t-il pu identifier certains d'entre eux qui auraient pu provoquer sa crise ?
- ✓ Les médicaments de la crise
Quel(s) médicament(s) a-t-il pris ? Combien et à quelle heure ?
- ✓ L'intensité de la douleur
Sur une échelle de 0 (absence de douleur) à 10(douleur maximale imaginable)
- ✓ La gêne dans les activités
A-t-il été gêné dans ses activités pendant la crise ? Sur une échelle de 0 (pas de gêne) à 3 (gêne complète, alitement).
- ✓ La durée
Combien de temps la crise a-t-elle duré (nombre d'heures dans la journée) ?
- ✓ Le traitement de fond
Prend-il un traitement de fond pour ses migraines ? Si oui, noter le nom du médicament et le nombre de comprimés pris par jour.

Il ne faut pas que le patient hésite à écrire sur ce carnet de suivi. Toutes les informations peuvent être utiles pour prévenir ou soigner les crises telles que : ce qu'il a mangé ou bu, ce qu'il a fait, activité physique ou mentale inhabituelle, des conditions météorologiques particulières, des conditions de stress liées à un événement professionnel ou privé, un choc physique ou psychologique, un traumatisme affectif, etc. [66]

Cet agenda permettra alors au pharmacien d'évaluer avec le patient, lors de la prochaine séance, comment il a soulagé ses crises, ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi, son attitude vis-à-vis du traitement, ses représentations des médicaments, son observance, etc.

b) Deuxième séance

Lors de cette 2^{ème} séance, le pharmacien, en parcourant l'agenda des migraines que le patient a rempli depuis la dernière séance, va recueillir ses sentiments et son vécu, ses réactions aux crises et, la gestion et l'autonomie qu'il a vis-à-vis de son traitement :

- Sait-il expliquer son traitement ?
- Connait-il ses médicaments et leur rôle ?
- Connait-il la différence entre le traitement de la crise et le traitement de fond ?
- A-t-il des craintes particulières par rapport à ses crises, à son traitement ?
- Estime-t-il que son traitement le soulage suffisamment pendant les crises?

A l'aide d'outils pédagogiques (diapositives, brochures, jeux éducatifs,...), le pharmacien s'attachera alors à expliquer les principes des traitements médicamenteux, selon trois démarches thérapeutiques successives ou complémentaires (traitement de la crise, traitement de fond, traitement des signes associés).

Traitements de la crise

Il existe deux grands types de médicaments de la crise, il y a les « non spécifiques » (antalgiques : aspirine, paracétamol et certains anti-inflammatoires non stéroïdiens : naproxène, ibuprofène, kétoprofène et diclofénac) et les « spécifiques » (dérivés de l'ergot de seigle et triptans) qui sont des vasoconstricteurs, réservés de préférence aux crises sévères résistant aux médicaments précédents.

Le traitement de la crise vise, comme son nom l'indique, à soulager la crise de migraine, à diminuer la sévérité et la durée de la douleur de façon rapide et durable.

Traitements de fond

Le traitement de fond a pour but la prévention des crises, avec l'intention d'en diminuer la fréquence et l'intensité.

Il est utilisé chez les patients ayant plus de trois ou quatre crises par mois et sont imparfaitement calmées par le traitement de la crise. C'est un traitement à prendre tous les jours, pendant au moins trois mois afin de juger de leur efficacité. Il ne faudra pas le prendre à vie. Le patient, après avoir discuté avec son médecin, fera une diminution ou un arrêt progressif des doses car, spontanément, les crises de migraine ont pu s'espacer et ne plus nécessiter de traitement de fond.

Traitements des signes associés

Les traitements des signes associés sont des médicaments adjuvants tels que les antiémétiques (per os, voie rectale), les tranquillisants (BZD), la caféine.

En vue d'obtenir l'adhésion du malade à son traitement, il est indispensable qu'il comprenne les raisons du choix des médicaments prescrits, les avantages et les inconvénients, leur mode d'emploi et les précautions d'administration.

Pour éviter un mésusage médicamenteux, le pharmacien devra attirer l'attention du patient sur le bon usage des médicaments :

- La nécessité de respecter les doses maximales des médicaments de la crise ;
- Le risque de somnolence ou de vertiges lors de la prise de triptans, oxérotone, ... Expliquer la conduite à tenir si les effets indésirables surviennent ;
- Le risque de la prise de médicaments de la crise en dehors de tout conseil pharmaceutique ou médical. Alerter sur le risque d'abus médicamenteux (risques de céphalées chroniques) ;
- La nécessité d'une prise régulière du traitement de fond, de réduire progressivement les doses lors de l'arrêt du traitement de fond ;
- L'existence de nombreuses interactions médicamenteuses ;
- Les modalités de prise de médicaments et la bonne compréhension du schéma de prise.

Il faut conseiller le patient pour son traitement, élaborer avec lui un plan thérapeutique personnalisé clair et détaillé afin qu'il l'assimile de la meilleure façon possible et ainsi éviter tout risque d'automédication sauvage.

Quelques soit le traitement choisi, quelques règles d'utilisation sont essentielles à respecter.

Pour le traitement de crise :

Il est recommandé de prendre le médicament le plus précocement possible, lors de la phase algique de la crise de migraine. Dans le cas de migraine avec aura, il sera préconiser de ne prendre le traitement qu'à l'arrêt des symptômes de l'aura. Quel que soit le type de médicament, retarder la prise par rapport au début de la crise réduirait le taux de patients totalement soulagés, augmenterait le risque de récurrences et d'intolérance, et prolongerait le handicap.

Explications au patient : la résorption digestive des médicaments est diminuée pendant la crise et donc l'efficacité de ces médicaments sera atténuée si leur prise se fait trop tardivement par rapport au début de la phase algique.

Il est recommandé de comptabiliser le nombre total de prises de traitement de crise, afin de repérer une éventuelle utilisation abusive. Rappeler l'intérêt de l'agenda de crise.

✓ Nombre de médicaments pris au cours d'**une même crise** :

Une seconde prise d'un même médicament est possible à la condition que la première prise ait soulagé la douleur.

La prise d'un autre médicament est également possible à condition qu'il appartienne à une classe thérapeutique différente de celle du médicament de la première prise.

✓ Nombre de médicaments pris au cours d'**une semaine** :

La prise du médicament de crise ne doit pas dépasser plus de 2 fois par semaine, pour éviter une chronicisation de la migraine.

✓ Nombre de médicaments pris au cours d'**un mois** :

La prise du médicament de crise ne doit pas être trop fréquente.

A partir de 3 à 4 prises par mois, un traitement de fond est proposé au patient.

La prise trop régulière du traitement de crise expose le migraineux à un double risque.

Explications au patient : Le premier risque, en fait assez rare, est lié à une toxicité propre de certaines substances, par exemple, les complications vasculaires des dérivés ergotés, gastriques de l'aspirine et des anti-inflammatoires, ou encore hépatiques du paracétamol.

Le second risque, beaucoup plus fréquent mais bien souvent sous-estimé, est la survenue d'une accoutumance, avec apparition d'une céphalée de sevrage entre les prises. Cette accoutumance conduit à une surconsommation médicamenteuse qui s'apparente à une véritable toxicomanie. Au-delà de 15 prises par mois, soit une prise un jour sur deux, le migraineux entre dans ce cercle vicieux des céphalées chroniques quotidiennes ou céphalées par abus médicamenteux.

Il est recommandé de déterminer le mode d'administration le plus optimal pour chaque individu.

En effet, si la plupart des patients préfèrent la voie orale, celle-ci n'est pas souhaitable en cas de nausées sévères ou de vomissements, d'autant que s'y associe souvent une diminution de l'absorption digestive des médicaments.

Le choix d'autres voies d'administration est possible : voies rectale (suppositoires d'anti-inflammatoires), nasale (spray d'Imigrane®), ou injectable (injection sous-cutanée de triptans, injection veineuse de dihydroergotamine).

La forme spray permet un passage direct dans la circulation sanguine.

Les formes orodispersibles (MaxaltLyo°, Zomigoro°) ne donnent pas lieu à un passage sublingual de principe actif, l'absorption reste digestive ; mais ces présentations sont intéressantes lorsqu'une boisson n'est pas disponible ou pour éviter les nausées et vomissements pouvant accompagner la prise du médicament avec du liquide. Cependant, l'apparition de l'effet thérapeutique peut être retardée chez certains patients car l'absorption se fait plus lentement sous forme orodispersible du triptan, comparativement à un comprimé.

Enfin, administré par voie sous cutané, le triptan est actif en une dizaine de minutes avec un taux de réponse d'environ 80%.

Dans tous les cas, il est recommandé de réévaluer le traitement tous les trois mois. L'efficacité du traitement doit être évaluée de façon objective, d'après l'agenda de migraine du patient, pour estimer le plus précisément l'évolution des crises.

Un traitement de crise est dit efficace s'il diminue rapidement l'intensité et la durée des crises de migraine.

Pour le traitement de fond :

Il est recommandé de mettre en place un traitement de fond chez les patients souffrant d'au moins trois crises de migraine par mois. Son but étant de diminuer principalement la fréquence mais aussi l'intensité des crises de migraine.

Explications au patient : Le succès du traitement de fond est basé sur la bonne observance du migraineux. Il est important de respecter la prise quotidienne du médicament qui peut parfois paraître contraignante pour certains patients.

Il est recommandé d'instaurer le traitement de façon progressive pour obtenir la dose efficace, car les migraineux sont souvent « hypersensibles » à l'action des médicaments.

Explications au patient : Il est important de respecter une durée minimum de trois mois de traitement avant de pouvoir en affirmer le succès ou l'échec (sauf en cas d'intolérance au médicament). De plus, si le traitement ne convient pas, il ne faut surtout pas se décourager, un autre médicament pourra, lui, être plus efficace et correspondre mieux au migraineux.

Rappeler au patient qu'il ne faut pas baisser les bras face à un ou des échecs thérapeutiques. Le préparer, au mieux, au processus de type « essai-erreur » auquel il peut être confronté. Les phénomènes d'incompréhension, de lassitude, de négociation peuvent aussi jouer pleinement. Plus particulièrement, mal expliqué, cet inévitable tâtonnement thérapeutique vient se heurter aux modes de gestion développés par les malades, les éloignant parfois des cabinets médicaux ou les conduisant à " utiliser " les médecins comme prescripteurs des traitements qu'ils ont déjà éprouvés pour eux-mêmes. [9]

c) Troisième séance

Lors de cette 3^{ème} séance, le pharmacien portera son attention sur tous les petits gestes simples que le patient peut mettre en place pour soulager sa douleur durant et entre les crises de migraine.

Suite à un échange entre le pharmacien et le patient sur le quotidien de ce dernier, il sera nécessaire de mettre en place quelques mesures d'hygiène de vie adaptées à l'individu, lui permettant l'éviction de tels ou tels facteurs déclenchants (chocolat, alcool, fromage fermenté, etc.), psychologiques (stress, émotions, contrariétés, etc.), hormonaux (menstruations) ou environnementaux (luminosité, odeur, bruit).

Cette discussion avec le patient est indispensable pour permettre au migraineux d'améliorer considérablement sa qualité de vie par l'apprentissage simple de « petits moyens ».

Lors de la crise [67]

- Masser les différents points stratégiques : le muscle du trapèze, au niveau de la nuque et des épaules, pour le détendre et libérer ainsi la tension musculaire ; les tempes avec les doigts afin de faire baisser la tension musculaire au niveau du temporal. Cela permet également de masser la veine temporale, dilatée pendant la crise migraineuse, ce qui permet un soulagement temporaire.
- Exercer une pression moyenne avec les pouces : à la base du crâne pendant quelques secondes, plusieurs fois de suite, pour permettre le relâchement des points d'ancrage des méninges et des points d'attachement du muscle du trapèze, ainsi que juste sous l'intérieur de l'arcade sourcilière, au-dessus de l'orbite de l'œil, au niveau du nerf oculaire, pendant quelques secondes pour apaiser la douleur vers les yeux.
- Appliquer des compresses glacées ou bouillantes.
- Frictionner le front avec une bille imprégnée d'huiles essentielles, principalement de menthe poivrée.
- Se coucher dans un endroit calme, à l'abri du bruit et de la lumière.

En dehors de la crise

- Repérer et noter dans son agenda de la migraine, les facteurs qui déclenchent une crise : ce qu'il a bu, mangé ou fait ; dans quelles circonstances ; etc.
- Manger à heures fixes et boire régulièrement : un régime ou un jeûne peuvent provoquer une crise. Il est également préférable d'éviter les repas trop gras ou trop sucrés et de consommer l'alcool avec modération. Il est important de manger de façon régulière et équilibrée et éviter de sauter des repas.
- Respecter un horaire de sommeil régulier : se coucher et se lever tous les jours à la même heure. Dormir suffisamment, mais pas trop. L'abus d'hypnotiques peut être préjudiciable au migraineux qui a tout intérêt à connaître son propre rythme de sommeil.
- Faire de l'exercice physique : se maintenir en forme. Il a été prouvé que l'exercice physique régulier aide à réduire la fréquence, l'intensité et la durée des crises. Cela permet en effet de diminuer l'anxiété, d'améliorer la qualité du sommeil et a également un effet bénéfique au niveau cardiovasculaire.
- Apprendre à gérer et diminuer son stress : techniques de relaxation, de respiration, yoga, sophrologie.
- Eviter la « sur-stimulation des sens » : exposition à une lumière agressive (fluorescence, stroboscope, soleil éblouissant), exposition aux odeurs fortes (parfumerie, lieu clos avec fumeurs), exposition au bruit (concert, discothèque).
- Cesser de fumer : la cigarette ou l'odeur de fumée de cigarette déclenchent ou aggravent la crise de migraine.

Conseils à l'entourage

Le patient migraineux le dit lui-même : il a un grand besoin de soutien et de compréhension que ce soit des professionnels de santé, de leurs proches (familles, amis), ainsi que de leurs collègues et employeur.

L'entourage du patient peut l'aider en consignant dans un journal, ses propres observations concernant les crises : circonstances d'apparition, intensité vis à vis de l'altération de la qualité de vie, du rendement au travail.

Lors d'une crise, le migraineux est parfois incapable d'accomplir les activités quotidiennes. Dans ce cas, les proches peuvent l'aider (faire les courses, préparer le repas, entretenir la maison, s'occuper des enfants). Ce sont par de tels attentions que le patient pourra mieux appréhender sa crise, diminuer son stress, prévenir d'autres crises.

De plus, la migraine peut diminuer considérablement le rendement au travail. Chaque année, le migraineux s'absente en moyenne 6,5 jours et travaille 44 jours en proie à des symptômes migraineux. L'encouragement des proches à pousser le patient à discuter de sa maladie avec son employeur et ses collègues est important. L'employeur peut alors mieux appréhender la situation et être plus compréhensif à l'égard des absences. Il va même parfois pouvoir aider à prévenir les crises attribuables au stress en réévaluant la charge de travail de ces employés. [68]

5. Fiche d'évaluation

Toute action d'éducation doit faire l'objet d'une évaluation.

L'impact des séances peut s'évaluer au travers de questionnaires, d'entretiens, d'autoévaluation à des moments adaptés du programme (au cours de chaque nouvelle séance et/ou à l'issue du programme). Plusieurs critères peuvent être évalués, l'indicateur global étant l'évolution de la qualité de vie des patients.

a) Evaluation pédagogique du patient

A chaque début de séance avec le patient, étaient évalués :

- La biologie et/ou l'état clinique du patient,
- L'acquisition de connaissances,
- L'acquisition de comportements ou l'aptitude à réagir dans diverses situations.

- Compétences intellectuelles

Elle concerne l'ensemble des savoirs acquis par le patient qu'il s'agisse de la mémorisation de connaissances ponctuelles, de l'interprétation de données (signes, symptômes, situations cliniques, ...), de la résolution de problèmes complexes et de décisions. Pour évaluer ces compétences, il est possible d'interroger oralement le patient, d'utiliser des questions de type vrai ou faux, d'avoir recours à des documents simulés (carnet de suivi, menus, images...).

- Compétences relationnelles

La mesure de ces compétences s'effectue également par des grilles d'observation. Le patient doit pouvoir être capable d'expliquer sa maladie à des tiers, de négocier des conditions de travail avec ces employeurs, d'adopter des comportements d'évitement de situations à risque, et de réduire les contextes de stress. De plus, il doit chercher à associer son entourage à l'application des compétences qu'il a acquise par l'éducation.

b) Evaluation de l'éducateur et de l'équipe

- Auto-évaluation annuelle [54]

L'auto-évaluation annuelle porte principalement sur les pratiques, l'organisation, le partage d'informations et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire afin d'en améliorer la qualité du programme. Réalisée par l'équipe elle-même, elle consiste à rendre compte des forces et faiblesses du programme et d'ajuster les façons de procéder, le respect et l'enchaînement des étapes de l'ETP, de mettre en avant la qualité des séances éducatives, ainsi que souligner les objectifs atteints par les intervenants tout au long du programme d'ETP. Chaque année, l'auto-évaluation peut cibler un ou plusieurs points stratégiques à améliorer et engager une dynamique de progression pour l'année suivante.

Cette évaluation reste à usage interne mais un rapport reste cependant à disposition de l'ARS. Elle prépare ainsi à l'évaluation quadriennale obligatoire, inscrite au cahier des charges du programme d'ETP.

- Evaluation quadriennale [69]

L'évaluation quadriennale est une démarche de synthèse des 3 années de mise en place du programme d'ETP faisant suite à la dernière date d'autorisation par l'agence régionale de santé.

Le coordonnateur du programme crée les conditions d'une réflexion collective et participative en réunissant l'équipe, les patients et les représentants d'associations de patients autant que possible pour recueillir l'avis et le ressenti de chacun.

Cette évaluation repose sur l'engagement pris par les équipes sur les actions de pérennisation et d'amélioration.

Il s'agit ainsi de prendre une décision sur l'avenir du programme.

Dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, l'équipe s'appuie en priorité sur un indicateur de qualité et de sécurité des soins afin d'en améliorer les pratiques et leurs effets.

Cette évaluation quadriennale permet :

- Aux ARS : de constater la dynamique de progression engagée par l'équipe et le coordonnateur et de connaître les limites de mise en œuvres du programme, les difficultés rencontrées, les besoins d'aide et d'accompagnement.
- Aux patients associations de patients : de contribuer à l'adaptation du programme en fonction des besoins et attentes des bénéficiaires.
- Aux professionnels de santé impliqués : de mieux connaître l'offre locale de programme d'ETP et sa qualité.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, la migraine est une pathologie encore trop souvent sous-estimée, tant sur le plan du diagnostic que sur le plan du suivi thérapeutique.

Nombre de patients ne consultent pas ou plus pour leurs crises de migraine, et la plupart de ceux qui se savent migraineux ont recours à l'automédication plutôt qu'à un suivi médical.

On constate un certain découragement ou une impression de fatalité chez les patients migraineux face à leur douleur.

Cependant, aujourd'hui, suite à la loi HPST et à la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique du patient, les professionnels de santé prennent conscience qu'il faut apporter un réel soutien psychologique aux patients et reconnaître davantage l'impact de la maladie sur leur qualité de vie.

L'éducation thérapeutique du patient telle que nous l'avons abordée permet aussi aux patients migraineux d'acquérir des compétences de vigilance, d'autoévaluation et d'adaptation, et/ou d'améliorer leurs connaissances sur la gestion de leur douleur, et sur les règles d'utilisation de leur traitement afin de mieux appréhender les crises lorsqu'elles surviennent.

Outre le bénéfice thérapeutique, les patients sont rassurés et apprécient l'intérêt qu'il leur est porté. Ils deviennent acteurs de leur santé et ne la subissent plus, ou moins.

Pour cela, le pharmacien d'officine, de par son rôle de spécialiste du médicament, sa proximité et sa disponibilité envers les patients, se voit davantage sensibiliser à l'ETP. Une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé est alors indispensable, en particulier en ville, entre le pharmacien d'officine et le médecin généraliste.

Je finirai par une citation de Benjamin Franklin :

« Tu me dis, j'oublie.

Tu m'enseignes, je me souviens.

Tu m'impliques, j'apprends. »

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Abrégés de pharmacie. Conseils à l'officine. Aide au suivi pharmaceutique et à l'éducation thérapeutique du patient. J-P Belon. 7^{ème} édition. Masson, Paris, 2006.
- [2] Guide pratique des migraines et céphalées. G. Géraud, N. Fabre. Masson, Paris, 2001.
- [3] La Migraine : Quels progrès en 20 ans (1990-2010), par Gilles Géraud (Toulouse). Disponible sur : www.medecine.ups-tlse.fr/du_diu/fichiers/.../mig_prog_20ans.pdf consulté le 10 juillet 2012.
- [4] La migraine en France 10 ans après [Texte imprimé] : [étude GRIM 2000] / ouvrage collectif coord. par Abdelkader El Hasnaoui et Anne-Françoise Gaudin ; [avec la collab. de] Jean-Paul Auray, Guy Chazot, Jean-François Dartigues... [et al.].
- [5] <http://www.drees.sante.gouv.fr/prevalence-des-cephalees-a-travers-l-enquete-decennale-sante-2002-2003,4590.html> consulté en octobre 2011.
- [6] http://www.chu-toulouse.fr/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=930 consulté le 08 juillet 2012.
- [7] <http://lhs-classification.org>
- [8] <http://www.farm.ucl.ac.be/FARM2129/2009-2010/Dessy/migraine-2009-2010.pdf> consulté en novembre 2011.
- [9] INSERM. (1998). La Migraine : connaissances descriptives, traitements et prévention. Paris.
- [10] Actualités pharmaceutiques « conseils aux patients migraineux » vol 51. N°512. P29-33 janvier 2012.
- [11] Actualités pharmaceutiques « la migraine, une céphalée primitive particulière » vol 50. N°502. P12-17 janvier 2011.
- [12] Pradalier A. Les facteurs de la migraine. Neuropsy 1996 ; 11 :267-75.
- [13] Collège des enseignants de neurologie. Polycopié – Progr. ECN 2005-2006.
- [14] <http://www.pfizer.ca/local/files/fr/yourhealth/Migraine.pdf>
- [15] <http://www.institut-upsa-douleur.org/patients/douleur-chronique/migraine-cephalees/migraine-et-neurophysiologie?q=physiopathologie+migraine>.
- [16] Pharmacologie : des concepts fondamentaux aux applications thérapeutiques / publié sous la direction de Michel Schorderet. Paris : Frison-Roche ; Genève : Slatkine, 1998

- [17] ABREGES Neurologie. 13^{ème} édition. J. Cambier, M. Masson, H. Dehen, C. Masson. Elsevier Masson. 01/2012.
- [18] Les migraines tempêtes sous un crâne. Fondation Recherche Médicale • Recherche & Santé n° 99 • juillet 2004 P8.
- [19] Physiopathologie de la migraine. Neuropsychiatrie. Tendances et débats 2004. Vol 24 ; P31-39.
- [20] http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2:module6/arielle/chapitre_08.pdf consulté en juillet 2012.
- [21] Manuel des céphalées. Paris. Maloine 2003.
- [22] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/fr/> consulté en août 2012.
- [23] réseau Lutte contre la douleur. <http://www.reseau-lcd.org>
- [24] <http://www.sante-guerir.notrefamille.com>
- [25] http://www.larevuedupraticien.fr/sites/default/files/RDP_2008_6_616.pdf
- [26] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ccq_argumentaire.pdf
- [27] Impact Médecine. « Triptans, le sur-mesure pour traiter la crise migraineuse. » Février 2009.
- [28] Pharma Déc 2006, 19 : 58-61. « Triptans, la fin du casse-tête. »
- [29] Actualités Pharmaceutiques « Traitements de fond de la maladie migraineuse » vol 50. N°502. P23-27 janvier 2011.
- [30] Actualités pharmaceutiques « prise en charge alternative de la migraine » vol 50. N°504. P46-48 mars 2011.
- [31] La migraine. DIU d'évaluation et de traitement de la douleur. Université de Nouvelle-Calédonie. Cunin G. Octobre 2002. Disponible sur http://www.samu.asso.nc/Cours_douleur/Seminaire_4/migraine, consulté en novembre 2011.
- [32] VIDAL 2010.
- [33] Guide pratique des médicaments DOROSZ, 28^{ème} éd. Maloine 2009.
- [34] Suspension de l'AMM pour les médicaments dérivés de la dihydroergotamine, disponible sur <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Suspension-d-AMM-des-medicaments-par-voie-orale-contenant-dihydroergotamine-dihydroergocristine-dihydroergocryptine-cafeine-nicergoline-Lettre-aux-professionnels-de-sante>, consulté en avril 2014.

[35] Suspension de l'AMM pour le VIDORA, disponible sur <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Retrait-de-l-autorisation-de-mise-sur-le-marche-du-Vidora-25-mg-indoramine-Point-d-information>, consulté en avril 2014.

[36] Fiche produit du Phapax® disponible sur <http://www.eurekasante.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-ophapa01-PHAPAX.html>, consulté en juillet 2014.

[37] « La migraine, comment la soulager ? » disponible sur <http://www.arkopharma.fr/espaces-conseils/index.php?page=la-migraine-comment-la-traiter>, consulté en juillet 2014.

[38] « Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques » octobre 2002 disponible sur <http://www.anaes.fr>

[39] Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998, disponible sur <http://www.who.int/whr/1996/fr>, consulté en novembre 2012.

[40] Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) disponible sur www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf, consulté en novembre 2012.

[41] Loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » disponible sur www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Textes_officiels/PresentationPPT_Loi_Hpst_07-09-09.pdf, consulté en novembre 2012.

[42] L'éducation thérapeutique sur patient : un outil de prévention pour la responsabilité juridique des laboratoires, disponible sur <http://www.village-justice.com/articles/education-therapeutique-patient-outil,13044.html>

[43] Code de la santé publique, articles L1161 disponibles sur <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté en novembre 2012.

[44] www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_education_therapeutique.pdf, consulté en décembre 2012.

[45] Guide méthodologique « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques », disponible sur <http://www.has-sante.fr>, consulté en juillet 2011.

[46] Actualités pharmaceutiques « l'éducation thérapeutique du patient » vol 50. N°502. P 57-58 janvier 2011.

[47] « L'éducation pour la santé. Quels concepts ? » disponible sur <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante>, consulté en mars 2011.

[48] La loi HPST expliquée au grand public disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaqueette_HPST_grand_public-2.pdf, consulté en décembre 2012.

[49] « Comment élaborer un programme d'éducation thérapeutique du patient. » disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf, consulté en juillet 2011.

[50] Soins. Revue de référence infirmière, n°762, Janvier/Février 2012.

[51] bulletin de l'ordre 405, décembre 2009, p487-491

[52] Décret no 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté en novembre 2012.

[53] Rôle du pharmacien dans l'éducation pour la santé disponible sur <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/role-du-pharmacien>, consulté en mars 2011.

[54] Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes : Auto-évaluation annuelle d'un programme d'ETP, disponible sur <http://has-sante.fr>, consulté en juillet 2011.

[55] « Dix questions à Rémi Gagnayre » Le moniteur Hospitalier n°213, février 2008.

[56] « Les pièges de l'automédication » disponible sur <http://www.astrazeneca.fr/votre-sante/neurosciences/migraine>, consulté en juillet 2012.

[57] Cady R, Martin V, Géraud G, Rodgers A, Zhang Y, Ho A, Hustad C, Ho T, Connor K, Ramsey K : Rizatriptan 10mg ODT for early treatment of migraine and impact of migraine education on treatment response. Headache Mai 2009, 49(5): p687-696

[58] « Modèle organisationnel d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients migraineux en situation ou avec risque de chronicisation ou d'abus d'usage de traitements. » Douleur et Analgésie. décembre 2011, vol 24 Issue 4.

[59] « Education thérapeutique : expérience de prise en charge des migraines et céphalées par la relaxation. » Douleur et Analgésie. septembre 2012, vol 25, Issue 3, pp 165-167.

- [60] Etude Ipsos « Les français et les pharmaciens » janvier 2008, disponible sur <http://www.ipsos-sante.fr>, consulté en juillet 2011.
- [61] Etude Ipsos « Les français et leurs praticiens de santé » octobre 2014, disponible sur <http://www.ipsos-sante.fr>, consulté en février 2015.
- [62] Etude Vision Critical « Image et attachement des français à la profession de pharmacien » disponible sur <http://www.cespharm.fr/.../Image 2009.pdf>, consulté en juillet 2011.
- [63] Apprendre à éduquer le patient. 4ème éd., Maloine, 2011.
- [64] Brochure « Face à la douleur qui persiste ». Réseau LCD, centre d'évaluation et de traitement de la douleur-Hôpital Saint-Antoine (Paris), 1982, Ed. 2010.
- [65] Brochure « Mieux vivre avec une douleur. La Migraine. Comment utiliser votre agenda ? » Réseau LCD, centre d'évaluation et de traitement de la douleur-Hôpital Saint-Antoine (Paris), 1982, Ed. 2010, disponible sur <http://www.reseau-lcd.org/html/pdf/migraine.pdf>
- [66] « Qu'est-ce qui peut déclencher vos crises de migraine » disponible sur <http://www.astrazeneca.fr/votre-sante/neurosciences/migraine>, consulté en juillet 2012.
- [67] Actualités pharmaceutiques n°520, nov 2012. « Prise en charge de la migraine à l'officine. »
- [68] « Que puis-je faire pour aider une personne qui souffre de migraine ? » disponible sur http://www.pfizer.ca/fr/your_health/migraine, consulté en août 2012.
- [69] Guide méthodologique pour les coordonnateurs et les équipes. Evaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'autoévaluation, disponible sur <http://www.has-sante.fr>, consulté en juillet 2014.
- [70] « L'éducation du patient à l'officine, un nouvel enjeu pour la profession » Actualités Pharmaceutiques. Vol 48, Issue 487, juillet-août 2009, P22-26.
- [71] L'homéopathie de A à Z : Mieux connaître l'homéopathie pour pouvoir l'utiliser au quotidien. Marabout Pratique, Dr Jean-Louis Masson, mars 2009.
- [72] « HPST, c'est le moment d'en parler », communiqué de presse et film de l'ordre des pharmaciens, disponible sur <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communiques-de-presse/La-loi-HPST-c-est-le-moment-d-en-parler>, consulté en décembre 2012.

LISTES DES ABREVIATIONS

HPST: Hôpital, Patients, Santé et territoires

ETP : Education Thérapeutique du Patient

IHS : International Headache Society

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CGRP: Calcitonine Gene Related Peptide

CAM: Céphalée par Abus Médicamenteux

CCQ: Céphalée Chronique Quotidienne

QVM: Questionnaire de Qualité de Vie Migraine

HIT: Headache Impact Test

MIDAS: questionnaire Migraine Disability Assessment

AINS: Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

DCI: Dénomination Commune Internationale

5-HT : Sérotonine

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

EI : Effets Indésirables

CI : Contre-Indications

DHE : DiHydroErgotamine

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CSP : Code de la Santé Publique

ARS : Agence nationale de Santé

SFEMC : Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées

HAD: questionnaire Hospital Anxiety and Depression

BZD: Benzodiazépines

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Pourcentages de patients migraineux en fonction de leur âge
- Figure 2 : Les quatre grandes phases de la crise migraineuse
- Figure 3 : Les différents symptômes de la crise en fonction de la phase migraineuse
- Figure 4 : Représentation de scotomes
- Figure 5 : Facteurs alimentaires déclenchant une crise migraineuse
- Figure 6 : « Boucle trigéminovasculaire »
- Figure 7 : Tableau comparatif des 2 céphalées : migraine et céphalée de tension
- Figure 8 : Comparaison des scores moyens du questionnaire SF-36 en fonction du type de céphalée
- Figure 9 : Les différents triptans et leurs posologies
- Figure 10 : Médicaments de fond avec leurs posologies
- Figure 11 : Intégration de la démarche d'ETP à la stratégie thérapeutique
- Figure 12 : Auto-évaluation d'un programme d'ETP
- Figure 13 : Céphalées chroniques quotidiennes
- Figure 14 : Exemple d'un schéma d'un contrat éducatif
- Figure 15 : Les différentes phases de la migraine en fonction du temps
- Figure 16 : Description des différentes phases de la migraine

ANNEXE 1 : Echelle SF-36

QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE SF-36

COMMENT REpondre : Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

DATE D'AUJOURD'HUI :

--	--

 /

--	--

 19

--	--

Jour Mois Année

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

*entourez le chiffre qui correspond
à votre choix*

- Excellente 1
- Très bonne 2
- Bonne 3
- Médiocre 4
- Mauvaise 5

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

*entourez le chiffre qui correspond
à votre choix*

- Bien meilleur que l'an dernier 1
- Plutôt meilleur 2
- A peu près pareil 3
- Plutôt moins bon 4
- Beaucoup moins bon 5

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

*entourez le chiffre qui correspond à votre choix.
un par ligne*

Liste d'activités	oui, beaucoup limité(e)	oui, un peu limité(e)	non, pas du tout limité(e)
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
Soulever et porter les courses	1	2	3
Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
Monter un étage par l'escalier	1	2	3
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
Marcher une centaine de mètres	1	2	3
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

entourez le chiffre qui correspond à votre choix, un par ligne

	OUI	NON
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses	1	2
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)).

entourez le chiffre qui correspond à votre choix, un par ligne

	OUI	NON
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	1	2

6. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

entourez le chiffre qui correspond à votre choix

- Pas du tout 1
- Un petit peu 2
- Moyennement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

entourez le chiffre qui correspond à votre choix

- Nulle..... 1
- Très faible..... 2
- Faible..... 3
- Moyenne..... 4
- Grande..... 5
- Très grande..... 6

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

entourez le chiffre qui correspond à votre choix

- Pas du tout 1
- Un petit peu 2
- Moyennement 3
- Beaucoup 4
- Enormément 5

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

entourez le chiffre qui correspond à votre choix, un par ligne

	en permanence	très souvent	souvent	quelquefois	rarement	jamais
Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) très nerveux (se) ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) heureux (se) ?	1	2	3	4	5	6
Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

entourez le chiffre qui correspond à votre choix

- En permanence 1
- Une bonne partie du temps..... 2
- De temps en temps..... 3
- Rarement..... 4
- Jamais..... 5

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

entourez le chiffre qui correspond à votre choix, un par ligne

	totalem ^{ent} vraie	plutôt vraie	je ne sais pas	plutôt fausse	totalem ^{ent} fausse
Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Merci de bien vouloir répondre également aux questions suivantes,
qui complètent l'évaluation de votre état de santé.

Q1. Au cours des 6 derniers mois avez-vous vécu PERSONNELLEMENT ou DE PRES
un (des) événement(s) marquant(s) ?

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous préciser lequel (lesquels) et si, pour vous, cet (ces) événement(s) a
(ont) été : une très mauvaise chose, plutôt une mauvaise chose, plutôt une bonne chose
ou une très bonne chose ?

très mauvaise

plutôt mauvaise

plutôt bonne

très bonne

très mauvaise

plutôt mauvaise

plutôt bonne

très bonne

très mauvaise

plutôt mauvaise

plutôt bonne

très bonne

très mauvaise

plutôt mauvaise

plutôt bonne

très bonne

très mauvaise

plutôt mauvaise

plutôt bonne

très bonne

Q2. Les questions qui suivent portent sur les symptômes que vous avez éventuellement pu ressentir au cours des 4 dernières semaines. Pour chaque question veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours des 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

entourez le chiffre qui correspond à votre choix, un par ligne

	jamais	de temps en temps (en moyenne, 1 à 3 jours par semaine)	très souvent (en moyenne, 4 à 6 jours par semaine)	en permanence
Vous avez eu de la fièvre ?	0	1	2	3
Vous avez eu des vertiges ?	0	1	2	3
Vous avez eu des douleurs ou des engourdissements des mains ou des pieds ?	0	1	2	3
Vous avez eu des troubles de mémoire ?	0	1	2	3
Vous avez eu des nausées ?	0	1	2	3
Vous avez eu de la diarrhée ?	0	1	2	3
Vous avez eu des troubles du sommeil ?	0	1	2	3
Vous avez eu des problèmes de peau ?	0	1	2	3
Vous avez eu de la toux ?	0	1	2	3
Vous avez eu des maux de tête ?	0	1	2	3
Vous avez manqué d'appétit ?	0	1	2	3
Vous avez eu de la difficulté pour avaler ?	0	1	2	3
Vous avez eu des douleurs abdominales ?	0	1	2	3
Vous avez eu de la gêne pour respirer ?	0	1	2	3
Vous avez eu des troubles visuels ?	0	1	2	3
Vous avez eu des douleurs articulaires ou musculaires ?	0	1	2	3

Au cours des 4 dernières semaines :

entourez votre réponse, une par ligne

Avez-vous perdu du poids oui non

Avez-vous eu d'autres symptômes
si oui, préciser : oui non

- Q3. Vous avez rempli ce questionnaire :
- | | |
|--|--------------------------|
| avant la consultation avec votre médecin | <input type="checkbox"/> |
| après la consultation avec votre médecin | <input type="checkbox"/> |
| en dehors d'une consultation | <input type="checkbox"/> |

AVANT DE RENDRE CE QUESTIONNAIRE, VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS
AVEZ BIEN FOURNI UNE REPOSE POUR CHACUNE DES QUESTIONS

MERCI DE VOTRE COLLABORATION



ANNEXE 2 : Echelle QVM.

- Questionnaire qualité de vie migraine (QVM).

Durant les 3 derniers mois, à quel point votre vie a-t-elle été perturbée :

1. parce que vos crises de migraine ont été douloureuses ?
2. parce que vos crises de migraine ont duré longtemps ?
3. parce que vos crises de migraine ont été fréquentes ?
4. parce que vous avez eu d'autres troubles dus à la migraine (gêne à la lumière ou au bruit, nausées, vomissements...) ?
5. parce que vous avez dû consulter un médecin pour votre migraine ?
6. parce que vous avez dû éviter certaines choses ou activités à cause de votre migraine (exemple : boire de l'alcool, fumer ou aller dans des lieux enfumés, manger certains aliments, se coucher ou se lever tard, voyager, faire du sport...) ?
7. par le traitement de votre migraine ?
8. par la crainte d'avoir une crise de migraine ?
9. par le sentiment d'être différent des autres à cause de votre migraine ?
10. par le sentiment d'être mal compris à cause de votre migraine ?
11. par un sentiment de tristesse dû à votre migraine ?
12. par une irritabilité due à votre migraine ?
13. par une perte d'énergie, une fatigue dues à votre migraine ?

Durant les 3 derniers mois, à quel point votre migraine a-t-elle perturbé :

14. votre travail ?
15. vos activités quotidiennes ?
16. vos relations avec votre famille, votre entourage, vos amis ?
17. votre activité sexuelle ?
18. votre sommeil ?
19. votre alimentation ?
20. vos loisirs ?

Modalités de réponses :

Pas du tout = 1 Un peu = 2 Modérément = 3 Beaucoup = 4 Enormément = 5

ANNEXE 3 : Questionnaire HIT-6

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



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

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

1

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

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps

2

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

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps

3

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

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps

4

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

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps

5

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

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps

6

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

Jamais

Rarement

De temps en temps

Très souvent

Tout le temps



COLONNE 1

(6 points par réponse)

+



COLONNE 2

(8 points par réponse)

+



COLONNE 3

(10 points par réponse)

+



COLONNE 4

(11 points par réponse)

+



COLONNE 5

(13 points par réponse)

Pour calculer votre score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne.

Veuillez montrer les résultats de ce questionnaire (HIT-6) à votre médecin.

Score Total

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

Les scores sont compris entre 36 et 78.



QUESTIONNAIRE SUR L'IMPACT DES MAUX DE TÊTE

QUE SIGNIFIE VOTRE SCORE (résultat total)?

- ▼ **Si votre score est supérieur ou égal à 60**
Vos maux de tête ont des répercussions majeures sur votre vie quotidienne. Vous éprouvez peut-être des douleurs invalidantes ainsi que d'autres symptômes plus graves que ceux signalés par d'autres personnes souffrant également de maux de tête. Ne laissez pas vos maux de tête vous empêcher de profiter de la vie (famille, travail, études ou activités sociales).

Prenez rendez-vous dès aujourd'hui avec votre médecin pour parler de votre score HIT-6 et de vos maux de tête.
- ▼ **Si votre score est compris entre 56 et 59**
Vos maux de tête ont des répercussions importantes sur votre vie quotidienne. Vous éprouvez peut-être des douleurs intenses ainsi que d'autres symptômes qui vous empêchent par moment de travailler ou d'étudier, ou nuisent à votre vie familiale ou sociale.

Prenez rendez-vous dès aujourd'hui avec votre médecin pour parler de votre score HIT-6 et de vos maux de tête.
- ▼ **Si votre score est compris entre 50 et 55**
Vos maux de tête semblent avoir un certain impact sur votre vie quotidienne. A priori, ils ne devraient pas vous empêcher de travailler ou d'étudier, ni nuire à votre vie familiale ou sociale.

N'oubliez pas de parler lors de votre prochain rendez-vous avec votre médecin de votre score HIT-6 et de vos maux de tête.
- ▼ **Si votre score est inférieur ou égal à 49**
Vos maux de tête semblent n'avoir qu'un impact négligeable sur votre vie quotidienne. Nous vous encourageons à répondre à ce questionnaire chaque mois afin de surveiller leurs répercussions sur votre vie de tous les jours.
- ▼ **Dès que votre score HIT-6 est supérieur ou égal à 50**
Il est fortement recommandé d'en parler à votre médecin. Les maux de tête dont vous souffrez pourraient être des migraines.

Lors de votre prochaine visite chez votre médecin, apportez votre questionnaire HIT-6. L'expérience montre que lorsqu'un médecin évalue correctement la sévérité et l'impact des maux de tête sur ses patients, il est plus à même de proposer une bonne prise en charge thérapeutique pouvant comprendre des médicaments.

Le questionnaire HIT-6 est également disponible sur Internet à l'adresse suivante : www.headachetest.com

La version Internet vous permet d'imprimer vos propres résultats ainsi qu'une version plus détaillée pour votre médecin.

N'oubliez pas de refaire le questionnaire HIT-6 (version papier ou Internet) afin de surveiller l'évolution de vos maux de tête.
- ▼ **A propos du questionnaire HIT-6**
Le questionnaire HIT-6 (Headache Impact Test) est un outil utilisé pour mesurer l'impact de vos maux de tête sur vos capacités au travail, à l'école, à la maison ou lors de vos activités sociales. Votre score indique l'impact de vos maux de tête sur votre vie quotidienne. Le questionnaire HIT-6 a été développé par une équipe internationale "d'experts en maux de tête" (médecins neurologues et généralistes) en collaboration avec des spécialistes en psychométrie qui ont développé l'échelle de qualité de vie SF-36®.

Le questionnaire HIT-6 n'a pas pour but de donner des conseils médicaux d'ordre diagnostique ou thérapeutique. Il est recommandé de parler de votre situation personnelle à votre médecin.

ANNEXE 4 : Echelle MIDAS

DATE :

NOM :

PRÉNOM :

QUESTIONNAIRE MIDAS (MIgraine Disability Assessment)

Son intérêt : évaluer le handicap fonctionnel dû aux céphalées ou à la migraine, en mesurant l'intensité des symptômes, leur impact sur la vie quotidienne, pour déterminer d'emblée le médicament dont la puissance est la plus appropriée.

Il peut être renseigné par le patient lui-même.

QUESTIONNAIRE MIDAS

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

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

On détermine 4 grades :

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

ANNEXE 5 : Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS



1. L'équipe

Éléments d'analyse du cahier des charges/ formulaire	Attentes	Avis ARS
1. Coordination du programme	Programme coordonné par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant mandaté par une association de patients agréée.	
2. Multiprofessionnalité des intervenants	Programme mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique. Si le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'équipe qui met en œuvre le programme doit en comprendre un. Le profil des intervenants doit être adapté à la spécificité des contenus des séances d'ETP. Outre les professionnels de santé, il peut s'agir de patients et/ou d'autres professionnels (travailleur social, éducateur en activité physique adaptée, etc.).	
3. Compétences ou expérience requises pour dispenser l'éducation thérapeutique	Compétences justifiées en éducation thérapeutique pour au moins un intervenant : <ul style="list-style-type: none"> • compétences relationnelles, compétences pédagogiques et d'animation, compétences méthodologiques et organisationnelles, compétences biomédicales et de soins ; • compétences attestées par une formation d'une durée minimale de 40 heures d'enseignements théoriques et pratiques, ou une expérience professionnelle, rapportée par écrit, d'au moins deux ans dans un programme d'ETP. 	

2. Le programme d'éducation thérapeutique

2.1. Champ couvert, objectifs du programme d'ETP

Éléments d'analyse du cahier des charges/ formulaire	Attentes	Avis ARS
4. Situation(s) clinique(s) couverte(s)	Le programme d'ETP répond à un besoin particulier explicité. Le programme d'ETP concerne une ou plusieurs des trente affections de longue durée ou une maladie faisant l'objet d'une priorité régionale de santé. La maladie ou la situation clinique est décrite d'un point de vue épidémiologique. En complément des données apportées par le promoteur, l'ARS cherchera à évaluer la pertinence du programme au regard des besoins, de l'offre régionale/territoriale d'ETP en sa connaissance, des priorités de santé publique nationales et territoriales. Le cas échéant une éventuelle mutualisation entre programmes d'ETP existants ou structures existantes proposant un programme d'ETP est décrite.	
5. Patients et proches concernés par le programme d'éducation thérapeutique	Le profil des patients est défini en termes d'âge, de sexe, de situation clinique (stade de la maladie ou niveau de gravité ou de sévérité). Les autres particularités des patients nécessitant une adaptation du programme sont décrites (par exemple : difficultés d'apprentissage, statut socio-économique, isolement en milieu rural, niveau culturel et d'éducation, le lieu de vie, etc.). Les critères d'inclusion ou de priorités dans l'accès au programme sont décrits. L'entourage concerné, par le programme est, le cas échéant, décrit (parents, fratrie, proches, professionnels des établissements médico-sociaux ou d'aide à la personne à domicile).	
6. Objectifs du programme d'éducation thérapeutique, Critères de jugement de son efficacité	Les objectifs spécifiques du programme sont définis et exprimés sous la forme : <ul style="list-style-type: none"> • d'acquisition et maintien par le patient de compétences d'autosoins ; • d'acquisition de compétences dites de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient ; • de mobilisation ou acquisition de compétences d'adaptation (transfert des compétences dans la vie quotidienne, de comportements d'adaptation, d'adhésion aux traitements, de changements à apporter au mode de vie). Les critères de jugement de l'efficacité du programme d'ETP sont définis. Les critères de jugement retrouvés le plus souvent dans la littérature concernent les processus cognitifs et réflexifs, l'amélioration des paramètres cliniques ou biologiques, le recours aux soins, l'amélioration de la qualité de vie, les stratégies d'adaptation à la maladie, aux traitements et à leurs répercussions, les processus d'autodétermination, les facteurs psychologiques, sociaux, environnementaux. Le choix des critères s'appuie sur des données d'efficacité ou sur l'expérience (cf. infra.)	

2.2. Élaboration du programme d'ETP : méthode explicite et transparente

Éléments d'analyse du cahier des charges/ formulaire	Attentes	Avis ARS
7. Implication ou participation des professionnels et des patients concernés dans l'élaboration du programme	Le programme a été élaboré de manière concertée par des professionnels de santé identifiés, des patients ou leurs représentants. La méthode pour prendre en compte les besoins, les attentes et l'expérience des patients pour la conception du programme est décrite.	
8. Données d'efficacité disponibles prises en compte dans la formulation du programme d'ETP	Les données disponibles (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente y compris qualitative, consensus professionnel) sont présentées. Le programme peut s'appuyer sur les résultats d'une évaluation finale d'un autre programme d'ETP ou d'un programme antérieur qui a montré son intérêt ou sur des travaux publiés. Les recommandations de bonnes pratiques utilisées en référence pour élaborer le programme d'ETP sont mentionnées et actualisées si besoin.	
9. Indépendance rédactionnelle et de mise en œuvre	Indication que le programme a été élaboré et mis en œuvre sans influence des opinions ou des intérêts des industriels du médicament, ou des dispositifs médicaux ou des technologies de l'information.	

2.3. Modalités de mise en œuvre du programme d'ETP

Éléments d'analyse du cahier des charges/ formulaire	Attentes	Avis ARS
10. Mode d'entrée dans le programme	Les modalités d'accès du patient au programme d'ETP sont décrites : proposition par un professionnel de santé, accès direct. La place du médecin traitant est notamment précisée.	
11. Format(s) proposé(s) en termes de parcours d'éducation	L'offre d'ETP décrite s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Il peut s'agir d'une offre : <ul style="list-style-type: none"> • initiale (qui suit l'annonce de la maladie chronique ou proposée à un patient qui n'en a jamais bénéficié au cours de sa maladie) ; • de suivi régulier (en complément du suivi médical, une à deux fois par an par exemple) ; • ou de suivi approfondi (reprise en cas de difficultés à acquérir une compétence). Le nombre de séances prévu, leur durée, leur fréquence, et leur rythme sont définis : définition du type de séances (individuelle, collective, en alternance). Les ressources éducatives proposées (techniques et outils), le type et le rôle des professionnels (professionnels de santé et autres), la place des usagers en tant qu'intervenant sont précisés.	

Éléments d'analyse du cahier des charges/ formulaire	Attentes	Avis ARS
12. Etapes de la démarche éducative et organisation des séances	Les étapes de planification de la démarche éducative sont décrites et portent notamment sur l'élaboration du diagnostic éducatif aboutissant à l'élaboration d'un programme d'ETP personnalisé. Le programme personnalisé précise les objectifs éducatifs et les compétences à acquérir au regard de la stratégie thérapeutique et du projet du patient, le contenu des séances d'ETP et leur planification, les modalités d'évaluation individuelle (atteintes des objectifs fixés en commun avec le patient), les modalités du suivi éducatif (l'équipe ou le médecin traitant). L'organisation des séances d'ETP est décrite (qui fait, quoi, quand, comment, dans quel but).	
13. Enregistrements nécessaires à la continuité de la démarche éducative	Un dossier d'éducation thérapeutique est prévu, sa forme (support papier ou informatique) est précisée.	
14. Sources prévisionnelles de financement	Toutes les sources de financement et leur montant sont décrits. Le budget prévisionnel comprend les frais de logistique (locaux par exemple), de ressources pédagogiques, de documents de communication sur le programme, de ressources humaines (équivalent temps plein), etc.	

3. La coordination

Éléments d'analyse du cahier des charges/ formulaire	Attentes	Avis ARS
15. Modalités de coordination des activités d'éducation thérapeutique et des intervenants au sein du programme	Les modalités de mise en commun et de partage des informations ainsi que les modalités de coordination et de prise de décision au sein de l'équipe sont décrites. Elles concernent notamment les informations relatives au déroulement des activités éducatives proposées à chaque patient (programme personnalisé, synthèse, etc.).	
16. Modalités de coordination et de partage des informations avec les intervenants dans la prise en charge du patient au sein du parcours de soins	Les modalités de partage des informations utiles aux professionnels qui réalisent l'ETP et aux autres professionnels impliqués dans le parcours de soins du patient, en particulier le médecin traitant sont décrites. Elles concernent notamment les informations relatives à l'entrée du patient dans le programme d'ETP, à la synthèse du diagnostic éducatif et du programme individualisé, à l'évaluation individuelle des acquisitions, et au suivi éducatif envisagé après l'offre d'ETP prévue dans le programme individualisé.	

4. La confidentialité et la déontologie

Éléments d'analyse du cahier des charges/ formulaire	Attentes	Avis ARS
17. Présentation du programme éducatif et de l'offre d'éducation thérapeutique au patient	Les modalités d'information du patient concernant le programme (objectifs, contenu, déroulement, etc.) et les conditions de sa sortie du programme sont décrites.	
18. Consentement du patient	Les modalités pour le recueil du consentement du patient à son entrée dans le programme sont décrites.	
19. Accord du patient pour le partage d'informations le concernant	La procédure pour le recueil de l'accord du patient en cas de partage d'informations avec les intervenants au sein du programme ou au sein du parcours de soins est décrite.	
20. Autorisation écrite de la Cnil en cas d'exploitation de données à caractère personnel	Le cas échéant, l'autorisation écrite fournie par la Cnil figure dans le dossier d'autorisation.	
21. Charte d'engagement de confidentialité	La charte d'engagement de confidentialité signée par les intervenants (en particulier les patients et autres intervenants dans le programme qui ne sont pas soumis au secret professionnel) est jointe au dossier de demande d'autorisation.	
22. Charte de déontologie	La charte de déontologie (droits et devoirs) entre les intervenants est prévue. Elle peut être jointe au dossier, au minimum les principaux éléments constitutifs sont décrits.	

5. Prévoir l'évaluation du programme d'ETP

Éléments d'analyse du cahier des charges/ formulaire	Attentes	Avis ARS
23. Organisation prévisionnelle d'une auto-évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme	<p>Cette auto-évaluation permet de suivre la mise en œuvre du programme (activité globale et déroulement du programme) et de mener s'il y a lieu des actions d'amélioration. Elle peut faire appel à des méthodes et outils variés.</p> <p>Selon les méthodes choisies, les promoteurs indiqueront dans le programme les principaux critères à partir desquels ils mèneront l'auto-évaluation (analyse qualitative du déroulement du programme et des pratiques) ainsi que les indicateurs retenus avec le cas échéant leur fréquence de recueil, et le mode de calcul retenu (numérateur, dénominateur). Le contenu de l'auto-évaluation annuelle et sa progressivité dépendent de l'antériorité et du degré de maturation du programme et de ses objectifs. Le niveau d'attente doit être raisonnable afin de soutenir le déploiement de l'éducation thérapeutique.</p> <p>Une liste d'indicateurs pouvant figurer dans la demande d'autorisation est présentée ci-dessous.</p>	
	<p>Exemples d'indicateurs d'évaluation de l'activité globale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • file active et son évolution depuis le lancement du programme ; • taux de participation des patients (pourcentage de patients ayant achevé leur programme personnalisé : séances prévues à l'issue du diagnostic éducatif et séance d'évaluation individuelle comprises) ; • nombre de patients sur liste d'attente ; • temps passé par les intervenants ; • nombre de séances réalisées et par type (individuelles, collectives, en alternance). 	
	<p>Exemples d'indicateurs de suivi du déroulement du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • taux de patients ayant eu un diagnostic éducatif individuel à l'entrée dans la démarche éducative ; • taux de patients ayant un programme personnalisé écrit ; • taux de patients ayant eu une évaluation individuelle des progrès réalisés à l'issue du programme personnalisé ; • taux de patients dont les compétences ont été atteintes à l'issue du programme/objectifs définis dans le programme personnalisé ; • taux de transmission de documents de synthèse par type au médecin traitant et autres intervenants dans le parcours de soins. 	

Éléments d'analyse du cahier des charges/ formulaire	Attentes	Avis ARS
24. Analyse des données de l'auto-évaluation annuelle	<p>Les modalités d'analyse avec l'équipe de l'activité globale du programme et du déroulement du programme sont décrites.</p> <p>Les modalités de mise à disposition des rapports d'auto-évaluation du programme aux patients, à leur entourage et aux intervenants dans le parcours de soins sont décrites.</p>	
25. Organisation prévisionnelle d'une évaluation quadriennale en termes d'activité, de processus et de résultats sur des critères de jugement définis a priori	<p>Les modalités de mise en œuvre et les critères permettant de réaliser l'évaluation quadriennale sont définis par le promoteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{er} axe : reprise des rapports des évaluations annuelles depuis l'autorisation du programme et les actions d'amélioration qui ont été menées (activité, déroulement du programme, pratiques professionnelles) ; • 2^{ème} axe : évaluation des effets du programme. Les effets que les promoteurs proposent de mesurer sont cohérents avec les objectifs du programme et les critères de jugement choisis a priori par le promoteur et l'équipe. Ils dépendent aussi de l'offre d'ETP prévue dans le programme (initiale, de suivi, etc.). <p>Une liste indicative d'effets du programme figure ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ce que les patients ont appris sur leur maladie, les principes du traitement, le raisonnement clinique, la prise de décision ; • ce que les patients ont acquis en termes de compétences au regard de leur programme personnalisé ; • ce que les patients ont pu mettre réellement en application dans leur vie quotidienne ; • ce qui a changé dans l'état de santé des patients : paramètres biologiques, cliniques, réduction des crises, des hospitalisations (ou hospitalisation préventive), du recours aux urgences (ou recours à bon escient), des arrêts d'activités, etc. ; • ce qui a changé ou évolué dans la vie quotidienne des patients : impact de la maladie sur leur vie. <p>Au final, cette évaluation cherche à répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les résultats attendus sont-ils atteints (rapport entre les objectifs et les critères de jugement du programme d'ETP et les résultats) ? • les résultats obtenus sont-ils en rapport avec les moyens mobilisés (rapport entre les résultats et les moyens mis en œuvre) ? • les effets obtenus apportent-ils une réponse au regard des besoins identifiés initialement en termes de finalités, d'utilité (rapport entre les résultats et les besoins des bénéficiaires) ? • les moyens mis au service du programme d'ETP (ressources, intervenants, organisation, etc.) sont-ils adaptés aux objectifs assignés au programme d'ETP (cohérence interne) ? 	

ANNEXE 6 : Etude Ipsos : « Les français et leurs pharmaciens »

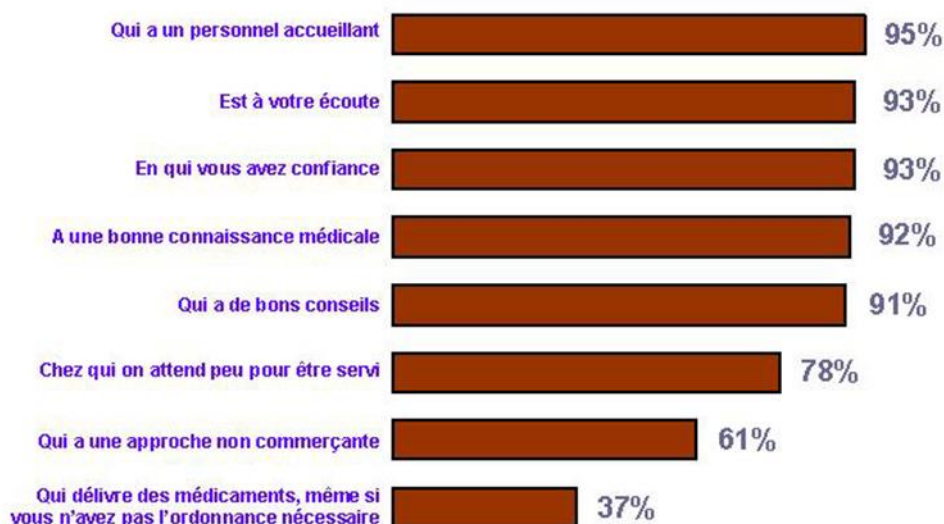


Image de mon pharmacien



Q19 : Pour chacun des qualificatifs suivants, dites-moi si ils correspondent ou non à votre ou vos pharmacien (s)... (citer)

Base : 981 individus ayant déjà fréquenté une pharmacie



21

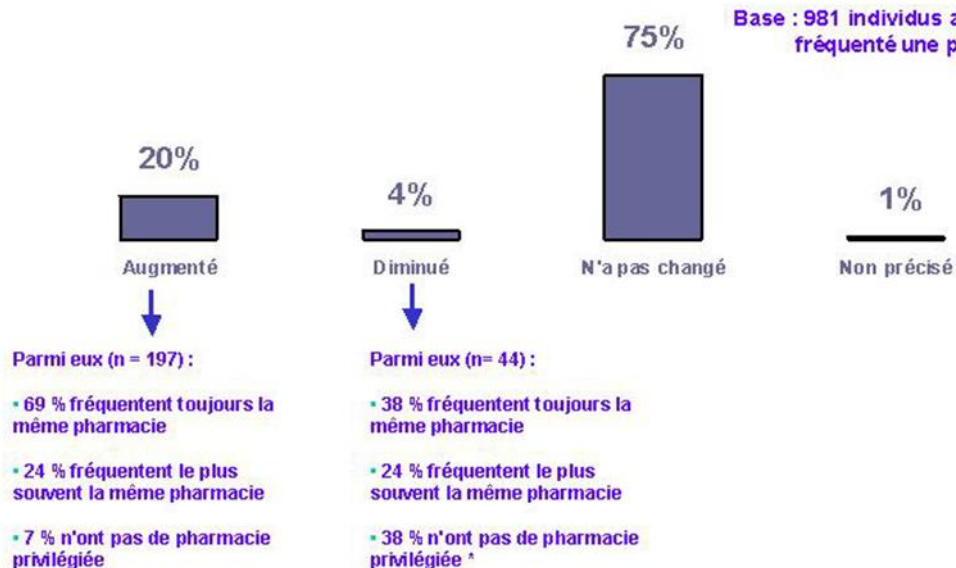


Évolution de la confiance envers mon pharmacien depuis 10 ans



Q20 : Depuis les 10 dernières années, diriez-vous que votre confiance envers les pharmacien(s) a ... (citer – une seule réponse possible)

Base : 981 individus ayant déjà fréquenté une pharmacie



22

ANNEXE 8 : Questionnaire HAD

Echelle de dépression HAD (HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmund et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs. Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

- Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
- Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

ANNEXE 9 : Outil éducatif : « Les 7 rondes des facteurs déclenchant de la migraine »

Développement d'un outil éducatif pour identifier les facteurs déclenchant de la migraine chez l'enfant

Céline Rousseau Salvador⁽¹⁾, Rémy Amouroux⁽²⁾, Cécile Cunin Roy⁽³⁾, Esther Soyeux⁽⁴⁾, Marlène Payet⁽⁵⁾
(1) Psychologue Trousseau - Paris, (2) Psychologue UBIO - Brest, (3) Psychologue Robert Debré - Paris, (4) Médecin Coordinateur Directeur LCD - Paris, (5) Chargée de Projets LCD - Paris

CONTEXTE

Dans le cadre d'une formation à l'éducation thérapeutique du patient proposée par le réseau Lutter Contre la Douleur (Paris), nous avons élaboré un **outil éducatif destiné aux enfants migraineux âgés de 8 à 14 ans, à leur famille et aux praticiens.**

En effet, la réalisation de cet outil fait suite au constat des **difficultés à identifier les facteurs déclenchant les crises de migraine.** Ce sont parfois les facteurs émotionnels qui sont en cause. Selon les enfants, on obtient des informations précises ou lacunaires... Paradoxalement, ce sont souvent les enfants qui ont le plus de mal à trouver des facteurs déclenchant émotionnels qui y sont le plus confrontés.

OBJECTIFS

- L'outil permet d'aborder simplement et de manière ludique avec les enfants, des situations ou autres facteurs qui, dans leur quotidien, déclenchent des maux de tête.
- C'est une aide au diagnostic thérapeutique
- C'est un moyen pour faire prendre conscience à certains parents de la complexité de la vie psychique de leur enfant

« Comment vous savez tout ce qui nous donne mal à la tête ? »
Alan, 13 ans.

« C'est plus facile pour discuter des trucs qui rendent tristes »
Chloé, 11 ans

« Pourquoi si on se dispute ça fait la migraine ? »
Karim 8 ans

« La cantine ça donne mal à la tête ! »
Fanny, 10 ans

« Y'avait des trucs qui donnent mal à la tête auxquels j'avais pas pensé ! »
Marion, 12 ans

« C'est plus amusant quand on nous pose plein de questions »
Claudia, 8 ans

« Est-ce que je peux l'emmener dans ma maison ? »
Aurélia, 9 ans

« C'est rassurant car j'ai pas beaucoup de facteurs déclenchant par rapport à tous ceux qui sont sur les rondes »
Thomas, 13 ans

Les 7 rondes des facteurs déclenchant la migraine

OUTIL : Il s'agit d'une boîte cartonnée contenant 7 étuis percés d'une fenêtre. Chaque étui contient une «ronde» rotative (Ø20cm) sur un thème, divisée en 7 parts égales dans lesquelles sont définies 6 situations de la vie quotidienne de l'enfant (images sur une face pour les plus jeunes, texte sur l'autre face pour les plus âgés). Une case comporte un point d'interrogation afin que l'enfant puisse éventuellement décrire d'autre(s) situation(s) rencontrée(s).

METHODE

Une série de quinze entretiens auprès d'enfants et d'adolescents migraineux âgés de 8 à 14 ans a permis de mettre en évidence les sept familles de thèmes. Ces thèmes prennent en compte la majorité des situations qui peuvent déclencher des crises de migraine. Ils ont donné lieu à la production de «cartes thématiques» qui illustrent par des exemples ces situations. Nous nous sommes assurés de la clarté du vocabulaire et de la compréhension globale de ces cartes auprès de 30 enfants et adolescents migraineux.

RÉSULTATS

Les sept thèmes sont : **l'école, la fratrie, la famille, les amis, les activités quotidiennes, les vacances et les activités extrascolaires.** Chaque thème décline six exemples issus des entretiens évoqués ci-contre. L'ensemble fournit un guide qui peut servir aux soignants de support à un entretien non-directif sur les facteurs déclenchant des migraines. Quelques paroles d'enfants sont notées ci-dessus.

LIMITES DE L'OUTIL

Pour le praticien :

- Allongement du temps de consultation
- Nécessité d'être formé /sensibilisé à l'ETP
- Financement de l'outil*

PERSPECTIVES

Les 7 «rondes» des facteurs déclenchant la migraine pourront être utilisées par les praticiens (médecins, pédiatres, psychologues) en cabinet de ville ou dans les centres ou Unités de Traitement de la douleur.

*Édition de l'outil réalisée grâce au soutien de la Fondation APICIL

Informations complémentaires : www.reseau-lcd.org

ANNEXE 10 : Outil éducatif : « 1, 2, 3, MIGRAINE »

Outil éducatif pour aider les patients au maniement de leurs antalgiques

Document élaboré en collaboration avec le Réseau LCD et le Réseau HAS. Révisé en 2011. Révisé en 2012. Révisé en 2013. Révisé en 2014. Révisé en 2015. Révisé en 2016. Révisé en 2017. Révisé en 2018. Révisé en 2019. Révisé en 2020. Révisé en 2021. Révisé en 2022. Révisé en 2023. Révisé en 2024. Révisé en 2025.

CONTEXTE

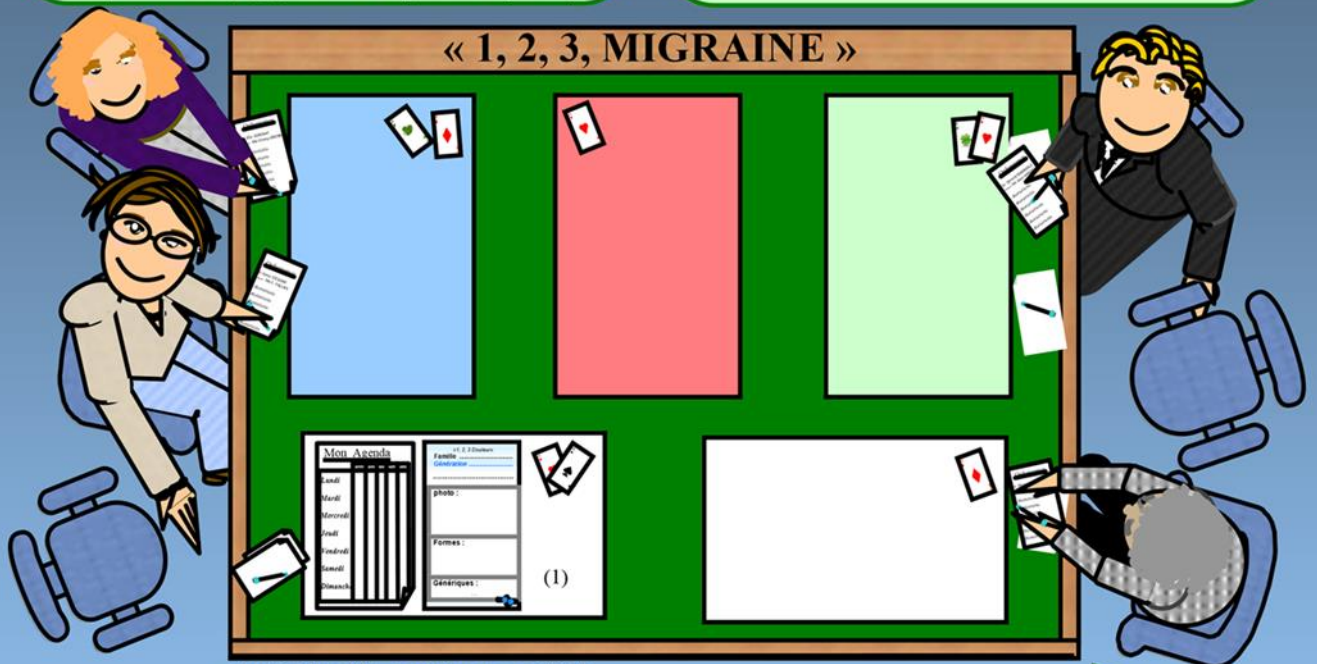
Dans le cadre de son **programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP)** agréé par l'HAS en mars 2011, le réseau Lutter Contre la Douleur (LCD) a développé un **atelier éducatif Gestion des médicaments contre la douleur**.

Cet atelier, proposé à des groupes de patients ayant une pathologie identique, est animé par deux professionnels de santé formés à l'ETP : médecin, infirmier(e) ou pharmacien. Il peut aussi être organisé au cours d'une consultation individuelle de suivi.

L'outil éducatif 1, 2, 3, Migraine, sous la forme d'une boîte de jeux de cartes, est un support d'apprentissage utilisé lors de cet atelier. *(Une version 1, 2, 3, Douleur est également disponible)*

OBJECTIFS

- Donner aux patients des informations utiles sur leurs antalgiques et leur apprendre à organiser les prises.
- Participer à la **prévention des risques d'abus médicamenteux**.
- Favoriser la compréhension par tous grâce aux stratégies d'animation.
- Mieux identifier les traitements de crise et de fond.
- Les patients répondent ensemble aux questions qu'ils se posent et dissipent par la même occasion les idées reçues.



L'outil éducatif 1, 2, 3, Migraine contient :

- Trois «familles» d'antimigraineux : non spécifiques, spécifiques et de fond. *(Le jeu 1, 2, 3, Douleur est décliné sur le même mode avec les « familles » non opioïdes, opioïdes et neuropathiques de fond).* Chaque famille dispose de son code couleur et est composée d'une dizaine de cartes classées par «génération».
- Des pastilles formes (gélule, comprimé, spray, gouttes, etc.).
- Une notice destinée aux animateurs.
- Des documents de suivi pour les patients : comptes-rendus & agenda (1).
- Des cartes Jokers vierges assurent la pérennité du jeu à moyen terme.

Pré requis:
Chaque patient vient avec son ordonnance et ses boîtes de médicaments.

MÉTHODE

Des ateliers tests avec des patients en consultation de suivi nous ont permis d'améliorer l'outil et de rédiger le déroulé de l'atelier de groupe. Seule la DCI est mentionnée sur les cartes, en accord avec la nouvelle réglementation sur la délivrance des génériques parue en juillet 2012. Le déroulé de l'atelier a été validé par un groupe d'experts en ETP.

RÉSULTATS

Les connaissances acquises lors des ateliers sont renforcées par la dynamique de groupe et l'aspect ludique de l'outil. En fin de session, l'autoévaluation explore les connaissances acquises, la satisfaction et les changements qui seront apportés par le patient dans son quotidien.

LIMITES DE L'OUTIL

- ☑ Allongement du temps de consultation
- ☑ Nécessité d'être formé /sensibilisé à l'ETP
- ☑ Edition de l'outil*

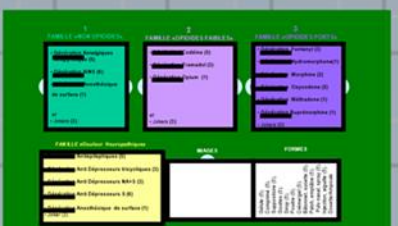
PERSPECTIVES

Diffusion de l'outil auprès des équipes de prise en charge de la douleur formées à l'ETP.



Informations complémentaires : www.reseau-lcd.org

Autre version de l'outil : « 1, 2, 3, Douleur »



ANNEXE 11 : Agenda de la migraine : version papier

Mois :

Nombre de comprimé(s) par mois :

Profil de crise			Traitement				
Jours	Durée de la migraine (en heures)	Intensité + / ++ / +++	Symptômes associés (N, V, IB, IL)	Facteurs déclenchants	Nom du médicament	Nombre de comprimé(s)	Réurrence (Oui/Non)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

N = nausées • V = vomissements • IB : intolérance au bruit • IL : intolérance à la lumière

ANNEXE 12 : Agenda de la migraine : version smartphone « e-migraine »



Soignez vous vos maux de tête de façon optimale ?

Si vous prenez des traitements contre la douleur et/ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens pour soulager vos crises de migraine, vous pouvez facilement en évaluer l'efficacité en répondant à ces 4 questions :

Êtes-vous soulagé de manière significative 2 heures après la prise de votre traitement habituel ?

Tolérez-vous bien ce traitement ?

Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?

La prise de ce traitement vous permet-elle une reprise normale et rapide de vos activités sociales, familiales, professionnelles ?

Questionnaire établi d'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Attention, ce test n'est pas un diagnostic médical. Veuillez consulter votre médecin.



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
http://pharmacie.univ-lille2.fr/



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : GRARE Elodie

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 15 09 2015 à 18 h 15 Amphithéâtre ou salle : Cune

Avis du conseiller (directeur) de thèse

Nom : DINE Prénom : Thierry

- Favorable
Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 19/6/15
Signature: [Signature]

Avis du Président de Jury

Nom : GRESSIER Prénom : Bernard

- Favorable
Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 19/6/15
Signature: [Signature]

Décision de Monsieur le Doyen

- Favorable
Défavorable

Le Doyen
D. CUNY
[Signature and Faculty Logo]

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille 2

FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2014/2015.

Nom : Helliot

Prénom : Elodie

Titre de la thèse : L'éducation thérapeutique du patient migraineux à l'officine

Mots-clés : Migraine, pathologie handicapante, qualité de vie, douleur chronique, automédication, pharmacien, patient, conseils, loi HPST, acteurs de santé, éducation thérapeutique

Résumé : La migraine est encore une pathologie sous-estimée, sous-diagnostiquée et sous-traitée malgré plus de 12% de la population française touchée par cette affection neurologique. Cette maladie a un véritable impact sur la qualité de vie et le quotidien des patients. Un large arsenal thérapeutique est aujourd'hui disponible mais beaucoup d'entre eux ne consultent pas ou plus, et s'automédiquent sans réelles connaissances des traitements mis à leur disposition. L'intérêt de l'éducation thérapeutique du patient prend alors tout son sens et le pharmacien d'officine a ainsi une place privilégiée dans l'accompagnement, l'apprentissage et le suivi du patient.

Membres du jury :

Président : M. Bernard GRESSIER, Professeur de pharmacie clinique

Assesseur(s): M. Thierry DINE, Professeur de pharmacie clinique

Membre(s) extérieur(s) : Mme Patricia DALIGAULT, Docteur en pharmacie