

Université de Lille

Année Universitaire 2024/2025

UFR3S-Pharmacie

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 22 septembre 2025

Par Mme BERTELOOT Marie

**Prise en charge de la céphalée de tension et de la migraine à l'officine,
proposition d'une trame pour un entretien pharmaceutique**

Membres du jury :

Président : SIMON Nicolas, Professeur de pharmacie clinique à la faculté de pharmacie de Lille, Praticien Hospitalier au CHU de Lille

Assesseur(s) : MOREAU Fanny, Docteur en pharmacie, Praticien Hospitalier au CHU de Lille

Membre(s) extérieur(s) : GOSSELIN Bertrand, Docteur en pharmacie, Roncq

Liste des enseignants de la Faculté

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86

M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87

Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87

M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique



UFR3S-Pharmacie

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, Monsieur Simon Nicolas, d'avoir accepté d'être mon directeur de Thèse. Je suis très reconnaissante pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Un grand merci à Madame Fanny Moreau, ma maître de thèse, pour son accompagnement et ses conseils précieux tout au long de la rédaction de ma thèse.

Je remercie aussi Monsieur Bertrand Gosselin, de faire partie de ce jury, de m'avoir accueilli dans votre pharmacie durant mon parcours en tant qu'étudiante, stagiaire puis pharmacien.

Merci aussi à Madame Marie Gosselin et à toute l'équipe de la pharmacie centrale de Roncq d'avoir rendu ces années en moments inoubliables.

Merci à Madame Catherine Dumortier, pour m'avoir permis de réaliser mes entretiens au sein de son officine.

À mes parents et mon petit frère, qui m'ont constamment apporté leurs soutiens et leurs encouragements dans toutes les étapes de ma vie.

À toute ma famille, merci d'être à mes côtés pour vivre ce moment, votre présence compte beaucoup pour moi.

À tous mes copains de pharmacie d'avoir partagé ses années avec moi et encore bien d'autres, et tout particulièrement Clémence et Jeanne pour avoir été mes binômes.

À ma Hélo, d'être ma super copine depuis si longtemps.

À Faustine et Milan, qui ont une place toute particulière dans mon cœur, merci de partager ma vie et d'être toujours à mes côtés.

Table des matières

I. Introduction	23
II. Céphalée de tension	25
A. Définition	25
B. Physiopathologie	25
C. Diagnostic	26
D. Symptômes	26
E. Traitements	27
III. Migraine	28
A. Définition	28
B. Physiopathologie	29
C. Diagnostic	31
D. Symptômes	32
1. Prodrome	33
2. Aura	33
3. Crise de migraine	33
4. Post-drome	33
E. Traitements	34
1. Traitement de la crise	34
a. Les antalgiques	36
i. Paracétamol	36
ii. Acide acétylsalicylique	36
iii. Acide acétylsalicylique + métoclopramide (AMM)	37
b. Les AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens	38
c. Les triptans	39
d. Les gépants	41
i. Rimegépant	41
2. Traitement de fond	42
e. La voie orale – traitements les plus utilisés	44
i. Amitriptyline (AMM)	44
ii. Propranolol (AMM)	45
iii. Métoprolol (AMM)	45
iv. Candésartan	46
v. Oxétorone	46
vi. Topiramate (AMM)	47
vii. Valproate	48
viii. Atogépant	49

f.	Toxine botulinique de type A.....	49
g.	Les anticorps anti-CGRP	50
h.	Les anticorps anti-récepteur du CGRP	51
3.	Le remboursement des traitements par voie injectable.....	51
IV.	Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des migraines - exemple de la mise en place d'entretien patient à l'officine	52
A.	<i>L'entretien pharmaceutique</i>	<i>52</i>
B.	<i>Création de la trame d'entretien pharmaceutique officinal</i>	<i>53</i>
1.	Compétences sécuritaires à acquérir pour le patient	53
2.	Différenciation des céphalées de tension et des migraines	58
3.	Identification des facteurs déclenchants.....	59
4.	Règles hygiéno-diététiques	60
5.	Encourager le suivi des migraines – Agenda de migraine	61
6.	La trame	61
V.	Expérimentation de la trame d'entretien pharmaceutique sur des patients	69
A.	<i>Test de la trame.....</i>	<i>69</i>
1.	Entretien 1	69
2.	Entretien 2	71
3.	Entretien 3	72
B.	<i>Résumé des entretiens.....</i>	<i>73</i>
VI.	Conclusion	74

Table des figures

Figure 1 : Critères diagnostiques de la céphalée de tension épisodique (10).....	26
Figure 2 : Schéma de la physiopathologie de la migraine (17)	29
Figure 3 : Seuil de déclenchement de la douleur (19).....	30
Figure 4 : Critères diagnostiques de la migraine sans aura (10).....	31
Figure 5 : Critères diagnostiques de la migraine avec aura typique (10)	31
Figure 6 : Les phases de la migraine (21).....	32
Figure 7 : Arbre de décision du traitement de la crise de migraine (24).....	35
Figure 8 : Comparaison des différents triptans (14,34–36)	40
Figure 9 : résumé des recommandations pour le traitement de fond de la migraine (23)	43
Figure 10 : Différences entre migraine et céphalée de tension (66).....	58
Figure 11 : Trame pour les entretiens migraines.....	62
Figure 12: Grille de synthèse des thèmes abordés pendant l'entretien migraine.....	68

Table des annexes

Annexe 1 : Agenda des migraines (69)	80
Annexe 2 : Échelle m-TOQ5 (70)	82
Annexe 3 : Test HIT-6 (71)	84
Annexe 4 : Échelle MIDAS (72).....	85
Annexe 5 : Attestation d'information partagée pour les patientes sans risque de survenue de grossesse sous topiramate (73)	87
Annexe 6 : Attestation d'information partagée pour les patientes susceptibles d'avoir de grossesse sous topiramate(73)	88
Annexe 7 : Attestation d'information partagée pour les patientes sans risque de survenue de grossesse sous valproate(74).....	90
Annexe 8 : Attestation d'information partagée pour les patientes susceptible d'avoir une grossesse sous valproate(74)	91
Annexe 9 : Attestation information partagée pour les patients susceptible d'avoir des enfants sous valproate(75)	93

Liste des abréviations

AD : association déconseillée

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

AIT : accident ischémique transitoire

AMM : autorisation de mise sur le marché

AVC : accident vasculaire cérébral

CGRP : calcitonin gene-related peptide (peptide relié au gène de la calcitonine)

CIM-11 : classification internationale des maladies onzième version

COX : cyclo-oxygénase

CP : comprimé

CYP : cytochrome

DASRI : déchets d'activité de soins à risque infectieux

DMP : dossier médical partagé

DP : dossier pharmaceutique

ECG : électrocardiogramme

EI : effet indésirable

GABA_t : GABA transaminase

GAD : acide glutamique décarboxylase

HIT-6 : headache impact test (test d'impact des maux de tête)

HTA : hypertension artérielle

ICHD-3 : classification internationale des céphalées 3^{ème} édition

IDM : infarctus du myocarde

IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase

IRA : insuffisance rénale aiguë

IRM : imagerie par résonance magnétique

IV : intraveineux

LP : libération prolongée

MAO-A : monoamine oxydase sous type A

MIDAS : migraine disability assessment (évaluation du handicap de la migraine)

mTOQ5 : migraine treatment optimisation questionnaire-5 (questionnaire d'optimisation du traitement de la migraine)

NFS : numération formule sanguine

OATP : polypeptides transporteurs d'anions organique

RAS : rien à signaler

RHD : règle hygiéno-diététique

SC : sous-cutanée

SFEMC : société française d'études des migraines et céphalées

SSADH : succinyl semi-aldéhyde déhydrogénase

TROD : test rapide d'orientation diagnostic

I. Introduction

Les céphalées de tension touchent 20 à 40% des adultes dans le monde dont 1 à 3% ont des céphalées de tensions chroniques, soit plus de 15 jours de céphalées par mois. Le sex-ratio des céphalées de tension est de 3 femmes pour 2 hommes. (1,2)

En ce qui concerne la migraine, elle touche environ 15% de la population mondiale adulte dont 1 à 2 % présente des migraines chroniques, soit plus de 15 jours de céphalées par mois. L'apparition des migraines se fait majoritairement pendant la puberté et touche particulièrement la tranche d'âge des 35 – 45 ans. Les femmes sont les plus touchées avec un sex-ratio de 2 femmes pour 1 homme. (1–3)

Le rôle du pharmacien d'officine est de plus en plus important dans le parcours de soin des patients, il n'a plus seulement un rôle de dispensation des traitements et de conseil. La mise en place d'entretiens pharmaceutiques par la sécurité sociale sont des actions qui vont dans ce sens. Notamment avec les entretiens pour des traitements chroniques tels que les anticoagulants par voie orale, les corticoïdes par voie inhalée, les traitements anticancéreux par voie orale ou encore les bilans de partage de médication mis en place. (4) La situation actuelle renforce le rôle du pharmacien d'officine en tant que professionnel de santé de proximité.

Dans un contexte de changement des conditions de prescription et de dispensation des traitements antiépileptiques faisant partie des traitements de fond de la migraine, le pharmacien d'officine se doit d'informer les patients et leur expliquer ces changements. (5)

Il est donc essentiel que le pharmacien d'officine s'implique dans le suivi des patients.

Cette thèse a pour objectif de faire l'état des lieux des recommandations pour la prise en charge des céphalées de tension et des migraines et d'élaborer une trame pour l'entretien pharmaceutique dédié à la migraine, regroupant les éléments nécessaires à sa réalisation afin d'en faciliter celle-ci.

II. Céphalée de tension

A. Définition

D'après le CIM-11 les céphalées de tension sont des « crises de fréquence et de durée très variables et sont caractérisées par des maux de tête légers à modérés sans symptômes associés, bien qu'une sensibilité péri crânienne puisse être présente ». (6)

Si la fréquence des céphalées est de moins de 15 jours par mois les céphalées de tension seront qualifiées d'épisodiques. A la différence des céphalées de tensions chroniques qui se manifestent à une fréquence de plus de 15 jours de céphalée par mois depuis plus de trois mois. (7)

B. Physiopathologie

Le mécanisme physiopathologique n'est pas encore totalement connu mais il existe des hypothèses. Il y aurait des éléments distincts et communs qui causeraient les céphalées de tensions épisodiques ou chroniques.

En ce qui concerne les céphalées de tension épisodiques, la cause principale serait une augmentation de la sensibilité et de la tension aux niveaux trapèzes, des muscles masséters et temporaux. Une mauvaise posture pourrait être un facteur de cette augmentation. De plus, la contraction des muscles au niveau de la mâchoire due au syndrome de dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire peut favoriser l'apparition des céphalées de tension. (8)

Pour les céphalées de tension chroniques, le mécanisme en jeu serait l'association d'un dysfonctionnement au niveau des systèmes du contrôle de la douleur et la contraction des muscles péricraniens.

Dans les deux cas, une mauvaise gestion du stress peut être un facteur déclencheur. (6)

C. Diagnostic

Le diagnostic des céphalées de tension repose essentiellement sur l'examen clinique du patient, et sur la description qu'il fait des céphalées. Le médecin pourra s'appuyer sur les critères de diagnostic édités par l'ICHD-3, (Figure 1) : plusieurs facteurs seront pris en compte tel que la fréquence des céphalées, leur durée et les symptômes cliniques du patient. (9)

A	Au moins dix épisodes répondant aux critères B à D
B	Durée entre 30 minutes et 7 jours
C	Au moins deux des caractéristiques suivantes : – localisation bilatérale – à type de pression ou de serrement (non pulsatile) – intensité faible à modérée – absence d'aggravation par l'activité physique
D	Absence de signes d'accompagnement : – pas de nausées, pas de vomissements – photophobie ou phonophobie (la présence d'un seul de ces deux éléments est possible)
E	N'est pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'ICHD-3

FIGURE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA CEPHALEE DE TENSION EPISODIQUE (10)

D. Symptômes

La céphalée de tension débute avec une douleur d'intensité légère à modérée au niveau des régions occipitale ou frontale, la douleur progresse jusqu'à l'ensemble du crâne. Le patient a une impression de pression ou d'étau autour de la tête. La céphalée peut durer de 30 minutes à plusieurs jours. (9)

Elle n'est pas exacerbée par l'activité physique, les stimuli lumineux, sonores, olfactifs, et n'est pas accompagnée de troubles digestifs tel que les nausées ou les vomissements. (11)

E. Traitements

La prise en charge des céphalées de tension, repose sur le traitement de la douleur par des antalgiques tels que le paracétamol, l'aspirine ou les AINS.

Il est possible d'y associer des traitements non pharmacologiques comme le massage des zones douloureuses afin de favoriser la diminution de la douleur.

La réalisation de thérapie cognitivo-comportementale telle que la relaxation et la gestion du stress peuvent aider à diminuer la fréquence et la durée des céphalées de tensions.

L'aide d'un kinésithérapeute peut être intéressante pour trouver des postures ne favorisant pas les tensions musculaires ayant un rôle déclencheur dans la survenue des céphalées de tension. (9,12)

En cas de céphalée de tension chronique, soit plus de 15 jours par mois avec des céphalées, la mise en place d'un traitement de fond peut être envisagée. Le traitement de fond de référence est l'amitriptyline, à une posologie de 10 à 75mg/j en fonction du patient. (13)

L'ensemble des traitements abordés dans cette partie seront développés dans la suite de la thèse.

III. Migraine

A. Définition

Selon le CIM-11, les migraines sont des « céphalées primaires, dans la plupart des cas épisodiques. Les crises invalidantes d'une durée de 4 à 72 heures se caractérisent par des maux de tête modérés ou sévères, s'accompagnant habituellement de nausées, de vomissements et/ou d'une photophobie et d'une phonophobie, et parfois précédées d'une brève aura de symptômes visuels, sensitifs ou d'autres symptômes du système nerveux central unilatéraux et totalement réversibles ». (7) De plus, les crises de migraines sont aggravées par les activités physiques du quotidien comme la marche ou la montée d'escaliers.

La migraine peut être précédée par une aura migraineuse. Les auras touchent environ un tiers des migraineux d'après la SFEMC (14), elles sont dues à une perturbation du fonctionnement du cortex cérébral entraînant le plus souvent des auras visuelles. Elles s'installent de façon progressive, durent entre 5 à 60 minutes, et disparaissent le plus souvent à l'apparition de la crise de migraine.

Les migraines sont classées selon la fréquence d'apparition des céphalées. On distingue donc :

- La migraine épisodique avec une fréquence inférieure à 8 jours de céphalées par mois
- La migraine épisodique haute fréquence avec une fréquence de 8 à 14 jours de céphalées par mois
- La migraine chronique avec une fréquence de plus de 15 jours de céphalées par mois (15)

B. Physiopathologie

Les crises de migraines seraient dues à l'activation du système trigémino-vasculaire, (Figure 2), entraînant la libération de neurotransmetteurs notamment le CGRP. Ce peptide provoque une inflammation stérile et la vasodilatation des artères des méninges engageant une dérégulation du système inhibiteur de la douleur, à l'origine des symptômes. Cette dérégulation associe la libération de protéine plasmatique, la dégranulation des mastocytes et l'activation des plaquettes, provoquant une augmentation importante du taux de sérotonine dans le sang. Le déclenchement de la migraine est dû à un phénomène neuro-vasculaire.

Les auras sont dues à une perturbation momentanée du fonctionnement du cortex cérébral, notamment au niveau occipital ce qui explique la survenue plus fréquente d'aura dite visuelle. (16)

Bien que le mécanisme physiopathologique de la migraine soit connu en grande partie, il existe encore des zones d'ombres.

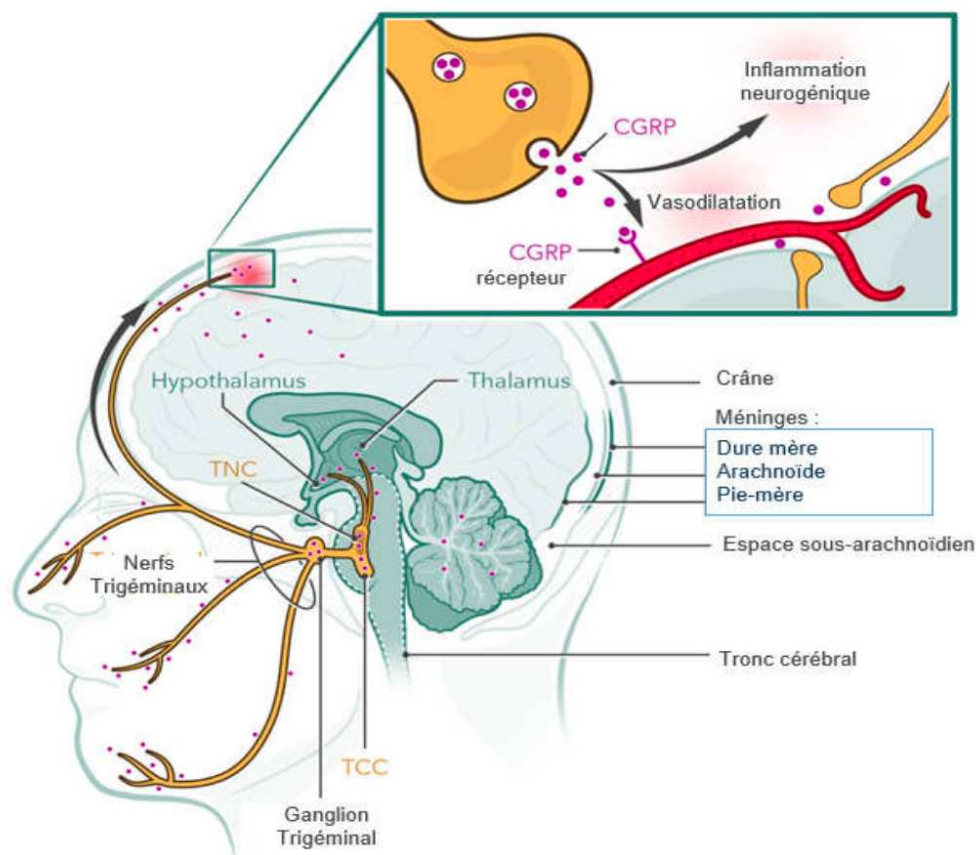


FIGURE 2 : SCHEMA DE LA PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MIGRAINE (17)

Chaque personne a un seuil de déclenchement de la douleur différent (Figure 3), celui-ci peut être modifié par différents facteurs comme la consommation de vin rouge, la stimulation sensorielle excessive (lumière/bruit/odeur), les changements météorologiques (la variation de la pression atmosphérique), les modifications du temps de sommeil (manque de sommeil ou grasse matinée), le stress, l'alimentation (aliment patient-dépendant ou le fait de manquer un repas), et les variations du taux d'œstrogène (variation au cours du cycle menstruel, contraception ou accouchement) .(18)

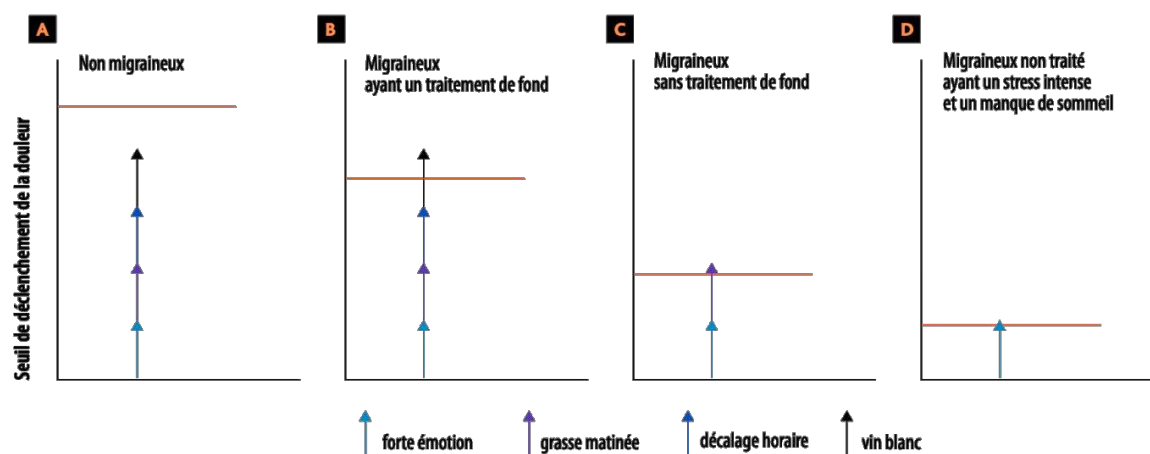


Figure.

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

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

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

De gauche à droite, on observe 4 situations diverses :

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

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

FIGURE 3 : SEUIL DE DECLenchement DE LA DOULEUR (19)

Il existe une composante héréditaire dans la migraine. Entre 40-50 gènes connus à ce jour sont susceptibles d'être impliqués et de favoriser le déclenchement des crises de migraine (10)

C. Diagnostic

Le diagnostic est posé par le médecin généraliste, il pourra renvoyer vers un neurologue si nécessaire.

Le diagnostic se base sur les critères de la ICHD-3 (Figure 4 et 5), reposant notamment sur la fréquence des crises, la durée et les symptômes associés. Il faudra y associer un bilan clinique et un examen neurologique approfondi.

A	Au moins cinq crises répondant aux critères B-D
B	Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (si non traitées ou inefficacement traitées)
C	Céphalées ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : 1. topographie unilatérale 2. type pulsatile 3. intensité modérée ou sévère 4. aggravée par ou entraînant l'évitement des activités physiques de routine (marcher, monter les escaliers)
D	Durant la céphalée, au moins l'un des suivants : 1. nausée et/ou vomissements 2. photophobie et phonophobie
E	N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

FIGURE 4 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA MIGRAINE SANS AURA (10)

A	Au moins deux crises répondant aux critères B et C
B	Aura comprenant des troubles visuels, sensitifs et/ou de la parole ou du langage, tous entièrement réversibles, mais pas de symptôme moteur, basilaire ou rétinien
C	Au moins trois des six caractéristiques suivantes : 1. au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en ≥ 5 minutes 2. deux ou plusieurs symptômes de l'aura surviennent successivement 3. chaque symptôme de l'aura dure 5 à 60 minutes 4. au moins un symptôme de l'aura est unilatéral 5. au moins un symptôme est positif 6. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, par une céphalée
D	N'est pas mieux expliqué par un autre diagnostic de l'ICHD-3 et un accident ischémique transitoire a été exclu

FIGURE 5 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA MIGRAINE AVEC AURA TYPIQUE (10)

Pour cela, le médecin peut s'appuyer sur l'agenda des migraines (annexe 1) que le patient est fortement encouragé à remplir avec soin avant sa consultation et qui retrace généralement les événements des trois derniers mois. Le patient y renseigne les jours de crise, leur intensité, les facteurs déclenchants identifiés, les traitements pris, la durée, les symptômes associés et l'évolution.

La réalisation d'une IRM cérébrale associée plus ou moins à une ponction lombaire n'est pas obligatoire. Elle sera réalisée uniquement si le patient présente des signes d'alerte tels que des douleurs survenant en quelques secondes, des auras, une apparition des crises après 50 ans ou une « chronicisation » des crises. (10)

D. Symptômes

La migraine se décompose en différentes phases (Figure 6) : le prodrome, avant la crise des signes avant-coureurs vont être ressentis ; l'aura ; la crise en elle-même puis le post-drome, qui sont les symptômes qui apparaissent suite à la disparition des douleurs, le patient peut avoir l'impression « d'être en gueule de bois ». (20)

Lors de la migraine, le patient peut ressentir différents symptômes en fonction des phases par lesquelles il passe. Chaque migraine est unique, l'expression de chaque phase n'est pas obligatoire et les symptômes peuvent varier d'une migraine à une autre pour un même patient.

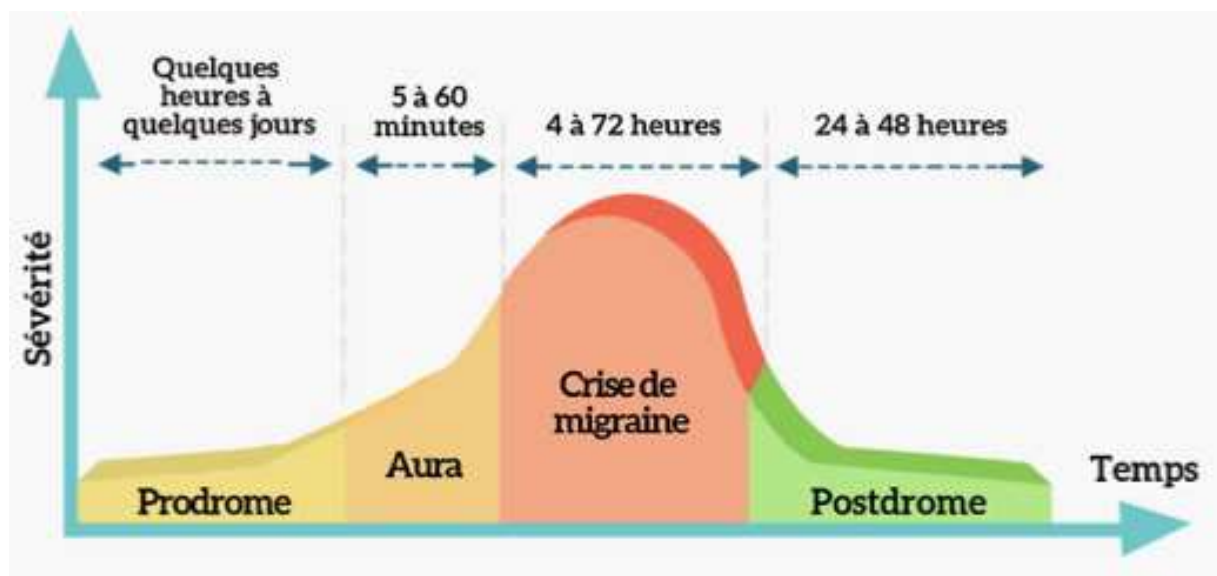


FIGURE 6 : LES PHASES DE LA MIGRAINE (21)

1. Prodrome

Lors de la phase de prodrome, un ou plusieurs symptômes peuvent être retrouvés :(22) :

- Modifications de l'humeur (irritabilité, dépression)
- Douleurs musculaires, notamment au niveau des cervicales
- Modifications de l'appétit, fringales ou perte d'appétit
- Troubles de la concentration
- Difficultés à lire et parler
- Nausées

2. Aura

Il existe différents types d'auras. Les plus fréquentes sont les auras visuelles. On retrouve des symptômes positifs avec l'apparition de taches, de lignes ou de phosphènes. Dans d'autres cas, le patient aura des symptômes négatifs comme une vision floue ou une perte d'une partie du champ visuel.

Dans de plus rares cas ; il existe des auras sensorielles se caractérisant par des paresthésies au niveau des bras et de la bouche, ou des auras aphasique se manifestant par des troubles du langage. (18)

3. Crise de migraine

Les symptômes caractéristiques de la migraine sont retrouvés dans la phase de crise de migraine : des douleurs aiguës le plus souvent unilatérales pulsatiles ou palpitantes, une impression de pic à glace dans la tête.

Elles peuvent être associées à d'autres symptômes comme des nausées, des vomissements, une photophobie, une phonophobie et une osmophobie. Les patients peuvent avoir des difficultés pour se concentrer ou s'endormir. (18)

4. Post-drome

Pendant la dernière phase de la migraine des difficultés de concentration ou un manque de compréhension, de la fatigue, une humeur dépressive ou euphorique peut être ressenti. (21)

E. Traitements

La prise en charge des migraines repose sur trois grands principes : l'élimination des déclencheurs, le traitement des crises et le traitement de fond si les crises sont trop fréquentes. Les conditions de mise en place de celui-ci seront détaillées dans la suite de la thèse.

Les traitements de la migraine vont être abordés maintenant et vont s'appuyer sur les recommandations éditées par la SFEMC en 2021 notamment sur les traitements de forte recommandation.

1. Traitement de la crise

L'objectif du traitement de crise est la disparition de la douleur dans les deux heures suivant la prise de médicament et le soulagement des symptômes associés. Cette réponse doit être maintenue pendant 24h et le traitement ne doit représenter que peu d'effet indésirable pour le patient. (14)

Le traitement de crise repose sur l'intensité des symptômes ressentis par le patient. Il sera différent si la crise est légère voire modérée ou si elle est sévère, handicapante ou que le patient ne tolère pas les AINS ou que ceux-ci sont inefficaces.

Afin d'optimiser l'efficacité du traitement, il est recommandé de le prendre dès l'apparition des premiers symptômes, soit moins d'une heure après le début de la crise, et de faire une évaluation de son efficacité une heure après. Si le patient est soulagé après la prise médicamenteuse, il ne faut pas prendre d'autres traitements. Mais si le traitement n'a pas été efficace, il convient alors de prendre un second médicament différent du premier.

Si la crise est légère, le patient débutera le traitement par la prise d'un AINS et si besoin un triptan une heure après, en revanche si la crise est modérée à sévère, il convient de débiter par un triptan. En cas d'aura, il faut débiter par un AINS et prendre un triptan au début de la céphalée si elle apparaît. (Figure 7)

En cas de réapparition de la crise dans les 48h malgré la prise d'un triptan efficace, il est possible d'envisager la prise concomitante de l'AINS et du triptan.

Les antalgiques de palier 2, le tramadol et les opioïdes faibles, ne sont pas recommandés dans le traitement de crise de migraine car ils présentent un risque d'accoutumance, de mésusage et d'abus. Ils vont aussi avoir un rôle dans l'augmentation du risque de « chronicisation » des migraines. (23)

L'utilisation d'antalgique ne doit pas dépasser 14 jours par mois, ou 8 jours en cas d'association à la caféine ou triptans au risque d'entraîner un risque de céphalées par surconsommation de médicaments. Cependant, il est important de ne pas blâmer les patients qui pourraient dépasser ces seuils.(14)

Le médecin peut s'aider de l'échelle mTOQ5 (annexe 2) pour évaluer l'efficacité des traitements de crises et adapter la prise en charge du patient.

Dans tous les cas, il est recommandé de documenter la crise sur un agenda des migraines. (20,24)

Traitement précoce

(≤ 1 heure après début de la céphalée)

1.

Si crise légère :
Débuter par AINS
Ajout triptan une heure après si pas
de soulagement

2.

Si crise modérée à sévère :
Débuter par triptan
Ajout AINS une heure après si pas
de soulagement

3.

Si crise de migraine avec aura:
AINS au début de l'aura, + triptan au début de la
céphalée si elle survient

4.

Test sur 3 crises avant évaluation

5.

**Triptan + AINS d'emblée si crise
avec récurrence systématique et/ou
crise sévère (exemples: crise à début
nocturne ou crise cataméniale).**
Les 2 molécules peuvent être prises via 2
comprimés distincts ou via une combinaison fixe

FIGURE 7 : ARBRE DE DECISION DU TRAITEMENT DE LA CRISE DE MIGRAINE (24)

a. Les antalgiques

i. Paracétamol

PARACÉTAMOL, Doliprane®, Dafalgan® (14,25,26)	
Classe pharmacologique	Analgésiques et antipyrétiques
Mécanisme d'action	Action centrale et périphérique, mécanisme non expliqué
Posologie	500 à 1000mg/prise, max 4000mg/j
Principaux effets indésirables	Toxicité hépatique et hématologique (anémie, hémolyse, thrombopénie)
Contre-indications principales	Insuffisance hépatique sévère

ii. Acide acétylsalicylique

ACIDE ACETYLSALICYLIQUE, Aspégic® (26–28)	
Classe pharmacologique	Analgésiques et antipyrétiques
Mécanisme d'action	Inhibition irréversible des enzymes cyclo-oxygénase impliquées dans la synthèse des prostaglandines
Posologie	1000mg/prise, max 3000mg/j
Principaux effets indésirables	Prostaglandines dépendants : troubles digestifs, IRA fonctionnelle, bronchospasme, asthme Prostaglandines indépendants : allergie cutanée, risque hémorragique, hépatotoxicité, néphrotoxicité, syndrome de Reyes, toxicité fœtale (rénale, cardio-pulmonaire)
Contre-indications principales	Insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque sévère, dès le 6 ^{ème} mois de grossesse, ulcère, asthme non contrôlé, maladie hémorragique

iii. Acide acétylsalicylique + métoclopramide (AMM)

ACIDE ACETYSALICYLIQUE + MÉTOCLOPRAMIDE, Migpriv® (26,27,29,30)	
Classe pharmacologique	Analgésiques en association avec un stimulant de la motricité intestinale
Mécanisme d'action	Acide acétylsalicylique cf. tableau Acide acétylsalicylique : Métoclopramide : blocage des sites dopaminergiques D2 périphériques et agoniste des récepteurs sérotoninergiques 5HT4
Posologie	900mg + 10mg/prise, max 3 fois par jour
Principaux effets indésirables	Acide acétylsalicylique cf. tableau Acide acétylsalicylique Métoclopramide : somnolences, diarrhées, symptômes extrapyramidaux, dyskinésies tardives, syndrome malin des neuroleptiques (hyperthermie, rigidité musculaire, confusion mentale, déshydratation)
Contre-indications principales	Acide acétylsalicylique cf. tableau Acide acétylsalicylique Métoclopramide : dyskinésies tardives, épilepsie, maladie de parkinson, enfant de moins de 18 ans, hémorragie gastro-intestinale

b. Les AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

Les AINS (26,31,32)	
Classe pharmacologique	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
Mécanisme d'action	Inhibiteur réversible des COX, qui sont responsables de la synthèse du thromboxane et des prostaglandines responsables de la vasodilatation et de l'inflammation,
Principaux effets indésirables	Épigastralgies, nausées/vomissements, ulcères, bronchospasmes, IRA fonctionnelle
Contre-indications principales	Insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque sévère, dès le 6 ^{ème} mois de grossesse, ulcère gastro-duodéal

Les différents AINS (27)		
	Présentation	Posologie usuelle
Diclofénac Voltarène®	Cp, Suppositoire	25, 50 ou 100mg/prise, max 150mg/j
Flurbiprofène Strefen®	Cp	8,75mg max 5cp/j
Ibuprofène Advil®, Nurofen®, Spifen®	Cp, sachet, capsule molle	200 ou 400mg/prise, max 1200mg/j
Kétoprofène Biprofenid®, Profemigr®, Porfenid®	Cp, suppositoire, gélules	100 ou 150mg/prise, max 200mg/j
Naproxène Apranax®, Antalnox®, Naprosine®	Cp	550 ou 1000mg/prise, max 1100mg/j
Indométhacine Indocid®	Cp, suppositoire	25, 75 ou 100mg(suppo), max 300mg/j (niveau de preuve modérée)

c. Les triptans

Les Triptans (26,31,33)	
Classe pharmacologique	Agonistes sélectifs des récepteurs 5-HT ₁
Mécanisme d'action	Agoniste sélectif des récepteurs 5-HT _{1B} /5-HT _{1D} (5-hydroxytryptamines) entraînant une inhibition de l'inflammation et de la vasodilatation à l'origine de la migraine en diminuant la libération de CGRP
Principaux effets indésirables	Somnolence, sensation de chaleur ou de froid, oppression thoracique, bouffées de chaleurs, vertiges, nausées, HTA, asthénie
Contre-indications principales	Insuffisance hépatique sévère, HTA non contrôlée, pathologie cardiaque ischémique non contrôlée, syndrome de Raynaud, grossesse, allaitement, IMAO concomitant

Les triptans ne présentent pas d'effet de classe, il est possible de changer de triptan s'il ne fait pas d'effet ou qu'il n'est pas toléré par le patient.(14)

Triptan	Efficacité à 2h	Efficacité à 24h	Métabolisme	Galénique	Posologie
Sumatriptan Imigrane®, Imiject®	>	>	MAO-A	Cp	50mg à 100mg/prise
				Spray nasal	10 à 20mg/prise
				Injection	6mg/prise
Zolmitriptan Zomig®, Zomigoro®			CYP1A2 MAO-A	Cp Cp oro	2,5mg à 10mg/prise
Naratriptan Naramig®			CYP450	Cp	2,5mg à 5mg/prise
Eletriptan Relpax®	>	>	CYP3A4	Cp	20 à 40mg/prise
Rizatriptan Maxalt®, maxaltlyo®	>		MAO-A	Cp Cp oro	5 à 10mg/prise
Frovatriptan Tigreat®, Isimig®			CYP1A2	Cp	2,5mg/prise
Almotriptan Almogran®			MAO-A CYP3A4 CYP2D6	Cp	6,25 à 12,5mg/prise

FIGURE 8 : COMPARAISON DES DIFFERENTS TRIPTANS (14,34–36)

MAO-A : monoamine-oxydase sous-type A, CYP : cytochrome P450

d. Les gépants

i. Rimegépant

RIMEGEPANT, Vydura® (27,31,37)	
Classe pharmacologique	Antagonistes du récepteur du CGRP
Mécanisme d'action	Liaison au récepteur du CGRP, empêchant la liaison du CGRP au récepteur.
Posologie	75mg/prise en cas de crise Utilisable en traitement prophylactique : 75mg un jour sur deux (actuellement non remboursé)
Principaux effets indésirables	Nausées
Contre-indications principales	Hypersensibilité

2. Traitement de fond

La mise en place d'un traitement de fond repose sur plusieurs critères recueillis grâce à l'agenda des migraines (fréquence, durée, intensité, consommation médicamenteuse) et à l'évaluation du retentissement de la migraine sur la qualité de vie avec le test HIT-6 (annexe 3) et le questionnaire MIDAS (annexe 4).

Le choix de la molécule utilisée tiendra compte du patient, de ses pathologies et traitements, du désir de grossesse et du médicament en lui-même, notamment des contre-indications et de ses effets indésirables. (20)

Il convient de tenir compte de la fréquence de survenue des céphalées. Il faut distinguer les migraines épisodiques, moins de 15 jours de migraines par mois, et la migraine chronique, plus de 15 jours de migraines par mois. (38)

Le traitement de fond sera mis en place si le patient présente plus de huit jours de migraine par mois depuis plus de trois mois ou un score HIT-6 supérieur à 60. (23)

L'initiation du traitement de fond a pour objectif de diminuer la fréquence des crises de 50% pour les migraines épisodiques et de 30% pour les migraines chroniques, de réduire l'intensité et la durée des crises, d'augmenter le seuil de déclenchement et de diminuer la consommation de traitement de crise. (23)

L'efficacité du traitement sera évaluée après trois mois. Si celui-ci est efficace, le traitement sera poursuivi pendant 6 à 12 mois, puis diminué progressivement jusqu'à l'arrêt complet. Si le traitement n'est pas efficace, il sera possible d'augmenter la posologie ou modifier de traitement, ce qui nécessite une réévaluation à 3 mois. (20)

Suite à l'échec de deux traitements de fond par voie orale, il sera possible de passer à des traitements par voie injectable. (39)

RECOMMANDATIONS POUR LA PROPHYLAXIE PHARMACOLOGIQUE DE LA MIGRAINE		FORCE
RT15	Déterminer l'éligibilité de chaque patient à une prophylaxie sur la base de la préférence du patient, du journal ou du calendrier des jours de migraine, des critères de migraine sévère et de migraine chronique, des échelles HIT-6 et HAD.	Fort
RT16	Initier un traitement prophylactique chez tout patient a. utilisation de médicaments de crise 8 jours ou plus par mois depuis au moins trois mois b. avec une migraine sévère selon les critères français c. avec une migraine chronique selon les critères ICHD-3 d. avec une échelle HIT-6 de 60 ou plus e. avec des crises de migraine invalidantes malgré l'optimisation du traitement de crise	Fort
EN CE QUI CONCERNE L'ÉDUCATION DES PATIENTS ET LE PLAN DE SUIVI OPTIMAL,		
RT17	Expliquer les objectifs du traitement prophylactique de la migraine. a. L'objectif est de réduire les jours de migraine mensuels de 50 % dans le cas de la migraine épisodique et de 30 % dans le cas de la migraine chronique. b. L'efficacité sera jugée au cours du troisième mois de traitement (semaines 8-12). c. La prophylaxie vise également à réduire la consommation de traitements de crise, l'intensité et la durée des crises, et à améliorer la qualité de vie. d. L'échec peut être dû à une efficacité et/ou des effets indésirables.	Fort
RT18	Commencez une prophylaxie orale en monothérapie et à faible dose, et augmentez-la progressivement pour atteindre la dose quotidienne optimale, en tenant compte des effets secondaires possibles.	Fort
RT19	Expliquez que l'observance du traitement prophylactique est obligatoire. Le cas échéant, prescrivez une dose quotidienne unique pour améliorer l'observance.	Fort
EN TANT QUE PROPHYLAXIE DE PREMIÈRE LIGNE DE LA MIGRAINE ÉPISODIQUE,		
RT20	Prescrire le propranolol ou le métoprolol comme médicament de première intention chez tout patient approprié souffrant de migraine épisodique, en raison du haut niveau de preuve de leur efficacité.	Fort
RT21	Prescrire l'amitriptyline, le candésartan ou le topiramate (si contraception hautement efficace) en première intention chez les patients souffrant de migraine épisodique avec une contre-indication aux bêta-bloquants, en fonction des préférences du patient et de ses comorbidités.	Fort
EN TANT QUE PROPHYLAXIE DE PREMIÈRE INTENTION DE LA MIGRAINE CHRONIQUE,		
RT22	Prescrire le topiramate comme médicament de première intention chez tout patient souffrant de migraine chronique, en raison du haut niveau de preuve de son efficacité (si femme en âge de procréer, s'assurer d'une contraception hautement efficace).	Fort
RT23	Prescrire une autre prophylaxie recommandée chez les patients souffrant de migraine chronique avec une contre-indication au topiramate, en fonction des préférences du patient et de ses comorbidités.	Fort
RT24	Chez les patients souffrant de migraine chronique et de céphalées dues à la surconsommation de médicaments, prescrire un médicament prophylactique de première intention et conseiller une diminution du médicament de crise surconsommé.	Fort
POUR ÉVALUER ET ADAPTER LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE,		
RT25	Évaluer l'efficacité, la tolérance, l'observance et le fardeau de la migraine par un entretien, l'examen du calendrier et l'utilisation systématique des échelles HIT-6 et HAD à chaque visite. L'efficacité de la prophylaxie doit être évaluée après le troisième mois de traitement, sauf pour la toxine botulinique A dont l'efficacité doit être évaluée après 6 mois.	Fort
RT26	En cas d'efficacité et de bonne tolérance, poursuivre la prophylaxie pendant 6-12 mois, puis diminuer lentement avant d'envisager l'arrêt. Reprendre le même traitement si la fréquence des crises augmente à nouveau pendant la diminution ou après l'arrêt.	Fort
RT27	En cas d'efficacité et/ou de tolérance insuffisante, choisir une ou plusieurs stratégies pour optimiser la prophylaxie, et éduquer le patient : a. Vérifiez l'observance b. Vérifiez la surconsommation de médicaments, notamment d'analgésiques pour des douleurs autres que les migraines. c. En cas d'efficacité insuffisante et de bonne tolérance, augmenter les doses quotidiennes jusqu'à la dose maximale recommandée avec une tolérance acceptable. d. Passez à une autre prophylaxie.	Fort
CONCERNANT LE CHANGEMENT DE PROPHYLAXIE DANS LA MIGRAINE ÉPISODIQUE,		
RT28	Après l'échec de la première prophylaxie dans la migraine épisodique, choisir un deuxième médicament recommandé, en fonction des préférences et des comorbidités du patient.	Fort
RT29	Après l'échec de deux médicaments prophylactiques chez les patients ayant moins de 8 jours de migraine par mois, choisir un autre médicament recommandé en fonction des préférences et des comorbidités du patient.	Fort
RT30	Après l'échec d'au moins deux traitements prophylactiques chez les patients présentant au moins 8 jours de migraine mensuelle, prescrire un CGRP-MAB choisi parmi l'érenumab, le fremanézumab et le galcánézumab, en fonction des préférences du patient.	Fort
CONCERNANT LE CHANGEMENT DE PROPHYLAXIE DANS LA MIGRAINE CHRONIQUE		
RT31	Après l'échec de la première prophylaxie orale dans la migraine chronique, choisir un deuxième médicament recommandé par voie orale, en fonction du profil du patient, de ses comorbidités et de ses préférences.	Fort
RT32	Après échec d'au moins deux traitements oraux dont le topiramate (si contraception hautement efficace chez femme en âge de procréer) dans la migraine chronique, prescrire un traitement par toxine botulinique A ou un CGRP-MAB choisi parmi l'érenumab, le fremanézumab et le galcánézumab, en fonction des préférences du patient.	Fort
POUR LA PROPHYLAXIE DE LA MIGRAINE RÉSISTANTE OU RÉFRACTAIRE		
RT33	Après l'échec d'un CGRP-MAB chez un patient souffrant de migraine épisodique réfractaire, envisager de passer à un autre CGRP-MAB, avec ou sans association à un médicament prophylactique oral.	Modéré
RT34	Après l'échec d'un CGRP-MAB chez un patient souffrant de migraine chronique réfractaire, envisager de passer à un autre CGRP-MAB, ou à un traitement par onabotulinimtoxine A, avec ou sans association à un traitement oral.	Modéré

FIGURE 9 : RESUME DES RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT DE FOND DE LA MIGRAINE (23)

e. La voie orale – traitements les plus utilisés

i. Amitriptyline (AMM)

AMITRIPTYLINE, Laroxyl® (26,27,40)	
Classe pharmacologique	Antidépresseurs tricycliques, inhibiteur non-sélectif de la recapture des monoamines
Mécanisme d'action	Inhibition non-sélective de la recapture de la sérotonine, de la noradrénaline et la dopamine
Posologie	25 à 100mg/ jour
Principaux effets indésirables	Effet anticholinergique centraux : somnolence, agressivité, confusion, prise de poids Effet anticholinergique périphérique : sécheresse buccale, constipation, trouble de l'accommodation, tachycardie Levée d'inhibition suicidaire, allongement de l'espace QT
Contre-indications principales	Glaucome à angle fermé, cardiopathie (IDM récent, trouble de la conduction, arythmies), adénome prostatique, IMAO concomitant

ii. Propranolol (AMM)

PROPRANOLOL (26,27,41)	
Classe pharmacologique	Bêtabloquants non-sélectifs
Mécanisme d'action	Antagonisme compétitif des récepteurs adrénergiques bêta1 et bêta2
Posologie	80 à 160mg/j
Principaux effets indésirables	Cauchemars, bradycardie, syndrome de Raynaud, fatigue, hypotension artérielle, hypoglycémie, mauvaise tolérance à l'effort
Contre-indications principales	Insuffisance cardiaque non contrôlée, bradycardie, hypotension sévère, choc cardiogénique, maladie du sinus, bronchopathies obstructives, prédisposition à l'hypoglycémie, asthme

iii. Métoprolol (AMM)

MÉTOPROLOL, Lopressor®, Seloken® (26,27,42)	
Classe pharmacologique	Bêtabloquants sélectifs
Mécanisme d'action	Activité bêtabloquante Bêta 1 cardiosélective, effet antiarythmique, absence de pouvoir agoniste partiel
Posologie	50 à 200mg
Principaux effets indésirables	Métoprolol cf. tableau propranolol
Contre-indications principales	Métoprolol cf. tableau propranolol

Le Nébivolol et l'Aténolol sont deux bêtabloquants recommandés dans le traitement de fond, ils n'ont en revanche pas l'AMM dans cette indication. (23)

iv. Candésartan

CANDÉSARTAN, Atacand®, Kenzen® (26,27,43)	
Classe pharmacologique	Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II
Mécanisme d'action	Antagoniste préférentiel des récepteurs AT1 à l'angiotensine II, inhibition de la vasoconstriction et de la stimulation de l'aldostérone
Posologie	8 à 32mg/j
Principaux effets indésirables	Hypotension, insuffisance rénale aiguë fonctionnelle, hypoglycémie, foeto-toxicité, hyperkaliémie
Contre-indications principales	2 et 3 ^{ème} trimestre de grossesse, allaitement, sténose des artères rénales, insuffisance rénale

v. Oxétorone

OXÉTORONE, Nocertone® (23,26,44)	
Classe pharmacologique	Anti-migraineux
Mécanisme d'action	Effet antihistaminique H1, ayant des propriétés antisérotoninergique et antiémétique
Posologie	60 à 120mg le soir
Principaux effets indésirables	Somnolence, diarrhée, parkinsonisme
Contre-indications principales	Maladie de Parkinson, parkinsonisme, grossesse

vi. Topiramate (AMM)

TOPIRAMATE, Epitomax® (26,27,45,46)	
Classe pharmacologique	Antiépileptiques
Mécanisme d'action	Inhibition des récepteurs au glutamate, augmentation de la sensibilité des récepteurs GABA _A pour le GABA
Posologie	100mg/j en deux prises
Principaux effets indésirables	Lithiase urinaire, perte de poids, dépression, somnolence, nausées, diarrhées, paresthésies, difficultés à trouver les mots
Contre-indications principales	Insuffisance hépatique sévère, grossesse, femme en âge de procréer n'utilisant pas de contraception efficace
Conditions de dispensation	• Prescription réservée aux médecins de la douleur, aux neurologues et aux pédiatres. • Patientes sans aucun risque de grossesse ou présentant une stérilité définitive : attestation d'information partagée à présenter à chaque dispensation (Annexe 5) • Enfants et adolescents de sexe féminin, femmes en âge de procréer et femmes enceintes : attestation d'information partagée à présenter à chaque dispensation (Annexe 6) • Contraception efficace pendant toute la durée du traitement et pendant au moins 4 semaines après l'arrêt • Association déconseillée avec les contraceptifs oestro-progestatifs

vii. Valproate

ACIDE VALPROÏQUE, Dépakine®, Depakote®, Micropakine® (26,27,47,48)	
Classe pharmacologique	Antiépileptiques
Mécanisme d'action	Stimulation de la GAD, inhibition de la GABA _t et SSADH, inhibition des canaux Na ⁺ voltages dépendants (diminution de la libération du glutamate)
Posologie	250 à 2000mg en 1 à 2 prises par jour
Principaux effets indésirables	Prise de poids, tremblements, nausées, hépatotoxicité, alopecie
Contre-indications principales	Hépatite, grossesse, allaitement (tératogène, foeto-toxique)
Conditions de dispensation	• Prescription réservée aux neurologues et aux pédiatres • Patientes sans aucun risque de grossesse ou présentant une stérilité définitive : attestation d'information partagée à présenter à chaque dispensation (Annexe 7) • Enfants et adolescents de sexe féminin, femmes en âge de procréer et femmes enceintes : attestation d'information partagée à présenter à chaque dispensation (Annexe 8) • Adolescents de sexe masculin et hommes susceptibles de procréer : attestation annuelle d'information partagée à présenter à chaque dispensation (Annexe 9) • Contraception efficace pendant toute la durée du traitement et pendant au moins 3 mois après l'arrêt • Fournir la carte patient qui se trouve dans la boîte de médicament et la brochure d'information patiente

viii. Atogépant

ATOGE PANT, Aquipta® (49)	
Classe pharmacologique	Antagonistes des récepteurs du CGRP
Mécanisme d'action	Liaison au récepteur du CGRP, empêche la liaison du CGRP au récepteur.
Posologie	60mg/j en comprimé Adaptation de dose en cas d'administration d'inhibiteur puissant du CYP3A4 ou de OATP : 10mg/j (actuellement non remboursé)
Principaux effets indésirables	Diminution de l'appétit, nausées, constipation, fatigue/somnolence, perte de poids
Contre-indications principales	Hypersensibilité

f. Toxine botulinique de type A

TOXINE BOTULINIQUE DE TYPE A, Botox® (27,50)	
Classe pharmacologique	Myorelaxants à action périphérique
Mécanisme d'action	Blocage de la transmission de la douleur au niveau des muscles
Posologie	155 à 195 unités de botox injecté dans 7 groupes musculaires
Principaux effets indésirables	Au point d'injection : réaction, irritation, œdème, hémorragie et douleur
Contre-indications principales	Grossesse, hypersensibilité, infection au site d'injection, myasthénie

g. Les anticorps anti-CGRP

EPTINEZUMAB, Vyepti®, FREMAZUMAB, Ajovy®, GALCANEZUMAB, Emgality®
(27,51–53)

Classe pharmacologique	Analgésiques, antagonistes du peptide relié au gène de la calcitonine (CGRP)
Mécanisme d'action	Blocage de l'activation des récepteurs du CGRP, inhibe l'inflammation neurogène et la vasodilatation induites par les isoformes alpha et Beta du CGRP
Principaux effets indésirables	Au point d'injection : douleur, induration, prurit, éruption cutanée, érythème Eptinezumab : rhinopharyngite, fatigue
Contre-indications principales	Hypersensibilité, facteur de risque vasculaire non contrôlé, IDM, AVC ; AIT, grossesse

Posologie

EPTINEZUMAB, Vyepti®	100mg en IV trimestrielle
FREMAZUMAB, Ajovy®	225mg en SC mensuelle
GALCANEZUMAB, Emgality®	120mg en SC mensuelle

h. Les anticorps anti-récepteur du CGRP

ERENUMAB, Aimovig® (27,54)	
Classe pharmacologique	Analgésiques, médicaments antimigraineux
Mécanisme d'action	Fixation au récepteur du CGRP pour l'inhiber
Posologie	70 ou 140mg en SC mensuelle
Principaux effets indésirables	Au point d'injection : douleur, induration, prurit, éruption cutanée, érythème Constipation, spasme musculaire
Contre-indications principales	Erenumab cf. tableau Eptinezumab, Fremazumab et Galcanezumab

3. Le remboursement des traitements par voie injectable

Les anticorps doivent être prescrit par un neurologue. Le Vyepti® (Eptinezumab) est un médicament de réserve hospitalière dont la perfusion se réalise uniquement en secteur hospitalier. L'Ajovy® (Fremazumab), l'Emgality® (Galcanezumab) et l'Aimovig® (Erenumab) sont également disponibles à l'hôpital. En ville, seulement l'Ajovy® (Fremazumab) et l'Emgality® (Galcanezumab) sont disponibles mais ne sont pas remboursés.

La toxine botulique de Type A est uniquement disponible à l'hôpital et est prise en charge par celui-ci.

Le sumatriptan par voie injectable est disponible en ville, mais non remboursé.(55)

IV. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des migraines - exemple de la mise en place d'entretien patient à l'officine

A. L'entretien pharmaceutique

La réalisation de l'entretien pharmaceutique individuel cible les patients migraineux avec ou sans traitement de fond. Il sera réalisé en priorité par le pharmacien. Il dure environ 10 à 15 minutes et se déroule de façon privilégiée dans l'espace de confidentialité de la pharmacie, à défaut au comptoir. L'entretien est un moment d'échange avec le patient afin de consolider ses connaissances sur le traitement de la maladie et de répondre à ses interrogations. C'est un temps privilégié pour écouter le patient et répondre à ses questions.

Pour le bon déroulement de celui-ci, il faut tout d'abord faire connaissance avec le patient et se placer dans un cadre propice à l'entretien (espace de confidentialité, être à la même hauteur que le patient, en position ouverte, éviter d'être face à face), lui expliquer le déroulement de l'entretien et son objectif. Il faut s'assurer que le patient est d'accord et qu'il est en capacité de réaliser l'entretien.

L'entretien débute par le recueil de l'ensemble des traitements pris par le patient, qu'ils soient prescrits ou non, pharmacologiques ou non. Il faudra identifier les situations à risque tel que les voyages, les oublis de prises, les troubles digestifs (vomissements ou diarrhées), la grossesse ou son désir, l'observance et l'automédication.

On prendra le temps de questionner le patient sur ses connaissances de la pathologie, des traitements, des effets indésirables, des modalités de prises, du suivi et sur la prise d'une contraception.

Tout cela permet d'identifier les besoins et les freins du patient et ainsi de répondre au mieux lors de l'entretien.

On terminera par l'évaluation de la bonne compréhension des informations transmises lors de l'entretien. Ainsi une fiche résumée de l'entretien sera transmise au patient afin qu'il garde une trace de l'entretien.

La traçabilité de l'entretien sera assurée par un compte-rendu qui figurera dans le dossier du patient. Il serait intéressant de le transmettre aux autres professionnels de santé qui suivent le patient via une messagerie sécurisée ou le DMP du patient. (56)

B. Création de la trame d'entretien pharmaceutique officinal

1. Compétences sécuritaires à acquérir pour le patient

Pour optimiser le traitement d'un patient, il est important que la dispensation du traitement soit accompagnée de conseils pharmaceutiques.

Le traitement de crise doit être pris le plus précocement possible ; soit moins d'une heure après le début de la crise pour que son efficacité soit maximale.

Dans la majorité des cas, si la crise est légère, il est recommandé de débiter par la prise d'un AINS. En cas d'inefficacité à une heure de la prise, le patient pourra prendre un triptan. Si la crise est modérée à sévère, le patient commencera par la prise de triptan, et pourra envisager un AINS si la crise n'est pas soulagée au bout d'une heure. Le traitement sera modulé en fonction des patients : une prise concomitante d' AINS et de triptan est possible notamment en cas de récurrence connue.

Si le patient présente des auras, il est conseillé de prendre un AINS au début de l'aura, la prise de triptan ne se fait que lorsque celles-ci sont terminées et que la céphalée commence. (24)

Il est important d'expliquer la différence entre le traitement de crise et le traitement de fond, cela permet au patient de comprendre le rôle de chaque médicament, favorisant l'adhésion au traitement et donc l'efficacité. Il est recommandé de ne pas prendre d'AINS plus de 14 jours par mois et 8 jours pour les triptans. En cas de surconsommation de traitement de crise, il convient de ne pas culpabiliser les patients mais plutôt de les encourager à en parler avec les professionnels de santé qui les entourent pour trouver une solution plus adaptée. (14)

Le traitement de crise est à prendre uniquement lors de crise de migraine, ayant pour objectif de diminuer l'intensité de la crise, alors que le traitement de fond est un traitement quotidien qui se prend à heure fixe, et qui a pour but de diminuer la fréquence des crises.

Concernant les traitements anti-migraineux, les informations spécifiques à connaître pourraient être résumées comme énoncées ci-dessous :

- AINS
 - Prise en mangeant
- Triptan
 - Privilégier forme lyophilisat si troubles digestifs associés
- Gépant
 - Rimégépant
 - Traitement de crise : 1cp si besoin
 - Traitement de fond : 1cp de 75mg tous les deux jours
 - Atogépant
 - Traitement de fond uniquement
- Amitriptyline
 - Prise le soir
 - La dose initiale doit être de 10 mg à 25 mg le soir. Les doses peuvent être augmentées de 10 mg à 25 mg tous les 3 à 7 jours selon la tolérance.
 - En 1 à 2 prises par jour, maximum 75mg par prise
 - Effet analgésique observé au bout de 2 à 4 semaines (57)
 - ECG avant traitement
- Bêta-bloquant
 - Propranolol
 - La posologie initiale est de 40 mg deux ou trois fois par jour, augmentée de cette même quantité à intervalles hebdomadaires en fonction de la réponse du patient. Une réponse au traitement est généralement observée aux posologies de 80 à 160 mg/jour en cas de migraine (58). La forme LP est prescriptible.
 - Métoprolol
 - Prise pendant ou juste après le repas, l'alimentation permettant d'augmenter la biodisponibilité (59)
- Candésartan
 - Dès 8 mg par jour en une prise. L'effet antihypertenseur est en grande partie atteint dans les 4 semaines. (60)
 - Une vérification de la tension artérielle est recommandée surtout pour les patients normo-tendus

- Topiramate
 - Prescription réservée aux médecins de la douleur, aux neurologues et aux pédiatres.
 - Patientes sans aucun risque de grossesse ou présentant une stérilité définitive : attestation d'information partagée à présenter à chaque dispensation (Annexe 5)
 - Enfants et adolescents de sexe féminin, femme en âge de procréer et femmes enceintes : attestation d'information partagée à présenter à chaque dispensation (Annexe 6) (61)
 - Contraception efficace pendant toute la durée du traitement et pendant au moins 4 semaines après l'arrêt
 - Association déconseillée avec les contraceptifs oestro-progestatifs pour risque de diminution d'efficacité par l'effet inducteur enzymatique du topiramate
 - Fournir la carte patient qui se trouve dans la boîte de médicament et la brochure d'information patiente (62)
 - 25mg le soir la 1^{ère} semaine, augmentation par palier de 25mg/j administrés par paliers d'une semaine (63)
 - Médicament anorexigène, surveillance de l'appétit
 - Bonne hydratation nécessaire, car favorise la formation de cristaux rénaux

- Valproate
 - Prescription réservée aux neurologues et aux pédiatres
 - Patientes sans aucun risque de grossesse ou présentant une stérilité définitive : attestation d'information partagée à présenter à chaque dispensation (Annexe 7)
 - Enfants et adolescents de sexe féminin, femme en âge de procréer et femmes enceintes : attestation d'information partagée à présenter à chaque dispensation (Annexe 8)
 - Adolescents de sexe masculin et hommes susceptibles de procréer : attestation annuelle d'information partagée à présenter à chaque dispensation (Annexe 9)(64)
 - Contraception efficace pendant toute la durée du traitement et pendant au moins 3 mois après l'arrêt
 - Fournir la carte patient qui se trouve dans la boîte de médicament et la brochure d'information patiente (65)
 - Prise de préférence pendant le repas
 - Surveillance :
 - NFS et bilan d'hémostase avant le début du traitement, après 15j de traitement et à la fin du traitement
 - Bilan hépatique les 6 premiers mois de traitement
 - Dépakinémie possible
 - un dosage des bêta-HCG doit être fait à intervalle régulier pour exclure le risque de grossesse, le test négatif conditionnant la dispensation du médicament (48)

- Anticorps anti-CGRP ou antirécepteur du CGRP
 - Prescription réservée aux neurologues
 - Voie sous cutanée
 - Conservation entre 2 et 8 degrés
 - Peut rester en dehors du frigo maximum 7 jours sans dépasser les 30°C(51–54)
 - Méthode d'injection : (54)
 - Sortir la seringue à température ambiante 30 min avant l'injection
 - Vérifier la date de péremption
 - Vérifier l'aspect de la solution
 - Installer le matériel nécessaire à l'injection sur une surface propre
 - Se laver les mains à l'eau et au savon
 - Désinfecter le lieu d'injection à l'alcool
 - Cuisse, ventre en évitant le tour du nombril à 5 cm, arrière du bras si quelqu'un d'autre fait l'injection
 - Changer de site à chaque injection
 - Retirer le capuchon de la seringue
 - Pincer la peau pour créer un pli
 - Introduire l'aiguille avec un angle de 45 à 90 degrés
 - Enfoncer le piston
 - Maintenir 5 à 10 secondes
 - Retirer la seringue
 - Relâcher la peau pincée
 - Ne pas frotter
 - Jeter la seringue dans la DASRI
 - Mettre un pansement si besoin

2. Différenciation des céphalées de tension et des migraines

Pour la bonne prise en charge du patient, il est important que celui-ci sache différencier les céphalées de tension de la migraine car le traitement médicamenteux peut être différent : (66)

- Quel type de douleur ?
- Où se situe cette douleur ?
- Quelle est l'intensité de la douleur ?
- Est-elle aggravée par une activité physique ?
- Est-elle associée à une hypersensibilité ? (lumière, bruit, odeur)
- Est-elle associée à des troubles digestifs ?

	MIGRAINE	CEPHALEE DE TENSION
TYPE DE DOULEUR	Pulsatile	Pression, en étau
LOCALISATION	Unilatérale	Bilatérale
INTENSITE	Modérée à sévère	Légère à modérée
AGGRAVATION PAR L'ACTIVITE PHYSIQUE	Oui	Non
TROUBLES DIGESTIFS ASSOCIES	Nausées, vomissements	Non
HYPERSENSIBILITE LUMINEUSE, AUDITIVE ET/OU OLFACTIVE	Oui	Peu ou pas

FIGURE 10 : DIFFERENCES ENTRE MIGRAINE ET CEPHALEE DE TENSION (66)

3. Indentification des facteurs déclenchants

Il existe un grand nombre de facteurs différents déclencheurs de migraine. Ils changent d'un patient à un autre, et peuvent même changer au cours de la vie d'un même patient. Il est essentiel que chaque patient sache quel facteur favorise sa ou ses migraine(s) afin de les éviter et ainsi de diminuer la fréquence des crises. (67)

On remarque que les facteurs déclenchants sont souvent reliés à des variations comme la modification du rythme semaine/week-end ou travail/vacances, un excès ou un manque de sommeil, une forte émotion ou stress et une levée de stress, la variation hormonale notamment chez la femme, un manque d'hydratation et l'alcool, un repas manqué, une forte odeur, le tabac, un excès de lumière ou encore des variations de pression atmosphérique. (26,31,39)

La contraception notamment la pilule oestro-progestative, peut aussi jouer un rôle dans le déclenchement des céphalées. En effet, l'introduction d'une pilule oestro-progestative peut influencer sur l'apparition de migraine ou peut être la cause d'une augmentation de la fréquence des céphalées. (68)

4. Règles hygiéno-diététiques

Au vu des facteurs déclenchants décrits précédemment, un certain nombre de règles hygiéno-diététiques peuvent être établies pour limiter les crises de migraines :

- Éviter les facteurs déclenchants identifiés
- Avoir un rythme de sommeil régulier
- Apprendre à gérer au mieux le stress par des techniques de relaxation ou de méditation
- Avoir une bonne hydratation, c'est-à-dire boire environ un litre et demi d'eau par jour
- Éviter de boire des boissons alcoolisées
- Avoir un régime alimentaire équilibré et ne pas manquer de repas
- Ne pas fumer

D'autres astuces peuvent être proposées pour alléger les symptômes et favoriser une résolution plus rapide de la crise, tout en la rendant plus tolérable :

- Repos au calme
- S'isoler de la lumière et du bruit
- Prise alimentaire pour soulager les nausées et vomissements
- Poche de froid ou de chaud
- Prendre une douche chaude
- Se réhydrater
- Boire un café
- Friction du front avec un macaron de menthe (31,39)

5. Encourager le suivi des migraines – Agenda de migraine

Le pharmacien a aussi pour rôle d'encourager ses patients à retranscrire leurs crises afin d'avoir une trace de celles-ci pour faciliter le diagnostic et le suivi par les médecins. Ils peuvent ainsi connaître la fréquence des crises et des traitements administrés par mois, et identifier s'il existe des périodes de plus fortes fréquences, tel que les menstruations.

Le patient va suivre la fréquence des crises ainsi que leurs durées, leurs localisations, leurs intensités, leurs symptômes, leurs facteurs déclenchants, les médicaments pris et leurs efficacités. Tous ces renseignements sont à documenter dans un calendrier (annexe 1).

Il est également possible d'utiliser des applications dédiées au suivi des migraines tel qu'Apo® et Migraine Buddy®. Les données inscrites dans l'application peuvent ensuite être partagées avec le médecin.

6. La trame

Les informations sécuritaires ont été consignées sous la forme d'un tableau qui servira de trame pour la réalisation des entretiens pharmaceutiques officinaux. (Figure 12). De plus, une grille de synthèse des thèmes abordés lors de l'entretien migraine (Figure 13) a été réalisée pour permettre de tracer plus facilement l'entretien pharmaceutique. Celle-ci faisant office de compte-rendu, sera ajoutée dans le dossier du patient et potentiellement transmise aux médecins suivant le patient.

FIGURE 11 : TRAME POUR LES ENTRETIENS MIGRAINES

Thèmes à aborder		Détails
Traitements et effets indésirables (liste non exhaustive)	Crise	A prendre uniquement en cas de crise, il permet de diminuer l'intensité des crises. • Aspirine ○ IRA (s'hydrater correctement 1.5l/jour), asthme, bronchospasme • Métoprolole ○ Symptômes extrapyramidaux, somnolence • AINS ○ Épigastralgie, ulcère, nausée • Triptan ○ Somnolence, sensation/de chaleur ou de froid, d'oppression thoracique, vertiges « la tête dans du coton », nausées, vomissement, HTA • Rimegépant ○ Nausées
	Fond	A prendre tous les jours, il permet de diminuer la fréquence des crises. • Amitriptyline ○ Effet anticholinergique (sécheresse buccale, trouble accommodation, rétention urinaire, tachycardie, constipation) sédation, prise de poids • Bêta-bloquants ○ Bradycardie, hypotension, arythmie, syndrome de Raynaud, crise d'asthme, hypoglycémie, fatigue, dépression, insomnie

		• Candésartan ○ Hypotension, IRA fonctionnelle, hyperkaliémie, hyponatrémie, foeto-toxicité ○ Surveillance tension artérielle +++ ▪ A réaliser au comptoir • Topiramate ○ Lithiase urinaire, acidose métabolique, perte de poids, anorexie, dépression, troubles oculaires (diplopie, vision trouble) ○ Inducteur enzymatique ○ Surveillance : hydratation, bilan rénal, appétit ○ AD : contraceptif oestro-progestatif ○ Vérifier l'attestation d'information partagée signée • Valproate ○ Hépatotoxicité, troubles digestifs, prise de poids, alopécie réversible, tremblement, état confusionnel, réactions cutanées, thrombopénie, anémie, hyponatrémie, tératogène ○ Peu sédatif ○ Surveillance : NFS, bilan d'hémostase, bilan hépatique les 6 premiers mois, dépakinémie ○ Prise pendant les repas ○ Inhibiteur enzymatique ○ Vérifier l'attestation d'information partagée signée • Atogépant ○ Nausées, diminution de l'appétit, fatigue, somnolence
--	--	--

Symptômes

	MIGRAINE	CEPHALEE DE TENSION
TYPE DE DOULEUR	Pulsatile	Pression, en étau
LOCALISATION	Unilatéral	Bilatéral
INTENSITE	Modérée à sévère	Légère à modérée
AGGRAVATION PAR L'ACTIVITE PHYSIQUE	Oui	Non
TROUBLES DIGESTIFS ASSOCIES	Nausées, vomissements	Non
HYPERSENSIBILITE LUMINEUSE, AUDITIVE ET/OU OLFACTIVE	Oui	Peu ou pas

Facteurs déclenchants et RHD

A aborder en fonction du patient et de ce qu' il fait déjà et qui fonctionne

Ils peuvent favoriser l'apparition des crises :

- Modification du rythme
 - Avoir un rythme de sommeil régulier
- Forte émotion, stress
 - Apprendre à gérer au mieux le stress par des techniques de relaxation/méditation
- Manque d'hydratation
 - Boire au moins 1,5L d'eau/jour
- Alcool
 - Éviter de boire des boissons alcoolisées
- Tabac
 - Ne pas fumer
- Jeune
 - Avoir un régime alimentaire équilibré
 - Ne pas jeuner (même un repas)
- Variation de pression atmosphérique
 - Stimuli lumineux, olfactif ou sonore
 - S'isoler de la lumière et du bruit
- Variation hormonale
-

Liste non-exhaustive de RHD pouvant limiter la fréquence et/ou l'intensité des céphalées :

- Éviter les facteurs déclenchants identifiés
- Prise alimentaire pour soulager les nausées et vomissement
- Poche de froid ou de chaud
- Prendre une douche chaude
- Boire un café

Friction du front avec un macaron de menthe

Moment de prise	Traitement de crise à prendre au plus tôt pour une efficacité maximale. Crise légère : débiter par AINS puis triptan si pas de soulagement au bout de 2h Crise modérée à sévère : prise du triptan de suite puis AINS si pas de soulagement au bout de 2h Possibilité en fonction du patient de prendre le triptan associé à l'AINS. Ne pas prendre de triptan pendant les auras
Agenda Papier ou électronique	Il permet le suivi des migraines. • Date • Durée • Intensité • Symptômes associés • Facteurs déclenchants • Traitement Notes

Automédication		Il est recommandé de ne pas prendre d'AINS plus de 15 jours par mois et 10 jours pour les triptans, néanmoins, il est important de ne pas culpabiliser les patients s'il y a une surconsommation de traitement de crise, il convient plutôt de les encourager à en parler avec les professionnels de santé qui les entourent pour trouver une solution plus adaptée pour le patient → consultation spécialisée avec un neurologue
Contraception	Influe sur l'apparition des migraines	Surveiller l'apparition ou augmentation de la fréquence des céphalées suite à l'introduction d'une pilule oestro-progestative Si migraine avec aura : pilule progestative uniquement
	Obligatoire (accord de soins)	Topiramate : toute la durée du traitement et 4 semaines après l'arrêt du traitement Valproate : toute la durée du traitement et 3 mois après l'arrêt du traitement

FIGURE 12: GRILLE DE SYNTHÈSE DES THÈMES ABORDÉS PENDANT L'ENTRETIEN MIGRAINE

Nom :		Traitement de la migraine :		
Prénom :				
Date :				
Thèmes abordés		Abordé		Notes et remarques
		OUI	NON	
Traitement et effets indésirables	Crise			
	Fond			
Symptômes				
Facteurs déclenchants et RHD				
Moment de prise				
Agenda Papier ou électronique				
Automédication				
Contraception	influe sur l'apparition des migraines			
	Obligatoire (accord de soin)			

V. Expérimentation de la trame d'entretien pharmaceutique sur des patients

A. Test de la trame

1. Entretien 1

Nom : Patient 1 Prénom : X, 52 ans Date : 23 Mai 2025		Traitement de la migraine : Laroxyl® : 10 gouttes le soir (depuis 2019) Naratriptan, Profemigr® 150mg, Klipal® codéiné 600/50mg, Lamaline® suppo		
Thèmes abordés		Abordé		Notes et remarques
		OUI	NON	
Traitement et effets indésirables	Crise	X		RAS
	Fond	X		Vaseuse au début du traitement Un peu de sécheresse buccale
Symptômes		X		Nausées +++, proposition de voir avec le médecin pour passer sur un triptan sous forme lyoc Unilatéral, aggravé par l'effort, pulsatile Parfois des auras
Facteurs déclenchants et RHD		X		Facteurs déclenchants : fatigue, mauvais sommeil, stress, hormone, chocolat trop fort, fromage au lait cru, odeur, bruit Fait par la patiente : café, repos au calme dans le noir, froid

Moment de prise		X		Triptan pris dès les 1^{ers} signes de migraine, si besoin repris d'un 2^{ème} comprimé 2 à 3h après ou un Kétoprofène en fonction des effets du 1^{er} triptan Possibilité de prise d'un Paracétamol + Codéine® ou Lamaline® en dernier recours
Agenda Papier ou électronique		X		Pas d'agenda, plus d'envie pour en remplir un Fréquence variable en fonction des mois
Automédication			X	
Contraception	influe sur l'apparition des migraines	X		Patiente en préménopause Majeure partie des migraines dû aux changements hormonaux
	Obligatoire (accord de soin)		X	Non concerné

2. Entretien 2

Nom : Patient 2		Traitement de la migraine :		
Prénom : X, 61 ans		Propranolol : 40mg le matin (Avril 2022)		
Date : 31 Mai 2025		Élétriptan 40mg, Ibuprofène 400mg		
Thèmes abordés		Abordé		Notes et remarques
		OUI	NON	
Traitement et effets indésirables	Crise	X		RAS Ibuprofène pas toujours efficace → proposition de voir avec le médecin pour changer d'AINS
	Fond	X		Fatigue, insomnie
Symptômes		X		Douleur typique de la migraine, être au ralenti associé à des nausées Pas d'aura
Facteurs déclenchants et RHD		X		Ne sais pas identifier ses déclenchant Fait par la patiente : repos dans le noir, café, hydratation
Moment de prise		X		Retarde la prise, prise du triptan 2h après le début de la crise
Agenda Papier ou électronique		X		Oui, mais marque uniquement les dates des crises, parfois la durée
Automédication		X		La boîte de triptan de 10 comprimés peut durer 15j, 1 mois ou 2 mois
Contraception	influe sur l'apparition des migraines	X		Non concerné
	Obligatoire (accord de soin)		X	Non concerné

3. Entretien 3

Nom : Patient		Traitement de la migraine :		
Prénom : X, 27 ans		Laroxyl® : 25mg le soir (mars 2025)		
Date : 3 Juin 2025		Zolmitriptan, Ibuprofène		
Thèmes abordés		Abordé		Notes et remarques
		OUI	NON	
Traitement et effets indésirables	Crise	X		RAS
	Fond	X		RAS
Symptômes		X		Typique Nausée si forte migraine
Facteurs déclenchants et RHD		X		Facteurs déclenchants : fatigue, chaleur Fait par la patiente : calme, café, repos
Moment de prise		X		Prise du triptan dès le début de la crise (dans les 15min) Prise ibuprofène si migraine pas passée complètement (+ pantoprazole) au bout 1h à 2h après la prise du triptan
Agenda Papier ou électronique		X		Pas tenu
Automédication		X		1 boîte de 12cp de Zomig® dure plus d'un mois
Contraception	influe sur l'apparition des migraines	X		Mise en place d'une contraception n'as pas eu d'impact
	Obligatoire (accord de soin)		X	Non concerné

B. Résumé des entretiens

Au cours de ces trois entretiens, j'ai pu remarquer que les migraines avaient un retentissement important sur la qualité de vie du patient et particulièrement lors des événements de la vie en communauté ou au travail. Il y a une grande appréhension à l'idée d'avoir une crise lors de moment de partage et de ne pas pouvoir en profiter pleinement. Au travail, les crises de migraines ne sont pas toujours comprises et il est parfois difficile d'avoir un lieu où se reposer pour faire cesser la crise. Cette appréhension peut être à l'origine d'un cercle vicieux entraînant du stress et favorisant l'apparition de crise de migraine.

Pour les trois patientes interrogées, il en ressort un manque d'intérêt pour le remplissage de l'agenda des migraines. Les raisons principales sont : un manque de régularité (renseignement des grosses crises uniquement, pas des plus petites qui se résolvent spontanément ou celles qui durent plusieurs jours), un manque d'information (uniquement une croix pour les jours de migraines, sans d'autres informations) et une lassitude progressive à le remplir. La solution d'un agenda électronique aurait pu être proposée. Ainsi, évaluer la fréquence de survenue des crises s'avère difficile mais on peut s'appuyer sur la durée de vie d'une boîte de triptan et sur la fréquence de dispensation.

Mon rôle de pharmacien m'a permis d'encourager les patientes à reprendre la tenue de leur agenda des migraines. J'ai eu l'opportunité d'inviter les patientes concernées à discuter avec le médecin concernant le changement de l'AINS prescrit en période de crise ou pour la modification de la forme pharmaceutique du triptan, en vue d'un passage à une forme orodispersible.

La grille m'a aidée à mener un entretien structuré et avoir un plan pour traiter les différents thèmes. Elle sert de référence pour ne pas perdre de vue les différentes thématiques à aborder, permettant ainsi de suivre rapidement l'évolution de l'entretien et de le recentrer si nécessaire. De plus, le fait qu'elle soit sur une seule page facilite la consultation sans avoir à chercher où l'on en est dans les notes.

À l'avenir, lors de la dispensation de traitement contre la migraine, l'avoir à portée de main permettra de faire un point rapide sur les connaissances des patients, d'échanger sur les points importants de la prise de charge, et si besoin, être le point de départ pour une réévaluation du traitement ou le changement de certaines habitudes.

VI. Conclusion

L'élaboration d'une trame d'entretien pharmaceutique pour la migraine donne l'occasion au patient de faire un point sur ses connaissances et ses habitudes, favorisant ainsi une meilleure compréhension du traitement, des facteurs déclenchants et du suivi de la migraine.

Les entretiens réalisés dans le cadre de cette thèse soulignent l'importance du pharmacien dans le suivi des migraines, que ce soit pour les moments de prises du traitement de crise, l'adaptation de certains comportements, ou encore l'encouragement à tenir l'agenda des migraines.

La diffusion de cette trame à d'autres pharmacies d'officine permettra aux patients souffrant de migraines d'accéder à cet entretien, ouvrant ainsi la voie à un dialogue sur leurs traitements et leurs modes de vie face à la migraine.

Le rôle du pharmacien d'officine se diversifie de plus en plus, notamment avec l'introduction des entretiens pharmaceutiques, de la vaccination ou la réalisation de TROD. Ainsi, il est indispensable de créer des outils d'aide à la réalisation de ces nouveaux actes. La conception de cette trame s'inscrit dans cette démarche.

Bibliographie

1. Principaux repères sur les céphalées [Internet]. [cité 7 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
2. Migraine · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 7 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/migraine/>
3. Anamorphik. La migraine [Internet]. FFN. 2024 [cité 7 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.fff-neurologie.fr/maladies/la-migraine/>
4. Les missions du pharmacien d'officine [Internet]. [cité 9 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>
5. Médicaments antiépileptiques : les conditions de prescription évoluent à compter du 30 juin 2025 | ameli.fr | Pharmacien [Internet]. 2025 [cité 9 juill 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/medicaments-antiepileptiques-les-conditions-de-prescription-evoluent-compter-du-30-juin-2025>
6. Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face | www.cen-neurologie.fr [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/second-cycle/migraine-nevralgie-du-trijumeau-et-algies-de-la-face>
7. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité, céphalée de tension [Internet]. [cité 13 nov 2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#1410019257>
8. Agence34. Céphalée de tension - Syndrome de dysfonctionnement [Internet]. SFEMC. 2017 [cité 27 nov 2024]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/le-syndrome-de-dysfonctionnement-de-l-articulation-temporo-mandibulaire-sadam-est-il-responsable-des-cephalees-de-tension/>
9. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 13 nov 2024]. Céphalées de tension - Troubles neurologiques. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/cephalee/cephalees-de-tension>
10. Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face | www.cen-neurologie.fr [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/second-cycle/migraine-nevralgie-du-trijumeau-et-algies-de-la-face>
11. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Céphalées de tension - Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-cerveau-de-la-moelle-epiniere-et-des-nerfs/cephalees/cephalees-de-tension>
12. Agence34. Traitement céphalée de tension [Internet]. SFEMC. 2017 [cité 7 nov 2023]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/comment-traiter-une-cephalee-de-tension/>
13. Ducros A. Migraine et céphalée de tension : ce que doit connaître le rhumatologue. Rev Rhum Monogr. 1 févr 2013;80(1):38-43.
14. Donnet A, Demarquay G, Ducros A. Recommandations 2021 pour le diagnostic et la prise en charge de la migraine chez l'adulte : traitement des crises. Presse Médicale Form. nov 2022;3(5):404-11.
15. PH222_STRATEGIE-THERAPEUTIQUE-migraine.pdf [Internet]. [cité 13 août 2025]. Disponible sur: https://www.revuepharma.fr/wp-content/uploads/2024/12/PH222_STRATEGIE-THERAPEUTIQUE-migraine.pdf
16. Géraud G. Physiopathologie de la migraine. Douleur Analgésie. sept 2010;23(3):126-32.
17. Cremers A. La prise en charge thérapeutique de la migraine chez la femme [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2022 [cité 10 août 2025]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-34447>
18. Demarquay G, Donnet A, Ducros A. Recommandations pour la prise en charge de la migraine chez l'adulte : diagnostic et évaluation. Presse Médicale Form. nov 2022;3(5):395-403.
19. Mawet DJ. www.edimark.fr/webtv/fiche-patient-migraine.

20. VIDAL [Internet]. [cité 14 nov 2024]. Recommandations Migraine. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/migraine-1478.html>
21. Les phases de la migraine – Le prodrome et l’aura - Migraine Buddy [#1 Migraine Monitoring App & Headache Tracker App [Internet]. 2018 [cité 19 nov 2024]. Disponible sur: <https://migrainebuddy.com/fr/2018-12-5-les-phases-de-la-migraine-le-prodrome-et-laura/>
22. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 13 nov 2024]. Migraine - Troubles neurologiques. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-neurologiques/céphalée/migraine>
23. Ducros A, Demarquay G, Donnet E. Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la migraine chez l’adulte : traitement préventif. Presse Médicale Form. nov 2022;3(5):412-20.
24. Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. J Headache Pain. déc 2022;23(1):34.
25. Base de Données Publique des Médicaments Doliprane [Internet]. [cité 11 août 2025]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/60234100/extrait#5.1._Propri%C3%A9t%C3%A9s_pharmacodynamiques
26. Bianchi V, El Anbassi S. Médicaments. 2e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2018. (Prépa pharma).
27. Perrin I. L’essentiel des recommandations de prise en charge de la migraine! [Internet]. SFEMC. 2024 [cité 20 févr 2025]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/lessentiel-des-recommandationsde-prise-en-charge-de-la-migraine/>
28. Résumé des caractéristiques du produit - ASPEGIC ADULTES 1000 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 24 févr 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63936571&typedoc=R>
29. Résumé des caractéristiques du produit - METOCLOPRAMIDE SANDOZ 10 mg, comprimé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 juin 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63177843&typedoc=R#HautDePage>
30. Syndrome malin des neuroleptiques [Internet]. [cité 13 août 2025]. Disponible sur: <https://www.sfm.u.org/toxin/SYNDROME/MALNEURO.HTM>
31. Faure S, Pudlo M. Médicaments 2024-2025. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2024. (Objectif internat pharmacie).
32. Résumé des caractéristiques du produit - PROFEMIGR 150 mg, comprimé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67899241&typedoc=R>
33. Résumé des caractéristiques du produit - SUMATRIPTAN ARROW 50 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 juin 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62459245&typedoc=R#RcpEffetsIndesirables>
34. Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. J Headache Pain. déc 2022;23(1):34.
35. 067-071info-comprimée0113.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://lemedecinquebec.org/Media/119998/067-071info-comprim%C3%A90113.pdf>
36. Ben D. Comparaison des triptans: Sumatriptan vs. Autres options - Migraine Buddy [#1 Migraine Monitoring App & Headache Tracker App [Internet]. 2024 [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://migrainebuddy.com/fr/comparaison-des-triptans-sumatriptan-vs->

autres-options/

37. Fiche info - VYDURA 75 mg, lyophilisat oral - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=65899221>
38. Migraine : symptômes, facteurs déclenchants et évolution [Internet]. [cité 25 juin 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/migraine/symptomes-facteurs-declenchants-evolution>
39. Lucas C. Recommandations : prise en charge de la migraine chez l'adulte.
40. Résumé des caractéristiques du produit - LAROXYL 25 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 27 juin 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65892928&typedoc=R#RcpEffetsIn desirables>
41. Résumé des caractéristiques du produit - PROPRANOLOL ACCORD 40 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 27 juin 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65135519&typedoc=R#RcpEffetsIn desirables>
42. Résumé des caractéristiques du produit - SELOKEN L P 200 mg, comprimé à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 27 juin 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68679426&typedoc=R#RcpEffetsIn desirables>
43. Résumé des caractéristiques du produit - CANDESARTAN ARROW LAB 8 mg, comprimé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 27 juin 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65694106&typedoc=R#HautDePage>
44. Base de Données Publique des Médicaments Nocertone [Internet]. [cité 11 août 2025]. Disponible sur: https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/medicament/69768949/extrait#4.2._Posologie_et_mode_d_administration
45. Résumé des caractéristiques du produit - EPITOMAX 100 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 27 juin 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61913385&typedoc=R#RcpEffetsIn desirables>
46. ANSM [Internet]. [cité 25 juin 2025]. MARR - Topiramate. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/tableau-marr/topiramate>
47. ANSM [Internet]. [cité 25 juin 2025]. MARR - Valproate et dérivés. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/tableau-marr/valproate-et-derives>
48. Résumé des caractéristiques du produit - DEPAKINE 500 mg, comprimé gastro-résistant - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 27 juin 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=60184188&typedoc=R#RcpEffetsIn desirables>
49. [aquipta-epar-product-information_fr.pdf](https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/aquipta-epar-product-information_fr.pdf) [Internet]. [cité 30 juin 2025]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/aquipta-epar-product-information_fr.pdf
50. Résumé des caractéristiques du produit - BOTOX 100 UNITÉS ALLERGAN, poudre pour solution injectable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 30 juin 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62395974&typedoc=R#HautDePage>

e

51. vyepti-epar-product-information_fr.pdf [Internet]. [cité 30 juin 2025]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/vyepti-epar-product-information_fr.pdf
52. emgality-epar-product-information_fr.pdf [Internet]. [cité 30 juin 2025]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/emgality-epar-product-information_fr.pdf
53. ajovy-epar-product-information_fr.pdf [Internet]. [cité 30 juin 2025]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/ajovy-epar-product-information_fr.pdf
54. aimovig-epar-product-information_fr.pdf [Internet]. [cité 30 juin 2025]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/aimovig-epar-product-information_fr.pdf
55. Le remboursement des traitements en France - La voix des migraineux [Internet]. 2023 [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.lavoixdesmigraineux.fr/les-traitements-de-la-migraine/le-remboursement-des-traitements-anti-cgrp-en-france/>
56. sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2025]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_les_entretiens_pharmaceutiques.pdf
57. Résumé des caractéristiques du produit - LAROXYL 50 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62633436&typedoc=R#RcpPosoAdmin>
58. Résumé des caractéristiques du produit - PROPRANOLOL ACCORD 40 mg, comprimé pelliculé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65135519&typedoc=R>
59. Résumé des caractéristiques du produit - LOPRESSOR L.P. 200 mg, comprimé sécable à libération prolongée - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69376930&typedoc=R>
60. Résumé des caractéristiques du produit - ATACAND 8 mg, comprimé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69015780&typedoc=R>
61. Meddispar - 3400935634429 - EPITOMAX [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: [https://www.meddispar.fr/Medicaments/EPITOMAX-100-B-28/\(type\)/name/\(value\)/epitomax/\(cip\)/3400935634429#nav-buttons](https://www.meddispar.fr/Medicaments/EPITOMAX-100-B-28/(type)/name/(value)/epitomax/(cip)/3400935634429#nav-buttons)
62. 20241213-topiramate-feuillet-pharmaciens.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2024/12/13/20241213-topiramate-feuillet-pharmaciens.pdf>
63. Résumé des caractéristiques du produit - EPITOMAX 25 mg, gélule - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 26 févr 2025]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68987922&typedoc=R>
64. Meddispar - 3400931922766 - DEPAKINE [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: [https://www.meddispar.fr/Medicaments/DEPAKINE-500-T-40/\(type\)/name/\(value\)/depakine/\(cip\)/3400931922766#nav-buttons](https://www.meddispar.fr/Medicaments/DEPAKINE-500-T-40/(type)/name/(value)/depakine/(cip)/3400931922766#nav-buttons)
65. 20241213-valproate-feuillet-pharmaciens-v47-novembre-2024.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2024/12/12/20241213-valproate-feuillet-pharmaciens-v47-novembre-2024.pdf>
66. Devianne J, Demarquay G. Céphalée de tension : quelques explications.
67. Agence34. Les facteurs déclenchant la crise de migraine [Internet]. SFEMC. 2017

- [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/quels-sont-les-facteurs-declenchant-de-la-crise-de-migraine/>
68. Agence34. Migraine et contraception [Internet]. SFEMC. 2017 [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://sfemc.fr/migraine-et-contraception-que-retenir/>
 69. Outils | CéphaléeClic [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://cephaleeclic.fr/p/outils>
 70. Échelle-mTOQ-5.pdf [Internet]. [cité 7 août 2025]. Disponible sur: <https://cephaleeclic.fr/storage/146/E%CC%81chelle-mTOQ-5.pdf>
 71. hit_2022.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2024]. Disponible sur: https://sfemc.fr/wp-content/uploads/2022/05/hit_2022.pdf
 72. Échelle-MIDAS.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2024]. Disponible sur: <https://cephaleeclic.fr/storage/49/E%CC%81chelle-MIDAS.pdf>
 73. 20241213-topiramate-attestation-information-partagee.pdf [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2024/12/11/20241213-topiramate-attestation-information-partagee.pdf>
 74. 20241213-valproate-attestation-information-partagee-femmes-v1-novembre-2024.pdf [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2024/12/12/20241213-valproate-attestation-information-partagee-femmes-v1-novembre-2024.pdf>
 75. 20241213-valproate-attestation-information-partagee-v1-novembre-2024.pdf [Internet]. [cité 8 août 2025]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2024/12/12/20241213-valproate-attestation-information-partagee-v1-novembre-2024.pdf>

Annexes

ANNEXE 1 : AGENDA DES MIGRAINES (69)



Agenda de la migraine

Cachet du médecin

Afin d'optimiser la prise en charge de votre migraine, il est recommandé de tenir un agenda des crises (modèle joint). Cet outil devrait permettre à votre médecin de mieux percevoir la sévérité de la migraine, de tenir compte du retentissement sur votre vie quotidienne, de guider le choix thérapeutique et de suivre l'évolution dans le temps.

Mode d'emploi :

- **Nom et prénom** : identification du patient
- **Mois – année** : dater la période de réalisation
- **Horaire** : inscrire l'heure de début estimée de la crise ou la période de la journée
- **Durée** : noter la durée de la crise
- **Intensité** : coter la sévérité de la crise de légère +, modérée ++ à sévère +++
- **Symptômes associés** : nausées +/- vomissements, intolérance au bruit ou à la lumière, vertiges, troubles de la vision, troubles de la parole, troubles sensitifs...
- **Facteurs déclenchants** : aliment, boisson, jeûne, stress, climat, sommeil, odeur, week-end, vacances, lumière, écran, activité physique...
- **Médicaments** : indiquer le nom et la dose des traitements de crise utilisés
- **Évolution** : renseigner l'évolution de la crise
- **Si vous êtes une femme, préciser le premier jour des règles en entourant la date correspondante dans la première colonne**

AGENDA DE LA MIGRAINE



Nom et prénom :

Mois - année :

Jour	Heure	Durée	Intensité	Symptômes associés	Facteurs déclenchants	Médicament(s)	Evolution
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							

Intensité : +, ++, +++

Médicament(s) : indiquer le nom et la dose des traitements de crise utilisés



Échelle mTOQ-5

Évaluation de l'efficacité du traitement crise des migraines

Cachet du médecin

Afin d'évaluer l'efficacité du traitement de **crise** des migraines, l'échelle m-TOQ-5 (migraine Treatment Optimization Questionnaire-5) a été développée. Il s'agit d'un instrument de mesure conçu pour mesurer l'effet d'une stratégie médicamenteuse.

Cet outil permet à votre médecin de mieux percevoir l'impact de votre traitement, de tenir compte du retentissement sur votre vie quotidienne, de guider son choix thérapeutique et de suivre l'évolution dans le temps.

Mode d'emploi :

- L'évaluation peut être réalisée soit par le patient avant la consultation (auto-questionnaire) ou par le praticien (hétéro-questionnaire)
 - Pour le remplissage du questionnaire, tenir compte de vos dernières crises de migraine. Entourez votre réponse sur la ligne correspondante : OUI/NON
 - **Résultats** : si le patient répond « oui » aux 5 questions, il n'est pas nécessaire de changer de traitement mais il suffit d'une réponse négative pour le modifier
- ➔ Toutefois si le patient répond « oui » à toutes les questions mais évoque un impact important sur sa qualité de vie, des crises fréquentes ou un abus médicamenteux il faut envisager un traitement de fond

Nom et prénom :

Date de réalisation :

Résultat :



1. Après avoir pris votre traitement de crise, ne ressentez-vous plus de douleur dans les 2 heures suivant la plupart des crises ?

OUI

NON

2. Une prise de médicament soulage-t-elle votre mal de tête et le maintien-t-il à distance pendant au moins 24h ?

OUI

NON

3. Êtes-vous capable de reprendre rapidement vos activités normales (travail, loisirs, familiales, sociales) ?

OUI

NON

4. Ce traitement est-il bien toléré ?

OUI

NON

5. Êtes-vous suffisamment à l'aise avec vos médicaments pour pouvoir planifier vos activités quotidiennes ?

OUI

NON



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COLONNE 1 (0 point par réponse) + COLONNE 2 (0 point par réponse) + COLONNE 3 (0 point par réponse) + COLONNE 4 (0 point par réponse) + COLONNE 5 (0 point 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.

Besoin d'aide pour comprendre vos maux de tête ?

Rendez-vous sur le site de la Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées : <https://sfemc.fr/> pour des informations validées par des spécialistes.



Échelle MIDAS Évaluation de l'impact fonctionnel des céphalées

Cachet du médecin

Afin d'examiner le retentissement fonctionnel résultant de vos maux de tête, il est préconisé d'utiliser l'échelle MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale). Il s'agit d'un instrument de mesure validé conçu pour évaluer le caractère invalidant des crises, au cours des 3 derniers mois.

Cet outil permet à votre médecin de mieux percevoir la sévérité des symptômes, de tenir compte du retentissement sur votre vie quotidienne, de guider son choix thérapeutique et de suivre l'évolution dans le temps.

Mode d'emploi :

- L'évaluation peut être réalisée soit par le patient avant la consultation (auto-questionnaire) ou par le praticien (hétéro-questionnaire)
- Pour le remplissage du questionnaire, tenir compte des maux de tête que vous avez eus au cours des 3 derniers mois. Écrivez votre réponse sur la ligne correspondante en indiquant le nombre de jours approprié
- Additionner les jours des 5 items pour former le score sans tenir compte des questions A et B
- Résultats : l'interprétation suivante peut-être proposée :
 - ☐ **Grade I (0 à 5 jours)** : handicap minime
 - ☐ **Grade II (6 à 10 jours)** : handicap modéré
 - ☐ **Grade III (11 à 20 jours)** : handicap marqué
 - ☐ **Grade IV (≥ 21 jours)** : handicap sévère

Nom et prénom :

Date de réalisation :

Score obtenu en jours :



1. Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours avez-vous été absent(e) du travail ou de l'école en raison de vos maux de tête ?

_____ jours

2. Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours votre productivité au travail ou à l'école a-t-elle été réduite de moitié ou plus en raison de vos maux de tête ? *N'incluez pas les jours d'absence indiqués à la question 1*

_____ jours

3. Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours avez-vous été incapable d'effectuer des travaux domestiques en raison de vos maux de tête ?

_____ jours

4. Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours votre capacité à effectuer des travaux domestiques a-t-elle été réduite de moitié ou plus en raison de vos maux de tête ? *N'incluez pas les jours d'absence indiqués à la question 3*

_____ jours

5. Au cours des 3 derniers mois, pendant combien de jours avez-vous renoncé à des activités familiales, sociales ou de loisirs en raison de vos maux de tête ?

_____ jours

- A. Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois avez-vous souffert de céphalées ? *Si un épisode a duré plus d'une journée, comptez chaque journée*

- B. Sur une échelle de 0 à 10 quel score moyen de gravité attribueriez-vous à ces céphalées ? *0 équivaut à l'absence de douleur, et 10 à la douleur la plus intense*

ANNEXE 5 : ATTESTATION D'INFORMATION PARTAGÉE POUR LES PATIENTES SANS RISQUE
DE SURVENUE DE GROSSESSE SOUS TOPIRMATE (73)

FEUILLET 1

ATTESTATION D'INFORMATION PARTAGÉE

Attestation destinée aux patientes présentant une stérilité définitive ou ne présentant actuellement aucun risque de survenue de grossesse pour lesquelles un traitement par une spécialité à base de topiramate est envisagé ou est en cours :

EPITOMAX® et ses génériques

A présenter à la pharmacie à chaque délivrance du médicament

Nom du médecin prescripteur :

Nom et prénom de la patiente :

Nom et prénom de son représentant * (si applicable) :

Partie à compléter et signer par la patiente

☐ Je / Mon représentant confirme qu'à ce jour je ne présente aucun risque de survenue de grossesse.

Par conséquent, les sections A et B de cette attestation ne s'appliquent pas à ma situation et ne seront pas renseignées. Cependant j'ai/Il a compris que :

☐ cette attestation devra être présentée à la pharmacie accompagnée de l'ordonnance pour chaque délivrance de mon médicament

Pour les patientes ne présentant actuellement aucun risque de grossesse :

☐ Je dois consulter au moins une fois par an mon médecin spécialiste (neurologue ou pédiatre) ou un médecin compétent « douleur » et sans attendre si ma situation au regard du risque de survenue de grossesse change

Signature de la patiente ou de son représentant :

Date :

Partie à compléter et signer par le prescripteur

Si la patiente présente une stérilité définitive

Cette attestation est à compléter :

- **par tout médecin prescripteur** (généraliste, neurologue, pédiatre ou médecin compétent « douleur »)

- **une seule fois** et reste alors valable pendant toute la durée du traitement.

☐ Selon le dossier médical de la patiente (ou son représentant), celle-ci **présente une stérilité définitive**. Par conséquent, je confirme que les sections A et B de cette attestation ne s'appliquent pas et ne seront pas renseignées. De plus, les conditions de prescription et de délivrance spécifiques aux patientes susceptibles de procréer ne s'appliquent pas.

Néanmoins, j'ai bien signalé à la patiente qu'elle doit présenter cette attestation pour toute délivrance de son médicament.

Date :

Signature et tampon :

Si la patiente ne présente actuellement aucun risque de survenue de grossesse

Cette attestation est à compléter :

- **uniquement par un neurologue, un pédiatre ou un médecin compétent « douleur »**

- **au moins tous les ans**

- **si la situation de la patiente au regard du risque de survenue de grossesse évolue**

☐ Selon les informations partagées par la patiente (ou son représentant), celle-ci ne présente **actuellement** aucun risque de survenue de grossesse. Par conséquent, je confirme que les sections A et B de cette attestation ne s'appliquent pas et ne seront pas renseignées.

Néanmoins, j'ai bien informé la patiente du fait :

- que cette attestation doit être renseignée et signée chaque année, et plus tôt si sa situation évolue au regard du risque de survenue de grossesse.

- qu'elle doit présenter cette attestation pour toute délivrance de son médicament.

Date :

Signature et tampon :

ANNEXE 6 : ATTESTATION D'INFORMATION PARTAGÉE POUR LES PATIENTES SUSCEPTIBLES
D'AVOIR DE GROSSESSE SOUS TOPIRAMATE(73)

FEUILLET 2 (SECTIONS A ET B)

ATTESTATION D'INFORMATION PARTAGÉE

Attestation destinée aux filles, aux adolescentes et aux femmes susceptibles
d'avoir des enfants et aux femmes enceintes pour lesquelles un traitement par
une spécialité à base de topiramate est envisagé ou en cours :

EPITOMAX® et ses génériques

A présenter à la pharmacie à chaque délivrance du médicament

A

À remplir et signer par le médecin spécialiste
(neurologue, pédiatre ou médecin compétent « douleur »)



Nom et prénom de la patiente :

Nom et prénom de son représentant * (si applicable) :

Je confirme que la patiente susmentionnée a besoin de topiramate car :

- ☐ Cette patiente ne répond pas de manière adéquate aux autres traitements
- ☐ Cette patiente ne tolère pas les autres traitements

Je confirme que j'ai expliqué les points suivants à la patiente susmentionnée (ou représentant *) :

- ☐ Les enfants exposés au topiramate pendant la grossesse présentent les risques suivants :
 - Risque de malformations congénitales majeures, environ trois fois supérieur à celui observé dans le groupe de comparaison (**). Ces malformations incluent des fentes des lèvres et du palais (fentes labiales et palatines), des atteintes des organes génitaux (hypospadias) et une diminution de la taille de la tête et du cerveau (microcéphalies). Selon les dernières études, le risque observé de malformations majeures s'élève jusqu'à 9,5 %. Risque augmenté de petit poids à la naissance du nouveau-né (***);
 - Risque de troubles neurodéveloppementaux 2 à 3 fois plus élevé que celui observé dans le groupe de comparaison (****). L'extrapolation des résultats de cette étude à la population française permet d'estimer :
 - un risque de survenue de troubles du spectre autistique jusqu'à 6 %
 - un risque de survenue d'une déficience intellectuelle jusqu'à 8 %
 - un risque de survenue de trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)
- ☐ Le traitement par topiramate doit être considéré au cas par cas et réévalué régulièrement par un médecin spécialiste de la migraine ou de l'épilepsie et ce, au regard du risque du topiramate en cas de grossesse et des alternatives thérapeutiques disponibles.
- ☐ Le topiramate pour la prophylaxie de la migraine est contre-indiqué pendant la grossesse et chez patientes susceptibles de procréer n'utilisant pas de contraception hautement efficace.
- ☐ Le topiramate pour l'épilepsie est contre-indiqué pendant la grossesse, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique appropriée et chez les patientes susceptibles de procréer n'utilisant pas de contraception hautement efficace. La seule exception concerne une patiente épileptique avec un projet de grossesse mais pour laquelle il n'existe pas d'alternative appropriée et qui a été pleinement informée des risques liés à la prise de topiramate pendant la grossesse.

Dans la prophylaxie de la migraine et dans l'épilepsie, chez la patiente susceptible de procréer, l'utilisation du topiramate n'est possible que si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- ☐ La nécessité qu'un médecin spécialiste réévalue régulièrement le traitement par topiramate (au moins 1 fois par an) et la nécessité ou non de le poursuivre.
- ☐ La nécessité d'obtenir un test de grossesse plasmatique négatif à l'initiation du traitement. La réalisation de tests de grossesse au cours du traitement pourra s'envisager si nécessaire, en fonction du contexte clinique, à l'appréciation du médecin prescripteur (si la patiente est susceptible de procréer).
- ☐ La nécessité d'utiliser au moins une contraception hautement efficace (telle qu'un dispositif intra-utérin) ou deux formes de contraception complémentaires dont une méthode barrière, pendant toute la durée du traitement par topiramate et au moins 4 semaines après l'arrêt du traitement (si la patiente est susceptible de procréer).
- ☐ La nécessité de fixer un rendez-vous avec un médecin spécialiste dès qu'elle envisage une grossesse afin de s'assurer de discuter en temps utile du passage à d'autres traitements, c'est-à-dire avant l'arrêt de la contraception et avant la conception.
- ☐ La nécessité de contacter son médecin spécialiste immédiatement en cas de grossesse suspectée pour réévaluer en urgence le traitement et mettre en place une surveillance spécifique de son enfant à naître pendant la grossesse et de son bébé / enfant après la naissance

Dans l'épilepsie, en cas de grossesse, je confirme que la patiente :

- ☐ a été informée des risques malformatifs et des risques de troubles neurodéveloppementaux pour le futur enfant
- ☐ reçoit la dose efficace de topiramate la plus faible possible
- ☐ est informée que si elle souhaite poursuivre sa grossesse, une surveillance spécifique de son enfant à naître pendant la grossesse et de son bébé / enfant après la naissance est nécessaire.

Nom du médecin prescripteur :

Signature et tampon :

Date :



J'ai / Mon représentant * a discuté des éléments suivants avec mon médecin spécialiste et j'ai / mon représentant * a compris les points suivants :

- ☐ Pourquoi j'ai besoin du topiramate plutôt que d'un autre médicament.
- ☐ Je dois consulter au moins une fois par an un médecin spécialiste pour vérifier si le traitement par topiramate reste la meilleure option pour moi.
- ☐ Les enfants exposés au topiramate pendant la grossesse présentent les risques suivants :
 - Risque de malformations congénitales majeures, environ trois fois supérieur à celui observé dans le groupe de comparaison (**). Ces malformations incluent des fentes des lèvres et du palais (fentes labiales et palatines), des atteintes des organes génitaux (hypospadias) et une diminution de la taille de la tête et du cerveau (microcéphalies). Selon les dernières études, le risque observé de malformations majeures s'élève jusqu'à 9,5 %.
 - Risque augmenté de petit poids à la naissance du nouveau-né (***) ;
 - Risque de troubles neurodéveloppementaux 2 à 3 fois plus élevé que celui observé dans le groupe de comparaison (****). L'extrapolation des résultats de cette étude à la population française permet d'estimer :
 - un risque de survenue de troubles du spectre autistique jusqu'à 6 %
 - un risque de survenue d'une déficience intellectuelle jusqu'à 8 %
 - un risque de survenue de trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Ces risques de troubles neuro-développementaux ne sont pas visibles à l'échographie :

Les enfants exposés au topiramate doivent faire l'objet d'une surveillance spécifique pendant la grossesse et après la naissance.

- ☐ La raison pour laquelle je dois obtenir un test de grossesse plasmatique négatif, avant le début du traitement et si nécessaire par la suite (si je suis susceptible d'avoir des enfants). Des tests de grossesse pourront être réalisés durant le traitement si nécessaire selon l'avis de mon médecin.
- ☐ Je dois utiliser au moins une méthode de contraception hautement efficace (par exemple un dispositif intra utérin ou stérilet ou 2 méthodes de contraception complémentaires comme la pilule avec une méthode de contraception barrière (préservatif ou diaphragme)), sans interruption, pendant toute la durée du traitement par topiramate et **pendant au moins un mois après son arrêt** (si je suis susceptible d'avoir des enfants). En effet, le topiramate peut rendre ma pilule contraceptive moins efficace.
 - ☐ Et/ou nous avons prévu une consultation avec un professionnel spécialisé pour des conseils en matière de contraception efficace.
- ☐ **La nécessité de consulter mon médecin spécialiste dès que j'envisage une grossesse afin d'en discuter et de recourir à d'autres traitements avant l'arrêt de la contraception et avant la conception.**
- ☐ Je dois demander un rendez-vous en urgence avec mon médecin spécialiste si je pense être enceinte.
- ☐ **Le topiramate pour l'épilepsie est contre-indiqué pendant la grossesse sauf en l'absence d'alternative thérapeutique appropriée, et chez les patientes susceptibles de procréer n'utilisant pas de contraception hautement efficace. La seule exception concerne une patiente épileptique avec un projet de grossesse mais pour laquelle il n'existe pas d'alternative appropriée et qui a été pleinement informée des risques liés à la prise de topiramate pendant la grossesse.**
- ☐ **Dans l'épilepsie, en cas de grossesse, je confirme que j'ai discuté avec mon médecin spécialiste et compris les points suivants :**
 - ☐ **J'ai compris que le topiramate est contre-indiqué pendant la grossesse sauf en cas de nécessité absolue, c'est-à-dire si c'est le seul traitement qui me convient après examen des autres traitements disponibles.**
 - ☐ **J'ai compris que je ne dois pas arrêter mon traitement sans avoir vu mon médecin car un arrêt brutal du traitement peut conduire à la recrudescence des crises, ce qui pourrait avoir de graves conséquences pour moi et pour mon enfant**
- ☐ J'ai compris que si je souhaite poursuivre ma grossesse une surveillance spécifique de mon enfant à naître pendant la grossesse et du développement de mon bébé / enfant après la naissance est nécessaire.
- ☐ J'ai compris que les troubles neuro-développementaux ne se verront jamais à l'échographie.

Le topiramate pour la prophylaxie de la migraine est contre-indiqué pendant la grossesse et chez les patientes susceptibles de procréer n'utilisant pas de contraception hautement efficace.

- ☐ **Dans le traitement prophylactique de la migraine, j'ai discuté avec mon médecin et j'ai compris que le topiramate est contre-indiqué en cas de grossesse.**
- ☐ En cas de grossesse imprévue, j'ai compris qu'il fallait que je contacte mon médecin en urgence.
- ☐ À la pharmacie, je dois obligatoirement présenter cette attestation d'information signée et datant de moins d'un an accompagnée de l'ordonnance du neurologue, du pédiatre ou du médecin compétent « douleur » datant de moins d'un an et de l'ordonnance du médecin qui renouvelle le traitement le cas échéant.

Nom et prénom de la patiente :

Nom et prénom de son représentant * (si applicable) :

Signature et tampon :

Date :

Le résumé des caractéristiques du produit et la notice sont consultables sur la base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Des documents complémentaires sont disponibles sur le site de l'ANSM à l'adresse suivante : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-et-grossesse/topiramate-et-grossesse> et sur les sites internet des laboratoires commercialisant des spécialités à base de topiramate.



Ce document a été élaboré sous l'autorité de l'ANSM en collaboration avec les associations de patients, les sociétés savantes et les laboratoires commercialisant des médicaments à base de topiramate qui en assurent la diffusion.

ANNEXE 7 : ATTESTATION D'INFORMATION PARTAGÉE POUR LES PATIENTES SANS RISQUE DE SURVENUE DE GROSSESSE SOUS VALPROATE(74)

FEUILLET 1

Attestation d'information partagée

Attestation destinée aux patientes présentant une stérilité définitive ou ne présentant actuellement aucun risque de survenue de grossesse et traitées par les spécialités à base de valproate :

Dépakine®, Dépakine Chrono®, Micropakine®, Dépakote® ou Dépamide® et leurs génériques

A présenter à la pharmacie à chaque délivrance du médicament

Cette attestation signée devra impérativement être présentée à la pharmacie avec l'ordonnance pour la délivrance du médicament

Nom du médecin prescripteur :	
Nom et prénom de la patiente :	
Nom et prénom de son représentant* (si applicable) :	
PARTIE À COMPLETER ET SIGNER PAR LA PATIENTE	
☐ Je / Mon représentant* confirme qu'à ce jour je ne présente aucun risque de survenue de grossesse.	
Par conséquent, les sections A et B de cette attestation ne s'appliquent pas à ma situation et ne seront pas renseignées. Cependant j'ai/mon représentant a compris que :	
☐ Cette attestation devra être présentée à la pharmacie accompagnée de l'ordonnance pour chaque délivrance de mon traitement	
Pour les patientes ne présentant actuellement aucun risque de grossesse :	
☐ Je dois consulter au moins une fois par an mon médecin spécialiste (neurologue, psychiatre ou pédiatre), et sans attendre si ma situation au regard du risque de survenue de grossesse change.	
Date :	
Signature de la patiente ou de son représentant* :	
PARTIE À COMPLETER ET SIGNER PAR LE PRESCRIPTEUR	
Si la patiente présente une stérilité définitive	Si la patiente ne présente actuellement aucun risque de survenue de grossesse
Cette attestation est à compléter une seule fois et reste alors valable pendant toute la durée du traitement.	<u>Cette attestation est à compléter :</u>
☐ Selon le dossier médical de la patiente, celle-ci présente une stérilité définitive . Par conséquent, je confirme que les sections A et B de cette attestation ne s'appliquent pas et ne seront pas renseignées. De plus, les conditions de prescription et de délivrance spécifiques aux filles, aux adolescentes et aux femmes susceptibles d'avoir des enfants ne s'appliquent pas.	- par le médecin spécialiste (neurologue, psychiatre ou pédiatre);
Néanmoins, j'ai bien informé la patiente du fait qu'elle doit présenter cette attestation pour toute délivrance de son traitement.	- au moins tous les ans
Date :	- si la situation de la patiente au regard du risque de survenue de grossesse évolue.
Signature et tampon :	☐ Selon les informations partagées par la patiente (ou son représentant*), celle-ci ne présente actuellement aucun risque de survenue de grossesse. Par conséquent, je confirme que les sections A et B de cette attestation ne s'appliquent pas et ne seront pas renseignées.
	Néanmoins, j'ai bien informé la patiente du fait :
	- que cette attestation doit être renseignée et signée chaque année, et plus tôt si sa situation évolue au regard du risque de survenue de grossesse.
	- qu'elle doit présenter cette attestation pour toute délivrance de son médicament.
	Date :
	Signature et tampon :

*Pour les patientes mineures, les parents ou la/les personnes titulaires de l'autorité parentale ; pour les patientes majeures protégées par la loi, le représentant légal.

ANNEXE 8 : ATTESTATION D'INFORMATION PARTAGEE POUR LES PATIENTES SUSCEPTIBLE D'AVOIR UNE GROSSESSE SOUS VALPROATE(74)

B À remplir et signer par la patiente ou son représentant*

	OUI
J'ai discuté des éléments suivants avec mon médecin spécialiste et j'ai compris les points suivants :	
Pourquoi j'ai besoin du valproate plutôt que d'un autre médicament	☐
Je dois consulter régulièrement un médecin spécialiste (au moins une fois par an) pour vérifier si le traitement par valproate reste la meilleure option pour moi.	☐
Les enfants dont la mère a pris du valproate pendant la grossesse, présentent les risques suivants : • environ 11% de malformations congénitales majeures et • jusqu'à 30 à 40 % de troubles du développement et du comportement tels que troubles psychomoteurs, troubles du langage, troubles de l'attention, qui peuvent conduire à des troubles importants de l'apprentissage, et un risque augmenté de troubles du spectre autistique et d'autisme.	☐
La raison pour laquelle je dois obtenir un test de grossesse plasmatique négatif (sensibilité minimale du test : 25 mUI/mL), au début du traitement et si nécessaire par la suite (si je suis susceptible d'avoir des enfants). Il est recommandé de réaliser un test de grossesse tous les mois (plasmatique ou urinaire d'une sensibilité de 25mUI/mL).	☐
Je dois utiliser au moins une méthode de contraception efficace, sans interruption, pendant toute la durée du traitement par valproate et jusqu'à 1 mois après l'arrêt du traitement (si je suis susceptible d'avoir des enfants). L'utilisation d'au moins une méthode de contraception efficace est primordiale pendant un traitement par valproate.	☐
Les différentes possibilités de contraception efficace (de préférence une méthode dont l'efficacité ne dépend pas de l'utilisateur, telle qu'un dispositif intra-utérin ou un implant contraceptif), ou deux méthodes de contraception complémentaires incluant une méthode barrière, doivent être utilisées. Et/ou nous avons prévu une consultation avec un professionnel spécialisé pour le conseil en matière de contraception efficace.	☐
La nécessité de consulter mon médecin spécialiste dès que j'envisagerai une grossesse afin de m'assurer de discuter et de passer à d'autres traitements avant la conception et avant l'arrêt de la contraception.	☐
Je dois demander un rendez-vous en urgence avec mon médecin spécialiste si je pense être enceinte.	☐
J'ai reçu un exemplaire de la brochure patiente.	☐
Dans l'épilepsie, en cas de grossesse, je confirme que j'ai discuté avec mon médecin spécialiste et compris les points suivants : • j'ai la possibilité d'avoir des conseils et un soutien pendant la grossesse • il est nécessaire d'assurer une surveillance spécifique de l'enfant à naître pendant la grossesse et du développement de mon bébé / enfant après la naissance	☐
Dans le trouble bipolaire, je confirme que j'ai discuté avec mon médecin spécialiste et que j'ai compris que le valproate était contre-indiqué en cas de grossesse.	☐
J'ai été informée que je dois présenter cette attestation signée accompagnée de l'ordonnance à la pharmacie pour chaque délivrance du traitement.	☐

Nom et prénom de la patiente :
Nom et prénom de son représentant légal* (si applicable) :
Date : Signature et tampon :



*Pour les patientes mineures, les parents ou la/les personnes titulaires de l'autorité parentale ; pour les patientes majeures protégées par la loi, le représentant légal.
Version 7 - Novembre 2024 - Document diffusé sous l'autorité de l'ANSM

Attestation d'information partagée

Attestation destinée aux filles, aux adolescentes, aux femmes susceptibles d'avoir des enfants et traitées par les spécialités à base de valproate :

Dépakine®, Dépakine Chrono®, Micropakine®, Dépakote® ou Dépamide® et leurs génériques

A présenter à la pharmacie à chaque délivrance du médicament

Cette attestation signée devra impérativement être présentée à la pharmacie avec l'ordonnance pour la délivrance du médicament

A

À remplir et signer par le médecin spécialiste (neurologue, psychiatre ou pédiatre)

Nom et prénom de la patiente :

Nom et prénom de son représentant légal* (si applicable) :

	OUI
Je confirme que la patiente susmentionnée a besoin de valproate car : - Cette patiente ne répond pas de manière adéquate aux autres traitements, - Cette patiente ne tolère pas les autres traitements.	☐ ☐
Je confirme que j'ai expliqué les points suivants à la patiente susmentionnée (ou son représentant *) : Les enfants exposés au valproate pendant la grossesse présentent les risques suivants : - environ 11 % de malformations congénitales majeures ; et - jusqu'à 30 à 40 % de troubles du développement et du comportement tels que troubles psychomoteurs, troubles du langage, troubles de l'attention, qui peuvent conduire à des troubles importants de l'apprentissage, et un risque augmenté de troubles du spectre autistique et d'autisme.	☐
Le valproate est contre-indiqué pendant la grossesse (sauf dans des situations exceptionnelles de patientes épileptiques résistantes ou intolérantes aux autres traitements).	☐
Le valproate est contre-indiqué chez les patientes susceptibles de procréer sauf si toutes les conditions du programme de prévention de la grossesse sont remplies :	☐
- La nécessité qu'un médecin spécialiste réévalue régulièrement le traitement par valproate (au moins une fois par an) et la nécessité ou non de le poursuivre - La nécessité d'obtenir un test de grossesse plasmatique négatif (sensibilité minimale de 25mUI/mL) à l'initiation du traitement puis à intervalles réguliers pendant le traitement (test de grossesse recommandé tous les mois (plasmatique ou urinaire d'une sensibilité de 25mUI/mL)) (si la patiente est susceptible de procréer) - La nécessité d'utiliser au moins une méthode de contraception efficace sans interruption pendant toute la durée du traitement par valproate et jusqu'à 1 mois après l'arrêt du traitement (si la patiente est susceptible de procréer) - La nécessité de fixer un rendez-vous avec un médecin spécialiste dès qu'elle envisage une grossesse afin de s'assurer de discuter en temps utile du passage à d'autres traitements, c'est-à-dire : avant la conception et avant l'arrêt de la contraception. - La nécessité de contacter son médecin spécialiste immédiatement pour réévaluer en urgence le traitement en cas de grossesse suspectée ou accidentelle.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
J'ai remis à la patiente ou au représentant légal* un exemplaire de la brochure patiente et je lui ai expliqué la nécessité de conserver la carte patiente.	☐
Dans l'épilepsie, en cas de grossesse, je confirme que la patiente : - est résistante ou intolérante à tous les autres traitements - reçoit la dose efficace de valproate la plus faible possible - est informée de la possibilité d'avoir des conseils et un soutien pendant la grossesse - est informée de la nécessité d'une surveillance spécifique de son enfant à naître pendant la grossesse et de son bébé / enfant après la naissance	☐ ☐ ☐ ☐

Nom du médecin spécialiste :

Date : Signature et tampon :

*Pour les patientes mineures, les parents ou la/les personnes titulaires de l'autorité parentale ; pour les patientes majeures protégées par la loi, le représentant légal.

ANNEXE 9 : ATTESTATION INFORMATION PARTAGEE POUR LES PATIENTS SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES ENFANTS SOUS VALPROATE(75)

Attestation destinée aux ADOLESCENTS et HOMMES susceptibles d'avoir des enfants traités par les spécialités à base de valproate :
Dépakine®, Dépakine Chrono®, Micropakine®,
Dépakote® ou Dépamide® et leurs génériques

A À remplir et signer par le médecin

Nom et prénom du patient :
Nom et prénom de son représentant légal* (si applicable) :
☐ Tout médecin : je renouvelle l'attestation initiale d'un médecin spécialiste

	OUI
Je confirme que le patient susmentionné a besoin de valproate et que j'ai abordé avec lui les informations suivantes :	
Le risque potentiel de troubles neuro-développementaux chez les enfants nés de pères traités par valproate dans les trois mois précédant la conception.	☐
- Une étude observationnelle rétrospective menée dans trois pays nordiques suggère une augmentation du risque de troubles neurodéveloppementaux (TND) chez les enfants (de 0 à 11 ans) nés de pères traités par valproate en monothérapie dans les 3 mois précédant la conception par rapport à ceux dont les pères étaient traités par lamotrigine ou lévétiracétam en monothérapie avec un Hazard Ratio (HR) ajusté de 1,50 (IC à 95 % : 1,09-2,07). - Le risque cumulé de TND, ajusté sur les principaux facteurs de confusion et de risque paternels et maternels, était, selon les pays, compris entre 4,0% et 5,6% dans le groupe des pères exposés au valproate, et de 2,3% à 3,2% dans le groupe des pères exposés à la lamotrigine ou au lévétiracétam en monothérapie. Le nombre de patients inclus dans l'étude n'était pas suffisant pour étudier les associations avec des sous-types spécifiques de TND (critère d'évaluation composite comprenant les troubles du spectre autistique, le déficit intellectuel, les troubles de la communication, les troubles du déficit de l'attention/de l'hyperactivité, les troubles du mouvement). - L'étude n'a pas évalué le risque de TND chez les enfants nés d'hommes ayant arrêté le valproate plus de 3 mois avant la conception.	
La nécessité d'une réévaluation régulière (au moins une fois par an) du traitement et la prise en compte d'alternatives thérapeutiques par un médecin.	☐
La nécessité d'une contraception efficace, y compris pour la partenaire de sexe féminin, pendant le traitement par valproate et au moins 3 mois après l'arrêt du traitement.	☐
La nécessité de ne pas faire de don de sperme pendant le traitement par valproate et au moins 3 mois après l'arrêt du traitement. Le patient a la possibilité d'envisager de faire conserver son sperme avant de débiter le traitement.	☐
La nécessité pour le patient de consulter son médecin spécialiste dès qu'il envisage de concevoir un enfant et avant d'arrêter la contraception, afin de discuter des alternatives thérapeutiques avant la conception.	☐
La nécessité pour le patient et sa partenaire de sexe féminin de consulter rapidement leur médecin respectif en cas de grossesse alors que le patient est sous traitement ou dans les 3 mois suivant l'arrêt du traitement, pour évaluation et conseils.	☐
Que le patient ne doit en aucun cas arrêter son traitement par valproate sans en parler à son médecin spécialiste, car l'épilepsie ou le trouble bipolaire pourraient s'aggraver.	☐
J'ai remis au patient et/ou à son représentant légal un exemplaire de la Brochure d'information sur le valproate destinée aux adolescents/hommes susceptibles de procréer.	☐

Nom du médecin :
Date : Signature et tampon :

*Pour les patients mineurs, les parents ou la/les personnes titulaires de l'autorité parentale ; pour les patients majeurs protégés par la loi, le représentant légal.
Version 1 - Novembre 2024 - Document diffusé sous l'autorité de l'ANSM



À remplir et signer par le patient ou son représentant*

	OUI
J'ai été informé des points suivants par mon médecin et j'ai compris les éléments suivants :	
Je dois consulter régulièrement un médecin (au moins une fois par an) afin de vérifier si le traitement par valproate reste la meilleure option pour moi.	☐
Il existe un risque potentiel lié à la prise de valproate lors de la conception d'un enfant : • Une étude suggère que si je prends du valproate dans les 3 mois avant et/ou au moment de la conception, mon enfant pourrait présenter un risque plus élevé de troubles neuro-développementaux en comparaison avec les enfants nés de pères ayant utilisé de la lamotrigine ou du lévétiracétam, d'autres médicaments pouvant être utilisés pour traiter une épilepsie. • Dans cette étude, environ 5% des enfants ont présenté de tels troubles lorsqu'ils sont nés de pères traités par valproate et environ 3% des enfants lorsqu'ils sont nés de pères traités par les autres médicaments. • Il n'existe pas de données sur ce risque potentiel pour les enfants conçus plus de trois mois après l'arrêt du traitement par valproate (le temps nécessaire à la formation de nouveau sperme).	☐
Moi et ma partenaire de sexe féminin devons utiliser une contraception efficace pendant que je suis traité par valproate et au moins 3 mois après l'arrêt du traitement.	☐
Si j'envisage de concevoir un enfant, je dois consulter mon médecin spécialiste avant l'arrêt de la contraception, pour discuter des autres traitements possibles.	☐
Je ne dois pas faire de don de sperme pendant le traitement par valproate et au moins 3 mois après l'arrêt du traitement. J'ai compris que j'ai la possibilité de faire conserver mon sperme avant le début du traitement.	☐
Moi et ma partenaire de sexe féminin devons contacter rapidement les médecins en charge de nos suivis médicaux respectifs pour obtenir des conseils si nous concevons ou avons conçu un enfant alors que je suis sous traitement par valproate ou dans les 3 mois suivant l'arrêt de mon traitement.	☐
Je ne dois en aucun cas arrêter mon traitement sans en parler à mon médecin spécialiste. Si j'arrête mon traitement, j'ai compris que mes symptômes peuvent s'aggraver.	☐
J'ai reçu un exemplaire de la Brochure d'information destinée aux adolescents/hommes susceptibles d'avoir des enfants.	☐
J'ai été informé que je dois présenter cette attestation signée accompagnée de l'ordonnance à la pharmacie pour chaque délivrance du traitement.	☐

Nom du patient et/ou du représentant légal :

Date : Signature et tampon :



*Pour les patients mineurs, les parents ou la/les personnes titulaires de l'autorité parentale ; pour les patients majeurs protégés par la loi, le représentant légal.

Version 1 - Novembre 2024 - Document diffusé sous l'autorité de l'ANSM

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2024/2025

Nom : BERTELOOT

Prénom : Marie

Titre de la thèse :

**Prise en charge de la céphalée de tension et de la migraine à l'officine,
proposition d'une trame pour un entretien pharmaceutique**

Mots-clés : Céphalée de tension, Migraine, Entretien pharmaceutique, Officine

Résumé :

Dans un contexte où l'accès aux consultations est de plus en plus difficile et où le pharmacien d'officine se voit attribuer de nouvelles missions, la mise en place d'outils est devenue essentielle. L'entretien pharmaceutique ciblé fait partie de ces nouvelles missions pharmaceutiques.

Dans le cadre des migraines et des nouvelles modalités de prescription concernant les traitements de fond, la création d'entretien pharmaceutique représente un intérêt pour les patients. En effet, la migraine touche environ 15% de la population mondiale adulte. Les crises de migraines ont des répercussions significatives sur leur qualité de vie.

La première partie propose un bilan sur les connaissances et les traitements de la céphalée de tension et de la migraine. La deuxième partie se concentre sur la création de la trame pour l'entretien pharmaceutique concernant la migraine. La dernière partie est consacrée au test de trame en réalisant trois entretiens.

Cette thèse met en évidence le rôle de conseil du pharmacien et l'importance de l'entretien pharmaceutique dans la prise en charge de la migraine.

Membres du jury :

Président : SIMON Nicolas, Professeur de pharmacie clinique à la faculté de pharmacie de Lille, Praticien Hospitalier au CHU de Lille

Assesseur(s) : MOREAU Fanny, Docteur en pharmacie, Praticien Hospitalier au CHU de Lille

Membre(s) extérieur(s) : GOSSELIN Bertrand, docteur en pharmacie, Roncq