

Université TOULOUSE III – Paul SABATIER -

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

2013-TOU3-1033

THESE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2013

par

Laure VIRIDEAU

LES CÉPHALÉES PAR ABUS MÉDICAMENTEUX

**DIAGNOSTIC ET PRÉVENTION EN SOINS PRIMAIRES -
INTÉRÊT D'UNE BROCHURE-PATIENT D'INFORMATION**

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur Le Professeur Marc VIDAL

JURY :

Monsieur le Professeur Philippe ARLET
Madame le Professeur Elisabeth ARLET-SUAU
Monsieur le Professeur Marc VIDAL
Monsieur le Docteur Pierre MESTHE
Monsieur le Docteur André STILLMUNKES

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

Titre : Les céphalées par abus médicamenteux.

Diagnostic et prévention en soins primaires – Intérêt d'une brochure-patient d'information.

Toulouse le 28 juin 2013

Résumé : La céphalée par abus médicamenteux (CAM) est une céphalée chronique définie par la Société Internationale des céphalées comme une céphalée induite par un abus en traitement antalgique de la crise.

Il s'agit d'un problème de santé publique qui touche 1,7 % de la population générale soit 3 % des céphalalgiques consultant en médecine générale.

Pourtant la pathologie reste peu connue des patients et des médecins généralistes et donc mal prévenue et sous diagnostiquée en soins primaires.

L'objectif de ce travail de thèse était de faire, au travers de la littérature, un état des connaissances actuelles sur la pathologie et sa prise en charge en vue d'en améliorer la prévention primaire et le diagnostic en médecine générale.

Le médecin généraliste doit veiller à ce que l'usage de tous les antalgiques dans les céphalées ne dépasse pas 2 à 3 prises par semaine de façon régulière. Il doit participer à l'éducation thérapeutique du patient céphalalgique épisodique, être attentif à l'évolution des céphalées et à la présence de facteurs potentiellement à risque de CAM.

Cependant, les céphalalgiques en abus d'antalgiques consultent peu pour leur céphalées et pratiquent le plus souvent l'automédication. Le diagnostic basé sur le seul recueil du nombre de crise de céphalées et de jour de consommation d'antalgiques par semaine demande une implication importante du patient. L'usage d'un calendrier de la crise et d'un auto-questionnaire d'évaluation de la dépendance pourrait permettre un auto-diagnostic précoce.

La diffusion d'une brochure-patient d'information et d'auto-diagnostic peut constituer une aide pour le médecin généraliste. Je propose ici une maquette.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clefs : *medication overuse headache- prevention – diagnosis – physician - leaflet*

Intitulé et adresse de l'UFR : Faculté de Médecine Rangueil - 133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex 04 – France

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Medication overuse headaches
Diagnosis and prevention in primary care
Interest of a patient information leaflet

SUMMARY

The medication overuse headache (MOH) is a chronic headache defined by the International Headache Society as a headache induced by an overuse of acute analgesic treatment.

It is a public health problem which concerns 1.7% of the general population and 3% of the headache consultants in general practice.

Nevertheless, the disease is little known to patients and general practitioners, thus under-prevented and under-diagnosed in primary care.

The aim of this work is to make a point, through a review of the literature, about the disease and its management in order to improve prevention and diagnosis in general practice.

The general practitioner must ensure that the regular use of analgesics is limited to 2 or 3 treatments per week. He has to participate in the therapeutic education of episodic headache patients, to pay attention to the evolution of their headaches and to the presence of potential risks factors.

However, headache patients who abuse analgesics do not often consult their general practitioner for headaches and are used to self-medicating. The diagnosis based on noting the frequency of headaches and the number of treatment's per week requires major patient involvement.

The use of a headache diary and a questionnaire evaluating dependency could permit early self-diagnosis.

The distribution of a brochure of patient information and a self diagnosis leaflet can be useful for general practitioners. I am submitting a mock-up with this work.

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2012

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES G.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. CARTON
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI	Professeur GUIRAUD-CHAUMEL
Professeur LARROUY	Professeur COSTAGLIOLA
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTE	Professeur JL. ADER
Professeur MURAT	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MANELFE	Professeur H. DABERNAT
Professeur LOUVET	Professeur F. JOFFRE
Professeur SOLEILHAVOUP	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur J. CORBERAND
Professeur CARATERO	Professeur JM. FAUVEL

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISFAU H.	Hématologie
M. BLANCHIER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHWEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAL B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOUI ET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch.	Hépat-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génélique
M. CANNERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WERNER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vascularre
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique

M.C.U.

Médecine Générale

M. BISMUTH S.

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE D.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELOD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur ARLET,

Je vous remercie d'avoir bien voulu me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Pour votre engagement en faveur de la médecine générale, veuillez trouver ici l'expression de tout mon respect et de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur ARLET-SUAU,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de juger ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur VIDAL,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre gentillesse, votre patience, vos conseils précieux dans les moments de doute et la confiance que vous avez porté à mon travail.

A Monsieur le Docteur MESTHÉ,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Merci pour votre participation et votre regard critique sur ce travail. Merci pour la qualité de vos enseignements durant notre formation de médecin.

A Monsieur le Docteur STILLMUNKES,

Je vous remercie d'avoir accepté si gentiment de juger ce travail. Merci pour votre engagement dans notre formation de médecin.

*A Benoît, pour ton amour, ta compréhension et ta présence si précieuse au quotidien. Pour toutes les ondes positives que tu t'efforces de me faire parvenir.
Merci d'avoir relu cette thèse avec ton « œil avisé »*

A mes parents, pour votre patience et votre soutien inconditionnel durant toutes ces années. Pour m'avoir donné le goût de la persévérance et du travail bien fait. Pour m'avoir permis d'avoir le choix dans la vie.

A mes grands-parents, pour votre compréhension durant tous ces week-end et vacances de travail. Pour les bons moments que je passe à vos côtés et votre joie de vivre.

A tous ceux, qui m'ont soutenue de près ou de loin durant toutes ces années.

Table des matières

I - INTRODUCTION	3
II - GÉNÉRALITÉS	4
II.A - DÉFINITION ET CLASSIFICATION	4
II.B - HISTORIQUE.....	5
II.C - UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE.....	6
II.C.1) Une prévalence non négligeable.....	6
II.C.2) Impact socio-économique	6
II.D - DES PREUVES BIOLOGIQUES.....	7
II.E - UNE PATHOLOGIE CURABLE	8
II.E.1) L'arrêt médicamenteux.....	8
II.E.2) Prise en charge non médicamenteuse.....	9
II.E.3) Modalités	9
III - MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	10
IV - RESULTATS.....	12
IV.A - DIAGNOSTIC.....	12
IV.A.1) Le tableau clinique	12
IV.A.1.a) Données sociodémographiques.....	12
IV.A.1.b) Histoire clinique	12
IV.A.1.c) Type de céphalée à l'origine.....	13
IV.A.1.d) Sémiologie.....	13
IV.A.2) Les substances mise en cause.....	15
IV.A.2.a) les antalgiques impliqués.....	15
IV.A.2.b) Profil de consommation actuel	16
IV.A.3) Difficultés diagnostiques en soins primaires.....	18
IV.A.4) Moyens diagnostics.....	19
IV.A.4.a) Application des critères diagnostics.....	19
IV.A.4.b) Les calendriers et agendas de la crise.....	20
IV.A.4.c) le questionnaire BHS « Brief Headache Screening ».....	21
IV.A.4.d) Le questionnaire MDQ-H « Medication Dépendance	
Questionnaire in Headache patient »	21
IV.A.4.e) L'auto-questionnaire SDS « Severity Dependance Scale »	21
IV.B - PREVENTION.....	22
IV.B.1) Facteurs favorisant l'abus médicamenteux	22
IV.B.1.a) Un comportement proche de la dépendance	22
IV.B.1.b) Une mauvaise adaptation à la douleur.....	24
IV.B.1.c) Comorbidités.....	24
IV.B.1.d) La prise en charge des céphalées épisodiques en soins primaires	
.....	25
IV.B.2) Moyens de prévention.....	27
IV.B.2.a) L'amélioration de la prise en charge des céphalées épisodiques	
.....	27
IV.B.2.b) L'éducation thérapeutique	28
V - DISCUSSION.....	29
V.A - ANALYSE DES RÉSULTATS : JUSTIFICATION A	
L'ÉLABORATION D'UNE BROCHURE -PATIENT.....	29
V.A.1) Prévention	29
V.A.2) Diagnostic.....	31
V.A.3) Etats des lieux sur les brochures existantes sur le sujet.....	33
V.B - CONCEPTION D'UNE BROCHURE PATIENT.....	34
V.B.1) Définition des objectifs:.....	34

V.B.2) Définition de la population cible et du mode de diffusion	34
V.B.3) Définition du format.....	35
V.B.4) Le Contenu :.....	35
V.B.4.a) Partie Diagnostique	35
V.B.4.b) Partie prévention	37
V.B.5) La rédaction.....	38
V.B.5.a) La structure du texte doit faciliter la lecture et la mémorisation	38
V.B.5.b) La sémantique et le langage doivent être choisis pour que le texte soit accessible au plus grand nombre	38
V.B.5.c) La syntaxe pour une meilleure compréhension	39
V.B.5.d) La charte graphique et visuelle	39
V.B.6) Maquette.....	39
V.B.7) Test de diffusion de la brochure	40
V.B.7.a) Comment ?.....	40
V.B.7.b) Sur qui ?.....	40
V.B.7.c) Questionnaire.....	41
V.B.7.d) Résultats :.....	41
V.C - FORCES ET LIMITES	44
VI - CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXE 1 : Questionnaires	52
ANNEXE 2 : DÉFINITIONS	54
ANNEXE 3 : LE BHS (Brief Intervention Screen) et son application ...	55
ANNEXE 4 : Le questionnaire MDQ-H (Medication dependency questionnaire in headache patients).....	56
ANNEXE 5: Le SDS (Severity Dependence Scale) version anglaise	57
ANNEXE 6 : Critères DSM IV de dépendance à une substance.....	58
ANNEXE 7 : Questionnaire patient de lisibilité de la brochure.....	59
ABRÉVIATIONS :.....	61

I - INTRODUCTION

Contexte :

La céphalée est une plainte fréquente : la prévalence des céphalées au cours d'une vie atteindrait 90 %(1). Elle représente un problème de santé publique important en terme d'incapacité et de coût pour la société puisqu'elle touche en majorité la population active.

Bien que souvent épisodiques, non mortelles et non contagieuses, les céphalées se situent au dixième rang des pathologies les plus invalidantes tous sexes confondus et au cinquième rang pour les femmes, d'après l'OMS (2). Le fardeau total engendré par la migraine serait en Europe plus important que celui de l'épilepsie et de la maladie de Parkinson(3).

L'OMS fait pourtant un constat inquiétant (4) : il existe un manque de connaissance des soignants et des patients sur les céphalées, conduisant à un large sous diagnostic et sous traitement des céphalalgiques dans le monde. En effet, durant la formation d'un médecin généraliste, seulement 4 heures de cours sont allouées à la migraine et à peine 10 heures durant celle d'un spécialiste. Le patient lui-même a tendance à banaliser ses céphalées. En effet, environ 40% des migraineux ne consultent pas leur médecin généraliste pour leur maux de tête préférant l'automédication(5).

Si l'on s'intéresse au profil actuel des céphalalgiques, après la céphalée de tension et la migraine, un type particulier de céphalée semble occuper une place prépondérante dans nos pays européens en terme de fréquence et de handicap : les céphalées par abus médicamenteux (CAM). Les spécialistes font de l'abus médicamenteux d'antalgique le troisième facteur de risque majeur, mais évitable, d'aggravation et de développement de céphalées après les facteurs sociaux (stress) et certains états pathologiques (l'hypertension, la dépression et les maladies infectieuses)(4).

Problématique en soins primaires :

- Nous avons déjà entendu parler de CAM, de céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) par abus médicamenteux ou bien de migraine transformées, termes équivalents en pratique, pourtant les CAM n'échappent pas à la règle : seulement 10 % des cas sont diagnostiqués. Lorsque le diagnostic est posé, c'est en centre tertiaire anti-douleur, après de nombreuses années de souffrance et d'errance thérapeutique (6).
- Les dernières recommandations de l'ANAES sur les céphalées chroniques datant de 2004 (7), soulèvent le problème de l'abus médicamenteux comme cause majeure de chronicisation des céphalées primaires et proposent d'engager les acteurs de santé dans une démarche de prévention primaire à l'aide de brochure ou de plaquettes par exemple. Mais, aucune démarche publique n'a encore été faite dans ce sens en soins primaires.

Questions de recherche :

- Comment peut-on améliorer le diagnostic des CAM en soins primaires ? Plus précisément, quels sont les facteurs de résistance au diagnostic, existe-t-il des

signes cliniques repérables par le médecin généraliste ou des outils diagnostiques utilisables en soins primaires ?

- Comment le médecin généraliste peut-il participer à la prévention primaire des CAM ? Quels sont les facteurs déterminants l'apparition de cette pathologie et peut-on les maîtriser ?

Objectifs

Grâce à la littérature existante, l'objectif principal de cette thèse est de faire un état des connaissances actuelles sur les céphalées par abus médicamenteux dans une optique d'amélioration de la prévention primaire et du diagnostic en médecine générale.

L'objectif secondaire est de répondre à la problématique en proposant un outil d'intervention utilisable en soins primaires : une brochure-patient d'information et d'auto-diagnostic.

II - GÉNÉRALITÉS

II.A - DÉFINITION ET CLASSIFICATION

Le concept de céphalée chronique causée par un abus d'antalgique de la crise a connu de nombreuses dénominations successives : « céphalée due à l'ergotamine », « céphalée attribuée à des substances » ou « migraine transformée » (8).

Elle est définie comme un type de céphalée à part entière depuis 2004. C'est lors la deuxième révision de la classification internationale des céphalées (ICHD-II) que naît le terme actuel de « céphalée par abus médicamenteux » (CAM) (ou *medication overuse headache: MOH*). Elle y figure parmi les céphalées secondaires dans le huitième sous groupe.

La CAM répond ainsi à des critères de diagnostic précis, qui correspondent après traduction à (9)(10) :

- A - une céphalée présente plus de quinze jours par mois depuis au moins 3 mois,
- B - associée à un abus régulier depuis plus de trois mois d'un ou plusieurs médicaments pouvant être utilisés comme traitement abortif des céphalées,
- C - qui s'est développée ou s'est nettement aggravée après l'abus médicamenteux,
- D - pour se résoudre ou revenir à son profil antérieur deux mois après le sevrage médicamenteux.

L'abus médicamenteux est défini dans l'appendice de l'ICHD II de 2006 par (10):

- une prise d'ergotamine, de triptans, d'opioïdes ou d'association fixe d'antalgiques (souvent antalgiques simples combinés avec opioïdes, caféine

- ou butalbital) au moins 10 jours par mois pendant au moins 3 mois.
- une prise d'antalgiques simples ou des prises de plusieurs traitements de la crise au moins 15 jours par mois pendant au moins 3 mois.

II.B - HISTORIQUE

Le fait qu'un abus fréquent d'antalgique puisse conduire à des céphalées chroniques a probablement été observé pour la première fois, en Suisse, dans les années 50 où des travailleurs de l'industrie pharmaceutique se sont vu donner des échantillons gratuits de paracétamol (9).

En 1952, Peter et Horton observent le même phénomène sur des patients suite à des prises quotidiennes d'ergotamine qui ont déclenché des céphalées quotidiennes qui vont nettement s'améliorer après l'arrêt des ces mêmes antalgiques.(9)

Un type nouveau de céphalée est alors individualisé et porte le nom « céphalée due à l'ergotamine ».

Les études suivantes, ont rapporté les mêmes observations suite à la prise abusive de barbituriques, de caféine puis d'association d'antalgiques, et ce jusque dans les années 80 où il est admis qu'un mauvais usage de presque tous les traitements de la crise de céphalée peuvent être la cause de céphalées chroniques (11), c'est à dire des céphalées présentent plus de 15 jours par mois depuis au moins 3 mois selon la définition actuelle.

Enfin, le rôle des triptans dans la chronicisation des céphalées est évoqué dans les années 90 dès leur commercialisation.

Le lien de causalité entre abus d'antalgique et céphalées chronique n'est pas si évident. L'abus médicamenteux est-il bien à l'origine de la chronicisation des céphalées ou bien est-ce l'augmentation en fréquence des céphalées qui amènerait les patients à abuser des traitements de la crise ?

De nombreuses études ont permis de confirmer le caractère causal de l'abus médicamenteux dans l'apparition des céphalées chroniques, voici quelques exemples :

Dans un premier temps, une étude longitudinale suédoise (étude HUNT) de 11 ans réalisée en population générale sur la relation entre l'abus d'antalgique et les douleurs chroniques a montré une association forte entre une consommation quasi quotidienne d'antalgique et céphalées chroniques (RR de 13) alors que l'association reste faible entre consommation d'antalgique et autres douleurs chroniques (12).

Bigal et al ont confirmé que la relation de temporalité est respectée : l'abus médicamenteux précédait bien l'apparition de la chronicisation des céphalées dans leur étude (13).

Ce lien de causalité apparaît plus clair encore lors d'une étude en centre tertiaire qui montre une amélioration en fréquence et/ou en intensité de céphalées chroniques associées à un abus d'antalgiques, 2 mois après un sevrage en antalgique (14).

De plus d'autres travaux ont rapporté l'apparition de céphalées chroniques quotidiennes suite à des prises d'antalgiques importantes utilisées dans un autre contexte que celui de céphalées (chirurgie abdominale , maladies rhumatismales) mais seulement chez les patients qui présentaient un antécédent migraineux(15).

II.C - UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

II.C.1) Une prévalence non négligeable

La prévalence mondiale en population générale des CAM atteint 0,7 à 1,7% parmi les adultes et 0,5% parmi les adolescents, et ce dans des pays aussi différents que la Norvège, les USA, l'Espagne ou les pays asiatiques (Taïwan et Chine) (2).

En France, il n'existe pas d'études épidémiologiques disponibles sur la prévalence exacte des CAM dans la population générale. Les chiffres sont extrapolés des données de Framig 3, réalisée en population générale française adulte, qui a retrouvé une prévalence des CAM de 0,8 %, sachant que cette étude s'est limitée aux sujets atteints de CCQ à expression sémiologique migraineuse seulement (16).

Un million de personnes seraient touchées par cette pathologie dans notre pays selon Valade D et al (17).

Une étude réalisée par des médecins généralistes suggère que les CAM seraient le troisième type de céphalée le plus rencontré en fréquence en soins primaires après les céphalées de tension et la migraine (18). Les céphalalgiques par abus médicamenteux représentent en soins primaires et chez les neurologues respectivement à 6 et 9% des patients céphalalgiques (8)(19).

Mais en centre tertiaire, c'est-à-dire en clinique spécialisée pour céphalée, la prévalence peut atteindre 30 à 50 % des patients céphalalgiques selon les pays (11).

II.C.2) Impact socio-économique

La qualité de vie des patients présentant des CQQ est très altérée. Les scores obtenus à la SF-36 (échelle de qualité de vie voir annexe 1) sont statistiquement et cliniquement (perte de plus de 5 points pour chaque item) plus bas pour les patients présentant des CCQ que ceux de la population générale. Les domaines les plus touchés sont ceux de la douleur physique et des limitations dues à l'état physique, suivis par la vitalité et les limitations dues à l'état émotionnel (20).

La qualité de vie est également plus basse comparativement aux patients présentant des céphalées épisodiques est cela particulièrement dans les items vitalité, état général de santé perçu et limitation due à l'état émotionnel. La sémiologie migraineuse abaisse les scores de qualité de vie (20).

Les coûts engendrés constituent un véritable fardeau économique pour la plupart des pays européens. Même si la qualité de l'étude est discutable, une étude européenne incluant 8 pays a été réalisée pendant l'année 2009 afin d'évaluer le coût indirect et direct attribué à chaque type de céphalées par personne et par an (21). Ainsi, le coût par personne et par an des CAM en Europe est 3 fois plus élevé que celui de la migraine (3561 euros par personne et par an contre 1222 euros par personne et par an pour la migraine). La France ferait partie des pays pour qui le budget des CAM est plus élevé que celui de la migraine.

Les coûts indirects représenteraient 92 % du budget et sont répartis équitablement entre absentéisme (1623 euros) et perte de productivité (1669 euros). En France l'absentéisme serait prédominant comparativement aux autres

pays européens (21), cependant, la perte de productivité due à l'incapacité générée par cette pathologie est un véritable problème. L'instrument de mesure de la perte de productivité le plus largement utilisé dans les études est l'échelle MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale (voir annexe 1). Cet instrument mesure l'incapacité dans la migraine et fourni aussi une estimation indirecte de la perte de productivité (20). Ainsi, les scores d'incapacités des patients souffrants de CAM sont trois fois plus élevés que ceux des migraineux épisodiques (22) et seraient équivalent à une perte de 11 à 20 jours de travail par trimestre. En effet, dans une étude Italienne, les scores retrouvés à l'échelle MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale) relèvent d'une incapacité modérée (MIDAS III) à sévère (MIDAS IV) pour 80 % des patients présentant une CAM (23). Ces patients sont gênés quotidiennement et lourdement dans leur activité aussi bien domestique sociale que professionnelle.

En France, d'après les données de GRIM 2, le coût direct des CQQ représenterait 2/3 des coûts totaux générés par l'ensemble des céphalées et le coût par personne et par an serait 10 fois plus élevé que celui des migraines épisodiques et presque 50 fois celui des autres céphalées épisodiques. La première place reviendrait aux hospitalisations (818 euros par personne et par ans soit 60 % des coûts totaux) , suivi par les frais médicamenteux (171 euros par personne et par an soit 5 fois plus que pour les migraines et 35 fois plus que pour les autres céphalées épisodiques) (20)).

II.D - DES PREUVES BIOLOGIQUES

Il n'y a pas pour l'instant d'explication physiopathologique unique. Plusieurs théories sont évoquées. Mais il semble que les CAM résultent de la combinaison d'un terrain génétique propice (céphalées primaires) et d'une neuroplasticité cérébrale consécutive à l'exposition médicamenteuse chronique.

Une sensibilisation des nocicepteurs

Une dépendance pharmacologique des récepteurs artériels méningés aux vasoconstricteurs, ou encore une hyperexcitabilité des nocicepteurs due à des perturbations astrocytaires secondaires à l'abus en antalgiques ont d'abord été évoqués(24).

Mais une sensibilisation centrale au niveau des circuits nociceptifs a également été démontrée.

Une sensibilisation des voies centrales de la douleur

Une des dernières théories propose que les céphalées par abus médicamenteux résultent d'un processus de sensibilisation centrale des voies nociceptives impliquées dans la migraine qui disparaît après sevrage. La stimulation répétitive des neurones du système trigémino-vasculaire conduit à des modifications biologiques et fonctionnelles neuronales au niveau médullaire (ici au niveau du noyau caudal du nerf trijumeau) que l'on appelle phénomène de WIND-UP et qui se manifeste par : une diminution du seuil de stimulation des neurones nociceptifs, des sommations spatiotemporelles, des décharges spontanées avec apparition de la douleur pour des stimuli infraliminaires et une

induction du gène c-fos qui entraîne une facilitation durable de la transmission nociceptive dans le cordon postérieur de la moelle ou son équivalent trijéminal : le noyau caudal.

Cependant, le système trijémino-vasculaire ne rentrant pas en compte dans la physiopathologie des céphalées de tension, les auteurs proposent que cette théorie est probablement applicable à d'autres zones impliquées dans la nociception.

Ce dysfonctionnement peut être considéré comme un aspect «pathologique» de la plasticité cérébrale (25)(26).

Une mise en jeu de la prono-nociception

Une autre théorie consiste à rapprocher les CAM du phénomène paradoxal qu'est l'hyperalgie induite par l'usage chronique de morphiniques. L'activation des systèmes facilitateur de la douleur («la prono-nociception») après usage prolongé de morphine, étudié sur le modèle animal pour expliquer le phénomène de tolérance, pourrait s'appliquer à la CAM. L'exposition répétée aux opioïdes augmenterait la transmission du signal douloureux : d'une part par sur-expression de molécules pro algogènes (substance P et CGRP (peptide lié au gène de la calcitonine)), dans les ganglions de la corne postérieure de la moelle ; et d'autre part en augmentant les taux de glutamate, neuromédiateur transmetteur de la douleur (27)(28).

Un déficit du contrôle inhibiteur de la douleur

Une autre théorie est le renforcement de la sensibilisation centrale par déficit du système inhibiteur descendant de la douleur, médié par la sérotonine et la noradrénaline. La caféine réduirait le taux de noradrénaline et les dérivés ergotés abaisseraient le taux de sérotonine et pourraient altérer leurs récepteurs 5HT₂ (18).

II.E - UNE PATHOLOGIE CURABLE

Le seul traitement de ce type de céphalée reconnu actuellement est le sevrage des substances incriminées, afin de réduire non seulement la consommation en médicaments, mais aussi de rendre les céphalées restantes sensibles aux antalgiques. Même si les pratiques ne sont pas codifiées, les résultats sont majoritairement bons avec un taux de récurrences d'environ 20% dans les mois ou l'année suivante (29) (30).

II.E.1) L' arrêt médicamenteux

Il n'y a pas de consensus quant à initier un sevrage de manière brutale ou progressive, cependant le sevrage progressif paraît plus adapté aux patients consommant des substances psychoactives (opioïdes par exemple) où le syndrome de sevrage est difficile à contrôler (intensification des céphalées, nausées, vomissements, hypotension, tachycardie, troubles du sommeil , anxiété). (29) (30) Lorsque le sevrage se fait brutalement, des antalgiques « de remplacement»

peuvent être utilisés pour réduire le syndrome de sevrage : il semble préférable d'utiliser les corticoïdes, mais d'autres molécules sont utilisées comme les AINS (Naproxène), la dihydroergotamine, les neuroleptiques (chlorpromazine), les anti-épileptiques (valproate de sodium). Les protocoles établis sur 6 à 7 jours varient selon les équipes (29)(9)

Certains auteurs préconisent l'utilisation de traitements de fond «d'accompagnement» dès le début ou pendant le sevrage même s'il n'y a pas d'études solides appuyant cette pratique. Les équipes françaises préfèrent utiliser l'amitriptyline alors que les Anglo-saxons utilisent les antiépileptiques (topiramate et valproate de sodium) ou la toxine botulique A (30)(31).

II.E.2) Prise en charge non médicamenteuse.

La prise en charge du patient doit, dans tous les cas, s'accompagner d'une prise en charge globale avec :

- éducation du patient sur les CAM(32):
 - explication du rôle de l'abus médicamenteux dans la chronicisation de leur céphalée et de sa mauvaise réponse aux antalgiques.
 - explication en détail des symptômes de sevrage à l'arrêt des antalgiques
 - insister sur les bénéfices à long terme du sevrage.
 - décourager les prises anticipatoires d'antalgiques.
 - insister sur le fait que le sevrage est le meilleur traitement actuel
- une prise en charge psychothérapeutique avec relaxation afin d'apprendre à gérer la douleur et l'anxiété (33).
- un suivi régulier à long terme avec utilisation d'un agenda des crises (29).

II.E.3) Modalités

Un sevrage réalisé en ambulatoire par des médecins généralistes ou des neurologues s'est montré aussi efficace et moins coûteux qu'un sevrage réalisé en hospitalisation. Cependant, on préférera réserver le sevrage hospitalier aux échecs du sevrage ambulatoire et au CAM dites « complexes » (abus d'opioïdes et de benzodiazépine, problèmes psychiatriques, symptômes de sevrage sévères avec vomissements ou récurrences après un premier sevrage)(11)(31)(34).

Fait intéressant pour la pratique de médecine générale : une étude montre que de simples conseils d'arrêt associés à une éducation du patient se sont montrés aussi efficaces sur les CAM non compliquées qu'un protocole médicamenteux de sevrage.(31)(34)(35)(30).

III - MATÉRIEL ET MÉTHODE

Afin de répondre aux questions de recherche : « Comment peut-on améliorer le diagnostic des CAM en soins primaires ? » et « Comment le médecin généraliste peut-il participer à la prévention primaire des CAM ? », j'ai réalisé une recherche documentaire essentiellement via internet de juillet 2012 à janvier 2013 en langue française et anglaise.

Ma recherche s'est appuyée :

- sur les bases de données informatiques des sites « PubMed », « EM consulte », « Google scholar » et « RefDoc.fr ».

- sur les listes de thèses et mémoires via le site universitaire de documentation « SUDOC »

- sur les documents des organismes nationaux et internationaux gouvernementaux ou non, et les sociétés savantes via leur site internet :

l'Organisation Mondiale de la Santé « l'OMS » <http://www.who.int/ith/fr/>, la Haute Autorité de Santé « HAS » <http://www.has-sante.fr/>, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé « ANSM » <http://ansm.sante.fr/>, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé « INPES » <http://www.inpes.sante.fr/>.

Les sociétés savantes : La Société Française d'Etude de la Migraine et des Céphalées « SFEMC », The International Headache Society « IHS » <http://ihs-classification.org/>, TheWorld Headache Alliance « WHA » <http://www.w-h-a.org/>, « Lifting The Burden » <http://www.l-t-b.org/>

J'ai demandé également quelques documents directement aux auteurs.

Les mots clefs choisis pour définir la pathologie étaient :
« céphalées par abus médicamenteux » « céphalée par abus d'antalgique »,
« céphalée chronique quotidienne », « migraine transformée ».
Soit après traduction en anglais : « medication overuse headache », « analgesic overuse headache » « chronic daily headache » « transformed migraine ».

Selon plusieurs combinaisons, je les ai associés grâce aux opérateurs booléens « ET » et « OU » à :

« céphalées », « médecine générale », « prévention », « diagnostic »,
« épidémiologie », « traitement », « auto-médication », « étude française » soit
après traduction à « headache », « family care », « physician », « general practitioner », « prevention », « diagnosis », « epidemiology », « therapy »,
« self medication », « french study ».

J'ai d'emblée éliminé les articles trop spécifiques concernant le traitement et la physiopathologie des CAM, les articles non disponibles, les articles trop éloignés des soins primaires et les articles méthodologiquement faibles.

Après lecture, il a fallu retenir les articles qui permettaient de répondre spécifiquement aux questions de recherche.

Pour cela j'ai défini au préalable des critères me permettant de cibler les articles pouvant m'aider à traiter plus spécifiquement la question de la prévention et du diagnostic des CAM et d'en faciliter leur analyse. J'ai ensuite sélectionné et classé les articles en fonction de leur apport sur ces critères.

J'ai donc choisi pour analyser la problématique diagnostique des CAM les 4 critères suivants : « **le tableau clinique** », « **les médicaments mis en cause** », « **les difficultés diagnostiques en soins primaires** » et « **les outils diagnostics disponibles** ».

En ce qui concerne la problématique préventive, les articles retenus devaient faire référence aux : « **facteurs favorisant l'apparition des CAM** » et aux « **moyens de prévention** ».

Les articles non retenus ont permis de réaliser la bibliographie, les généralités et d' étoffer l'introduction et la discussion.

IV - RESULTATS

J'ai retenu et analysé 66 articles datés entre 2003 et 2012, deux seuls dataient de 1993 et de 2001, afin d'aborder la problématique préventive et diagnostique des CAM en soins primaires.

Je présenterai les informations récoltées selon les 6 critères définis au départ:

« le tableau clinique », « les médicaments mis en cause », « les difficultés diagnostiques en soins primaires », « les outils diagnostics disponibles », « les facteurs favorisant l'apparition des CAM » et « les moyens de prévention ».

IV.A - DIAGNOSTIC

IV.A.1) Le tableau clinique

16 articles permettent de trouver des informations sur le tableau clinique des CAM.

IV.A.1.a) Données sociodémographiques

Cette pathologie est nettement plus fréquente chez les femmes avec un sex-ratio de 3/1 (11).

La moyenne d'âge au moment du diagnostic se situe entre 40 et 50 ans (36), elle est de 43 ans pour les CCQ en France (29). Mais cette pathologie peut commencer dès l'adolescence voire l'enfance : une étude israélienne récente rapporte des cas de CAM avec sevrage réussi chez des jeunes enfants de moins de 6 ans (9).

On retrouve dans cette pathologie un profil de patient avec un niveau d'éducation plus bas que dans la population générale ou que parmi les migraineux épisodiques.(11)

Les patients qui ont développé une CAM auraient eu leur première crise de céphalée plus précocement dans la vie que ceux présentant des migraines épisodiques (11).

Lorsque le diagnostic de CAM est posé, les céphalées initiales évoluent souvent depuis 5 à 20 ans, l'abus médicamenteux depuis 5 à 10 ans, et les céphalées chroniques depuis 5 à 6 ans (24).

IV.A.1.b) Histoire clinique

L'installation du tableau clinique est stéréotypée (24)(26)(19). Il s'agit de patients présentant des céphalées épisodiques qui lors d'aggravation du rythme ou de l'intensité de leurs céphalées, à l'occasion de facteurs précipitant banaux (facteurs hormonaux, événement de vie à forte composante émotionnelle, traitement inadapté, prise de poids ..)(24) vont consommer de plus en plus de

traitements de la crise.

Chez certains patients, la consommation médicamenteuse devient telle qu'apparaissent progressivement des « céphalées de rebond » ou de « sevrage », imputables aux prises médicamenteuses, qui se mêlent aux céphalées de base. Les intervalles libres sans céphalée disparaissent peu à peu, laissant place à un état dit de céphalée chronique quotidienne (CCQ)(24). Ces céphalées intercalaires répondent mal aux antalgiques mais le patient ne fait pas la différence avec ses céphalées habituelles. Au final, le patient n'est pas soulagé et les prises médicamenteuses deviennent indifférenciées et abusives créant ainsi un cercle vicieux (25).

IV.A.1.c) Type de céphalée à l'origine

Les CAM se développent sur un terrain céphalalgique préexistant. Elles touchent presque exclusivement les céphalalgiques primaires épisodiques.(9)

La migraine serait le profil de céphalée à l'origine de CAM le plus fréquent, suivi par la céphalée de tension. Une méta-analyse rapporte que sur 2612 patients présentant des CAM, 65% présentait des migraines primitivement, 27% des céphalées de tension et 8% des céphalées dites mixtes(9).

On note quelques cas d'algie vasculaire de la face (annexe 2) qui se seraient transformées en céphalées par abus médicamenteux, mais ces patients auraient des antécédents de migraine par ailleurs.(37)

Des cas de patients souffrants d'hémicrânie continue qui, après abus d'opioïdes, répondraient mal à l'indométacine, ont également été rapportés (38).

D'après la littérature, le fait que des céphalées secondaires puissent aussi se compliquer de céphalées par abus médicamenteux n'est pas à exclure. Plus de la moitié des céphalées secondaires chroniques les plus fréquentes (céphalées chroniques cervicogéniques, céphalées chroniques post traumatiques, céphalées post-crâniotomie, rhino-sinusites chroniques) répondraient à la définition actuelle de CAM, (définition qui ne prend pas en compte le critère de résolution des céphalées après sevrage) mais aucun lien de causalité n'a pu être démontré (39).

IV.A.1.d) Sémiologie

En pratique, les CAM sont décrites comme des céphalées quotidiennes ou quasi quotidiennes, mais peu spécifiques rendant le diagnostic immédiat difficile (40) (8) (26).

Souvent, les patients décrivent des céphalées par crises évoluant sur un fond douloureux permanent, mais d'autres tableaux avec une fréquence pluri-quotidienne ou uni-quotidienne sont également rapportés de façon non négligeable (25).

Elles gênent plus le patient par leur permanence que par leur intensité.

Elles peuvent débuter en fin de nuit ou au petit matin et réveiller le patient (caractéristique des céphalées de rebond), conduisant le patient à prendre d'emblée sa première prise médicamenteuse de la journée (18)(25).

Elles sont indifféremment uni ou bilatérales, de localisation variable.

Malgré tout, selon des études uniquement descriptives faites en centres tertiaires, certaines caractéristiques sont constantes (9). On retrouve :

- un caractère réfractaire aux antalgiques,
- une variation en fréquence, type et localisation, de la céphalée d'un moment à un autre de la journée,
- un seuil de déclenchement des céphalées bas : le moindre effort physique ou intellectuel déclenche la céphalée,
- un syndrome de sevrage à l'arrêt brutal des antalgiques caractérisé par des céphalées de rebond, des nausées, une irritabilité, des troubles du sommeil, des douleurs musculaires, une tachycardie, des variabilités tensionnelles,
- une amélioration spontanée des céphalées après quelques jours de sevrage,
- une inefficacité des traitements prophylactiques tant qu'il y a abus médicamenteux,
- Ces céphalées s'accompagnent souvent de fatigue, nausées, anxiété, dépression, irritabilité, problème de mémoire, difficulté de concentration.

Certains auteurs se sont intéressés à la sémiologie des CAM en fonction du type d'abus médicamenteux et du type de la céphalée épisodique initiale (11).

Une sémiologie fonction des médicaments utilisés

Ainsi, l'abus d'antalgique simple, de leurs associations ainsi que l'abus d'ergotamine déclenchent plutôt à un tableau de céphalées quotidiennes à sémiologie tensive. L'abus de caféine et d'ergotamine conduirait à davantage de céphalées de rebond présentent entre 2 et 6h du matin (24). Alors qu'on note que les patients en abus de triptans souffrent plutôt de céphalées quotidiennes à sémiologie très migraineuse (persistance de l'unilatéralité, de la pulsativité et des signes associés) voire uniquement une augmentation de la fréquence des crises migraineuses (40). Le caractère vaso-tensif des médicaments étant davantage à l'origine de l'allure migranoïde des céphalées que la seule classe des triptans (24).

Cependant, la réalité n'est pas si caricaturale puisque 60 à 90 % des patients présentant une CAM consomme plus d'un seul antalgique (moyenne de 4,4 principes actifs)(24) et dans ces cas là, le tableau clinique est plus hétérogène. Ainsi, une étude multicentrique réalisée en France, montre que la sémiologie des céphalées par abus de triptans est fonction de l'abus ou pas d'autres antalgiques. En effet les céphalées par abus de triptans associés à l'usage d'autres antalgiques, seraient plus sévères, auraient un profil clinique plus complexe avec un fond douloureux permanent (41).

Une sémiologie fonction de la céphalée initiale

Certains auteurs émettent l'hypothèse que le type de céphalée initiale pourrait déterminer le profil clinique ultérieur des CAM.

Une petite étude française menée sur une centaine de migraineux ayant développé un abus médicamenteux a montré que leurs céphalées présentaient une atténuation de certains caractères migraineux comme les nausées et l'unilatéralité des crises. Leurs céphalées s'accompagnaient plus fréquemment de nuqualgies avec une durée des crises parfois difficile à préciser (36).

D'après Creac'h et al, les patients initialement migraineux souffrent toujours de crise migraineuse, mais elles sont associées à des céphalées intercalaires soit

tensives soit « migraineuses »(36) (profils A, B ou C de la *figure 1*). Les patients souffrant initialement de céphalées tensives épisodiques développent des céphalées chroniques à sémilogie tensives, du moins en l'absence de drogues vasoconstrictrices susceptibles d'apporter une tonalité plus migraineuse aux céphalées (profil D de la *figure 2*)

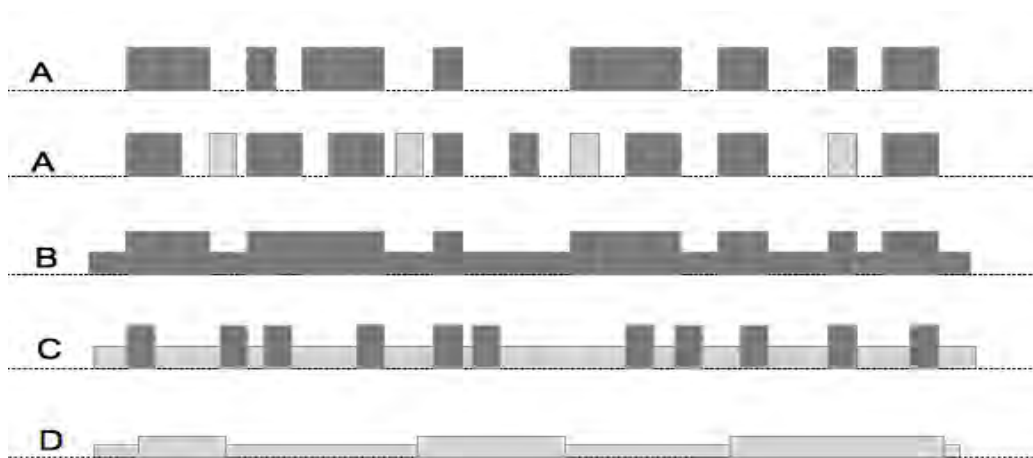


Figure 1. Différents types sémiologiques de CAM : analyse sur un mois.(36)

Profil A : crises migraineuses isolées (gris foncé) ou accompagnées de céphalées tensives épisodiques (en gris clair)

Profil B : crises migraineuses sur fond permanent de céphalées quotidiennes présentant des caractères migraineux

Profil C : crises migraineuses moins de 20 jours par mois sur fond de céphalée tensives chronique

Profil D : fond isolé de céphalée tensives

IV.A.2) Les substances mise en cause

Neuf articles traitent des antalgiques mise en cause dans la CAM

IV.A.2.a) les antalgiques impliqués

Selon la dernière classification IHS tous ou quasiment tous les traitements abortifs de la crise de céphalée, spécifiques ou non, peuvent être à l'origine de céphalées par abus médicamenteux. On distingue (10):

- l'abus de triptans
- l'abus de dérivés ergotés
- l'abus d'opioïdes
- l'abus d'antalgiques simples (paracétamol, aspirine, AINS (anti-inflammatoire non stéroïdiens))
- l'abus d'association fixe d'antalgique de la crise (antalgiques simples associés à la

caféine , à la codéine ou au butalbital (non disponible en France))
- l'abus d'un mélange de plusieurs traitements de la crise.

Toutes les classes thérapeutiques n'auraient pas le même potentiel d'induction de céphalée par abus médicamenteux.(26)
Ainsi , d'après des données de la littérature et surtout d'après «leur impression clinique globale», Bigal et al ont classé chaque classe thérapeutique en fonction de leur probabilité relative d'association aux CAM (13). Le risque de CAM est qualifié de :

- « très élevé » pour les opioïdes, le tartrate d'ergotamine, les barbituriques et les composés contenant de la caféine.
- « peu élevé » pour le paracétamol, l'aspirine et les triptans ont une
- « possible » pour les AINS
- « inexistant » pour la dihydroergotamine et les neuroleptiques (26).

Effectivement, les AINS seraient plutôt protecteurs sur des céphalées à fréquence faible. Le fait que les patients évitent de les consommer trop longtemps compte tenu de leurs effets secondaires digestifs pourrait auto-limiter naturellement l'abus médicamenteux en AINS (13).

La forte implication de la codéine et de la caféine s'explique par leur mode d'action (modification des récepteurs à l'adénosine impliqués dans les addictions), mais aussi par leurs effets psychoactifs (effet excitant et stimulant de la caféine, effet anxiolytique de la codéine). De plus, les authentiques buveurs excessifs de café aurait des céphalées de rebond. A noter que la caféine, au sein des combinaisons antalgiques (associée au paracétamol, à la codéine, aux dérivés ergotés ou à l'aspirine) n'est qu'un adjuvant qui agit comme inducteur du potentiel analgésique des autres composés : à ces dosages (< à 65 mg), elle n' aurait pas de potentiel analgésique propre (36).

Les triptans causent des CAM dans un délai plus court et pour des doses journalières plus faibles comparés aux dérivés ergotés et aux antalgique simples. La durée d'exposition à l'abus médicamenteux avant l'apparition des céphalées chroniques est variable d'une molécule à l'autre. Il est en moyenne de 1,7 an pour les triptans, contre 2,7 ans pour les dérivés ergotés et 4,8 ans pour les analgésiques simples (8).

A contrario, les symptômes de sevrage sont moins sévères et durent moins longtemps pour les triptans (4 jours) que pour les dérivées ergotés (7 jours) et les antalgiques non spécifiques (10 jours).(42)

IV.A.2.b) Profil de consommation actuel

L'implication des différentes classes thérapeutiques dans les CAM semble évoluer au cours du temps, selon les pays et leur usage (11).

Ainsi jusqu'au début des années 80 seuls les dérivés ergotés et les antalgiques simples étaient retrouvés responsables de CAM. Puis ce fut le tour des barbituriques, alors largement prescrit dans le traitement des céphalées jusqu'à ce qu'ils soient retirés et que les triptans arrivent sur le marché dans les pays les plus

riches.

Aux USA, entre 1999 et 2005, la consommation de dérivés ergotés et d'association fixe d'antalgiques dans les CAM a significativement baissé au profit de celle des antalgiques simples (qui passe de 9% à 32%), des triptans (qui passe de 0% à 22%) et des mélanges d'antalgiques de la crise (qui passe de 10 % à 23%), la consommation d'opioïde reste stable (8).

En Inde, par contre, les dérivés ergotés, moins cher que les triptans et donc davantage prescrits, sont les médicaments les plus souvent mis en cause dans les CAM (11).

Plus un médicament est prescrit ou consommé, plus il a de chance d'être impliqué dans l'abus médicamenteux : le paracétamol est consommé par plus de 80% des patients en abus médicamenteux sur deux études françaises, dans des proportions significativement supérieures aux patients sans abus médicamenteux (24).

En France, dans une étude en centre tertiaire datant de 2006, les triptans sont les médicaments le plus fréquemment retrouvés en surconsommation dans les CAM, suivi de près par les associations fixes à base de codéine puis les antalgiques simples (42)(figure 3).

L'abus de triptan concernerait 12 à 17 % des utilisateurs de cette molécule en France (41).

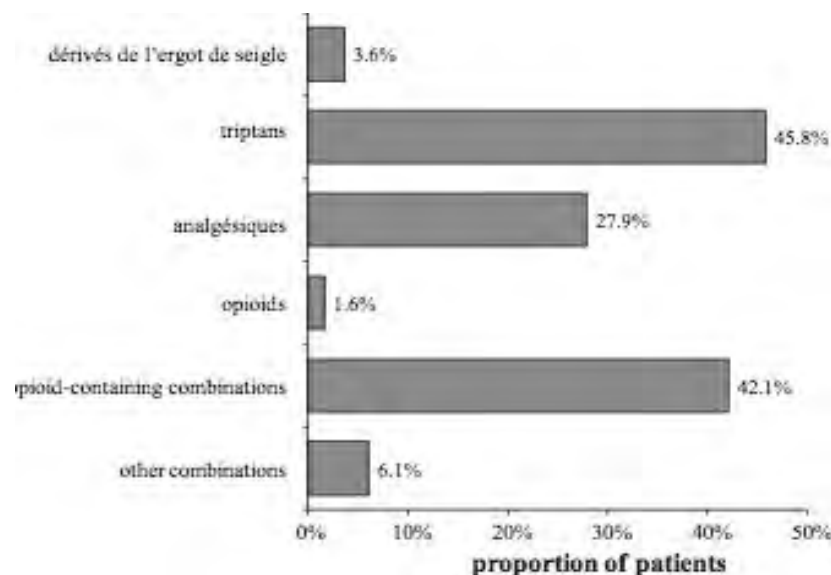


figure 2: Produits associés à une surconsommation de médicaments aigus chez des patients souffrants de céphalées par surconsommation de médicaments se présentant à des centre français spécialisés dans la prise en charge des céphalées entre l'année 2004 et l'année 2006 (n=247)(42)

IV.A.3) Difficultés diagnostiques en soins primaires

J'ai recensé 9 articles sur le sujet.

Seulement 10 % des CAM sont diagnostiquées selon l'OMS (4).
Le diagnostic de CAM est posé en moyenne après 10 ans d'abus médicamenteux, après que le patient ait consulté en moyenne 5 médecins différents et consommé en moyenne 8 thérapeutiques différentes (25)(9).

Une étude italienne rapporte que sur un échantillon de 25 000 patients en population générale, 64% des patients souffrants de céphalées chroniques quotidiennes sont mal diagnostiqués par leur médecin généraliste (43).

Les hypothèses avancées par les auteurs dans cette étude sont le manque de consultation des céphalalgiques, une automédication par des antalgiques non spécifiques et un fatalisme des patients concernant leurs maux de tête.

Une étude suédoise rapporte que seulement la moitié des patients diagnostiqués CAM dans leur étude, ont consulté leur médecin généraliste pour leurs céphalées durant la dernière année et seulement 14 % ont consulté un spécialiste à ce sujet (44).

Une étude française menée sur un petit échantillon de médecins généralistes (6) a essayé de comprendre les facteurs de résistance à une bonne prise en charge des CAM.

A l'aide d'entretien mi-directifs, ils ont interrogé 54 médecins généralistes de céphalalgiques suivis dans un centre anti-douleur.

Les auteurs rapportent que les médecins généralistes semblent avoir « une connaissance partielle et un intérêt modéré pour cette pathologie »

La moitié des médecins interrogés dans cette étude ne connaissaient pas la définition des CAM ou éludaient toutes les questions précises à ce sujet.

Le lien de causalité entre abus médicamenteux et céphalées chroniques était globalement méconnu, peu de médecin ont mentionné l'abus médicamenteux dans leur lettre d'admission en centre anti-douleur (6).

Un tiers des médecins ont rapporté que l'aide psychothérapeutique dans la gestion des CAM est inutile, traduisant encore une mauvaise connaissance de cette pathologie (6).

Les médecins interrogés avaient conscience de leurs problèmes pour diagnostiquer les CCQ : 50% d'entre eux ont déclaré se trouver quelques fois en difficulté pour poser un tel diagnostic, 37% souvent et 7% toujours.(5)

Plus de 80 % des médecins ont déclaré que l'évaluation de la consommation en antalgiques leur semblait difficile en pratique, mais possible à condition d'y consacrer du temps (6).

En effet, les praticiens en centre anti-douleur consacrent 1h à 1h 30 au diagnostic des CAM par patient (15).

Les médecins disent à avoir du mal à évaluer la consommation médicamenteuse de leur patient mais 2 études montrent qu'à peine 12 % des migraineux utilisent un agenda de survenue des crises. Une étude réalisée par l'URML (Union Régionale des Médecins libéraux) de la région centre a montré que si la tenue d'un agenda de survenue des crises est préconisée systématiquement par un médecin généraliste sur trois dans la prise en charge des céphalées, un

médecin sur six ne la recommande jamais. Dans cette même étude seulement 43 % des médecins déclarent se renseigner systématiquement sur la prise d'antalgiques par leurs patients en dehors des prescriptions (45).

IV.A.3.a) Moyens diagnostics

Seize articles abordent quelques méthodes diagnostiques.

IV.A.3.b) Application des critères diagnostics

Comme le souligne Lanteri et al, les critères diagnostic de l'ICHD II (16) font ressortir 2 notions essentielles dans le diagnostic des CAM :

- La première notion est que l'abus médicamenteux est défini en fréquence d'utilisation (jour de traitement par mois) et non en quantité de produit. Souvent il y a abus médicamenteux sans dépassement des limites posologiques journalières. Ce qui est important pour répondre à la définition, c'est que la prise de médicaments soit fréquente et régulière, c'est à dire au moins 2 jours de traitements par semaine. Une prise de médicaments massive sur quelques jours avec des intervalles de temps longs sans prise médicamenteuse est bien moins susceptible de développer une céphalée par abus médicamenteux (10).
- La deuxième notion importante à retenir pour poser le diagnostic est que la céphalée puisse répondre à la définition de céphalées chroniques. Certains auteurs préfèrent utiliser le terme générique de «céphalées chroniques quotidiennes» (CCQ), dont l'abus médicamenteux serait une des principales causes. D'ailleurs, l'ANAES en 2004, lors les dernières recommandations sur le sujet, parle plutôt de « CCQ par abus médicamenteux » que de CAM (7) (voir annexe 2).

Pour les auteurs, les critères diagnostics, sont une avancée pour la recherche clinique mais le sont moins en pratique, puisqu'il faut, dans l'absolu, attendre le sevrage médicamenteux pour poser le diagnostic.

En effet, ce critère de «résolution» après sevrage semble pour Grazzi et al. trop restrictif : l'abus médicamenteux pourrait créer un changement dans la perception ou la tolérance à la douleur chez ces personnes qui ne ressentent pas toujours de résolution nette de la douleur. De plus, le sevrage permet à des céphalées qui ne répondaient plus aux traitements prophylactiques de le redevenir (46).

Dans ce sens, la classification s'enrichit en 2005 du concept de «céphalée par abus médicamenteux probable»(pCAM), le dernier critère de résolution post sevrage n'étant plus à remplir (10).

Puis un appendice apparaît en 2006 (46) proposant de ne plus prendre en compte le critère D de résolution après sevrage pour poser le diagnostic de CAM.

Ainsi, selon ces nouveaux critères diagnostic (10) le meilleur moyen de faire le diagnostic est d'être attentif à l'histoire clinique du patient, de sa céphalées et de ses prises médicamenteuse et d'évaluer précisément sa consommation

médicamenteuse (15)(8)(9).

Mais les médecins généralistes sont confrontés à des difficultés qui sont(47)(15) :

- le manque de temps,
- un suivi régulier des céphalalgiques,
- le biais de rappel des patients : tendance à se rappeler des crises les plus récentes et les plus intenses,
- la bonne volonté du patient qui peut se montrer réticent à révéler ses consommations médicamenteuses qui se résument souvent à de l'automédication

IV.A.3.c) Les calendriers et agendas de la crise

Les agendas et calendriers de la crise de céphalée ont montré leur utilité dans le domaine clinique et celui de la recherche, par exemple pour (48):

- différencier migraine et céphalée de tension chez un même patient
- identifier clairement céphalées de tension chroniques ou épisodiques
- identifier les migraines cataméniales
- identifier les facteurs déclenchants de céphalée
- évaluer les quantités d'antalgiques utilisés
- obtenir les informations nécessaires pour mettre en place un traitement de fond
- évaluer la compliance médicamenteuse des patients
- faire de l'éducation
- améliorer la communication médecin-céphalalgique en évaluant le handicap

Il permet de s'affranchir du biais de rappel des patients.

C'est un outil qui peut être adapté aux besoins du clinicien. Il peut être personnalisé et on peut par exemple monitorer : les crises de céphalées leur type et leur fréquence, les symptômes d'accompagnement, les facteurs déclenchants, le cycle menstruel, l'usage de traitement de la crise (49)(8)(50). Il s'agit d'un moyen d'évaluation peu coûteux disponible sous un format papier ou électronique (51).

L'utilisation de calendriers et agendas de la crise de céphalée est recommandée en complément de l'interrogatoire dans le diagnostic des CAM (49) (50).

Pour Tassorrelli et al., l'association « calendrier, interrogatoire et examen physique » pourrait constituer le « gold standard » dans le diagnostic des CAM (49).

Une étude menée dans plusieurs centre de lutte contre les céphalées a montré que pour porter le diagnostic de CAM, l'utilisation des seules données recueillis au travers d'un agenda des céphalées « the basic headache diary » sur seulement 1 mois avant la première consultation, s'est montrée plus que

satisfaisante en terme de sensibilité (75%) et spécificité (87%) par rapport à un diagnostic fait en consultation par l'interrogatoire (49).

Dans cette étude, l'acceptabilité de l'agenda par les patients, sa compréhension et la compliance au remplissage étaient très bonne (8). Les données de l'agenda ont permis de porter un diagnostic dans 93% des cas.

La durée de monitoring sur 1 mois semble suffisante pour poser un diagnostic de céphalées chroniques. D'après les spécialistes le recueil d'information sur plus de temps ne donne pas plus d'information (49).

IV.A.3.d) le questionnaire BHS « Brief Headache Screening »

Le « Brief Headache Screening » BHS (voir annexe 3) est un outil simple et rapide, développé par Maizel et al (52) en vue d'améliorer le diagnostic de migraine, céphalées de rebond et abus médicamenteux, en permettant au médecin d'établir un arbre diagnostic. (voir annexe 3).

Il est composé de 3 questions portant sur la fréquence des crises de céphalées sévères et modérées et sur l'usage d'antalgiques de la crises.

Son évaluation en médecine générale a permis de montrer une bonne sensibilité dans le diagnostic de migraine, de céphalées quotidiennes et d'abus médicamenteux mais cet outil n'est pas suffisamment complet pour distinguer tous les types de céphalées primaires, pour exclure les céphalées secondaires et pour distinguer les différents types de céphalées chroniques (notamment affirmer que l'abus médicamenteux est la cause des céphalées chroniques) (51).

IV.A.3.e) Le questionnaire MDQ-H « Medication Dépendance Questionnaire in Headache patient »

En se basant sur le lien entre CAM et addiction, Radat et al propose le MDQ-H (le Medication Dépendance Questionnaire in Headache patient) (voir annexe 4), un autoquestionnaire de 21 questions permettant de mesurer la dépendance physique et psychique aux antalgiques dans la céphalée chronique (53). Les questions sont basées sur les 7 dimensions de la dépendance aux substances du DSM IV (syndrome de sevrage, tolérance, perte de contrôle, réduction des activités, perte de temps, surdoses, conséquences).

Ce test a montré de bonnes qualités psychométriques à mesurer la dépendance chez les céphalalgiques. Les scores retrouvés chez des patients céphalalgiques chroniques avec abus médicamenteux sont 2 fois plus élevés que ceux des céphalalgiques chroniques sans abus médicamenteux mais les auteurs n'ont pas pu définir de valeur seuil de dépendance. Le test ne permet donc pas pour l'instant de diagnostiquer les CAM mais il peut être utilisé pour orienter le traitement en fonction du degré de dépendance une fois que le diagnostic de CAM probable a été porté.

IV.A.3.f) L'auto-questionnaire SDS « Severity Dependance Scale »

Sur un principe assez similaire au MDQ-H, le SDS (Severity Dependance Scale) (voir annexe 5) est une échelle psychométrique d'évaluation du degré ou sévérité de la dépendance à une substance. D'abord validée pour mesurer la dépendance dans sa composante psychologique essentiellement à des drogues

illicites (héroïne, cocaïne, amphétamines), elle fut ensuite validée pour d'autres substances (cannabis, alcool...) avant d'être validée en 2002 pour le dépistage de la dépendance aux benzodiazépines chez des usagers au long cours. Il s'agit d'un auto-questionnaire en 5 questions qui permet d'évaluer la composante psychique de la dépendance à des drogues : la compulsion et les préoccupations liées à l'usage (54).

En se basant sur la lien entre dépendance et abus d'antalgique retrouvé dans les CAM, Grande et al ont permis de montrer que le SDS permet de repérer efficacement l'abus d'antalgique chez les céphalalgiques chroniques (47)(55). Le SDS a été testé sur un échantillon de céphalalgiques chroniques avec et sans abus médicamenteux en population générale préalablement diagnostiqués grâce un interrogatoire réalisé par un neurologue. Les résultats ont montré des scores de dépendance significativement plus élevé chez les céphalalgiques en abus médicamenteux (5,6 [IC = 5,3–5,9] versus 2,7 [IC = 2,4–3,1] ; $p < 0,001$). De plus, ils ont retrouvé que les céphalalgiques sans abus médicamenteux mais avec un score SDS supérieur ou égal à 5 ont une consommation d'antalgiques par mois significativement plus importante que ceux avec un score inférieur à 5 (8.4 jours versus 2.5 jours chez les hommes ($P < 0.001$) et 8.6 vs. 4.8 jours chez les femmes ($P < 0.001$).). Ainsi, les auteurs ont retrouvé une sensibilité, une spécificité et des valeurs prédictives positives et négatives de ce test dans le dépistage de l'abus médicamenteux se rapprochant de 80% pour un score supérieur ou égal à 5 chez la femme et à 4 chez l'homme.

Les auteurs proposent son utilisation en médecine générale pour repérer facilement l'abus médicamenteux chez les céphalalgiques chroniques et initier chez ces patients un sevrage médicamenteux (47).

Il n'y a pour pas pour l'instant de traduction officielle de ce questionnaire en français.

IV.B - PREVENTION

IV.B.1) Facteurs favorisant l'abus médicamenteux

L'analyse de 15 articles sur le sujet permet de dégager 4 facteurs précipitant la pathologie :

IV.B.1.a) Un comportement proche de la dépendance

On connaît mal les raisons pour lesquelles certains patients abusent de leur traitement.

Saper et Lake différencient au sein de céphalalgiques par abus médicamenteux deux groupes. Un pour lequel le profil addictif serait déterminant dans l'abus, et un autre groupe pour lequel l'abus médicamenteux serait lié à l'aggravation du cours évolutif de la céphalée. (33)

Le dis-contrôle concernant l'utilisation des antalgiques (poursuite de la consommation en dépit de la connaissance des effets néfastes), la tolérance, les symptômes de sevrage à l'arrêt de l'abus médicamenteux et la propension à la récurrence après sevrage retrouvés chez certains patients souffrant de CAM, semble pour certains auteurs en faveur d'un comportement proche de l'addiction ou de la dépendance aux substances (termes considérés comme équivalents en pratique) (42).

Dans une étude française concernant 247 patients souffrant de CAM, les critères de dépendance aux substances définis par la DSM IV (annexe 6) sont retrouvés chez 69 % d'entre eux (42).

De plus, on retrouve chez un grand nombre de patients souffrant de CAM (13,8%) une dépendance à d'autres substances psychoactives (sédatifs/anxiolytiques, tabac, caféine, alcool, substances illicites)(42). Chez les patients souffrant de CAM, les prises d'anti-migraineux s'accompagnent dans 13 à 25 % des cas de prise de benzodiazépine associées (24).

D'un point de vue psychologique, cette appétence aux médicaments peut s'interpréter par des mécanismes cognitivo-comportementaux simples appelés « conditionnement opérant » (42). La disparition de la douleur après la prise médicamenteuse, à rapprocher avec la recherche de plaisir pour les drogues, constitue un facteur de conditionnement (c'est-à-dire un facteur qui augmentera la probabilité de reconduire l'action de prise médicamenteuse ultérieurement, et ce d'autant plus que le soulagement est rapide), il est appelé facteur de « renforcement négatif ». Si le traitement a des effets anxiolytiques ou stimulant comme la caféine ou la codéine, l'effet de bien-être procuré par le médicament peut constituer un facteur de renforcement positif. L'évitement des symptômes de sevrage est également un facteur de conditionnement(42).

Il a été démontré que les troubles liés à l'abus d'une substance étaient en partie déterminés génétiquement (42): l'hérédité de la dépendance à l'alcool, à la cocaïne ou aux opioïdes atteint 40 à 60 % des personnes concernées. (due aux polymorphismes des gènes liés à la dopamine).

De manière semblable, il semble y avoir une vulnérabilité familiale à l'abus médicamenteux ou à la dépendance à d'autres substances chez les patients souffrants de CAM.

Une étude rapporte que le risque d'abus ou de dépendance à une substance était accru chez les parents de patients souffrant de CAM comparé aux parents des migraineux épisodiques (OR = 2,75 ; IC à 95 % = 1,02–7,38 ; p = 0,04), ce qui suggère la possibilité d'une transmission familiale croisée entre CAM et troubles liés à une substance (57).

Enfin, des études en neuro-imagerie fonctionnelle ont retrouvé un hypométabolisme au niveau du cortex orbito-frontal (COF) chez des patients souffrant de CAM, persistant après sevrage. Cette hypoactivité du COF a été retrouvée également chez des patients cocaïnomanes et correspondrait à un défaut d'activité du COF à inhiber les comportements de recherche compulsive de la drogue (« craving »)

D'autre part, le système endocannabinoïde, système qui intervient dans le circuit

de récompense impliqué dans la dépendance, est perturbé chez les céphalalgiques par abus médicamenteux (anandamide à faible taux et métabolisme de ces molécules régulé à la baisse) (42).

IV.B.1.b) Une mauvaise adaptation à la douleur

D'autres études rendent compte d'un profil psychologique non addictif, mais particulier chez ces patients. On retrouve en comparaison avec les migraineux épisodiques ou les céphalalgiques chroniques sans abus médicamenteux :

- des dysfonctionnements dans les stratégies d'ajustement face à la douleur appelée stratégies de « coping ». Il s'agit de l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou excèdent les ressources d'un individu. La stratégie employée par ces patients serait dite « assimilative ». De façon concrète, ces patients, vont tout faire pour soulager leur douleur afin de ne pas modifier leur mode de vie au lieu d'essayer d'adapter leur vie et leur activité à la douleur (stratégie accommodative). Ce mode de fonctionnement est significativement associé à plus de détresse émotionnelle, de stress et d'incapacité(58)(59). Ils font davantage appel à la dramatisation (inquiétude importante, la personne s'attache uniquement aux aspects négatifs de sa douleur), à la prière (le sujet utilise sa foi en Dieu pour gérer sa douleur) et à la distraction (le sujet détourne le plus possible son attention de la douleur en évitant de penser à elle).
- une peur anticipatoire de la douleur, une « céphalophobie »(33)
- une intolérance à l'inconfort physique (33)
- une croyance importante aux médicaments (33)
- une hypochondrie (60)

IV.B.1.c) Comorbidités

Hagen et al. ont observé sur un tout petit échantillon que certains états pathologiques, antérieurs à l'abus, présents chez des patients qui ont développé des céphalées chroniques avec abus médicamenteux ne l'étaient pas chez ceux qui ont développé une céphalée chronique sans abus médicamenteux (61).

Ils retrouvent associés significativement aux CAM :

- une consommation régulière de tranquillisants avec un risque relatif de 5
- des douleurs chroniques de type musculo-squelettiques ou gastro-intestinales associées à un profil anxiodépressif, avec un risque relatif de 4 (33)
- une consommation de tabac avec un risque relatif de 2
- une inactivité physique avec un risque relatif de 2
- des comorbidités psychiatriques qui précèderaient l'abus médicamenteux comme (33) :
 - des troubles de l'humeur
 - des troubles anxieux

Ils ne sont pour l'instant que des facteurs de risques potentiels, des études

prospectives doivent encore confirmer le lien de causalité.

IV.B.1.d) La prise en charge des céphalées épisodiques en soins primaires

La moitié des patients souffrant de CAM pratiquent l'automédication exclusive. Cette tendance serait plus forte chez les patients les plus jeunes même s'ils consomment moins d'antalgiques que les patients plus âgés, à fréquence de céphalées égales.(44)

En effet, plus de la moitié des traitements de la crise de céphalées sont des médicaments à prescription médicale facultative (62). De plus, les antalgiques pour les maux de tête et la migraine après au moins un avis médical, font parti « des indications et des situations cliniques qui peuvent relever d'une prise en charge autonome des patients » d'après l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé « ANSM »(annexe 1 de l'Avis aux fabricants de 2005).

Sur leur site (<http://ansm.sante.fr/>) quelques brochures à l'intention des patients ont été réalisées mais aucune n'a été réalisée sur les céphalées. Les fiches d'aide à l'automédication concernant le paracétamol, l'aspirine et les anti-inflammatoires ne font pas apparaître le risque d'abus médicamenteux en cas de céphalées. La limitation des antalgiques dans les céphalées à 2 prises par semaines figurant dans les recommandations de l'ANAES sur les CCQ (7), n'apparaît pas ni dans les notices des antalgiques vendus sans ordonnance ni dans leur RSP (Résumés des Caractéristiques du Produit) (62).

Les patients connaissent mal leurs céphalées et les thérapeutiques mises à leur disposition. Par exemple, la migraine affecte environ 1 personne sur 5 en France et pourtant 60 % des migraineux ne se savent pas migraineux d'après l'étude FRAMIG 3(63).

Une étude a montré que moins d'un tiers des patients arrivaient à discriminer migraines et céphalées tensives. Or cette discrimination conditionne la capacité des sujets à se traiter correctement(24).

L'étude FRAMIG 2000 a montré de nombreuses incohérences thérapeutiques chez les migraineux (64):

- une très grande fréquence d'utilisation des antalgiques non spécifiques dans la crise de migraine avec souvent de nombreuses prises d'unité thérapeutiques lors d'une même crise, avec une absence de soulagement significatif dans 1 cas sur 2 quelques soit le score MIDAS. La plupart des migraineux (60%) utilisent le paracétamol et 23 % des migraineux utilisent les opioïdes non recommandés dans le traitement des migraines (63).
- des modalités d'utilisation des traitement spécifiques ne respectant pas les recommandations. En effet, la moitié des utilisateurs attendent environ 5 à 6 h après le début de la crise pour prendre leur traitement.

Les patients ne sont pas bien informés parce qu'ils consultent peu leur médecin généraliste pour leur céphalées : 40% des migraineux n'auraient jamais

consulté de médecin et 41% auraient arrêté de consulter (63).

Le profil des céphalées épisodiques n'est pas réévalué assez régulièrement pour que le traitement soit réajusté, laissant place à une médication excessive, seul moyen pour le patient d'assurer le quotidien face aux variations naturelles de ses céphalées (stress, évènement de vie, facteurs déclenchants les crises migraineuses)(24).

La réussite d'un suivi pour céphalée dépend de la qualité de la première consultation médicale pour céphalées. Les patients entendent par «qualité de la première consultation», que le traitement donné soit efficace et que le médecin semble empathisant (63). L'annonce d'un diagnostic, la prescription d'un médicament spécifique de la crise ou d'un traitement de fond sont effectivement significativement associé à un suivi médical, selon l'étude FRAMIG 3 (65).

Pourtant pour près d'un patient sur cinq, le médecin généraliste porte un diagnostic de céphalée non migraineuse alors que le patient présente une migraine ou un désordre migraineux (selon les critères IHS)(65)

On note chez les migraineux une sous-utilisation des traitements spécifiques de la migraine (triptans et dérivés ergotés) qui représentent respectivement 7,7% et 4% des médicaments utilisés (64)

Les médecins généralistes n'ont pas conscience du handicap causé par la migraine, ils ont tendance à sous-estimer la douleur perçue par le patient, et par là même à sous-traiter leurs patients (65). D'après les dernières recommandations sur la migraine il est recommandé de mettre en place un traitement de fond en fonction «de la fréquence, de l'intensité des crises, mais aussi du handicap familial »(66). Presque 40 % des migraineux sont candidats à la mise en place d'un traitement de fond, et seulement 13% en prennent un.

Il existe encore un manque de confiance des patients envers leur médecin généraliste. En effet, 12 % des patients croient que la connaissance de leur médecin généraliste au sujet des migraines est mauvaise, voire très mauvaise, et 1/3 pensent aussi que les informations fournies par leur médecins généralistes sur les différents traitements de la migraine se sont montrées inadaptées (63). Les patients ne souhaitant pas consulter sont assez pessimistes concernant l'aide que peut leur apporter le médecin généraliste, ils pensent que le médecin ne peut rien faire pour eux et ils classent le suivi médical au dernier rang des facteurs susceptibles de les soulager, préférant l'automédication (65).

IV.B.2) Moyens de prévention

Vingt trois articles évoquent des moyens de prévention.

IV.B.2.a) L'amélioration de la prise en charge des céphalées épisodiques

Les auteurs suggèrent que logiquement la prévention des CAM passe par celle de l'abus d'antalgique lorsque les céphalées sont encore épisodiques (26) (25), c'est-à-dire par une amélioration de la prise en charge des céphalées épisodiques en général (16).

Même si peu d'études fiables ont pu être réalisées dans ce sens, des règles de prescription et bon usage des antalgiques, s'appuyant en partie sur le bon sens, ressortent dans la littérature et sont reprises par plusieurs auteurs. On citera :

- La prescription d'emblée d'un traitement adapté au type de céphalée (29) (8) (7) et adapté au profil d'incapacité du patient comme le propose Lanteri et al. Il propose d'utiliser une stratégie de soin dite « stratifiée » dans la migraine en optant, en première ligne, pour les triptans plutôt que les AINS dès que le score d'incapacité est élevé afin d'obtenir un soulagement et un retour à un fonctionnement normal dans des délais plus rapides et de minimiser le risque d'escalade thérapeutique (63).
- La mise en place de traitements de fond dès que les prises d'antalgiques excèdent 2 prises par semaines de façon régulière ou que les céphalées sont qualifiées de sévères (32) s'est montrée efficace pour réduire l'apparition des CAM. Les traitements de fond permettraient d'éviter le phénomène de sensibilisation centrale évoqué dans les mécanisme des CAM (25) (9) (26)(8). Limmroth et al. ont montré dans une étude randomisée contrôlée contre placebo, que le topiramate permet une diminution significative du nombre de prise d'antalgique de la crise chez les migraineux et ce d'autant plus que la fréquence des crises est élevée (67).
- Décourager l'usage anticipé des antalgiques dans la crise de céphalées (68) (8).
- La limitation mensuelle des prise d'antalgiques (69). Une limitation à 2 prises par semaines de façon régulière soit 10 à 12 prises d'antalgiques par mois est conseillée par de nombreux auteurs et reprise dans les recommandations sur les CCQ (7) (19)(32)(8)(31) (70). Elle devrait figurer dans les ordonnances selon Valade et al.
- La limitation (42) (26) voire l'arrêt de l'usage des antalgiques codéinés et caféinés dans les céphalées primaires (31)(42)(16).
- L'usage de moyens non médicamenteux comme :
 - la relaxation déjà efficace en prophylaxie de la migraine et dans le traitement des CAM en association avec le sevrage pour diminuer les

prises médicamenteuses (8)(72)(25).

- Le repérage et l'éviction des facteurs déclenchants modifiables (nourriture, stress, manque de sommeil...)(71)(25) utilisés dans la prise en charge de la migraine.

Pour Dodick et al, la prévention passe aussi par l'identification des céphalalgiques à risque de développer une CAM (patients présentant des comorbidités psychiatriques ou des co-addictions) afin de les convaincre de traiter ces pathologie (26)

Le repérage et l'action sur certains facteurs de risque modifiables de céphalées par abus médicamenteux que sont le tabagisme, l'usage de tranquillisant et l'inactivité physique sont une piste de prévention évoquée par Hagen et al.(61) mais difficile à mettre en pratique tant que le lien de causalité n'est pas formellement établi (19)(30).

La recherche systématique par les praticiens des surconsommations d'antalgiques et de l'automédication doit faire parti du processus de prise en charge des céphalalgiques en cours de traitement (26).

IV.B.2.b) L'éducation thérapeutique

Les auteurs sont unanimes sur l'importance de l'éducation thérapeutique des patients céphalalgiques primaires dans la stratégie de prévention des CAM. Le patient doit recevoir une information sur la façon d'utiliser les traitements antalgiques et sur le risque potentiel d'un abus d'antalgique (24) (25) (73) (72) (7) (8).

De Diego justifie l'éducation thérapeutique par le fait que les facteurs précipitants l'abus médicamenteux sont bien identifiés et modifiables pour certains.(72)

On retrouve un terrain prédisposant (co-addictions, troubles anxio-dépressif, douleurs chroniques associées, ...) sur lequel se greffent une intensification des céphalées et un défaut de leur prise en charge (usage de traitement de la crise de céphalée de tension pour une migraine et inversement, sous utilisation des traitements de fond, utilisation d'antalgiques codéinés ou caféinés, suivi insuffisant...)(72).

Un programme d'éducation cognitivo-comportemental a été testé sur des patients migraineux à risque d'abus médicamenteux et s'est montré efficace en terme de réduction des prises médicamenteuses et de la fréquence des céphalées mais aussi en terme d'amélioration de traits psychologiques néfastes (dramatisation, stratégie de coping, acceptation de la douleur) (73). L'information délivrée aux patients portait sur (73):

- les symptômes, la physiopathologie, la psychopathologie de la migraine,
- l'apprentissage d'exercice de relaxation,
- l'information sur les médicaments de la crise et sur les traitements

- prophylactiques
- les symptômes et les mécanismes pathologiques des CAM,
- les modalités de prise médicamenteuse : moment de la prise, reconnaissance du type de céphalées (quel médicament pour quel type de céphalées),
- les facteurs externes et internes pouvant influencer les prises médicamenteuses (automédication, stress professionnel ou familial, peur de la douleur, peur de ne pas pouvoir continuer à faire les choses).

Rothroch et al ont montré qu'un groupe de migraineux ayant reçu une éducation portant sur les mécanismes à l'origine de la maladie et sur les modalités de sa prise en charge avaient des scores d'incapacité significativement plus faibles et consommaient 3 fois moins d'antalgiques de la crise que le groupe contrôle sans éducation (74).

Dodick et al (8) proposent en prévention des CAM d'informer les céphalalgiques sur :

- le fait que l'abus d'antalgique peut-être la cause d'aggravation en fréquence et en intensité des céphalées et la cause de résistances aux antalgiques,
- le fait que les CAM peuvent se développer à partir de 2 à 3 prises d'antalgiques par semaine,
- le mécanisme d'apparition et les symptômes des céphalées de rebond,
- la nécessité de limiter l'usage des traitements de la crise et d'éviter les prises anticipées.

V - DISCUSSION

V.A - ANALYSE DES RÉSULTATS : JUSTIFICATION A L'ÉLABORATION D'UNE BROCHURE -PATIENT

V.A.1) Prévention

L'analyse des facteurs prédisposant et précipitant les CAM évoqués dans les résultats et des moyens de prévention suggérés dans la littérature permet d'envisager une stratégie préventive en médecine générale.

Comme nous l'avons vu, une partie des facteurs favorisant le développement des CAM comme le terrain céphalalgique préexistant (9), la vulnérabilité familiale à la dépendance (42), le sexe féminin (11) ou le faible niveau

d'éducation ne sont pas modifiables(11).

Les capacités d'action sur les autres facteurs que sont les comorbidités associées (troubles anxio-dépressif, co-addictions, douleurs chroniques digestives et musculo-squelettiques, sédentarité) (61) et sur le profil psycho-comportemental, bien qu'évoquées par certains auteurs, semblent aussi limitées (42).

Leur véritable implication en tant que facteurs de risque reste encore à prouver (61).

Dans ces conditions, ces facteurs ne peuvent faire l'objet que d'une vigilance particulière de la part du médecin généraliste informé, lorsqu'ils sont présents chez des céphalalgiques.

Quant à leur prise en charge systématique chez les céphalalgiques primaires (psychothérapie, arrêt du tabac, activité physique...), elle paraît difficile à mettre en pratique étant donné leur grande fréquence en population générale.

Par contre, la prévention peut-être efficace en faisant en sorte que les céphalalgiques épisodiques n'aient pas besoin de surconsommer des antalgiques (16) (26).

Les facteurs retrouvés responsables de cette surconsommation chez les céphalalgiques épisodiques primaires sont liés à un défaut dans leur prise des céphalées en soins primaires. On retrouve :

- l'automédication non encadrée dans la céphalée par manque de communication des autorités compétentes sur les risques que peut constituer un mauvais usage des antalgiques et sur l'existence de limites posologiques à respecter (44).
- le faible taux de consultation en médecine générale des patients pour leurs céphalées habituelles par manque de confiance envers leur généraliste (63)
- le manque de connaissance des céphalalgiques sur leur pathologie et sur les différentes options thérapeutiques (différents types d'antalgiques, méthodes non médicamenteuses)(63)(24)(64)
- le manque de connaissance et d'intérêt des médecins généralistes pour les CAM qui contribue à une trop grande tolérance à la surconsommation d'antalgiques (6)
- une communication médecin-céphalalgique de mauvaise qualité avec sous estimation du handicap causée par les céphalées (63)(65)
- le manque de suivi des céphalalgiques primaires afin d'adapter le traitement (24)

A la question de recherche «Comment le médecin généraliste peut-il améliorer la prévention primaire des CAM ?» on peut répondre que d'une part, l'accent doit être mis sur la prise de conscience par les médecins généralistes du risque potentiel que constitue le mésusage de tous les antalgiques de la crise de céphalées pour les céphalalgiques épisodiques primaires (céphalalgique les plus souvent concernés).

Ceci implique pour leur pratique : un plus grand intérêt et une plus grande attention portée aux céphalées épisodiques primaires, tant à leur diagnostic qu'à leur suivi particulièrement chez les patients présentant certaines comorbidités. Cela demande plus de rigueur dans la prescription des antalgiques de la crise et

plus de communication avec le patient sur leurs céphalées (vigilance accrue à l'auto-médication et au mésusage des antalgiques, évaluation de l'incapacité).

D'autre part, parce que le patient céphalalgique doit rester autonome dans la gestion de ses crises, l'information et l'éducation thérapeutique du patient céphalalgique épisodique, centrées sur le risque de développement des CAM apparaissent essentielles.

L'objectif d'un programme d'éducation thérapeutique est de permettre aux patients d'acquérir des compétences de vigilance, d'auto-évaluation, d'adaptation et d'auto-soins, afin de diminuer la fréquence et la sévérité des crises, de mieux gérer celles-ci lorsqu'elles surviennent, en particulier l'usage des traitements antalgiques, et d'améliorer la qualité de vie, y compris en période intercritique.

Ainsi une brochure mise à la disposition des patients apparaît comme un moyen de sensibiliser, d'informer et d'initier l'éducation, en touchant un grand nombre de patients céphalalgiques primaires, notamment les non consultant, tout en faisant gagner du temps au médecin généraliste.

Une étude a montré qu'une brochure d'information et d'éducation sur les CAM s'est montrée aussi efficace dans la prévention des CAM chez les migraineux qu'un contact médical d'une durée de plusieurs heures délivrant le même type d'information (73).

De plus, la brochure peut être un moyen d'améliorer la relation médecin-céphalalgique et particulièrement la confiance des céphalalgiques. En effet, d'une façon générale l'information écrite, complémentaire de l'information orale semble appréciée des patients et ils en sont demandeurs.

Weinman et al confirment le besoin, l'utilisation et la valeur ajoutée des brochures pour les patients. Ses études révèlent que 75 % des patients souhaitent une information écrite accompagnant le traitement et que 80 % d'entre eux la lisent. En Grande-Bretagne, Little et al montrent que fournir une fiche d'information écrite lors de la consultation améliore sensiblement la satisfaction des patients, et ce, surtout lors des consultations brèves (75)(76).

Enfin dans cette optique de prévention, la brochure peut-être également un moyen pour le médecin de palier à la pression de prescription d'antalgique à laquelle le soumet souvent le patient céphalalgique. Il a été montré que les brochures d'informations permettent de limiter la sur-prescription d'antibiotiques dans les bronchites aiguës de l'enfant et de diminuer significativement la prise d'antibiotiques dans les bronchites aiguës de l'adulte (77).

V.A.2) Diagnostic

En premier lieu, il me semble important de faire le point sur les différents critères diagnostics présents dans la littérature.

Selon l'ICHD II, devant un tableau de céphalées chroniques avec abus réguliers d'antalgiques, le diagnostic formel de CAM ne peut être porté qu'après traitement d'épreuve : la réussite d'un sevrage en antalgique. (16)

Ainsi, les nouveaux critères diagnostics apportés par l'appendice de 2006 de ICHD II ou bien ceux accompagnant le concept de «CAM probable»(10), excluant le critère de résolution après sevrage, ne permettent pas d'affirmer la

causalité de l'abus médicamenteux.

Ces définitions permettent d'établir ce que l'on pourrait appeler « un pré-diagnostic » ou « un diagnostic précoce ».

Comme on l'a vu, la CAM est une pathologie méconnue des patients et des médecins : seulement 10% des patients souffrant de CAM sont diagnostiqués.(4)

En effet, les médecins généralistes connaissent mal la pathologie(43)(6), mais le diagnostic reste tout de même difficile à poser durant une consultation de médecine générale car il prend du temps.(43)(6)

En effet, à la différence de la migraine, le diagnostic de CAM ne peut pas reposer sur son profil sémiologique.

Quelques symptômes fréquents comme : la fréquence quasi-quotidienne des céphalées, la variabilité de leur caractéristiques d'un moment à un autre de la journée, la mauvaise réponse aux antalgiques de la crise et aux traitements de fond peuvent mettre la puce l'oreille du praticien(9). Mais cette sémiologie trop hétérogène et non spécifique ne permet pas au généraliste d'en faire un support efficace à l'établissement du diagnostic.

Le diagnostic ne repose pas non plus sur l'existence de marqueurs biologiques ou de signes visibles en imagerie conventionnelle.

Pour évoquer le diagnostic, le clinicien doit dans tous les cas prendre le temps de recueillir auprès du patient : la fréquence des céphalées (plus de 15 jours par mois), la consommation d'antalgique depuis 3 mois (plus de 2 à 3 prises par semaines de façon régulière) et le lien de temporalité entre abus et aggravation des céphalées (l'aggravation des céphalées doit suivre l'abus d'antalgique). (16)(19)(8)(9)

Ainsi, l'établissement du pré-diagnostic de CAM nécessite une grande participation et compliance du patient : il est le mieux placé pour évaluer le rythme de ses céphalées et celui de ses consommations médicamenteuses. L'expertise du médecin, intervient surtout au moment d'éliminer les diagnostics différentiels (notamment les céphalées secondaires symptomatiques : maladie de Horton, thrombose veineuse cérébrale, tumeurs..) par la recherche des « drapeaux rouges » (« red-flags »), puis au moment d'initier un sevrage.

L'utilisation d'agenda de la crise associée à l'examen physique et à l'interrogatoire est le moyen diagnostic actuellement recommandé mais est sous utilisé par les médecins généralistes. (45)

Les questionnaires d'évaluation de la dépendance aux antalgiques chez les céphalalgiques chroniques, encore peu développés, permettent également d'évaluer l'abus médicamenteux et pourraient constituer une aide diagnostique précieuse pour le médecin généraliste (47)(55). En effet, l'évaluation de la consommation médicamenteuse constitue une tâche particulièrement difficile pour le médecin généraliste à cause des réticences du patient à révéler ses prises d'antalgiques non prescrites (47)(19).

Cependant l'amélioration du diagnostic en médecine générale reste difficile quand on sait que les patients souffrant de CAM consultent peu leur médecin généraliste pour leur céphalées et pratiquent pour la moitié une automédication exclusive non encadrée.(44)(74)(19)

Un meilleur rendement diagnostique nécessiterait une sensibilisation des céphalalgiques, consultant et non consultant, à l'existence de la pathologie et à la possibilité de se prêter à un auto-diagnostic précoce par l'évaluation de la fréquence de leurs céphalées et de leur consommation d'antalgique. Le pré-diagnostic réalisé en amont, le médecin généraliste n'aura plus qu'à éliminer les diagnostics différentiels et à proposer un sevrage médicamenteux.

La brochure-patient est une mode de communication qui pourrait permettre de diffuser massivement aux céphalalgiques un message d'information sur les CAM et un message d'incitation au diagnostic. Ce type de support est un moyen facile de fournir aux céphalalgiques, conjointement à l'information, un agenda des crises ou un questionnaire à remplir puis à retourner à son médecin, permettant « l'auto-diagnostic » précoce.

V.A.3) Etats des lieux sur les brochures existantes sur le sujet

La recherche internet sur les sites des organismes officiels français, ne retrouve aucune brochure d'information-patient portant sur les CAM.

J'ai retrouvé une brochure d'éducation sur les CAM, réalisée de façon privée par un réseau anti-douleur parisien « Lutter Contre la Douleur » <http://www.reseau-lcd.org/>, pour des patients déjà diagnostiqués CAM en vue d'accompagner leur sevrage : « Céphalées chroniques quotidiennes avec abus médicamenteux : les notions clés à comprendre ».

L'organisation non gouvernementale européenne « Lifting de burden » en collaboration avec l'OMS propose une plaquette informative en anglais sur les CQQ : « Information for people affected by chronic daily headache » disponible sur son site internet <http://www.l-t-b.org/>. L'abus médicamenteux y est bien expliqué mais la plaquette est peu attractive : le discours est long, difficile à lire et le format ne se prête pas à sa diffusion libre sous forme de brochure.

Les autres brochures retrouvées à but préventif en français sont essentiellement des brochures centrées sur la maladie migraineuse comme par exemple : « *maux de tête ou migraine ? Il est temps d'en parler avec votre médecin.* » créée par la SFEMC (Société Française d'Etude des Migraines et des Céphalées) ou encore « *Céphalées et algies faciales Recommandations thérapeutiques* » éditée par la société Suisse pour l'étude des céphalées <http://www.headache.ch/>, elles permettent l'éducation thérapeutique du patient mais n'évoquent qu'indirectement le risque d'abus médicamenteux.

De façon générale, les brochures patients évoquant le risque de CAM se font rares et aucune ne permet de répondre à la problématique du diagnostic en soin primaire. Il paraît donc justifié d'essayer de créer une telle brochure-patient.

V.B - CONCEPTION D'UNE BROCHURE PATIENT

La brochure a été réalisée en s'aidant du plan proposé par le référentiel HAS pour « *l'élaboration d'une brochure d'information pour les patients* » (78) et du référentiel de l'INPES « *Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité* » (79).

V.B.1) Définition des objectifs:

L'objectif principal de la brochure est :

- d'initier l'éducation thérapeutique des céphalalgiques primaires épisodiques en leur donnant une information sur les CAM et les grandes lignes de conduite pour gérer leurs céphalées afin de prévenir le risque d'abus médicamenteux.
- de donner aux médecins généralistes les moyens de diagnostiquer facilement et rapidement les CAM.

L'objectif secondaire est d'augmenter indirectement la prise de conscience des médecins généralistes sur le problème des CAM et de les inciter à une prise en charge en soins primaires.

V.B.2) Définition de la population cible et du mode de diffusion

La brochure doit s'adresser aux patients à risque de céphalée par abus médicamenteux c'est-à-dire essentiellement aux céphalalgiques primaires consommant des antalgiques.

Afin d'être utile au diagnostic, la brochure doit être accessible au médecin généraliste, il faut dans ce cas que la brochure ou du moins la partie utile au diagnostic soit rendue au médecin en consultation.

Ainsi, la brochure pourrait être diffusée en accès libre dans les salles d'attente de médecine générale, dans les salles d'attente d'autres spécialités concernées par les céphalées (psychiatres, neurologues, ophtalmologue, ORL..) ou dans les pharmacies.

La brochure pourrait être aussi distribuée par le médecin généraliste au cas par cas devant des demandes d'antalgiques fréquentes, lors d'un suivi pour céphalées ou chez des céphalalgiques présentant des comorbidités addictives ou psychiatriques par exemple.

V.B.3) Définition du format

Le format choisi est celui d'une brochure papier pliable en 3 volets, en couleur, réalisée à partir d'une feuille A4 recto verso pliée en 3 dans le sens de la longueur.
Ce format permet une impression rapide, un coût acceptable et un stockage facile.

V.B.4) Le Contenu :

L'information doit être fiable, conforme aux données actuelles de la science et indépendante de tout intérêt commercial (77).

Ainsi, les messages choisis sont issus des résultats de la recherche bibliographique.

J'ai choisi de réaliser sur le même support la partie prévention et la partie diagnostique. En effet, la partie information et éducation thérapeutique est utile à la sensibilisation du patient déjà en abus médicamenteux et comme on l'a vu, un simple conseil peut faire diminuer la consommation d'antalgique dans le cas de « CAM simples » (31).

V.B.4.a) Partie Diagnostique

L'idée est de faciliter le diagnostic du médecin généraliste en recrutant préalablement à la consultation les patients susceptibles de présenter une CAM c'est-à-dire les patients céphalalgiques chroniques en abus médicamenteux.

Pour cela, la première partie de la brochure informe d'abord le patient sur la réalité de la pathologie en insistant sur la causalité de l'abus médicamenteux dans l'aggravation de leur céphalées, sur le fait qu'il s'agit d'une pathologie invalidante, sous diagnostiquée mais curable par un sevrage.
On espère par ce message pousser le patient céphalalgique concerné à « s'auto-diagnostiquer » précocement grâce à la brochure.

La seconde partie de la brochure va guider le patient dans l'établissement du diagnostic en essayant d'abord de savoir s'il souffre de céphalées chroniques : céphalées, peu importe le profil, présentent plus de 15 jours par mois depuis au moins 3 mois, puis de savoir si sa consommation d'antalgique de la crise est abusive

Comme recommandé le calendrier de la crise de céphalées s'avère être l'outil le plus pertinent pour monitorer la fréquence des céphalées et celle des consommations d'antalgiques. (49)

J'ai choisi d'utiliser un agenda de la crise de céphalées à remplir pendant un mois avec recueil journalier de la présence de céphalées, de facteurs déclenchants et de la consommation d'antalgique (nom, dose et nombre de prise).

On indique au patient que s'il souffre de céphalées de « céphalées chroniques » il doit évaluer sa consommation d'antalgique.

Souffrez-vous de céphalée chronique par abus médicamenteux ?

Pour le savoir mais aussi pour vous aider dans la gestion de vos douleurs, nous vous proposons de remplir un **agenda de vos céphalées** sur une période de 1 mois puis un **questionnaire simple** que vous pourrez remettre à votre généraliste afin qu'il puisse faire un diagnostic.

Agenda de vos céphalées sur un mois : notez les jours où vous avez eu mal à la tête. Le mois débutera à J1, jour de la remise de la brochure.

JOUR date .. / .. / 12	FACTEURS DÉCLENCHANTS EVENTUELS	AVEZ-VOUS UTILISÉ UN ANTI-DOULEUR ? (nom et dose)	Nombre de prises
J1 .. / .. / 12			
J2 .. / .. / 12			
J3 .. / .. / 12			
J4 .. / .. / 12			
J5 .. / .. / 12			
J6 .. / .. / 12			
J7 .. / .. / 12			
J8 .. / .. / 12			

J25 .. / .. / 12			
J26 .. / .. / 12			
J27 .. / .. / 12			
J28 .. / .. / 12			
J29 .. / .. / 12			
J30 .. / .. / 12			
J31 .. / .. / 12			

Vous avez plus de 15 jours de maux de tête par mois : vous souffrez de céphalées chroniques, vous devriez remplir le questionnaire à la page suivante

Figure 2 : agenda des crises de céphalées extrait de la brochure

L'auto-questionnaire SDS (Severity Depnedance Scale) m'a paru intéressant à ajouter au calendriers pour confirmer l'abus d'antalgique. En effet selon les critères diagnostics, la consommation régulière d'antalgique est considérée comme abusive si elle dépasse 3 mois.

Le recueil de la consommation par le calendrier des crises n'est effectué que sur un mois, pour des raisons pratiques, et ne permet donc pas d'affirmer formellement l'abus d'antalgique.

Le SDS comme on l'a vu précédemment permet chez les céphalalgiques chroniques de repérer l'abus d'antalgique, il nous permettra donc une confirmation diagnostique.

Cette association est d'ailleurs utilisée dans une étude récente pour repérer en population générale les patients souffrant de CAM (80).

Le SDS a été traduit en s'inspirant de la traduction française de Diaz M (54) utilisée dans son étude pour évaluer la dépendance aux benzodiazépines et qui n'a pas montrée d'incohérence majeure.

L'obtention d'un score supérieur à 4 chez l'homme et 5 chez la femme, informe le patient du risque de souffrir de CAM et de l'importance de consulter son médecin généraliste pour confirmer le diagnostic et pour lui proposer un traitement.

Dans le cas où le patient a remis son calendrier et ne présente pas de CAM, les informations récoltées dans la brochure peuvent aider le médecin généraliste à

orienter sa prise en charge : initier un traitement de fond, faire des examens complémentaires, changer de traitement de la crise. La brochure est alors support de communication.

V.B.4.b) Partie prévention

L'éducation thérapeutique du patient est une démarche longue et personnalisée qui doit passer par diverses étapes fondamentales : élaboration d'un diagnostic éducatif (évaluation des besoins et des ressources du patient) , élaboration d'un programme personnalisé (définition des compétences à acquérir) et évaluation des objectifs.(81)

La brochure ne peut évidemment pas répondre seule à cet objectif, mais elle peut permettre d'initier le processus en favorisant la prise de conscience sur le problème des céphalées par abus médicamenteux. Pour cela, on veut améliorer la connaissance des patients sur la pathologie. Les messages que j'ai choisis de faire figurer dans la brochure sont les suivants :

- Céphalées qui se développent chez les céphalalgiques primaires.
- Céphalée déclenchée par l'abus en fréquence de n'importe quel antalgique de la crise à partir de 2 à 3 prises par semaine depuis au moins 3 mois
- Les médicaments pris en automédication sont souvent mis en cause (7)
- Céphalées invalidantes : quasi quotidiennes et résistantes aux anti-douleur.
- Céphalées relativement fréquentes : 2 % de la population générale
- Explication du mécanisme pathologique avec installation d'un phénomène de dépendance (8)
- Céphalée curable par le sevrage en antalgique (7)
- Encourager le dialogue avec son médecin sur les céphalées .(8)

La brochure peut permettre de poser les bases de l'éducation thérapeutique en donnant les grands principes nécessaires à éviter la surconsommation médicamenteuse :

- Nécessité d'un traitement optimal des céphalées primaires épisodiques afin de diminuer leur fréquence (26) :
 - importance d'un diagnostic médical précis, d'un suivi et d'une bonne communication avec son MG pour la mise en place d'un traitement adapté (8)
 - Repérer et éviter les facteurs déclenchants de céphalées épisodiques (26))
- Limitation des prises d'antalgiques à 2 prises par semaine de façon régulière (7)
- Eviter les prises d'antalgiques codéinés ou caféinés dans le traitement des céphalées.
- Décourager les prises anticipées d'antalgique (8).

- Les méthodes non médicamenteuses peuvent être une alternative (42) (66).

V.B.5) La rédaction

Parmi les critères de qualité d'un outil d'intervention en éducation pour la santé définis par l'INPES, les critères de qualité pédagogique sont qualifiés d'essentiels (20).

Pour cela dans la rédaction de la brochure, j'ai suivi au maximum les recommandations données par HAS et l'INPES (78) (79) et les conseils donnés par d'autres auteurs qui se sont intéressés à la communication au travers de brochures (77) (82).

V.B.5.a) La structure du texte doit faciliter la lecture et la mémorisation

Le titre doit être court, clair et informatif (82).

Le message global doit être hiérarchisé afin d'en améliorer la compréhension, il est recommandé en effet de limiter le nombre de messages à 1 message essentiel en 3 à 5 points (78).

Ainsi, la partie prévention est bien distincte de la partie diagnostique.

Au sein de la partie prévention j'ai disposé l'information en 4 parties :

- « Qu'est ce que la céphalée chronique par abus médicamenteux ? »
- « Comment peut-on en arriver là ? »
- « Quels sont les médicaments mis en causes ? »
- « Des conseils pour gérer vos crises douloureuses ? »

Il est préférable que chaque partie soit identifiée à l'aide d'un sous titre afin que le lecteur anticipe le contenu (78)(77).

Les parties relatives à des conseils ou à des préconisations doivent être identifiables afin d'en améliorer la mémorisation.(78)

V.B.5.b) La sémantique et le langage doivent être choisis pour que le texte soit accessible au plus grand nombre

Le ton doit être personnel excepté pour les informations difficiles (78). J'ai choisi d'utiliser un style direct en employant parfois des questions, afin de rendre le lecteur actif et intéressé : il doit se sentir interpellé comme il le serait dans un programme d'éducation thérapeutique.

Le langage doit être simple, précis et clair. Les termes scientifiques doivent être définis (78).

Ici, le seul mot qui m'a paru important de définir est le mot « céphalée »

Les synonymes sont à éviter (78).

L'utilisation d'exemple permet au lecteur de s'approprier le sujet (78).

Les risques doivent être exprimés en proportion plutôt qu'en pourcentage (78).

V.B.5.c) La syntaxe pour une meilleure compréhension

Il faut utiliser des phrases courtes et simples : 1 seule idée par phrase en 15 à 20 mots en moyenne.(78)

Il faut éviter les tournures de phrases négatives (78).

Les mots les plus importants doivent être placés dans la première moitié de phrase (77).

V.B.5.d) La charte graphique et visuelle

Toutes les polices courantes sont lisibles à partir de 10 ppt(77), j'ai donc choisi la police « arial » avec des caractères de dimension 10 ppt ou 12 ppt.

Les fiches doivent être de forme attrayante et aidant à la mémorisation(78).

Les illustrations sont appréciées des patients et permettent d'augmenter la compréhension des patients et leur compliance (77).

Les illustrations permettent d'éclairer le texte dans la mise en page (77). J'ai choisi d'utiliser un dessin de présentation sur la première page très explicite qui parle du fardeau engendré par le mal de tête afin d'attirer rapidement l'attention du céphalalgique. Elle est issue d'un article sur les CQQ (70), les couleurs ont été modifiées.

La deuxième illustration choisie est un diagramme de cycle créé pour expliquer le mécanisme d'installation des CAM et insister sur la perte de contrôle du patient .

V.B.6) Maquette

(Voir brochure fournie en document attaché)

V.B.7) Test de diffusion de la brochure

Comme recommandé par l'HAS (78), dans une optique de diffusion éventuelle, j'ai testé la lisibilité, la compréhension et la présentation de la brochure auprès des usagers.

V.B.7.a) Comment ?

La lisibilité est l'aptitude d'un texte à être lu rapidement et compris aisément par ses utilisateurs (78). Il existe des test statistiques qui permettent d'évaluer la lisibilité (test de Flesch) mais ils ne prennent pas en compte la compréhension et la présentation du texte.

La méthode conseillée par l'HAS est le focus groupe ou l'entretien semi-dirigé, mais pour des raisons de temps, j'ai choisi de confectionner un questionnaire-patient s'inspirant des guides d'entretien utilisé en entretien semi dirigé.(77)

L'HAS propose de tester (78) :

- l'opinion générale sur le document.
- la lisibilité et la compréhension : la facilité/difficulté à localiser, lire et comprendre l'information et à repérer le message principal et les points clés.
- la présentation et l'organisation : logique, hiérarchie, liens entre les messages clés.
- la quantité d'information (trop ou pas assez).
- l'utilité et l'aspect des illustrations.
- l'utilisation potentielle sur le terrain.
- les modalités de mise à disposition et les différentes utilisations possibles (qui remet, où et quand, comment).

V.B.7.b) Sur qui ?

Il est recommandé de faire tester la brochure sur un petit groupe de patients (10 à 15 patients), concernés par le sujet (78).

Dans notre cas, étant donné la prévalence importante des céphalées primaires en population générale, j'ai choisi de tester la brochure dans la salle d'attente du cabinet de médecine générale où j'effectuais mon stage. Sur une journée, 10 brochures et questionnaires ont été distribués par la secrétaire du cabinet aux 10 premiers patients se présentant au secrétariat et acceptant de se prêter à la procédure. Le questionnaire devait être rempli au cabinet avant ou après leur consultation.

Aucune explication sur le thème n'a été donnée préalablement, il a été seulement

demandé aux patients s'ils voulaient bien évaluer une brochure réalisée par l'interne du cabinet.

V.B.7.c) Questionnaire

Ainsi, dans le questionnaire présenté en annexe 7, nous avons recueilli l'impression des patients sur la forme (facilité de lecture , facilité d'utilisation de l'agenda et du questionnaire, intérêt des illustrations), testé la compréhension sur 6 messages clef de la brochure et recueilli la satisfaction générale sur la brochure (intérêt, utilisation future, recommandation de la brochure à d'autres patients).

V.B.7.d) Résultats :

Sur les 10 patients interrogés, 8 patients étaient céphalalgiques.

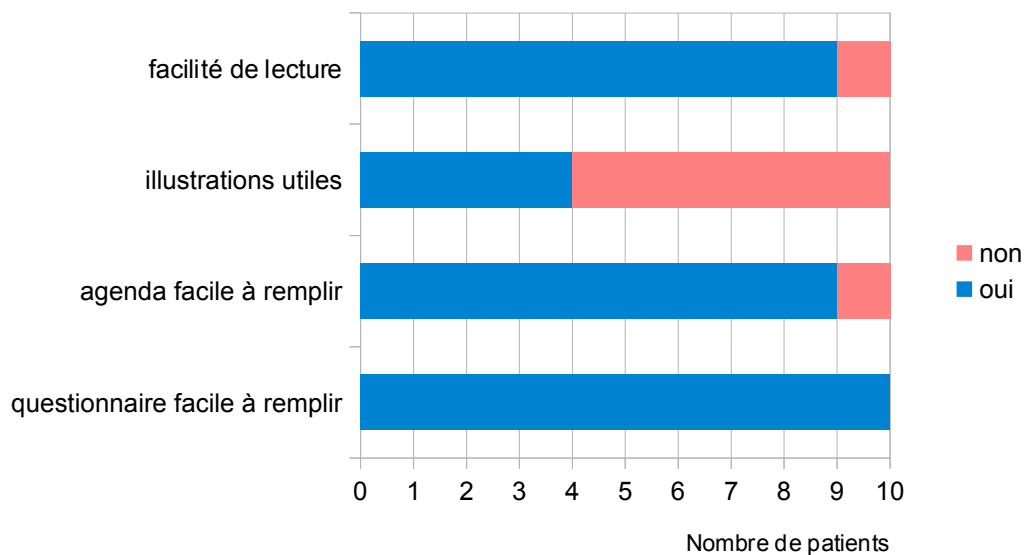


Diagramme 1 : résultat sur la forme

9 patients ont trouvé l'agenda à priori facile à remplir, 1 patient a trouvé l'agenda difficile à remplir sur le lieu de travail

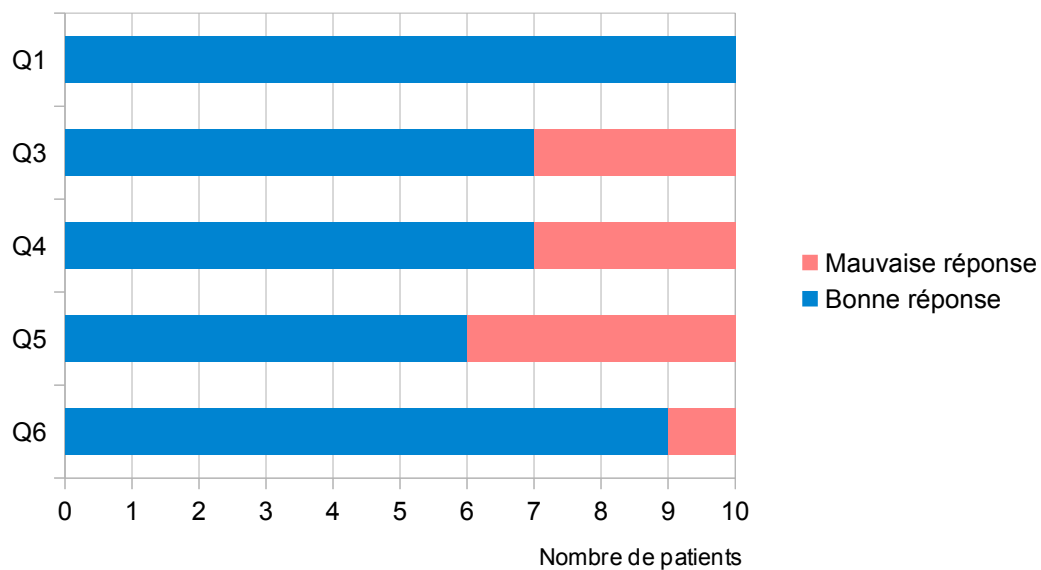


Diagramme 2 : résultats sur la compréhension

Q1 : « Les céphalées par abus médicamenteux sont causées par une utilisation trop fréquente d'antidouleur ? »

Q2 : « Peut-on définir la CAM comme une sorte de dépendance à une drogue ? »

Q3 : « Pensez-vous que les anti-douleurs vendus sans ordonnance peuvent être à l'origine de céphalée par abus médicamenteux ? »

Q4 : « Pensez-vous que les médicaments à base de codéine ou de caféine sont de bons médicaments pour les maux de tête ? »

Q5 : « Pensez-vous qu'il faut prendre des anti-douleurs avant que le mal de tête arrive ? »

Q6 : « Si vous prenez plus de 2 antalgiques par semaine depuis plusieurs mois pour vos maux de tête, pensez-vous qu'il faut consulter votre médecin généraliste pour lui en parler ? »

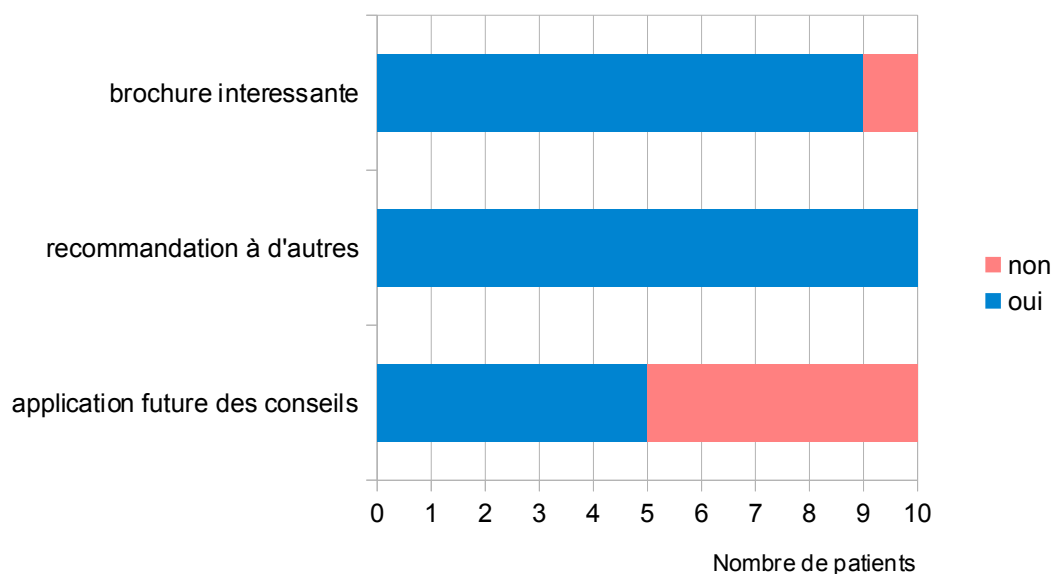


Diagramme 3 : résultats sur la satisfaction

5 patients sur les 8 céphalalgiques ont déclaré vouloir appliquer certains des conseils contenus dans la brochure. Les conseils fréquemment cités par les patients sont : les moyens non médicamenteux 3 fois, la non-anticipation des crises 2 fois et la limitation des antalgiques un seule fois, mais seulement 4 patients ont cités des conseils sur leur feuilles de réponse.

Ainsi, la brochure ne semble pas présenter de difficulté de lecture étant donné la contrainte de temps que représentaient la lecture de la brochure et le remplissage du questionnaire sur place.

La compréhension semble dans l'ensemble correcte : plus de la moitié des patients ont répondu correctement à toutes les questions. Cependant, les conseils de non-anticipation et de non-consommation d'antalgiques codéinés et caféinés semblent moins bien compris et on peut se demander pourquoi et si c'est aussi le cas d'autres messages.

La réalisation d'un entretien semi-dirigé semble en fait trouver sa place afin d'effectuer une évaluation plus approfondie, durant laquelle le patient pourrait nous expliquer ce qu'il ne trouve pas bien expliqué ou mis en valeur.

Nous n'avons pas pu tester l'efficacité de cette brochure en pratique pour des raisons de temps. On peut imaginer la faire tester par des patients et des médecins généralistes lors d'une étude contrôlée randomisée sur deux types de cabinet de médecine générale, l'un avec distribution de brochure et l'autre non. On pourrait évaluer et

comparer entre les 2 groupes : le nombre de consultations pour céphalées, le nombre de diagnostics de CAM posés, le nombre de mises en place de traitement de fond, la satisfaction des généralistes.

V.C - FORCES ET LIMITES

La force de ce travail réside essentiellement dans son intérêt pratique : la confection d'un outil utilisable en consultation de médecine générale.

Il vient renforcer la prise en charge des CAM en soins primaires et répond à un besoin évident, constaté dans de nombreux articles, découlant d'un manque flagrant de prévention primaire pour cette pathologie, d'un sous diagnostic en soins primaires et d'une prise en charge trop tardive en centre tertiaire aux capacités d'accueil limitées.

En impliquant davantage le médecin généraliste dans le diagnostic des CAM, ce travail permet d'ouvrir de nouvelles voies de recherche sur le traitement des CAM. La mise en place de sevrage en médecine générale permettrait de réaliser des études plus puissantes sur l'efficacité du sevrage ambulatoire versus sevrage hospitalier par exemple.

Les limites sont marquées par un manque d'informations publiées sur la prise en charge de la CAM en soins primaires et notamment en France, ce qui rend ce travail critiquable sur un plan méthodologique. Les articles sont parfois anciens et bien qu'ayant essayé de faire une lecture critique des articles, leur sélection a pu être parfois subjective.

Le travail de conception de la brochure, qui ne constituait que l'objectif secondaire du travail est critiquable. Le recueil préalable des besoins, des attentes et des connaissances des patients et même de celui des médecins aurait pu être réalisé spécifiquement pour la conception grâce à un groupe de discussion («focus groupe») ou à une enquête. On peut imaginer recruter un groupe de patient déjà atteint de CAM afin de cibler plus spécifiquement les problématiques rencontrées et les informations pertinentes à diffuser (quelles informations sur la pathologie peut encourager à consulter le médecin généraliste, quels sont les conseils les plus difficiles à appliquer et sur lesquels il faut davantage insister ?...).

Le processus de création de la brochure à toutes les étapes aurait nécessité l'expertise et l'expérience d'un groupe de travail pluriprofessionnel constitué de médecins impliquées dans la prise en charge de la pathologie, de patients ayant une expérience sur la pathologie et de professionnels qualifiés dans l'élaboration de documents pour le public (journaliste, chargé de communication, linguiste, psychosociologue, spécialiste des sciences de l'éducation ...).

On peut envisager de les faire encore participer à l'amélioration de la maquette actuelle.

VI - CONCLUSION

La céphalée par abus médicamenteux est un véritable problème de santé publique de par sa prévalence, son incapacité majeure pour le patient et son coût important pour la société.

En tant qu'acteur de soins primaires et prescripteur majeur d'antalgique, le médecin généraliste, a un rôle central à jouer dans la prévention primaire et le diagnostic précoce des CAM.

Il est bien souvent le premier avec le pharmacien a pouvoir être alerté par des céphalées fréquentes et des demandes abusives d'antalgiques.

Il doit s'efforcer de limiter ses prescriptions et de contrôler l'usage des tous les antalgiques de la crise, du paracétamol aux triptans, à 2 à 3 prises par semaine de façon régulière.

Il doit être attentif à l'évolution des céphalées de leurs patients et à la présence de certaines comorbidités potentiellement à risque.

Il doit favoriser et participer à l'éducation thérapeutique des patients céphalalgiques primaires.

Il se heurte pour cela, à des patients qui les consultent peu pour leurs céphalées, qui pratiquent souvent une automédication exclusive et qui sont donc totalement désinformés sur cette pathologie.

De plus, le temps imparti à une consultation de médecine générale se prête peu à ce type de diagnostic basé sur un interrogatoire long et une grande compliance du patient à révéler ses prises médicamenteuses.

Parce qu'il s'agit d'une pathologie accessible à la prévention par une information sur le risque d'abus médicamenteux et par l'éducation thérapeutique du patient céphalalgique épisodique, j'ai réalisé la maquette d'une brochure patient d'information diffusible en soins primaires.

L'auto-diagnostic précoce grâce à la diffusion d'outils diagnostiques (auto-questionnaire, calendrier des crises) disponibles au sein de cette brochure pourrait faciliter le diagnostic par les médecins généralistes.

Cette hypothèse doit bien sûr être vérifiée en pratique.

Pour autant, la brochure n'est qu'un moyen de palier au manque d'action générale.

La diffusion de message sur le risque que constitue l'abus médicamenteux dans les céphalées et sur la nécessité de parler de ses céphalées à son médecin nécessiterait la mise en place de moyens plus vastes, initiés par les autorités compétentes.

Des campagnes d'information à l'initiative des organismes d'assurance maladie avec utilisation d'affiches et participation des médias pourraient permettre de sensibiliser plus facilement les céphalalgiques qui ne consultent pas.

L'information sur la limitation de tous les antalgiques à 2 à 3 prises par semaine de façon régulière pour les céphalées devrait figurer dans les notices des médicaments de la même façon que le sont les limites posologiques journalières.

Toulouse le 27.05.2013

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Rangueil

D. ROUGÉ

Vu le président du
Jury 22-5/2013
Pr. M. M. M.

Monsieur Philippe ARLET
Service de Neurologie
Hôpital Rangueil - 31054 Toulouse Cedex 9
31054 TOULOUSE Cedex 9
Secrétariat : 05 61 77 22 78
Mail : arlet.ph@chucm.toulouse.fr
N° d'Appel 1000204 0004

BIBLIOGRAPHIE

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M et al. Epidemiology of headache in a general population : a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 1147–57
2. Stovner L, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27: 193–210.
3. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT et al.. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's classification of functioning, disability and health. *The Journal of Headache and Pain* December 2005, Volume 6, Issue 6, pp 429-440
4. Atlas Of Headache Disorders And Resources In The World 2011. WHO, Lifting the burden.
http://www.who.int/mental_health/management/who_atlas_headache_disorders.pdf
5. Peters M et al. Migraine and chronic daily headache management: implications for primary care practitioners. The Authors. Journal compilation 2007 .
6. Rousselon V, Creac'h C et al.. Céphalées par abus médicamenteux : Enquête auprès de 54 médecins généralistes. *Rev Prat Med Gen* 2005 ;19 :1230-4.
7. Recommandations pour la pratique clinique.CCQ (Céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge . Recommandations ANAES. Septembre 2004.
8. Dodick et al. How clinicians can detect, prevent and treat medication overuse headache. *Cephalalgia*, 2008, 28, 1209–1217.
9. Diener HC, Limmroth V. Medication-overuse headache: a worldwide problem. *Lancet Neurol* 2004; 3: 475–83
10. Classification ICHD-II. Site IHS : http://ihs-classification.org/en/o2_klassifikation/
11. Evers S et al. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol* 2010; 9: 391–401.
12. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, et al.: Analgesic use: a predictor of chronic pain and medication overuse headache: the Head- HUNT Study. *Neurology* 2003, 61:160–164.
13. Bigal ME et al. Acute Migraine Medications and Evolution From Episodic to Chronic Migraine: A Longitudinal Population-Based Study. *Headache* 2008;48:1157-116.
14. Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Probable medication-overuse head- ache: the

- effect of a 2-month drug-free period. *Neurology* 2006; 66:1894–8.
15. Bahra A, Walsh M, Menon S, Goadsby PJ. Does chronic daily headache arise *de novo* in association with regular use of analgesics? *Headache* 2003; 43:179–90.
 16. Lantéri-Minet M et al. Céphalées par abus médicamenteux. *Rev Neurol (Paris)* 2005 ; 161 : 6-7, 725-728.
 17. Valade.D. La migraine cette " mal-aimée "de la médecine. 2009. Editorial. Douleurs.
 18. Rapoport A, Stang P, Gutterman DL, et al. Analgesic rebound headache in clinical practice: data from a physician survey. *Headache* 1996; 36: 14–19.
 19. Davies. Medication overuse headache: A silent pandemic. *PAIN* 153 (2012) 7–8.
 20. Lantéri-Minet et al. Quality of life impairment, disability and economic burden associated with chronic daily headache, focusing on chronic migraine with or without medication overuse: A systematic review. *Cephalalgia*. April 2011.
 21. Linde M, Gustavsson B. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *European Journal of Neurology* 2012, 19: 703–e43.
 22. Meletiche Dm, Lofland Jh, Young Wb. Quality of life differences between patients with episodic and transformed migraine. *Headache* 2001 ; 41 : 573-8.
 23. D'Amico S, Usai L, Grazi A, Rigamonti A, et al. Quality of life and disability in primary chronic daily headaches. *Neurol Sci* (2003) 24:S97–S100.
 24. Créac'h C. Céphalées quotidiennes chroniques par abus de médicaments antalgiques : diagnostic et prise en charge thérapeutique. *Medecine thérapeutique*. Vol 9, 169-80.
 25. Taimi C, Navez M, Perrin AM, Laurent B. Headaches caused by abuse of symptomatic anti-migraine and analgesic treatment. *Rev Neurol* 2001 ; 157(10) : 1221-34.
 26. Dodick, Frederick Freitag. Evidence-Based Understanding of Medication-Overuse Headache: Clinical Implications. *Headache* 2006;46 [Suppl 4]:S202-S211.
 26. Meng Ian D, Ling Cao. From Migraine To Chronic Daily Headache: The Biological Basis of Headache Transformation. *Headache currents*. 2007.
 28. De Felice M, Porreca F. Opiate-induced persistent pronociceptive trigeminal neural adaptations: potential relevance to opiate-induced medication overuse headache. *Cephalalgia*, 2009, 29, 1277–1284 .
 29. Tepper S. Breaking the cycle of medication overuse headache. *Cleveland clinic journal of medicine*. Vol 77 N°4. 2010.
 30. Russell MB, Lundqvist . Prevention and management of medication overuse headache. *Neurology*. Review. juin 2012.

31. Rossi P, Jensen R, Nappi J. A narrative review on the management of medication overuse headache: the steep road from experience to evidence. *J Headache Pain* (2009) 10:407–417.
32. Rossi et al. A narrative review on the management of medication overuse headache: the steep road from experience to evidence. *J Headache Pain*. 2009. 10:407–417 .
33. Lake A E. Medication Overuse Headache: Biobehavioral Issues and Solution. *Headache* 2006;46 [Suppl 3]:S88-S97.
34. Créac'h C, Frappe P, Cancade M et al.. In-patient versus out-patient withdrawal programmes for medication overuse headache: A 2-year randomized trial. *Cephalalgia*. 2011.
35. Rossi et al. Short-term effectiveness of simple advice as a withdrawal strategy in simple and complicated medication overuse headache. 2012. *European Journal of Neurology* 18, 396–401 .
36. Créac'h C, Radat F, Lafittau M, Dousset V, Sibrac MC, Henry P. Migraines transformées avec abus médicamenteux et migraine : un continuum ?.
37. Paemeleire K, Bahra A, Evers S, Matharu M, Goadsby PJ. Medication-overuse headache in patients with cluster headache. *Neurology* 2006; 67 : 109–13. .
38. Young WB, Silberstein SD: Hemicrania continua and symptomatic medication overuse. *Headache* 1993, 33:485-487.
39. Aaseth K, Grande RB, Kværner Kjet al.. Prevalence of secondary chronic headaches in a population-based sample of 30–44-year-old persons. The Akershus study of chronic headache. *Cephalalgia* 2008; 28:705–713..
40. Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, et al. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology*. 2002;59:1011-1014.
41. Lanteri-Minet al. One or Several Types of Triptan Overuse Headaches?. *Headache* 2009;49:519-528.
42. Radat F, Lanteri-Minet M. Addictive behaviour in medication overuse headache: A review of recent data. *revue neurologique* 167 (2011) 568–578.
43. Giannini G et al. SPARTACUS: underdiagnosis of chronic daily headache in primary care. *Neurol Sci* (2012) 33 (Suppl 1):S181–S183 .
44. Jonsson P, Linde M, Hensing G, Hedenrud T. Sociodemographic differences in medication use, health-care contacts and sickness absence among individuals with medication-overuse headache. *J Headache Pain* (2012) 13:281–290
45. Richard A. Trait d'Union, le magazine de l'Union régionale des médecins libéraux du Centre, décembre 2005, n° 31, p. 4-6).

46. Zeeberg et al. Medication overuse headache and chronic migraine in a specialized headache centre: field-testing proposed new appendix criteria. *Cephalalgia*, 2008, **29**, 214–220.
47. Lundqvist C et al. An adapted Severity of Dependence Scale is valid for the detection of medication overuse: the Akershus study of chronic headache. *EFNS European Journal of Neurology* 2010 18, 512–518.
48. Nappi G et al. Diaries and calendars for migraine. A review. *Cephalalgia*, 2006, 26, 905–916 .
49. Tassorelli C et al. The usefulness and applicability of a basic headache diary before first consultation: results of a pilot study conducted in two centres. *Cephalalgia*, 2008, 28, 1023–1030 .
50. Phillip A et al. Assessment of headache diagnosis. A comparative population study of a clinical interview with a diagnostic headache diary. *Cephalalgia*, 2007, 27, 1–8
51. Buse DC et al. Why HURT? A Review of Clinical Instruments for Headache Management. *Curr Pain Headache Rep* (2012) 16:237–254 .
52. Maizels M et al. Rapid and Sensitive Paradigm for Screening Patients With Headache in Primary Care Settings. *Headache*. 2003;43:441-450 .
53. Radat F et al. Construction of a Medication Dependence Questionnaire in Headache Patients (MDQ-H) Validation of the French Version. *Headache* 2006;46:233-239 .
54. Diaz D. Evaluation de la dépendance psychologique aux benzodiazépines par la « Severity Dependence Scale » dans le pratique de médecins généralistes. Thèse de médecine générale. 2011. Faculté de médecine de Nantes
55. Lundqvist C et al. The severity of dependence score correlates with medication overuse in persons with secondary chronic headaches. The Akershus study of chronic headache. *PAIN* 148 (2010) 487–491 .
56. Bigal ME, Lipton RB. 2006. Modifiable risk factors for migraine progression (or for chronic daily headaches) – clinical lessons. *Headache*, 46 (Suppl 3):S144–6.
57. Radat F, Creac’h C, Swendsen JD, Lafittau M, Irachabal S, Dousset V, et al. Psychiatric comorbidity in the evolution from migraine to medication overuse headache. *Cephalalgia* 2005;25:519–22.
58. Lauwerier E et al. Medication use in patients with migraine and medication-overuse headache: The role of problem-solving and attitudes about pain medication. *Pain* 152 (2011) 1334–1339.
59. Lafittau M *et al.* Migraine et migraine transformée avec abus médicamenteux :

quelles différences en termes de handicap, de détresse émotionnelle et de stratégies de coping ?. L'Encéphale, 2006 ; 32 : 231-7, cahier 1.

60. Sances G et al Medication-Overuse Headache and personality: a controlled study by means of the MMPI-2. Headache. 2009 Dec 21.

61. Hagen K et al. Risk factors for medication-overuse headache: An 11-year follow-up study. The Nord-Trøndelag Health Studies. PAIN.153 (2012) 56–61.

62. VIDAL 2012 : le Dictionnaire. 88e éd. Paris. 3000p

63. Lanteri-Minet M. The role of general practitioners in migraine management. *Cephalalgia*, 2008, 28 (Suppl. 2), 1–8.

64. Lucas C, Lanteri-Minet M, Chaffaut C. Comportements thérapeutiques des migraineux: Framig 2000-II. Douleurs 2001;2:240-3.

65. Lucas C et al. Recognition and Therapeutic Management of Migraine in 2004, in France: Results of FRAMIG 3, a French Nationwide Population-Based Survey. Headache 2006;46:715-725

66. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Recommandations ANAES octobre 2002. Service des recommandations et références professionnelles.

67. Limmroth V, Biondi D, Pfeil J, Schwalen S. Topiramate in patients with episodic migraine: reducing the risk for chronic forms of headache. Headache 2007; 47:13–21.

68. Fanciullacci M, De Casaris F. Preventing chronicity of migraine. J Headache Pain (2005) 6:331.

69. Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD, Bigal ME. Medications associated with probable medication overuse headache reported in a tertiary care headache center over a 15-year period. Headache 2006; 46:766–72 .

70. Valade D. Céphalées chronique quotidiennes de l'adulte. Médecine. Volume 2, Numéro 5, 211-4, Mai 2006, Stratégies.

71. D'Amico D, Tepper SJ. Prophylaxis of migraine: general principles and patient acceptance. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2008;4(6) 1155–1167.

72. De Diego E. Modèle organisationnel d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients migraineux en situation ou avec risque de chronicisation ou d'abus d'usage de traitements. Douleur analg. (2011) 24:214-221 .

73. Fritsche G et al. Prevention of medication overuse in patients with migraine. PAIN. 151 (2010) 404–413.

74. Rothrock JF et al. The Impact of Intensive Patient Education on Clinical Outcome in a Clinic-Based Migraine Population. Headache 2006;46:726-731 .

75. Little P, Dorward M, Warner G, Moore M, Stephens K, Senior J, et al. « Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care ». BMJ 2004;328:441-4..
76. Weinman J. « Providing written information for patients : psychological considerations ». J R Soc Med 1990; 83: 303-305..
77. Sustersic M. « Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale ».Thèse de médecine générale. 2007. Faculté de Grenoble.
78. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé, Guide méthodologique. HAS. Service des recommandations professionnelles, mars 2005. .
79. Grille d'analyse des outils d'intervention en éducation pour la santé et questionnaire d'évaluation. INPES. La Direction des affaires scientifiques (Das). 2005.
80. Kristoffersen EC et al.Study protocol: brief intervention for medication overuse headache - A double-blinded cluster randomised parallel controlled trial in primary care. BMC Neurology 2012, 12:70
81. Haute Autorité de la santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, www.has.fr. 2007
82. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. « Sharing decisions with patients: is the information good enough? ». BMJ 1999 ; 318:318-322.

ANNEXE 1 : Questionnaires

LE QUESTIONNAIRE SF 36 DE QUALITÉ DE VIE

Les études utilisent le plus souvent l'échelle de qualité de vie SF-36 (Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey) . Il s'agit d'un auto-questionnaire généraliste sur la perception de son état de santé. Le questionnaire SF-36 permet de calculer des scores dans les différents domaines de la vie afin d'établir des profils. Il s'organise autour de 36 questions explorant 8 dimensions de la vie : l'activité physique, les relations sociales, la limitation liée à l'état physique, la limitation liée à l'état émotionnel, la vitalité, la santé mentale, la douleur physique, la vitalité, la perception générale de l'état de santé. Un score est calculé pour chaque dimension. Il est compris entre 0 (plus mauvais score) et 100. Il existe une version simplifiée la SF 12.

L'ÉCHELLE MIDAS (MIGRAINE DISABILITY ASSESSMENT SCALE)

Echelle conçue au USA et traduite notamment en français. Elle vise à évaluer la perte de productivité et l'incapacité d'un sujet dans les différents domaines de la vie (vie professionnelle, domestique et social). La somme des réponses aux questions permet d'établir un score à partir duquel on assigne au sujet un des quatre degrés de perte de productivité :

- grade I : moins de 6 jours de perte de productivité par trimestre
- grade II : entre 6 et 10 jours de perte de productivité par trimestre
- grade III : entre 11 et 20 jours de perte de productivité par trimestre
- grade IV : plus de 20 jours de perte de productivité par trimestre

Questionnaire MIDAS

©Innovative Medical Research, 1997; tous droits réservés

(Il y a eu l'inversion suivant par rapport au questionnaire original : « Au cours des trois derniers mois », a été mis devant : « Pendant combien de temps ».

Instructions:

Pour remplir ce questionnaire, tenez compte de tous les maux de tête que vous avez eu au cours des 3 derniers mois, écrivez votre réponse sur la ligne correspondante en indiquant le nombre de jours approprié. Inscrive un seul chiffre, ne pas inscrire d'intervalle.

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

Nombre de jours : _____

2. Au cours des trois 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.)

Nombre de jours : _____

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

Nombre de jours : _____

4. Au cours des trois 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'incapacité indiqués à la question 3.)

Nombre de jours : _____

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

Nombre de jours : _____

- A. Au cours des trois derniers mois, pendant combien de jours avez-vous eu mal à la tête? (Si un mal de tête a duré plus d'une journée, comptez chaque jour.)

Nombre de jours : _____

- B. Sur une échelle de 0 à 10, à quel point ces maux de tête ont-ils, en moyenne, été douloureux? (0 = aucune douleur et 10 = douleur la plus intense qui soit)

Valeur (0-10) : _____

Faire le total des questions 1 à 5 : _____

On détermine 4 grades, soit : Grade I : 0-5, Grade II : 6-10, Grade III: 11 à 20, Grade IV : 21 et plus. On estime qu'une attention particulière doit être apportée aux patients des grades III et IV.

ANNEXE 2 : DÉFINITIONS

CÉPHALÉE CHRONIQUE QUOTIDIENNE (CQQ) SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES 2004 (14)

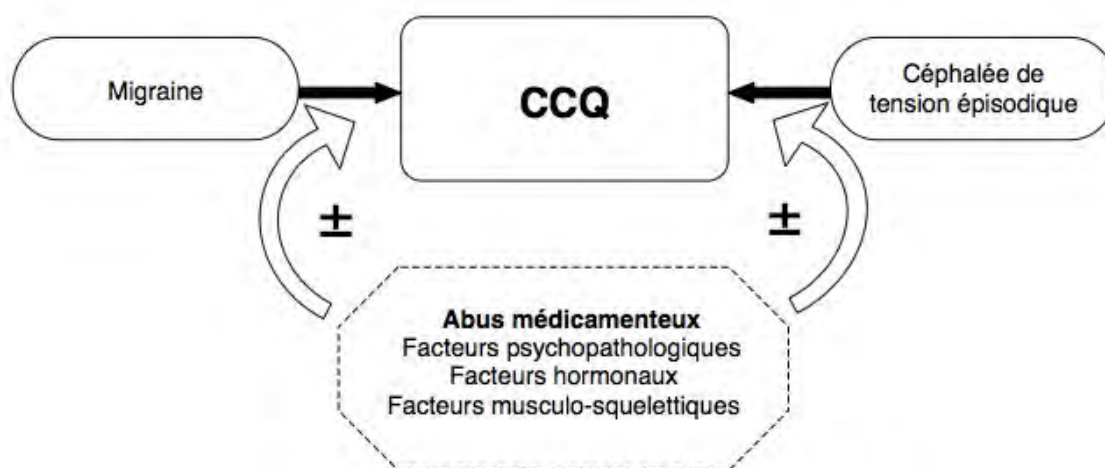


Schéma 1. Principaux modes d'évolution vers une CCQ.

Les CCQ constituent un ensemble hétérogène, non consensuel, défini par la présence de céphalées plus de 15 jours par mois et plus de 4 heures par jour en l'absence de traitement, depuis plus de 3 mois, sans substratum lésionnel. Il s'agit le plus souvent d'une céphalée initialement épisodique – migraine ou céphalée de tension – qui évolue vers une céphalée chronique, sous l'influence notamment d'un abus médicamenteux et/ou de facteurs psychopathologiques.(14)

ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE (CLUSTER HEADACHE)

Critères diagnostics :

- A) Au moins 5 crises répondant aux critères B à D
- B) Douleur sévère ou très sévère, unilatérale, orbitaire, supra-orbitaire et/ou temporale, durant de 15 minutes à 3 heures en l'absence de traitement
- C) La crise est associée à au moins un des caractères suivants :
injection conjonctivale et/ou larmoiement ipsilatéral (du même côté)
congestion nasale et/ou rhinorrhée ipsilatérale (le nez coule)
oedème de la paupière ipsilatérale
sudation du front et de la face ipsilatérale
myosis (rétrécissement de la pupille) et/ou ptosis (chute de la paupière supérieure) ipsilatéral
agitation, impossibilité de tenir en place (Ceci dans 90% des cas)
- D) De 1 crise tous les deux jours à 8 crises par jour
- E) Crises non attribuées à une autre affection

ANNEXE 3 : LE BHS (Brief Intervention Screen) et son application

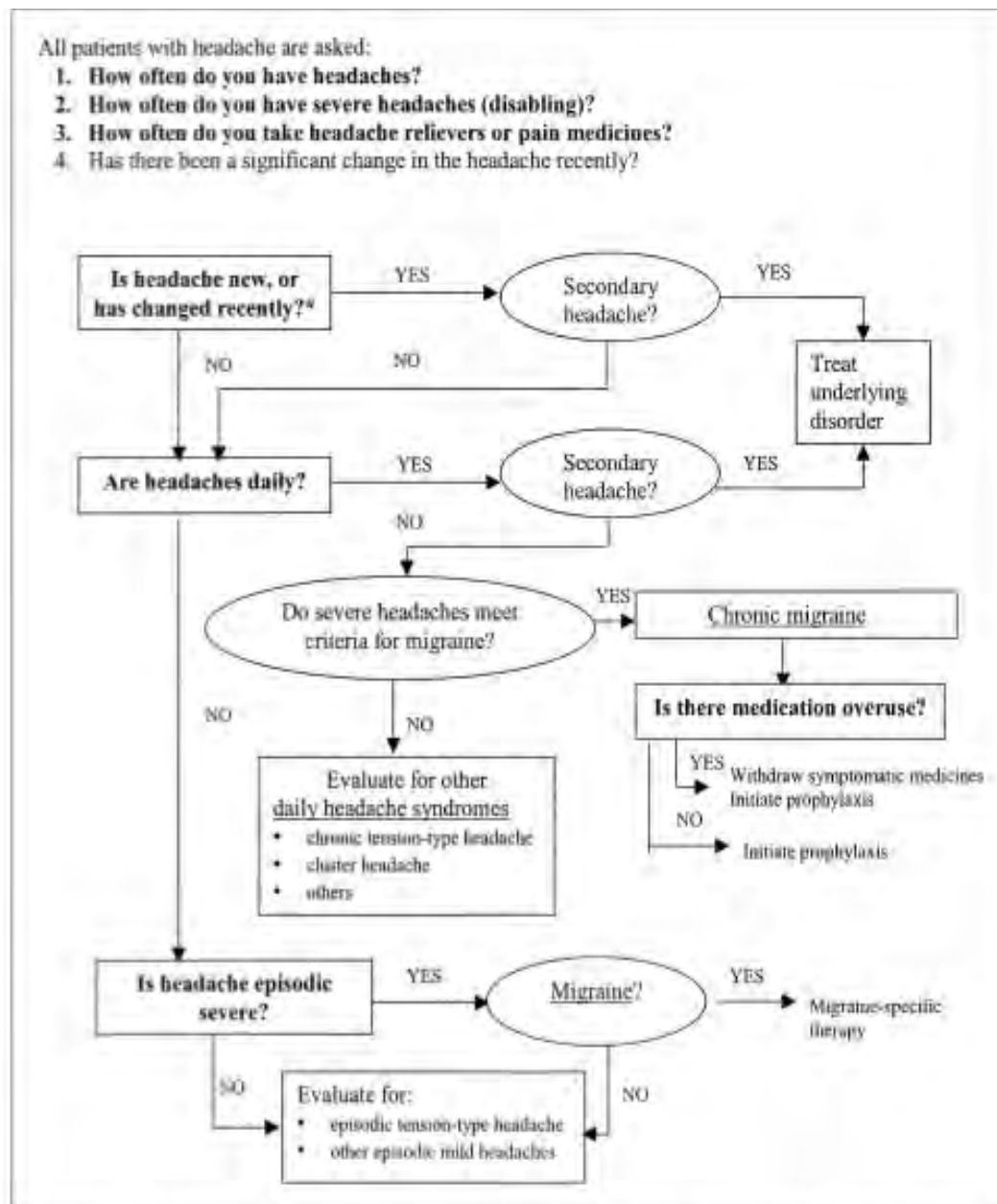


Fig. 2.—Proposed paradigm for the clinical application of the Brief Headache Screen (BHS). Evaluation should include a neurologic examination. Text in bold is derived from the BHS. *Question 4 has not been validated as a screen for “worrisome” headache.

ANNEXE 4 : Le questionnaire MDQ-H (Medication dependency questionnaire in headache patients)

MEDICATION DEPENDENCY QUESTIONNAIRE IN HEADACHE PATIENTS

FAMILY NAME: _____ DATE: _____

FIRST NAME: _____

Answer all questions below by circling a number from 1 to 7 :

1	2	3	4	5	6	7
1		1		1		1
Never/ Not at All		Sometimes/ A Little		Often/ Quite a Lot		Always/ Very Much So

1. Do you have to take analgesics or migraine attack treatments almost every day to avoid getting a headache?
2. Do you frequently worry about how you will obtain your analgesics or migraine attack treatment, eg, finding a pharmacy which is open, finding a doctor who will see you quickly?
3. Do your headaches re-appear or get worse when you space out the moments at which you take analgesics or migraine attack treatments or when you stop taking them?
4. Do you increase the number of intake of analgesics or migraine attack treatments more than the doctor recommended you?
5. Have you noticed that you have to take larger and larger quantities of analgesics or migraine attack treatments to obtain the same effects as before?
6. Have you ever tried to slow down on your consumption of analgesics or migraine attack treatments but not succeeded in doing so?
7. In your opinion, do you really take too many analgesics or migraine attack treatments?
8. Are you taking a higher dose of analgesics or migraine attack treatments than your doctor recommended you to take?
9. Does the use of analgesics or migraine attack treatments stop you from doing some of your daily tasks at work or at home?
10. Do you frequently happen to use several sorts of analgesics or migraine attack treatments on the same day?
11. Do you ever feel bad (physical or psychological feeling) whenever you have not taken analgesics or migraine attack treatments for a longer period than normal?
12. Do you frequently waste time because you want to get hold of some analgesics or migraine attack treatments, eg, queuing at the doctor's or at the pharmacist's, going to see several doctors, etc.?
13. Do you think that it is very important to manage to decrease your consumption of analgesic or migraine attack treatments?
14. Do you ever take analgesics or migraine attack treatments for symptoms other than headache, eg, tiredness, nervous tension?
15. Do you get the impression that analgesics or migraine attack treatments are becoming less and less efficient for your headaches?
16. Do you continue to take lots of analgesics or migraine attack treatments even though you know it's harmful for your health?
17. Have you ever experienced some difficulties in your activities of daily life (domestic activities, professional work, looking after the children) because of the side-effects of analgesic or migraine attack treatments?
18. Do you continue to take as many analgesics or migraine attack treatments despite somebody close to you telling you that you seem to be intoxicated by them?
19. Do you often waste time because you are under the effect of analgesics or migraine attack treatments?
20. Are you ever bothered in your social or family relationships because of the effects of analgesics or migraine attack treatments?
21. Do you continue to take as many analgesics or migraine attack treatments even though you know that it might worsen your headaches?

Fig 2.—MDQ-H, English version.

ANNEXE 5: Le SDS (Severity Dependence Scale) version anglaise

SEVERITY OF DEPENDENCE SCALE (SDS)

Adapted from:

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 90(5): 607-614.

The following questions are about your drug use prior to commencing treatment. For each of the five questions, please indicate the most appropriate response, as it applied to your drug use in the month prior to starting treatment.

[Note: Give Response Card to participant. When reading out the questions below, replace "(drug)" with the name of the principal opiate for which treatment is currently being received, e.g. heroin, opium, etc.]

	Never/ almost never	Sometimes	Often	Always/ nearly always
1. Do you think your use of (drug) was out of control?	0	1	2	3
2. Did the prospect of missing a fix (or dose) make you anxious or worried?	0	1	2	3
3. Did you worry about your use of (drug)?	0	1	2	3
4. Did you wish you could stop?	0	1	2	3
	Not difficult	Quite difficult	Very difficult	Impossible
5. How difficult did you find it to stop or go without (drug)?	0	1	2	3

SDS TOTAL: _____

ANNEXE 6 : Critères DSM IV de dépendance à une substance

Tableau 1 – Critères de dépendance à une substance selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*.

Substance dependence criteria according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition.

La dépendance à une substance (American Psychiatric Association) est un mode d'utilisation inadapté d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré

ou

effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de la substance.

Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

syndrome de sevrage caractéristique de la substance

ou

la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à l'utiliser ou récupérer de ses effets.

Des activités importantes, sociales, professionnelles ou de loisirs, sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

ANNEXE 7 : Questionnaire patient de lisibilité de la brochure

Ce questionnaire est destiné à nous aider dans la conception d'une brochure d'information et de dépistage des céphalées par abus médicamenteux. En répondant à ces quelques questions vous nous permettrez d'améliorer la qualité de l'information donnée aux patients.

Après lecture de la brochure, ci jointe, vous pourrez nous donner votre opinion sur les différents aspect de la brochure. Ce questionnaire est anonyme.

Age : Sexe : Souffrez-vous régulièrement de maux de tête ? Oui / Non

LA FORME

- Jugez-vous la brochure facile à lire ?
☐ oui ☐ non
- Si la brochure n'est pas facile à lire pour quelles raisons d'après vous ?
☐ Trop d'informations ☐ Trop longue à lire ☐ Phrases trop longues
☐ Peu de lien entre les rubriques ☐ Mauvaise utilisation des couleurs
☐ autres : _____
- Y a-t-il des mots que vous ne comprenez pas ?
☐ Oui ☐ non
Si oui lesquels ? _____
- Les illustrations vous paraissent-elles utiles à une meilleure compréhension ?
☐ Oui ☐ non
- L'agenda vous semble-t-il facile à remplir ?
☐ Oui ☐ non
Si non, pourquoi ? _____
- Le questionnaire vous paraît facile à remplir ?
☐ Oui ☐ non
Si non, pourquoi ? _____

LA COMPREHENSION

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Les céphalées par abus médicamenteux sont causées par une utilisation trop fréquente de médicaments antidouleur ?			
Peut-on définir la céphalée par abus médicamenteux comme une sorte de dépendance à une drogue ?			
Pensez-vous que les anti-douleurs vendus sans ordonnance peuvent être à l'origine de céphalée par abus médicamenteux ?			
Pensez vous que les médicaments à base de codéine ou de caféine sont de bons médicaments pour les maux de tête ?			
Pensez-vous qu'il faut prendre des anti-douleurs avant que le mal de tête arrive?			
Si vous prenez plus de 2 antalgiques par semaine depuis plusieurs mois pour vos maux de tête, pensez vous qu'il faut consulter votre médecin généraliste pour lui en parler ?			

SATISFACTION GLOBALE – IMPACT

- Est ce que cette brochure vous a intéressée ?
☐ oui ☐ non
Si non, pourquoi ? _____
- Recommanderiez-vous cette brochure à quelqu'un qui souffre de maux de tête ?
☐ oui ☐ non
- Appliquerez-vous certains conseils contenus dans la brochure pour gérer vos maux de tête ?
☐ Oui ☐ non
Lesquels par exemple ? _____

Merci pour votre participation.

ABRÉVIATIONS :

CAM : céphalées par abus médicamenteux
CCQ : céphalées chroniques quotidiennes

J14 .. /.. /12		
J15 .. /.. /12		
J16 .. /.. /12		
J17 .. /.. /12		
J18 .. /.. /12		
J19 .. /.. /12		
J20 .. /.. /12		
J21 .. /.. /12		
J22 .. /.. /12		
J23 .. /.. /12		
J24 .. /.. /12		
J25 .. /.. /12		
J26 .. /.. /12		
J27 .. /.. /12		
J28 .. /.. /12		
J29 .. /.. /12		
J30 .. /.. /12		
J31 .. /.. /12		

Questionnaire

Les questions suivantes concernent **votre usage d'anti-douleur pris pour vos céphalées depuis au moins 3 mois**.

A chaque question posée, veuillez cocher la réponse qui vous correspond le mieux puis comptabiliser votre score.

 Avez-vous déjà pensé que vous avez perdu le contrôle de la consommation d'anti-douleur ?

☐ jamais = 0

☐ parfois = 1

☐ souvent = 2

☐ toujours = 3

 Est ce que l'idée de ne pas pouvoir prendre du tout d'anti-douleur vous rend anxieux ou nerveux ?

☐ jamais = 0

☐ parfois = 1

☐ souvent = 2

☐ toujours = 3

 Est ce que le fait de prendre trop d'anti-douleur vous a déjà préoccupé ?

☐ jamais = 0

☐ parfois = 1

☐ souvent = 2

☐ toujours = 3

 Avez- vous déjà souhaité interrompre votre consommation d'anti-douleur?

☐ jamais = 0

☐ parfois =1

☐ souvent = 2

☐ toujours = 3

 Trouveriez-vous difficile de vous passer d'anti-douleur ?

☐ pas difficile = 0

☐ plutôt difficile = 1

☐ très difficile = 2

☐ impossible = 3

TOTAL = ../15

Si vous êtes :

une femme avec un score supérieur ou égal à 5,
un homme avec un score supérieur ou égal à 4,

vous êtes à risque de céphalée par abus médicamenteux, vous devriez communiquer ce questionnaire à votre médecin pour trouver avec lui une solution.

Vous avez **plus de 15 jours de maux de tête par mois depuis plus de 3 mois** : vous souffrez de **céphalées chroniques**.
vous pouvez remplir le questionnaire à la page suivante et en parler à votre médecin.

PREVENTION ET DIAGNOSTIC DES CÉPHALÉES (MAUX DE TÊTE) CHRONIQUES PAR ABUS MÉDICAMENTEUX



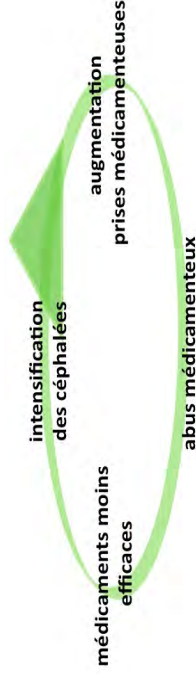
Qu'est ce que la céphalée chronique par abus médicamenteux ?

- C'est une complication sur le long terme de vos maux de tête habituels que sont la migraine et les autres céphalées non migraineuses (« de tension », d'origine cervicale...)
- L'utilisation trop fréquente d'anti-douleur pour les céphalées habituelles ou d'anti-migraineux est à l'origine d'une aggravation des maux de tête.
- La céphalées par abus médicamenteux est quasi-quotidienne et résistante aux médicaments.
- Elle touche 1 personne sur 50
- Les anti-douleur achetés sans ordonnance sont souvent impliqués
- Le fardeau est 3 fois plus important que celui d'une migraine.
- Elle est évitable par une gestion appropriée de vos maux de tête.
- Elle se traite avec l'aide de votre médecin par une période de désaccoutumance au(x)médicament(s).

Comment peut-on en arriver là ?

Exemple de conduite : « Suite à un stress important, mes maux de tête se sont intensifiés → je prends plus souvent mes médicaments anti-douleur durant cette période → je continue de les prendre de peur que mes céphalées reviennent et m'handicapent → lorsque que je les arrête, les maux de tête reviennent → mes médicaments sont de moins en moins efficaces → je prends donc mes médicaments de plus en plus souvent.... »

Il se produit un cercle vicieux proche de la dépendance



Quels sont les médicaments incriminés ?

- TOUS les médicaments anti-douleur à partir de 2 PRISES PAR SEMAINE régulièrement :
- Paracetamol : dafalgan°, efferalgan°, Doliprane°
 - Caféine et associations à base de caféine : claradol°, lamaline°, prontalgine°, migralgine°, algodol caféiné°, gynergene caféiné°
 - Codéine et associations à base de codéine : aligalm°, algisedal°, codoliprane°, dafalgan codéiné°, dicodin°, antarène codéiné°, lindilane°, nocétol°, prontalgine
 - Anti-inflammatoire : aspirine°, ibuprofène°(nurofen°, nureflex°, bruflen°, spifen°), kétoprofène (biprofenid°, profenid°), surgam°
 - Traitements spécifiques de la migraine :
 - Triptans : imigrane°, almogran°, isimig°, maxalt°, naramig°, zomig°, tigréat°...
 - Ergotamine : gynergene°

Des conseils pour gérer vos céphalées

- ✓ Savez-vous différencier vos douleurs de migraine et vos douleurs non migraineuses ? Sinon parlez en avec votre médecin lors d'une consultation dédiée aux céphalées.
- ✓ N'anticiper pas la crise mais n'attendez pas que la douleur soit trop intense: les médicaments doivent être pris dès que la douleur est installée
- ✓ Evitez les médicaments à base de codéine et de caféine pour vos maux de tête.
- ✓ Avez-vous déjà essayé des moyens non médicamenteux pour soulager vos crises? Détente, sophrologie, froid sur les tempes, acupuncture...
- ✓ Avez-vous repéré des facteurs déclenchants de vos crises : alimentation (fromage, chocolat, alcool...), période du cycle, le stress, manque de sommeil...
- ✓ Limitez vos prises d'antalgique à 2 à 3 prises par semaine.
- ✓ Si vous n'y arrivez pas, consulter votre médecin pour faire un diagnostic et adapter votre traitement.
- ✓ Si vos maux de tête sont anciens et fréquents remplissez la suite de la brochure.

Souffrez-vous de céphalées chroniques par abus médicamenteux ?

Pour le savoir mais aussi pour vous aider dans la gestion de vos douleurs, nous vous proposons de remplir un agenda de vos céphalées pendant 1 mois puis un questionnaire simple que vous pourrez remettre à votre généraliste afin qu'il puisse faire un diagnostic.

Agenda de vos céphalées sur un mois : notez les jours où vous avez eu mal à la tête.

JOUR date ../..	FACTEURS DÉCLENCHANTS EVENTUELS	AVEZ-VOUS UTILISÉ UN ANTI-DOULEUR ? (nom et dose)	Nombre de prises
J1 ../.. /12			
J2 ../.. /12			
J3 ../.. /12			
J4 ../.. /12			
J5 ../.. /12			
J6 ../.. /12			
J7 ../.. /12			
J8 ../.. /12			
J9 ../.. /12			
J10 ../.. /12			
J11 ../.. /12			
J12 ../.. /12			
J13 ../.. /12			

Nom, Prénom : VIRIDEAU Laure

2013-TOU3-1033

Titre : Les céphalées par abus médicamenteux. Diagnostic et prévention en soins primaires – Intérêt d'une brochure-patient d'information.

Date de soutenance : Toulouse le 28 juin 2013

Résumé :

La céphalée par abus médicamenteux (CAM) est une céphalée chronique définie par la Société Internationale des céphalées comme une céphalée induite par un abus en traitement antalgique de la crise.

Il s'agit d'un problème de santé publique qui touche 1,7 % de la population générale soit 3 % des céphalalgiques consultant en médecine générale. Pourtant la pathologie reste peu connue des patients et des médecins généralistes et donc mal prévenue et sous diagnostiquée en soins primaires.

L'objectif de ce travail de thèse était de faire, au travers de la littérature, un état des connaissances actuelles sur la pathologie et sa prise en charge en vue d'en améliorer la prévention primaire et le diagnostic en médecine générale.

Le médecin généraliste doit veiller à ce que l'usage de tous les antalgiques dans les céphalées ne dépasse pas 2 à 3 prises par semaine de façon régulière. Il doit participer à l'éducation thérapeutique du patient céphalalgique épisodique, être attentif à l'évolution des céphalées et à la présence de facteurs potentiellement à risque de CAM.

Cependant, les céphalalgiques en abus d'antalgiques consultent peu pour leur céphalées et pratiquent le plus souvent l'automédication. Le diagnostic basé sur le seul recueil du nombre de crise de céphalées et de jour de consommation d'antalgiques par semaine demande une implication importante du patient. L'usage d'un calendrier de la crise et d'un auto-questionnaire d'évaluation de la dépendance pourrait permettre un auto-diagnostic précoce.

La diffusion d'une brochure-patient d'information et d'auto-diagnostic peut constituer une aide pour le médecin généraliste. Je propose ici une maquette.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clefs : *medication overuse headache- prevention – diagnosis – physician - leaflet*

Intitulé et adresse de l'UFR : Facult_ de M_decine Rangueil - 133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex 04 – France

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc VIDAL