

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER  
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE: 2021

THESES 2021/TOU3/2012

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Anaïs TARAIRE**

**PLACE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES CHEZ LE PATIENT  
MIGRAINEUX**

Date de soutenance : Jeudi 11 mars 2021

Directeurs de thèse : **Madame le professeur Brigitte Sallerin et Monsieur le  
docteur Bernard Champanet**

**JURY**

Président : Monsieur le professeur Philippe Cestac  
1er assesseur : Madame le professeur Brigitte Sallerin  
2ème assesseur : Monsieur le docteur Bernard Champanet



**PERSONNEL ENSEIGNANT**  
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier  
au 1er octobre 2020

**Professeurs Emérites**

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J.	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
M. GAIRIN J.E.	Pharmacologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

**Professeurs des Universités**

**Hospitalo-Universitaires**

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C. (Doyen)	Bactériologie - Virologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

**Universitaires**

Mme BERNARDES-GÉNISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAUMONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
M. VERHAEGHE P.	Chimie Thérapeutique

## Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires		Universitaires	
M. DELCOURT N.	Biochimie	Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique	Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique	M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique	Mme BON C. (*)	Biophysique
Mme ROUZAUD-LABORDE C.	Pharmacie Clinique	M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie	M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie	Mme CABOU C.	Physiologie
		Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
		Mme CHAPUY-REGAUD S.	Bactériologie - Virologie
		Mme COLACIOS C.	Immunologie
		Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
		Mme DERA EVE C. (*)	Chimie Thérapeutique
		Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
		Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
		Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
		Mme FALLONE F.	Toxicologie
		Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
		Mme GADEA A.	Pharmacognosie
		Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
		Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
		Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
		Mme LEFEVRE L.	Physiologie
		Mme LE LAMER A-C.	Pharmacognosie
		M. LE NAOUR A.	Toxicologie
		M. LEMARIE A.	Biochimie
		M. MARTI G.	Pharmacognosie
		Mme MONFERRAN S.	Biochimie
		M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
		M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
		M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
		Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
		Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
		Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie
		Mme WHITE-KONING M. (*)	Mathématiques

(\*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

## Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires		Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)	
Mme LARGEAUD L.	Immunologie	M. François-Xavier TOUBLET	Chimie Thérapeutique
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie		
M. MOUMENI A.	Biochimie		
M. PAGES A.	Pharmacie Clinique		
Mme SALABERT A.S	Biophysique		
Mme TRIBAUDEAU L.	Droit Pharmaceutique		

## Remerciements

---

A Monsieur Philippe Cestac, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci pour vos enseignements à la faculté.

A Madame Brigitte Sallerin, merci d'avoir accepté d'encadrer cette thèse. Merci pour votre bienveillance, vos enseignements, votre pédagogie et votre implication auprès des étudiants.

A Monsieur Bernard Champanet, merci de m'avoir donné l'envie de faire ce métier, et de m'avoir accueillie dans votre officine. Merci d'être le modèle du pharmacien que j'espère un jour devenir. Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre soutien. Merci également à toute l'équipe de la pharmacie Champanet pour votre bienveillance et vos précieux enseignements durant toutes ces années.

A l'équipe de la pharmacie du Collège, merci de me permettre de m'épanouir à vos côtés. Je me rends compte chaque jour de la chance que j'ai de travailler avec vous. Merci Emilie, pour le temps que tu m'as accordé lors des entretiens.

A l'équipe de la pharmacie des Arcades, merci de m'avoir accueillie durant mon stage de 6ème année, merci pour vos enseignements et votre convivialité.

A ma famille, ma mère, mes sœurs, Daniel merci de croire en moi depuis le début. Merci d'être toujours là, dans les bons et les mauvais moments, merci d'avoir vécu toute cette aventure à mes côtés.

A Jérémy, mon meilleur ami depuis toujours et pour le reste de ma vie. Merci de ta patience, et de ta compréhension.

A mes amis, Mélanie, ma plus belle rencontre de ces années de fac, Robin, Benjamin, Greg, merci de me supporter au quotidien, merci pour tous ces moments passés ensemble, et ceux à venir.

Et enfin, A Pierre, merci pour toutes ces années et celles à venir, merci pour ton amour inconditionnel, ta patience, et ton soutien sans faille.

# Table des matières

---

<b>Table des figures et des tableaux.....</b>	<b>7</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>8</b>
<b>Introduction :.....</b>	<b>9</b>
<b>Partie 1 : Migraine et place du pharmacien d’officine dans sa prise en charge .....</b>	<b>10</b>
<i>I. Généralités .....</i>	<i>10</i>
a. Définition.....	10
b. Epidémiologie.....	11
c. Evaluation de la migraine .....	11
d. Physiopathologie .....	13
e. Signes cliniques .....	15
f. Diagnostic.....	19
g. Evolution et complications .....	21
h. Facteurs déclenchants .....	23
i. Diagnostics différentiels .....	25
j. Place des examens complémentaires.....	27
<i>II. Prise en charge de la migraine.....</i>	<i>28</i>
a. Stratégies thérapeutiques .....	28
b. Prise en charge médicamenteuse .....	33
c. Prise en charge non médicamenteuse .....	47
d. Prise en charge de la femme enceinte.....	50
<i>III. Place du pharmacien d’officine.....</i>	<i>51</i>
a. Repérage et accompagnement .....	51
b. Conseils en aromathérapie .....	52

c.	Conseils en phytothérapie.....	53
d.	Conseils en homéopathie .....	54
	<b>Partie 2 : Les entretiens pharmaceutiques à l’officine.....</b>	<b>55</b>
<i>I.</i>	<i>Contexte et cadre réglementaire.....</i>	<i>55</i>
a.	La loi HPST .....	55
b.	Les nouvelles missions du pharmacien : développement de la pharmacie clinique à l’officine .....	58
c.	Les entretiens pharmaceutiques.....	59
<i>II.</i>	<i>Questionnaire auprès des équipes officinales .....</i>	<i>61</i>
a.	Matériel et méthode .....	61
b.	Présentation de l’enquête.....	61
c.	Résultats de l’enquête.....	62
d.	Discussion et évaluation de l’intérêt des entretiens pharmaceutiques .....	65
<i>III.</i>	<i>Proposition d’un programme d’entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux .....</i>	<i>66</i>
a.	Entretien d’évaluation.....	66
b.	Entretiens thématiques.....	67
c.	Exemples de réalisation d’entretiens pharmaceutiques .....	69
	<b>Conclusion.....</b>	<b>74</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>75</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>78</b>

## Table des figures et des tableaux

---

<b>Figure n°1</b> : Pourcentage de migraineux selon les grades de l'échelle MIDAS.....	12
<b>Figure n° 2</b> : Les différentes phases d'une crise migraineuse.....	15
<b>Figure n° 3</b> : représentation d'un scotome.....	17
<b>Figure n°4</b> : représentation d'un phosphène.....	17
<b>Tableau n°1</b> : Principaux déclencheurs alimentaires .....	24
<b>Tableau n°2</b> : différences cliniques entre migraines et céphalées de tension.....	26
<b>Figure n°5</b> : Traitement pharmacologique d'une crise de migraine selon les recommandations de la HAS.....	29
<b>Figure n°6</b> : Prise en charge d'une crise migraineuse selon les recommandation de la SFEMC.....	31
<b>Figure n°7</b> : Traitement pharmacologique de fond de la migraine.....	32
<b>Figure n°8</b> : Action des cyclo-oxygénases 1 et 2 dans la transformation de l'acide arachidonique.....	34
<b>Tableau n°3</b> : posologies des triptans par voie orale commercialisés en France.....	38
<b>Figure n°9</b> : Les quatre étapes d'un programme d'éducation thérapeutique.....	58
<b>Figure n°10</b> : Répartition des participants selon leur profession.....	62
<b>Figure n°11</b> : Nombre de réponses concernant la ou les raisons conduisant à la pratique de la pharmacie clinique à l'officine.....	62
<b>Figure n°12</b> : Nombre de réponses concernant les difficultés rencontrées pour la mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'officine.....	63
<b>Figure n°13</b> : Répartition des réponses à la question « Seriez-vous prêt à réaliser des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux (sur la base des entretiens AVK/AOD, ou asthme) à l'officine ? » .....	63
<b>Figure n°14</b> : Répartition des réponses à la question « D'après vous, si des entretiens « Migraine » étaient possibles, que pourraient-ils apporter ? » .....	64

## Liste des abréviations

---

**AINS** : anti-inflammatoire non stéroïdien  
**AIT** : Accident ischémique transitoire  
**AMM** : Autorisation de mise sur le marché  
**AOD** : Anticoagulants oraux directs  
**ARA 2** : Antagoniste du récepteur à l'angiotensine 2  
**ARS** : Agence régionale de santé  
**ASI** : activité sympathomimétique intrinsèque  
**AVC** : Accident vasculaire cérébral  
**AVK** : Antivitamine K  
**BPCO** : bronchopneumopathie chronique obstructive  
**CCQ** : Céphalée chronique quotidienne  
**CGRP** : Peptide relié au gène de la calcitonine  
**COX** : cyclo-oxygénase  
**DPC** : Développement professionnel continu  
**ECG** : électrocardiogramme  
**EEG** : électro-encéphalogramme  
**ETP** : Education thérapeutique du patient  
**HAS** : Haute autorité de santé  
**HIT** : Headache Impact Test  
**HPST** : Hôpital, Patient, Santé, Territoire  
**ICHD** : classification internationale des céphalées  
**IEC** : inhibiteur de l'enzyme de conversion  
**IHS** : International Headache Society  
**IMAO** : Inhibiteur de la monoamine oxydase  
**INR** : International Normalized Ratio  
**IRM** : Imagerie par résonance magnétique nucléaire  
**IRSNA** : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine-noradrénaline  
**ISRS** : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine  
**LP** : libération prolongée  
**MAA** : Migraine avec aura  
**MIDAS** : Migraine disability assessment  
**MSA** : Migraine sans aura  
**OMS** : organisation mondiale de la santé  
**ROSP** : Rémunération sur objectifs de santé publique  
**SFEMC** : Société Française d'Etudes des Migraines et Céphalées  
**SNC** : Système nerveux central

## Introduction :

---

La migraine, à la fois connue de tous et étrangère, est encore aujourd'hui une pathologie difficilement prise en charge. Sous-évaluée, socialement déconsidérée, pour l'entourage des personnes migraineuses, la migraine passe trop souvent pour un « simple mal de tête », une « maladie féminine », ou encore un prétexte utilisé afin de se soustraire à certaines activités pénibles de la vie quotidienne. D'un autre côté, les personnes souffrant de migraine perçoivent souvent cette pathologie comme une fatalité, impossible à soigner. Ces patients se sentent généralement seuls et incompris par leur entourage.

Pourtant, la migraine est une réalité physiologique. Il s'agit d'une maladie neurologique, d'origine multifactorielle, avec des mécanismes d'action identifiés et pour laquelle des solutions existent. En plus des traitements de crise, des traitements prophylactiques (des traitements « de fond ») peuvent être proposés pour prévenir l'apparition des crises ou en diminuer l'intensité.

Certes la migraine est une pathologie bénigne, mais elle n'en est pas moins invalidante pour le patient, et coûteuse pour la société. En effet, si les coûts directs restent relativement faibles, les coûts indirects quant à eux sont considérables : on compte 30 à 60 jours d'absentéisme par an pour une personne souffrant de migraines sévères. On estime que 20% de la population française souffre de migraines, et parmi eux, près de 80% n'ont pas de suivi médical concernant cette pathologie. Le pharmacien d'officine est alors parfois le seul professionnel de santé à recevoir ces patients, et apparaît comme un acteur essentiel dans la prise en charge de cette pathologie. En posant les bonnes questions, le pharmacien peut dépister et orienter le patient vers un médecin, et ainsi améliorer la prise en charge des patients migraineux. Il va aussi accompagner les nombreux patients pratiquant l'automédication, et jouer un rôle clé dans la lutte contre le risque de surconsommation médicamenteuse.

L'objectif de cette thèse est de démontrer l'intérêt de la réalisation d'entretiens pharmaceutiques chez l'adulte migraineux par le pharmacien d'officine, dans le cadre de son accompagnement, et de proposer un programme d'entretiens pharmaceutiques réalisable chez le patient migraineux.

# Partie 1 : Migraine et place du pharmacien d'officine dans sa prise en charge

---

## I. Généralités

### a. Définition

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la migraine se définit par des céphalées récurrentes, se manifestant sous la forme de crises épisodiques invalidantes, accompagnées de nausées et/ou de vomissements. [1] Elle peut s'accompagner de photophobie (intolérance à la lumière) et de phonophobie (intolérance au bruit). Les maux de tête survenant lors d'une crise migraineuse sont caractérisés par une douleur d'intensité modérée à sévère, unilatérale, pulsatile, et augmentée par l'activité physique habituelle. Une crise migraineuse peut être précédée par des signes neurologiques, on parle alors de crise migraineuse avec « aura ».

Selon l'ICHD-3 (classification internationale des céphalées), publiée en 2013, la migraine se classe parmi les céphalées primaires, aux côtés des céphalées de tension (également appelées céphalées psychogènes, car elles sont souvent causées par une mauvaise gestion du stress) des céphalées trigémino-autonomiques (dont l'algie vasculaire de la face), et des autres algies de la face (céphalées d'effort, ou céphalées induites par le froid par exemple). [2] Derrière « la » migraine se cachent en réalité plusieurs catégories de migraines, classées et décrites dans la classification internationale des céphalées [2] :

- 1.1 Migraine sans aura
- 1.2 Migraine avec aura
- 1.3 Migraine chronique
- 1.4 Complications de la migraine
- 1.5 Migraine probable
- 1.6 Syndromes épisodiques pouvant être associés à la migraine

La maladie migraineuse est définie par la répétition de crises de migraine avec des périodes de répit entre les crises. Elle concerne une grande partie de la population, et, bien que considérée comme bénigne, peut entraîner des répercussions importantes, tant sur le plan personnel qu'au niveau de la collectivité. La forme sévère de la migraine est définie par une réponse insuffisante aux traitements recommandés, plus de 8 jours par mois, avec un risque de surconsommation médicamenteuse ou déjà en surconsommation, et une qualité de vie altérée. La migraine chronique se définit par la présence de céphalées au moins 15 jours par mois depuis au moins 3 mois dont au moins 8 jours de migraine.

Malgré l'évolution des connaissances sur la migraine ces dernières années, et bien que l'OMS classe la migraine au 12<sup>ème</sup> rang des pathologies invalidantes, elle reste encore aujourd'hui une pathologie banalisée, sous-diagnostiquée et souvent non ou mal soignée.

## **b. Epidémiologie**

En France, la prévalence de la migraine est estimée à environ 20% de la population, soit environ 13 millions de personnes [3]. Selon l'étude FRAMIG-3, réalisée en 2004, 21,3% de la population âgée de 18 à 65 ans souffre de migraines, dont 11,2% de patients souffrant de migraines et 10,1% souffrant de migraines probables (qui, selon les recommandations, relèvent de la même prise en charge thérapeutique). [4] La migraine concerne principalement les adultes jeunes (entre 20 et 50 ans) et plus particulièrement les femmes (3 femmes pour 1 homme) [5].

Selon l'étude FRAMIG-3 [6], en France, 60% des patients migraineux ne sont pas conscients de leur pathologie et l'abus médicamenteux (défini par la prise d'un traitement antalgique plus de 15 jours par mois pour un traitement non opioïde, ou plus de 10 jours par mois pour un traitement opioïde, dérivé de l'ergot de seigle, triptan ou associant plusieurs principes actifs) concerne 0,8% des patients migraineux. La migraine sévère peut être un réel handicap au quotidien : 50,6% des patients sévères souffrent ou ont souffert d'anxiété et/ou de dépression, 60% rapportent une altération de leur vie sociale, et 38,7% rapportent une altération de la productivité au travail. De plus, 79,7% des migraineux n'ont pas de suivi médical concernant leurs migraines. Pourtant, la consultation médicale est le premier facteur permettant la prise de conscience par le patient de sa pathologie et permettant l'adhésion du patient à un traitement recommandé. Cela permet notamment de diminuer la quantité de médicaments consommés (particulièrement en automédication), et donc de réduire le risque d'abus médicamenteux, qui peut être responsable de céphalées chroniques quotidiennes. Il paraît donc essentiel d'informer tous les patients souffrant de migraines des possibilités de prise en charge et de traitements, et de les encourager à maintenir un suivi médical régulier.

## **c. Evaluation de la migraine**

La migraine est une maladie handicapante en raison de la fréquence des crises (2 ou plus par mois chez 42% à 50% des patients), de leur durée (plus de 24 heures chez 39% des patients) et de leur intensité (sévère ou très sévère chez 48% à 74% des patients) [7]. Plusieurs échelles

permettent d'évaluer l'impact de la migraine sur la vie quotidienne [8]:

➤ L'échelle Qualité de Vie des Migraîneux (QVM)

Il s'agit d'une échelle spécifique permettant d'évaluer la qualité de vie. Cet auto-questionnaire comporte 20 items évaluant l'aspect physique, psychologique et social. Le score final est compris entre 0 et 100.

Annexe 1 : Echelle QMV [7]

➤ L'échelle Headache Impact Test (Test d'impact des maux de tête) HIT-6

Pour évaluer les répercussions des migraines sur la vie professionnelle, familiale et sociale ressenties par le patient. Cette échelle permet une appréciation globale de la pathologie. Le score de cette échelle, basé sur 6 questions, va de 36 à 78. Un score inférieur ou égal à 49 indique un faible impact, de 50 à 55 un impact certain, de 56 à 59 un impact important et supérieur à 60 un impact majeur.

Annexe 2 : Echelle HIT-6 [9]

➤ L'échelle Migraine Disability Assessment (Évaluation du handicap migraîneux) MIDAS

Pour évaluer l'impact fonctionnel : cette échelle évalue la baisse de productivité, que ce soit au travail ou dans la vie privée, durant les 3 derniers mois selon quatre grades (grade I : <6j, grade II : 6-10j, grade III : 11-20j, grade IV > 20j) [10]

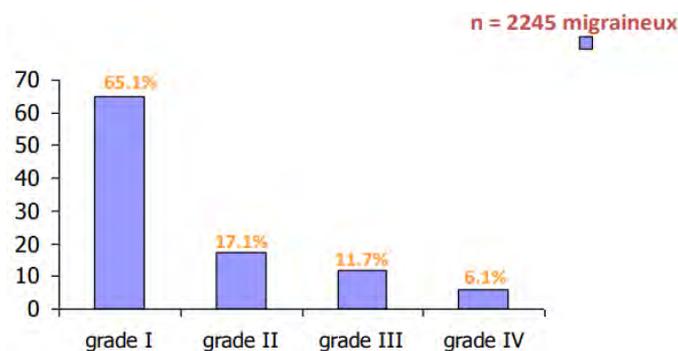


Figure n°1 : Pourcentage de migraîneux selon les grades de l'échelle MIDAS [10]

34,9% des migraîneux ont une baisse de productivité supérieure à 6 jours par trimestre. Cette information est d'autant plus importante que la migraine concerne principalement l'adulte jeune, et donc professionnellement actif.

### Annexe 3 : Echelle MIDAS [7]

La migraine a donc un retentissement important au niveau personnel et familial, qui peut être évalué par différentes méthodes, mais elle possède également un impact économique : le surcoût moyen des dépenses de santé annuelles est estimé à 349 euros par patient migraineux. [11] Si les coûts directs, représentés par les consultations médicales, les hospitalisations et les dépenses pharmaceutiques, sont assez faibles, les coûts indirects, avec l'absentéisme au travail et la baisse de productivité due aux crises de migraine sont considérables. A titre d'exemple, les patients souffrant de migraines sévères rapportent en moyenne 30 à 60 jours d'absentéisme par an. [12]

#### **d. Physiopathologie ([13],[14])**

La physiopathologie de la migraine est complexe, et comporte encore de nombreuses inconnues, malgré une avancée considérable des connaissances ces dernières années. Jusqu'à présent, deux grandes théories s'affrontent : la théorie vasculaire, et la théorie neurogène.

##### *1) La théorie vasculaire*

C'est la première théorie à avoir vu le jour. Selon la théorie de Wolff, la crise de migraine est séparée en deux phases : elle débute par une vasoconstriction artérielle intracérébrale, entraînant une ischémie locale et une inhibition réversible des structures corticales et sous-corticales, appelée la « dépression envahissante ». Tout cela se manifeste cliniquement par une aura migraineuse. La dépression envahissante entrainerait par la suite une inflammation neurogène et une vasodilatation rebond des vaisseaux intra et extra-cérébraux (via notamment la sérotonine qui entraîne la production de monoxyde d'azote et le relâchement des fibres musculaires). La vasodilatation et l'inflammation seraient responsables de la phase algique par l'activation de nocicepteurs périverasculaires. Toute cette instabilité vasculaire serait liée au relargage de médiateurs pro-inflammatoires (substance P, sérotonine, histamine, ou prostaglandine par exemple). L'utilisation de triptans et de dérivés ergotés (qui sont vasoconstricteurs) en thérapeutique, concorde avec cette théorie.

##### *2) La théorie neurogène*

Cette théorie se concentre sur des événements biochimiques, qui seraient à l'origine d'une crise migraineuse. Lors d'un stimulus, les neurones vont transmettre l'information grâce à des

variations du gradient de concentration ionique. Ils vont tout d'abord être dépolarisés par une entrée de sodium en intracellulaire, puis être repolarisés par une sortie de potassium en extracellulaire. Toutes ces étapes, réunies sous le nom de potentiel d'action, vont permettre la libération de neuromédiateurs dans la fente synaptique. Les neuromédiateurs, pro-inflammatoires dans le cadre de la migraine, entraîneraient une inflammation locale et augmenteraient la perméabilité des vaisseaux. Le potassium libéré doit ensuite être réintégré en intracellulaire, essentiellement grâce aux astrocytes, pour permettre aux neurones de retrouver un potentiel de repos et de pouvoir être dépolarisés à nouveau. Dans la migraine, le problème résiderait dans la réintégration de ce potassium en intracellulaire. Les neurones restent alors en hyperpolarisation, et ne sont plus activables par un autre stimulus. Cela entraîne une perturbation de l'activité neuronale.

### 3) La théorie trigéminovasculaire

Selon les connaissances actuelles, aucune des deux théories précédemment évoquées ne peut expliquer entièrement la clinique de la migraine. Il apparaît qu'une crise de migraine est le résultat de facteurs à la fois vasculaires et neuronaux, résultants de l'activation du système trigéminovasculaire, constitué par les nerfs trijumeaux innervant les méninges et les vaisseaux intracrâniens.

Le nerf trijéminal est responsable de la sensibilité de la face et de la transmission de la douleur. Il innerve la plupart des vaisseaux sanguins intra et extra-cérébraux. Ses neurotransmetteurs sont le CGRP (peptide relié au gène de la calcitonine) et la substance P, qui sont responsables de deux mécanismes : la vasodilatation et l'extravasation (passage du vaisseau vers les tissus) des protéines plasmatiques. L'extravasation des protéines plasmatiques est responsable d'une inflammation. La vasodilatation et l'inflammation des vaisseaux innervés par le nerf trijéminal entraîneraient donc la transmission du message douloureux par celui-ci.

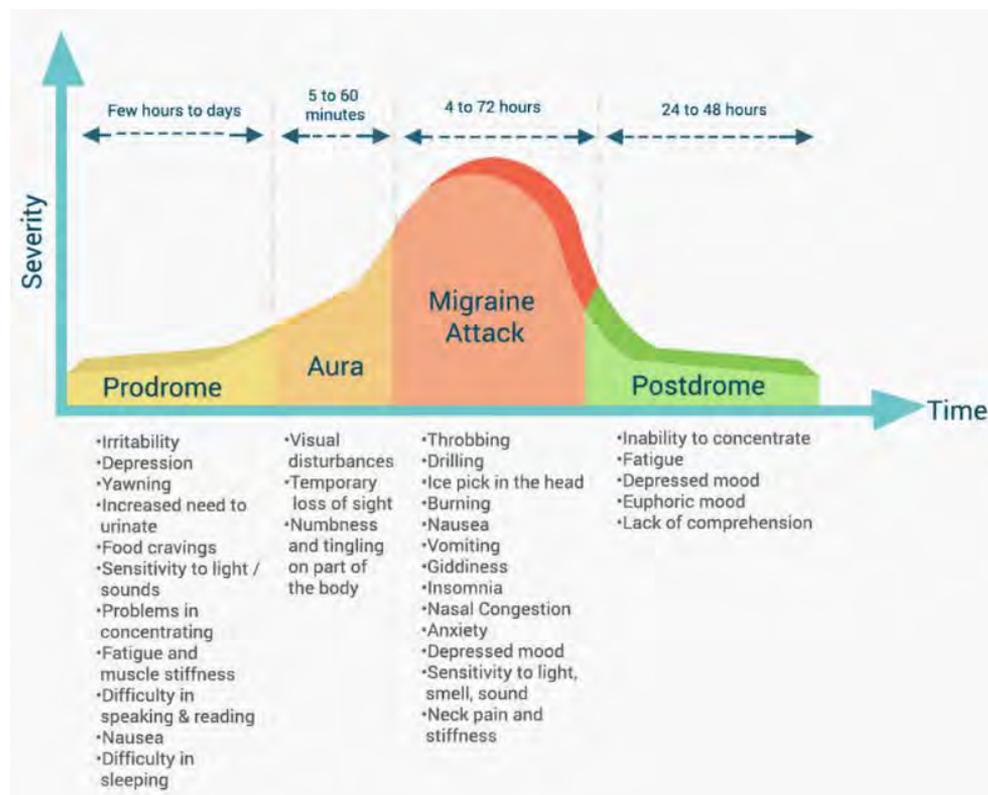
Malgré l'avancée des connaissances en ce qui concerne la physiopathologie de la migraine, de nombreuses questions persistent comme l'importance du caractère génétique de la migraine ou encore le lien entre migraine et maladie de Parkinson (certaines études suggèrent que l'association de ces deux pathologies diminuerait leur sévérité respective) mais d'autres études doivent être menées pour confirmer ces hypothèses.

## e. Signes cliniques

La migraine possède une variabilité inter et intra individuelle : les crises peuvent être variables d'une personne à une autre, mais aussi d'une crise à une autre chez une même personne.

De manière générale, la douleur d'une crise de migraine est modérée à sévère, pulsatile, et unilatérale. Cette douleur est accentuée par un effort, même habituel, et est souvent accompagnée de nausées, de vomissements, de phonophobie ou de photophobie.

Une crise de migraine peut être décomposée en 4 phases, plus ou moins présentes selon le type de crise : prodromes, aura, céphalées, et postdromes.



*Figure n° 2 : Les différentes phases d'une crise migraineuse [15]*

### 1) Les prodromes

La phase de prodromes, présente chez 60% des migraineux, n'est pas spécifique [16]. Lorsqu'elle est présente, cette phase peut durer de 1 à 24h, et comporte divers symptômes tels que la fatigue, des problèmes de concentration, une irritabilité ou au contraire une certaine

euphorie, ou encore une raideur de la nuque. Ces symptômes varient d'une personne à une autre mais aussi d'une crise à une autre chez un même patient. L'hypersensibilité sensorielle (nausées, vomissements, photophobie et phonophobie) peut apparaître durant cette phase. Cette phase permet à un patient migraineux de prédire une crise de migraine avant l'apparition de la phase douloureuse.

## 2) L'aura

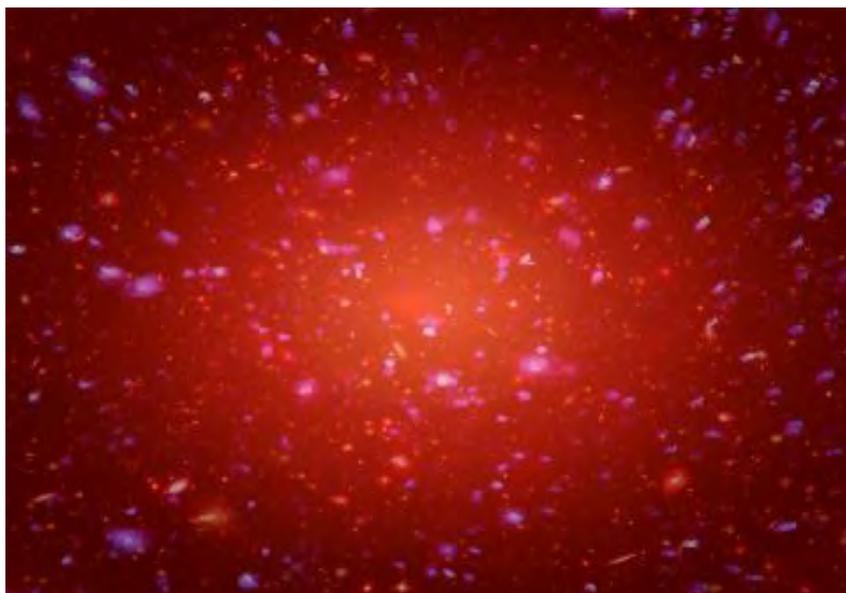
Si la phase d'aura est présente, on parle de « migraine avec aura » (MAA), si elle est absente, on parle de « migraine sans aura » (MSA). Cette phase, présente chez 20% des migraineux [16], dure de 5 minutes à 1 heure et s'installe progressivement. Elle disparaît ensuite lorsque la phase douloureuse se met en place. Il s'agit d'un trouble neurologique transitoire et entièrement réversible. Certains patients ne présentent jamais de migraine avec aura, d'autres peuvent alterner des crises avec et sans aura et d'autres, plus rarement, ne font que des migraines avec aura. Exceptionnellement, l'aura peut être isolée, elle ne sera alors pas suivie d'une phase douloureuse. Il existe plusieurs formes d'aura : visuelle, sensorielle, motrice, et aphasique, que nous traiterons par ordre de fréquence décroissante. Si plusieurs troubles se manifestent, ils apparaissent l'un après l'autre et durent chacun de 5 minutes à 1 heure.

- L'aura la plus répandue est l'aura visuelle (90% des migraineux ayant des migraines avec aura) [17]. Si d'autres formes d'aura sont présentes, elles sont très souvent associées à une aura visuelle. Celle-ci peut se présenter sous la forme de scotomes scintillants. Il s'agit d'un trouble visuel apparaissant généralement dans le champ central de la vision, puis qui s'étend à la vision périphérique. Le patient voit alors une tache aveugle, aux contours scintillants formés par des lignes brisées continues. Ce trouble touche les deux yeux, et persiste une fois les yeux fermés.



*Figure n° 3 : représentation d'un scotome scintillant [18]*

Une aura visuelle peut aussi se manifester sous la forme de phosphènes. Il s'agit là aussi de tâches lumineuses, mais qui se manifestent sous forme de flashes, de zigzags lumineux, ou encore d'étoiles. La localisation habituelle est latérale homonyme, c'est-à-dire que les phosphènes apparaissent du côté opposé à la douleur.



*Figure n°4 : représentation d'un phosphène [18]*

D'autres formes, moins répandues, peuvent être ressenties par le patient : la sensation de voir à travers un verre dépoli, ou encore une hémianopsie latérale homonyme complète (perte complète du champ visuel droit ou gauche, en général du côté opposé à celui de la douleur) [17].

- L'aura sensitive est très rarement isolée. Elle est souvent associée à une aura visuelle, motrice ou aphasique. Elle se manifeste sous la forme de fourmillements plus ou moins suivis d'engourdissements, commençant typiquement aux extrémités puis se propageant à tout un hémicorps, au visage ou encore à la langue. [2]
- L'aura aphasique est elle aussi le plus souvent associée à des troubles visuels ou sensitifs. Il s'agit ici de troubles en général discrets : difficultés lors de la lecture, problèmes de compréhension, ou encore paraphasie (manque de mots, substitution d'un mot par un autre). [17]
- L'aura motrice, forme la plus rare d'aura migraineuse, correspond à un déficit moteur unilatéral de type hémiparésie (défaut de force musculaire d'un côté) voire hémiplégie (paralysie d'un côté du corps). L'engourdissement de l'aura sensitive est souvent confondu à tort avec une hémiparésie par le patient, ce qui complique l'interprétation, d'autant plus que l'aura motrice est rarement isolée, et peut donc être associée à une aura sensitive.

### 3) Les céphalées

La phase algique s'installe progressivement, et dure de 4 à 72 heures en absence de traitement. Les céphalées migraineuses caractéristiques sont pulsatiles, unilatérales et d'intensité modérée à sévère. Le siège de la douleur est en général soit rétro-orbitaire, soit fronto-temporal, bien que la douleur puisse aussi apparaître au niveau occipital ou dans la nuque. Parfois, la douleur peut être diffuse, soit d'emblée, soit secondairement. Sa localisation varie d'une crise à une autre. Cette douleur est accentuée par le mouvement, par l'effort, même habituel, et la toux, et est atténuée par le repos. Elle est associée à des signes accompagnateurs : nausées, vomissements, photophobie, ou phobophobie. Classiquement, le patient est obligé de s'isoler et de s'allonger dans le noir. D'autres signes, plus rares, peuvent accompagner une migraine, comme des signes cardiovasculaires (hypotension, pâleur), une osmophobie (hypersensibilité aux odeurs) ou encore des vertiges. Parfois, on retrouve une rhinorrhée ou un larmoiement du côté douloureux. [17]

La sévérité d'une crise est déterminée par l'intensité des céphalées et des signes accompagnateurs, et varie selon les crises. Ainsi, une crise sévère va par exemple obliger le

patient à s'aliter dans le noir complet et sans bruit, et va être accompagnée de vomissements répétés, et d'une pâleur intense, alors que d'autres crises pourront ne pas être perçues par l'entourage, avec pour seuls symptômes une pâleur inhabituelle ou une irritabilité. [17]

#### 4) Les postdromes

Les postdromes peuvent durer de quelques heures à 2 jours. Souvent, après la phase algique, le patient ressent comme une impression de « gueule de bois ». Photophobie et phonophobie peuvent persister durant cette phase. On peut aussi constater une fatigue mentale, des difficultés d'attention ou de mémorisation ou encore une perturbation de l'humeur (humeur dépressive ou au contraire exaltation) [16], [2]. Le patient se rétablit ensuite complètement, il est asymptomatique entre deux crises.

## f. Diagnostic

Le diagnostic est essentiellement clinique, basé sur les critères de la classification internationale des céphalées (ICHD), réalisée par l'International Headache Society (Société internationale des céphalées) (IHS). Le diagnostic se fait en dehors des crises, sur la base d'un interrogatoire précis et détaillé. Nous nous concentrerons sur les deux formes les plus répandues de migraines : la migraine sans aura et la migraine avec aura typique.

#### 1) La migraine sans aura

Les critères diagnostiques de la migraine sans aura, selon l'IHS, sont les suivants [2] :

#### ***Critères diagnostiques :***

- A. Au moins cinq crises<sup>1</sup> répondant aux critères B-D
- B. Crises de céphalée durant 4 à 72 heures (sans traitement ou avec un traitement inefficace)<sup>2,3</sup>
- C. Céphalée ayant au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :
  - 1. topographie unilatérale
  - 2. type pulsatile
  - 3. intensité douloureuse modérée ou sévère
  - 4. aggravée par ou entraînant l'évitement de l'activité physique de routine (*par ex.*, marche ou montée des escaliers)
- D. Durant la céphalée, au moins l'un des symptômes suivants :
  - 1. nausées et/ou vomissements
  - 2. photophobie et phonophobie
- E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3

Les patients répondant aux critères cliniques de la migraine sans aura mais ayant eu moins de 5 crises reçoivent le diagnostic de migraine probable sans aura.

### 2) Migraine avec aura

Les critères diagnostiques de la migraine avec aura, selon l'IHS, sont les suivants [2] :

#### **Critères diagnostiques:**

- A. Au moins deux crises répondant aux critères B et C
- B. Au moins un symptôme entièrement réversible d'aura :
  1. visuel
  2. sensitif
  3. parole et/ou langage
  4. moteur
  5. tronc cérébral
  6. rétinien
- C. Au moins trois des six caractéristiques suivantes :
  1. au moins un symptôme d'aura se développe progressivement sur  $\geq 5$  minutes
  2. deux ou plusieurs symptômes d'aura surviennent successivement
  3. chaque symptôme d'aura dure 5-60 minutes<sup>1</sup>
  4. au moins un symptôme d'aura est unilatéral<sup>2</sup>
  5. au moins un symptôme d'aura est positif<sup>3</sup>
  6. l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, d'une céphalée
- D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Les symptômes positifs de l'aura sont représentés par les fourmillements et les scintillements.

Un même patient peut à la fois faire des crises de migraine avec et sans aura, il aura alors les deux diagnostics.

### 3) Migraine probable

Lorsque les crises sont d'allure migraineuse, et répondent à tous les critères diagnostiques sauf un, on parle de migraine probable, avec ou sans aura. Ce diagnostic implique la même prise en charge que pour une migraine avec ou sans aura [2].

#### **Critères diagnostiques :**

- A. Crises répondant à tous les critères A-D sauf un de la 1.1 *Migraine sans aura* ou à tous les critères A-C sauf un de la 1.2 *Migraine avec aura*
- B. Ne remplit pas les critères de l'ICHD-3 pour toute autre céphalée
- C. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

## **g. Evolution et complications**

L'évolution d'une crise migraineuse est variable d'une crise à une autre et d'un patient à un autre. Sans traitement approprié, elle peut durer de 4h à 72h. La fréquence des crises est elle aussi variable selon les individus, de quelques crises par an, à plusieurs par mois et peut évoluer au cours de la vie.

Cette pathologie débute généralement à la puberté. Chez la femme, les crises migraineuses ont tendance à varier en fonction de l'imprégnation hormonale : durant la grossesse, la fréquence et l'intensité des crises sont généralement diminuées. En revanche, lors du post-partum, le retour à la normale du cycle hormonal chez une femme migraineuse est généralement suivi d'une crise de migraine. Au cours de la préménopause, les crises de migraines ont tendance à augmenter, pour ensuite diminuer après la ménopause. En ce qui concerne la contraception hormonale, la contraception oestroprogestative peut avoir un impact variable sur la fréquence et l'intensité des crises de migraines, elle peut avoir un effet bénéfique ou au contraire aggraver les crises de migraine. Une contraception en continu peut en revanche être bénéfique en cas de migraines cataméniales (migraines liées aux menstruations chez la femme).

Les conséquences des crises de migraine sont nombreuses et peuvent être très invalidantes : baisse de productivité, absences répétées au travail, ou encore altération de la vie familiale et de la qualité de vie. De plus, l'automédication, largement répandue chez les patients migraineux et parfois mal employée, peut entraîner de lourdes complications, comme les céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux.

### 1) Céphalées chroniques quotidiennes (CCQ)

En France, les céphalées chroniques quotidiennes concernent environ 3% de la population âgée de plus de 15 ans. [9] Elle se définit par la présence de céphalées au moins 15 jours par mois depuis au moins 3 mois. Dans le cas de la maladie migraineuse, deux causes peuvent entraîner une céphalée chronique quotidienne :

- Une migraine chronique, qui se définit par la présence de céphalées au moins 15 jours par mois depuis au moins 3 mois dont au moins 8 jours de migraine. La migraine chronique ne peut être diagnostiquée qu'en absence d'abus médicamenteux, il s'agit d'une céphalée primaire (c'est-à-dire qu'elle survient sans aucun lien avec une pathologie, une anomalie ou un traumatisme). Si le patient présente un abus

médicamenteux, la migraine chronique ne peut être diagnostiquée qu'à posteriori, lorsque le sevrage n'a pas permis de revenir à un rythme de migraines épisodiques.

- Des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux, provoquées par la prise trop fréquente de médicaments antimigraineux. Il s'agit ici de céphalées secondaires. L'abus est défini par la prise de traitements non opioïdes (paracétamol, AINS, aspirine par exemple) plus de 15 jours par mois pendant au moins 3 mois ou par la prise de traitements opioïdes, de triptans, de dérivés de l'ergot de seigle ou d'antalgiques associant plusieurs principes actifs plus de 10 jours par mois pendant au moins 3 mois.

Le pharmacien d'officine, du fait de son rôle d'information et de sa relation de proximité avec le patient, a un grand rôle à jouer dans la prévention de la surconsommation médicamenteuse. Il a également sa place dans le sevrage, qui doit être accompagné d'une éducation du patient. Une fois le sevrage effectué, le diagnostic final pourra être posé : migraine chronique, si la CCQ persiste deux mois après le sevrage, ou CCQ par abus médicamenteux, si la CCQ disparaît deux mois après le sevrage. L'abus médicamenteux peut également entraîner un « état de mal migraineux », caractérisé par une crise persistant au-delà de 72 heures.

## 2) Infarctus migraineux

L'infarctus migraineux est un infarctus cérébral survenant au cours d'une crise migraineuse typique avec aura. Il s'agit d'une complication extrêmement rare de la migraine, correspondant à un accident vasculaire cérébral ischémique directement induit par un accès migraineux. Son diagnostic est un diagnostic d'élimination, il n'est envisagé que lorsque toutes les autres causes d'infarctus cérébral ischémique ont été éliminées par des examens appropriés. En pratique, un infarctus migraineux se manifeste par une aura persistant plus d'une heure, et pouvant entraîner des séquelles irréversibles. [19]

## 3) Augmentation du risque neurovasculaire

Les migraines avec aura sont un facteur de risque indépendant d'infarctus cérébral [20]. Ce risque est d'autant plus élevé lorsque le patient présente d'autres facteurs de risques neurovasculaires tels que le tabagisme ou la contraception oestro-progestative chez la jeune femme. Il faudra donc surveiller l'ensemble des facteurs de risques neurovasculaires. En cas

de migraine avec aura chez la femme jeune de moins de 35 ans, une contraception uniquement progestative ou un moyen de contraception non hormonal doit être privilégié [21].

## **h. Facteurs déclenchants**

Une crise de migraine peut survenir spontanément ou être déclenchée par un ou plusieurs facteurs, qui peuvent être extrinsèques ou intrinsèques. Les facteurs déclenchants sont multiples et varient d'un patient à l'autre mais aussi chez un même individu, tout au cours de sa vie. Généralement, c'est l'association de plusieurs facteurs qui déclenche la crise de migraine. Les facteurs déclenchants ne sont pas la cause de la migraine, ils ne vont déclencher une crise que chez une personne déjà vulnérable. L'élément commun entre ces différents facteurs déclenchants est le changement. Généralement, le patient migraineux est sensible au changement : changement de rythme de vie (gain ou dette de sommeil, repas trop riche ou au contraire trop pauvre) changement de climat, changement hormonal etc.

Différents facteurs ont donc été identifiés ([16], [20]) :

- Modifications du rythme de vie : manque ou excès de sommeil, déménagement, changement de travail, voyage, modification des horaires de repas.
- Modifications hormonales : ménopause, grossesse, menstruations, contraception hormonale.
- Changements climatiques, ou d'altitude : vent, froid, temps orageux, chute de la pression atmosphérique.
- Facteurs psychologiques : stress, ou au contraire chute du stress (migraine du week-end), émotion intense, contrariété, surmenage.
- Facteurs sensoriels : odeur forte, bruit fort, lumières clignotantes.
- Alimentation : jeûne (hypoglycémie), déshydratation, repas sautés ou irréguliers, repas trop copieux, alcool.

Cette liste n'est pas exhaustive, et les facteurs déclenchants peuvent être très différents selon

les patients. L'objectif est que chaque patient puisse identifier ses propres facteurs déclenchants pour pouvoir agir dessus, lorsque cela est possible.

La connaissance par le patient de ses propres facteurs déclenchants permet d'aborder une stratégie d'évitement et ainsi de limiter la survenue de crises. Mais éviter l'ensemble des facteurs déclenchants est souvent difficile, et cela peut aussi engendrer une certaine anxiété et limiter la qualité de vie du patient migraineux, qui va s'interdire certaines activités ou certains aliments par crainte de déclencher une crise de migraine.

➤ Migraine et alimentation

Certains aliments ont été identifiés comme facteurs déclenchants : l'alcool est le facteur principal, mais on retrouve aussi les aliments contenant des sulfites, des nitrites, de l'aspartame, du glutamate, ou encore de l'histamine.

<b>Sulfites</b>	Vin, charcuterie, fruits et légumes en conserve
<b>Nitrites</b>	Charcuterie, poisson fumé
<b>Aspartame</b>	Sodas allégés sans sucre, bonbons sans sucre
<b>Glutamate</b>	Aliments en conserve, mets chinois
<b>Histamine</b>	Fromages vieillis, produits fermentés

Tableau n°1 : Principaux déclencheurs alimentaires

Les boissons alcoolisées, du fait de leur forte teneur en éthanol, en sulfites et en histamine, déclenchent très souvent des crises de migraine. Le jeûne est également un facteur déclenchant très connu. Concernant la caféine, celle-ci peut permettre de soulager une crise migraineuse, mais peut aussi en être la cause. En effet, un apport excessif régulier de caféine peut entraîner la survenue de crises en cas de sevrage [20].

Ainsi, un régime alimentaire sain et équilibré participe à la prévention des crises migraineuses. Les aliments frais, moins susceptibles de contenir des conservateurs, sont à privilégier.

Parallèlement à la tenue d'un agenda des crises de migraine, il est souvent conseillé au patient de tenir un journal de bord alimentaire. L'objectif est de suivre quotidiennement la prise alimentaire, et de comparer ce journal à l'apparition de crises, afin d'identifier de potentiels déclencheurs alimentaires. Le but n'est pas d'établir un régime alimentaire restrictif, mais bien d'identifier au cas par cas les propres aliments déclenchant pour le patient afin de pouvoir les éviter au maximum.

## **i. Diagnostics différentiels**

Le diagnostic différentiel consiste à différencier une maladie d'autres pathologies ayant des symptômes similaires. Dans le cadre de la migraine, il faut tout d'abord écarter une céphalée secondaire, qui relève en général de l'urgence médicale :

- L'hémorragie méningée : l'apparition des céphalées est brutale, contrairement aux céphalées migraineuses. La douleur est très intense, et d'emblée maximale, elle est décrite comme une céphalée « en coup de tonnerre ». Elle est souvent accompagnée de vomissements en jet, de photophobie, de phonophobie et d'une raideur méningée (c'est le syndrome méningé). Il s'agit d'une urgence médicale.
- L'hypertension intracrânienne : la céphalée est rapidement progressive, et souvent accompagnée d'une perte de vision, qui peut être confondue avec une aura visuelle. Le patient risque une perte définitive de la vision et doit être orienté vers une consultation médicale urgente. L'hypertension intracrânienne résulte d'un excès de pression à l'intérieur de la boîte crânienne et n'est pas en lien avec une augmentation de la tension artérielle.

De manière générale, en cas de céphalées d'apparition brutale, inhabituelle, et n'ayant jamais été ressenties auparavant, le patient doit consulter un médecin en urgence.

Le diagnostic différentiel doit aussi porter sur les céphalées primaires :

- **En cas de migraine sans aura**, il faudra différencier d'autres types de céphalées ayant des caractéristiques proches :

- Les céphalées de tension : il s'agit de céphalées banales, bénignes, d'intensité légère à modérée, et bilatérales. Ces céphalées ne sont absolument pas liées à la tension artérielle, mais surviennent généralement après un effort de concentration, ou en cas de fatigue. La difficulté réside dans le fait que le patient migraineux souffre souvent de céphalées de tension en plus de sa maladie migraineuse. Pourtant les symptômes cliniques sont différents, et la tenue d'un agenda des crises avec la description du mode d'apparition, des signes associés et du type de douleur ressentie peut permettre au patient de différencier ces deux types de céphalées.

Céphalée	Migraine	Céphalée de tension
Siège	Unilatéral	Bilatéral
Durée	4-72h	30 min-7j
Signes d'accompagnement	Intolérance au bruit et/ou à la lumière	Plus rares (parfois intolérance au bruit)
Intensité	Modérée/sévère	Légère/modérée
Type	Souvent Pulsatile	Compression, étouffement
Impact de l'effort physique	Aggravation	Pas d'aggravation

*Tableau n°2 : différences cliniques entre migraines et céphalées de tension [5]*

- L'algie vasculaire de la face : la douleur est brutale, intense, et unilatérale, centrée sur l'œil, sans perte d'acuité visuelle. Elle survient très souvent du même côté. La crise s'accompagne de larmoiements, d'un œdème de la paupière, d'une injection conjonctivale et d'une congestion nasale ou au contraire d'une rhinorrhée. Elle touche principalement l'homme jeune. Contrairement à la migraine, le patient peut présenter 2 à 8 crises par 24h, chaque crise durant de 15 minutes à 3h.

- **En cas de migraine avec aura**, il faudra différencier la crise migraineuse d'autres pathologies neurovasculaires :
  - L'Accident ischémique transitoire (AIT) : Il s'agit d'un déficit transitoire (il disparaît généralement dans l'heure), souvent lié à une ischémie cérébrale ou rétinienne.[22] Les symptômes peuvent faire penser à ceux de l'aura migraineuse (baisse de la vision, trouble de la parole, faiblesse d'un hémicorps...) mais leur installation est brutale et d'emblée maximale, et il n'y a pas de symptômes positifs (scotomes, phosphènes).
  - La crise d'épilepsie partielle : les symptômes durent moins longtemps que durant l'aura migraineuse. Selon la zone du cerveau atteinte, les signes cliniques sont variés : troubles moteurs, sensoriels ou troubles de la sensibilité.

## **j. Place des examens complémentaires**

Le diagnostic de migraine est uniquement basé sur l'interrogatoire. Il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des examens complémentaires. En revanche, ceux-ci peuvent être nécessaires pour différencier la crise de migraine d'une autre pathologie.

### ➤ Scanner et IRM

Tout patient, migraineux ou non, doit être orienté vers une structure d'urgence en cas de céphalées d'apparition brutale, s'installant en moins d'une minute (« céphalées en coup de tonnerre »)

Selon la société Française d'étude des migraines et des céphalées (SFEMC) et la Haute autorité de santé (HAS), il est recommandé de pratiquer un scanner ou une IRM cérébrale devant ([21], [7]) :

- Des crises migraineuses débutant après 50ans
- Une aura atypique : début brutal, se prolongeant au-delà d'une heure, toujours du même côté ou sans symptômes visuels
- Une anomalie à l'examen clinique
- Chez un patient migraineux, en cas de céphalées inhabituelles

➤ Électro-encéphalogramme (EEG)

Il n'est pas recommandé, ni dans le diagnostic de migraine, ni dans l'élimination de céphalées secondaires, on lui préférera l'imagerie médicale ([21], [7]).

## **II. Prise en charge de la migraine**

La prise en charge de la migraine repose sur des traitements médicamenteux de crise, plus ou moins associés à des traitements médicamenteux de fond, en fonction de l'intensité et de la fréquence des crises. Le pharmacien d'officine a un rôle important à jouer dans l'automédication, trop souvent employée par les patients migraineux. Une prise en charge non médicamenteuse peut être associée aux traitements médicamenteux, comme l'homéopathie, la phytothérapie, ou encore les exercices de relaxation, le pharmacien pourra alors s'adapter au patient et le conseiller au mieux. La prise en charge non médicamenteuse est complémentaire, et peut s'avérer très utile en cas de comorbidités contre-indiquant l'emploi de médicaments, ou en cas d'abus médicamenteux.

### **a. Stratégies thérapeutiques**

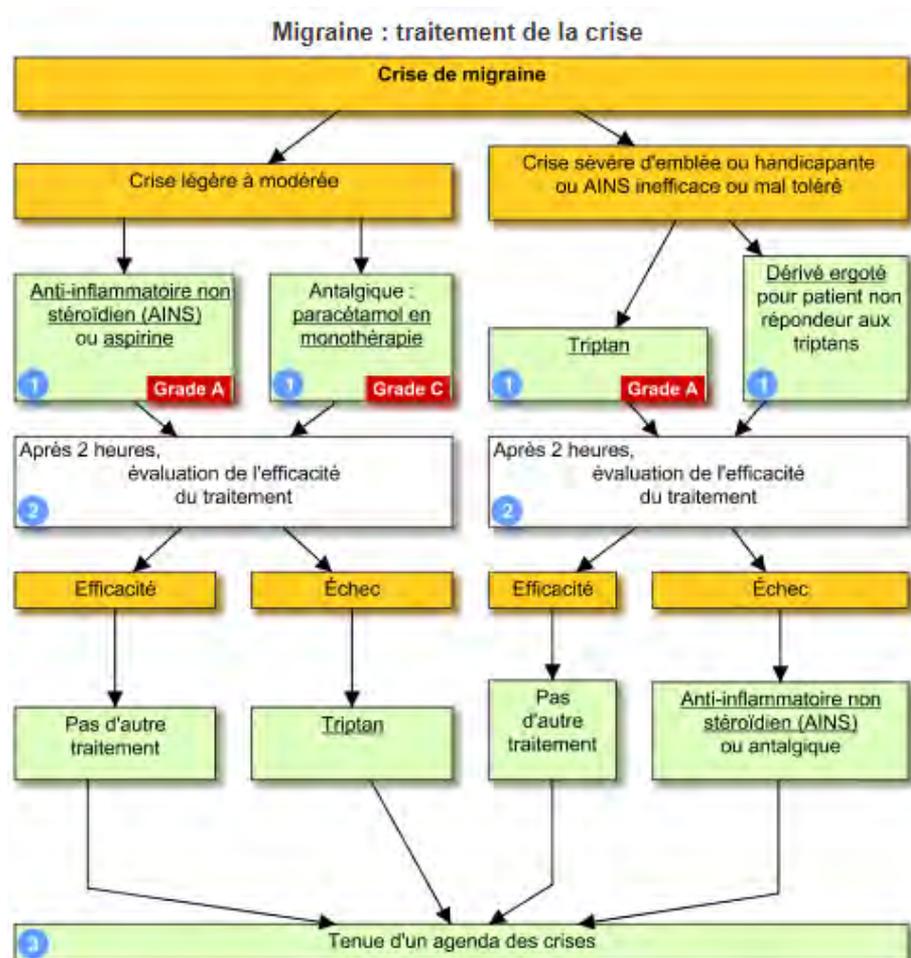
La prise en charge de la migraine comporte 3 axes :

- Le traitement de la crise migraineuse : pris ponctuellement, pour soulager rapidement la douleur.
- Le traitement de fond : pris en continu, pour diminuer la fréquence et l'intensité des crises migraineuses, et diminuer la consommation de médicaments de crise.
- Le traitement des signes associés à la crise migraineuse : pris ponctuellement, durant la crise migraineuse, notamment contre les nausées et vomissements.

Il est important que le patient distingue ces différentes stratégies, afin de limiter le risque de surdosage ou d'accoutumance en cas de prise continue de médicaments de crise, ou au contraire une inefficacité du traitement due à une consommation trop irrégulière de médicaments de fond.

Des recommandations ont été établies par la HAS en ce qui concerne les traitements de crise et de fond de la migraine.

➤ Traitement de la crise de migraine :



*Figure n°5 : Traitement pharmacologique d'une crise de migraine selon les recommandations de la HAS [13]*

Pour traiter la crise migraineuse, le patient a le choix entre des traitements dits non spécifiques : les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), l'aspirine, ou le paracétamol, qui doivent être privilégiés en cas de crise légère à modérée ; et des traitements dits spécifiques : les triptans, et les dérivés ergotés (pour les patients non répondeurs aux triptans) qui doivent être utilisés en cas de crise sévère, ou si les AINS sont mal tolérés. Dans tous les cas, la tenue d'un agenda des crises, que nous détaillerons plus loin, est conseillée pendant 6 mois, et permet au patient de mieux appréhender sa pathologie, de se rendre compte de ses propres facteurs déclenchants, de sa consommation médicamenteuse, et de l'incidence des migraines sur sa vie quotidienne.

En cas de crise avec aura, il est recommandé d'attendre le début de la phase algique pour prendre un traitement spécifique (triptan ou dérivé ergoté). En revanche, les traitements non spécifiques peuvent être pris durant l'aura.

Une évaluation est faite 2h après avoir pris le médicament : si le patient a utilisé un traitement non spécifique et qu'il n'a pas été soulagé, il pourra alors prendre un triptan. Si le patient a utilisé un traitement spécifique qui ne l'a pas soulagé, il pourra prendre un traitement non spécifique.

Un triptan qui n'a pas soulagé la douleur au bout de 2h ne doit pas être repris au cours de la même crise. En revanche, cela ne veut pas dire que le patient est résistant aux triptans. Un patient non répondeur lors de la première crise peut être répondeur au même triptan lors d'une crise ultérieure. Pour conclure à une inefficacité d'un triptan, il faut l'avoir essayé au cours de 3 crises au minimum, excepté en cas de mauvaise tolérance. De plus, un patient non répondeur à un triptan peut être répondeur à un autre triptan.

Pour évaluer la pertinence d'un traitement de crise non spécifique déjà prescrit au patient, quatre questions doivent être posées lors de la consultation médicale :

- Êtes-vous soulagé de manière significative 2 heures après la prise ?
- Ce médicament est-il bien toléré ?
- Utilisez-vous une seule prise médicamenteuse ?
- La prise de ce médicament vous permet-elle une reprise normale et rapide de vos activités sociales, familiales, professionnelles ?

Si le patient répond oui à toutes ces questions, le traitement ne doit pas être changé. S'il répond non à au moins une de ces quatre questions, il est recommandé de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan, et d'expliquer au patient de commencer par l'AINS, et de prendre le triptan 2h après, s'il n'a pas été soulagé par l'AINS. Si l'AINS est inefficace, mal toléré ou contre-indiqué, seul le triptan est prescrit. [7]

Un traitement associant de la caféine au paracétamol ou à l'aspirine n'est pas recommandé. Il n'est pas non plus recommandé d'avoir recours à un traitement opioïde (codéine, opium, tramadol) seul ou en association. En effet, ces traitements présentent un risque d'abus médicamenteux, voire d'addiction dans le cas des médicaments opioïdes. Les opioïdes peuvent également aggraver les nausées survenant au cours d'une crise de migraine.

En pratique, on privilégie la prise d'un AINS (ibuprofène ou kétoprofène) en première intention. Si le patient n'est pas soulagé significativement dans les 2h, un triptan sera utilisé en traitement de secours. Les triptans peuvent également être utilisés en première intention en cas

d'intolérance ou d'échecs successifs des AINS (inefficacité sur au moins 2 crises sur 3). Si la prise d'emblée d'un triptan s'avère également insuffisamment efficace, certains spécialistes proposent d'utiliser l'association AINS/triptan en prise simultanée. Les dérivés ergotés seront utilisés en cas de résistance aux triptans. [14]

En pratique, l'arbre décisionnel du traitement d'une crise de migraine est plus proche de celui-ci :

## PRISE EN CHARGE DE LA MIGRAINE

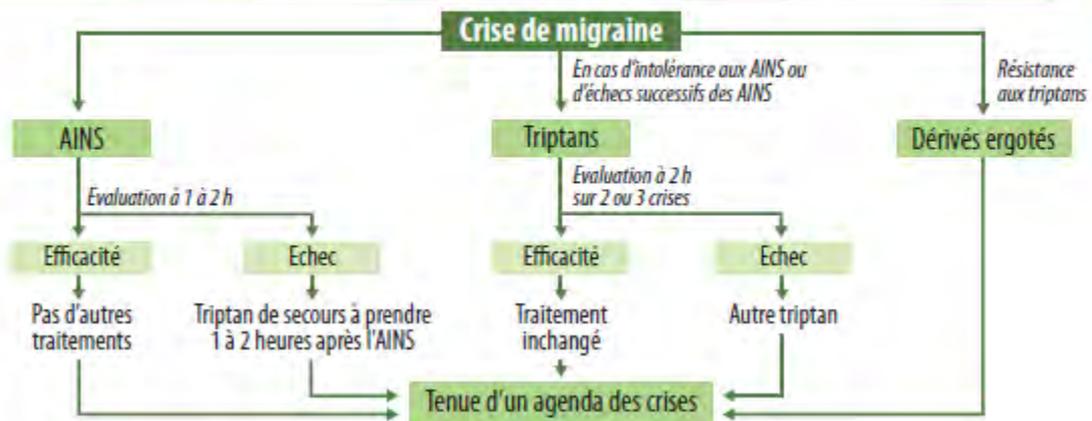
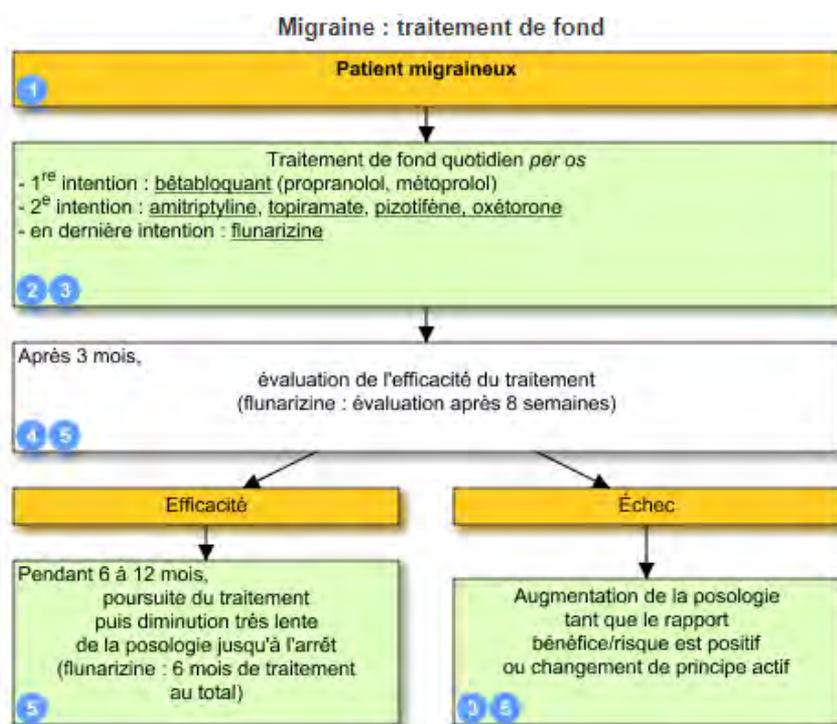


Figure n°6 : Prise en charge d'une crise migraineuse selon les recommandations de la SFEMC [14]

➤ Traitement de fond de la migraine :



*Figure n°7 : Traitement pharmacologique de fond de la migraine [13]*

La mise en place d'un traitement de fond dépend de l'analyse des crises de migraine (fréquence, intensité, prise médicamenteuse, retentissement sur la qualité de vie), qui est permise par la tenue d'un agenda des crises. Il a pour but de diminuer la fréquence et l'intensité des crises, et d'éviter un éventuel abus médicamenteux. Il est recommandé dès lors que les crises migraineuses génèrent un handicap familial, social et professionnel, ou si la prise médicamenteuse des traitements de crise est supérieure à 6 à 8 prises mensuelles depuis 3 mois, même efficaces. Ce traitement préventif doit systématiquement être associé à l'éducation thérapeutique du patient afin d'optimiser la prise en charge et de limiter le risque d'abus médicamenteux.

Le traitement de fond met 4 à 6 semaines pour se mettre en place. Aucune molécule n'a de supériorité en termes d'efficacité par rapport aux autres, elle est choisie en fonction des comorbidités et antécédents du patient, et des effets indésirables et contre-indications de la molécule.

En première intention, on privilégie les bêtabloquants. Le traitement est initié à la plus faible dose, puis les posologies sont augmentées progressivement. Après 3 mois de traitement, celui-ci doit être évalué. Dans tous les cas, il ne doit pas excéder 6 mois. Le traitement est considéré

comme efficace s'il permet de diminuer la fréquence des crises de 50%, si les crises diminuent en intensité, ou si leur retentissement sur la vie quotidienne est réduit. En cas d'échec, nous pouvons envisager d'augmenter les posologies, si le traitement est bien supporté, ou de changer de molécule. En revanche, il n'y a à ce jour aucun intérêt démontré à associer deux traitements de fond. Si, après arrêt d'un traitement de fond efficace, les crises réapparaissent dans les 6 à 12 mois, le même traitement de fond peut être réinstauré. La tenue d'un agenda des crises permettra d'apprécier l'efficacité du traitement de fond.

➤ Traitement des signes associés à la crise migraineuse :

Les signes accompagnateurs des migraines sont nombreux, les plus fréquents étant les nausées et les vomissements. Les patients migraineux associent alors fréquemment un médicament antalgique à un médicament antiémétique (metopimazine (VOGALENE®), disponible sans ordonnance, ou dompéridone (MOTILIUM®), sur prescription médicale obligatoire, par exemple.

## **b. Prise en charge médicamenteuse**

Nous allons maintenant détailler les différents traitements médicamenteux abordés.

### 1) Traitements de crise

➤ ***Traitements non spécifiques***

Ils sont à privilégier en cas de crise légère à modérée, et doivent être pris le plus tôt possible. Les traitements non spécifiques sont largement utilisés chez le patient migraineux en automédication, et parfois mal employés. Ils nécessitent donc particulièrement le conseil du pharmacien d'officine.

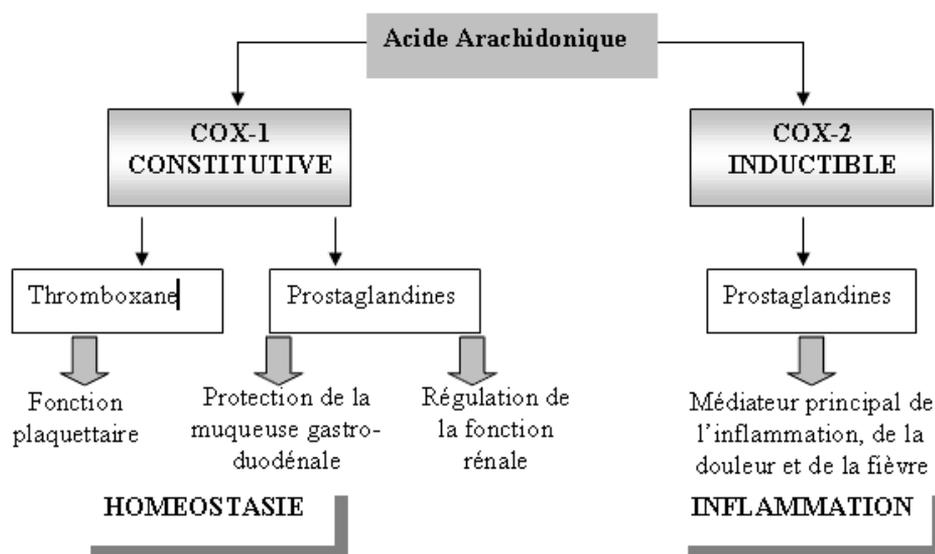
○ Les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens)

Les AINS recommandés par la HAS dans le traitement d'une crise de migraine sont les suivants [7] :

- L'ibuprofène (NUROFEN®)
- Le kétoprofène (PROFEMIGR®)
- Le naproxène (APRANAX®) : utilisation hors AMM
- Le diclofénac (VOLTARENE®) : Utilisation hors AMM

Certains AINS, à base d'ibuprofène ou de kétoprofène ont obtenu une AMM (autorisation de mise sur le marché) spécifique dans le traitement de la crise de migraine. Les autres AINS n'ont pas d'AMM spécifique dans le traitement de la crise migraineuse.

**Mécanisme d'action** : Les AINS ont un effet antalgique, antipyrétique et anti-inflammatoire. Ils agissent en inhibant les COX (cyclo-oxygénases) 1 et 2, enzymes intervenant au cours du cycle de l'acide arachidonique, permettant ainsi d'empêcher sa transformation en prostaglandines ou en thromboxane.



*Figure n°8 : Action des cyclo-oxygénases 1 et 2 dans la transformation de l'acide arachidonique [23]*

La COX-1 est constitutive : elle est présente à l'état physiologique, au niveau de différents organes (reins, estomac, vaisseaux...) et préserve l'homéostasie. Elle permet la production de prostaglandines qui jouent un rôle dans la protection de l'estomac et dans le maintien d'un flux sanguin rénal satisfaisant. La COX-1 permet aussi la production de thromboxane A2 qui entraîne une vasoconstriction et une agrégation plaquettaire. Son inhibition par les AINS est responsable des effets indésirables de cette catégorie. [24]

La COX-2 est inductible : elle n'est activée qu'en cas d'inflammation et entraîne la production de prostaglandines intervenant dans les réactions inflammatoires. Son inhibition est responsable des effets recherchés des AINS (effet antalgique, antipyrétique et anti-inflammatoire).

**Posologie et conseils d'administration** : Le traitement par AINS doit être pris le plus tôt possible, dès le début de la crise. Il ne doit pas être pris à jeun mais plutôt en milieu de repas, pour éviter l'intolérance gastrique.

Si le traitement est à base d'ibuprofène, la posologie recommandée est de 400mg, à prendre dès le début de la crise de migraine. La prise peut être renouvelée après un intervalle de 8h, si la première dose a été efficace mais que les symptômes réapparaissent. En revanche, il est inutile de prendre un second comprimé si la première prise n'a pas soulagé la crise migraineuse, seul un autre traitement, autre qu'un AINS ou que l'aspirine, doit être pris au cours de cette crise. La posologie maximale journalière d'ibuprofène est de 1,2g, soit 3 prises d'un comprimé dosé à 400mg.

Si le traitement est à base de kétoprofène, il est recommandé de commencer par une dose de 75mg (soit un demi comprimé de PROFEMIGR®), à prendre le plus tôt possible. Tout comme l'ibuprofène, il est inutile de renouveler la prise si la première n'a pas soulagé la crise de migraine. En revanche, si les symptômes réapparaissent, il est possible de renouveler la prise, après un intervalle de 12h. La posologie maximale journalière est de 200mg. Si, lors d'une crise migraineuse, une prise de 75mg n'a pas soulagé la douleur, il est possible, lors des prochaines crises, d'augmenter la posologie à 150mg.

En pratique, le kétoprofène 100mg (BI-PROFENID®) est souvent prescrit.

Il n'existe pas d'inefficacité croisée entre les AINS. Si une molécule ne fonctionne pas, il est possible d'en essayer une autre, en trouvant la posologie la plus adaptée.

**Effets indésirables** : Ils sont dus à l'inhibition de la COX-1. On retrouve une atteinte digestive (nausées, vomissements, gastralgies), une atteinte rénale (hyperkaliémie, insuffisance rénale) notamment en cas de co-médication avec des IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion), des ARA 2 (antagonistes du récepteur à l'angiotensine 2) ou des diurétiques, ou en cas de déshydratation, et une augmentation du risque hémorragique (notamment s'ils sont associés à des anticoagulants ou des antiagrégants plaquettaires). Le blocage de la voie des COX 1 et 2 peut également entraîner des crises d'asthme par augmentation de la voie des leucotriènes. Enfin, les AINS peuvent être à l'origine d'une élévation tensionnelle, d'une décompensation cardiaque, et, dans de très rares cas, d'une atteinte cutanée grave. Les AINS sont aussi photosensibilisants, il faudra conseiller aux patients de ne pas s'exposer au soleil après la prise

d'anti-inflammatoires.

**Contre-indications** : Tous les AINS sont contre-indiqués chez la femme enceinte à partir de 24 semaines d'aménorrhée (ils sont déconseillés tout le long de la grossesse). Ils sont également contre-indiqués en cas d'ulcère gastroduodéal, et d'insuffisance cardiaque ou rénale sévère. Ils ne doivent pas être utilisés en cas d'antécédents d'asthme provoqué par la prise d'un AINS, d'antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive provoquée par la prise d'un AINS ou en cas d'hémorragie en évolution.

Les AINS ne doivent pas être associés entre eux. Leur utilisation est déconseillée en cas d'association à un traitement anticoagulant, antiagrégant plaquettaire, à des corticoïdes, au lithium ou au méthotrexate (si la dose est supérieure à 20mg/semaine). Une vigilance accrue est nécessaire en cas de co-médication avec des IEC, des ARA 2 ou des diurétiques.

- L'aspirine

L'aspirine, ou acide acétylsalicylique, fait partie de la famille des AINS. Il inhibe les COX 1 et 2 de manière irréversible. Il possède des propriétés antalgiques, antipyrétiques et anti-inflammatoires. Dans le traitement de la crise migraineuse, il peut être utilisé seul ou en association avec le métoclopramide (un neuroleptique antagoniste de la dopamine utilisé comme antiémétique) comme dans la spécialité MIGPRIV®.

**Mécanisme d'action** : Le mode d'action est celui des AINS. Cependant, l'aspirine inhibe la synthèse de prostaglandines via le blocage de COX 1 et 2 de façon irréversible.

**Posologie et conseils d'administration** : Le traitement doit être pris le plus tôt possible, dès le début de la crise. La posologie est de 500 à 1000mg par prise, maximum 3 fois par jour, en espaçant les prises de 4h à 6h. La posologie maximale quotidienne est de 3g. Le comprimé ou sachet doit être pris avec un grand verre d'eau, de préférence au cours d'un repas, pour limiter l'intolérance digestive. Comme évoqué précédemment, il est inutile de renouveler la prise au cours de la même crise si la première n'a pas fonctionné, seul un traitement autre qu'un AINS doit alors être utilisé. En revanche, lors des prochaines crises, il est possible de changer de molécule au sein de la classe des AINS, car il n'existe pas d'inefficacité croisée.

**Effets indésirables** : Tout comme les autres molécules de la famille des AINS, on retrouve principalement une toxicité digestive. Les effets indésirables sont les mêmes que pour les autres AINS, mais le risque hémorragique est plus important, en raison de l'inhibition irréversible de la COX 1 (l'effet anti-agrégant persistera 7 jours en moyenne). En ce qui concerne le métoprolole, on observe des effets extra-pyramidaux, des hallucinations des confusions et des diarrhées.

**Contre-indications** : Les contre-indications concernant l'aspirine sont les mêmes que pour les autres AINS. En ce qui concerne le métoprolole, il est contre-indiqué en cas de maladie de Parkinson, d'antécédents de dyskinésies provoquées par la prise de neuroleptiques, d'épilepsie, ou d'association avec des traitements dopaminergiques.

- Le Paracétamol

Le paracétamol n'a pas d'AMM spécifique dans le traitement de la crise migraineuse. Cependant, il reste très largement utilisé. Il possède des propriétés antalgiques et antipyrétiques mais n'a pas d'action anti-inflammatoire, ce qui peut limiter son efficacité chez certains patients.

**Mécanisme d'action** : Le mécanisme d'action du paracétamol reste encore mal connu, il implique des actions centrales et périphériques. [25]

**Posologie et conseils d'administration** : La posologie est de 500mg à 1g par prise, en espaçant les prises de 4h à 6h avec une dose maximale journalière de 4g par jour. Le traitement doit être pris le plus tôt possible, dès le début de la crise migraineuse. Il faudra être extrêmement vigilant quant au risque de surdosage, notamment en automédication, qui reste très facilement employée avec cette molécule : les patients prennent parfois ce médicament « au cas où », par crainte d'avoir mal, et peuvent être amenés à augmenter les doses pour obtenir l'effet recherché s'ils ne sont pas soulagés. Ils risquent alors une hépatotoxicité ainsi que des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux.

**Effets indésirables** : Le paracétamol présente peu d'effets indésirables. On notera tout de même une hépatotoxicité, à prendre en compte notamment chez l'insuffisant hépatique.

**Contre-indications** : Ce médicament est contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique sévère.

Il est également déconseillé chez le patient alcoolodépendant, en raison du risque de toxicité hépatique. Il existe une augmentation du risque hémorragique en cas de co-médication par un AVK (antivitamine K) si le traitement par paracétamol dépasse 4 jours à la dose de 4g/j. Il est alors nécessaire de réaliser des contrôles plus fréquents de l'INR.

➤ **Traitements spécifiques**

○ Les Triptans

Les triptans sont la classe de référence du traitement de la crise migraineuse. Ils sont efficaces pour soulager la céphalée et les signes associés mais sont inefficaces sur l'aura. En pratique, le médecin prescrit un AINS et un triptan, en conseillant au patient de prendre l'AINS en première intention si la douleur est légère à modérée, puis le triptan si la crise n'a pas été soulagée dans les 2h. Le triptan peut être pris d'emblée si les AINS ne sont pas tolérés ou inefficaces.

Un patient non répondeur à un triptan lors d'une crise peut être ensuite répondeur. Il est recommandé d'essayer le triptan sur au moins 3 crises avant de conclure à l'inefficacité du triptan, sauf en cas d'intolérance. Un patient non répondeur à un triptan peut être répondeur à un autre triptan, il s'agit alors de trouver le bon triptan, à la bonne posologie. Les triptans ne doivent pas être utilisés plus de 3 fois par semaine.

7 triptans sont disponibles et possèdent une AMM dans le traitement de la crise migraineuse :

DCI	Spécialité	Dosage	Posologie par prise	Posologie maximale par 24h
<b>Zolmitriptan</b>	ZOMIG® ZOMIGORO®	2,5mg	2,5mg	5mg
<b>Naratriptan</b>	NARAMIG®	2,5mg	2,5mg	5mg
<b>Sumatriptan</b>	IMIGRANE®	50mg	50mg à 100mg	200mg
<b>Almotriptan</b>	ALMOGRAN®	12,5mg	12,5mg	25mg
<b>Eletriptan</b>	RELPAX®	20mg ou 40mg	20mg à 40mg	80mg
<b>Frovatriptan</b>	ISIMIG® TIGREAT®	2,5mg	2,5mg à 5mg	5mg
<b>Rizatriptan</b>	MAXALT® MAXALTLYO®	5mg ou 10mg	5mg à 10mg	20mg

*Tableau n°3 : posologies des triptans par voie orale commercialisés en France [26]*

Le Sumatriptan existe également sous forme de spray, destiné à une utilisation par voie nasale, dosé à 10mg/0,1ml ou 20mg/0,1ml. La posologie usuelle est alors de 10mg à 20mg dans une narine, avec une posologie maximale de 40mg/24h. Cette voie est particulièrement intéressante chez les patients présentant des nausées et vomissements durant leurs crises. L'action est plus rapide, mais pas plus efficace, et permet surtout d'éviter la voie orale. Les formes orodispersibles (ZOMIGORO® OU MAXALTYO®) sont également utiles en cas de nausées et vomissements. Le Sumatriptan existe aussi sous forme injectable, il est alors réservé au traitement de l'algie vasculaire de la face et n'est pas remboursé dans l'indication migraine [13].

**Mécanisme d'action** : les triptans sont agonistes des récepteurs sérotoninergiques 5HT<sub>1B/D</sub> et inhibent l'inflammation neurogène et la vasodilatation à l'origine de la céphalée migraineuse. Ces récepteurs sont présents au niveau de la circulation carotidienne et du SNC (système nerveux central) [26]. La stimulation des récepteurs présents au niveau post-synaptique sur les artères cérébrales entraîne une vasoconstriction. La stimulation des autorécepteurs présents au niveau pré-synaptique inhibe la libération de neuropeptides pro-inflammatoires. [27]

**Conseils d'administration** : Le triptan doit être pris dès le début de la phase algique. En cas de migraine avec aura, il faut attendre le début de la phase douloureuse, car cela risquerait d'accentuer la phase de vasoconstriction ayant lieu durant l'aura. Contrairement aux AINS, le triptan ne nécessite pas forcément d'être pris au cours d'un repas. Il est possible de renouveler la prise, en respectant un intervalle de 2h (4h pour le Naratriptan), si la première dose a été efficace mais que les symptômes réapparaissent. En revanche, tout comme pour les AINS, il est inutile de renouveler la prise si la première n'a pas soulagé la crise migraineuse.

**Effets indésirables** : Les triptans peuvent entraîner une somnolence, il faudra sensibiliser le patient sur ce risque, et lui conseiller de ne pas conduire après avoir pris ce médicament. On retrouve aussi des nausées, vomissements, mais l'effet indésirable spécifique de cette classe est le « syndrome des triptans » : oppression thoracique, sensation de serrement au niveau de la gorge, bouffées de chaleur, sensation vertigineuse, fourmillements. [26] Ce syndrome, transitoire et bénin, est dû à la vasoconstriction au niveau de la carotide.

Les triptans pris par voie nasale peuvent entraîner une irritation locale, une épistaxis ou une sensation de brûlure.

**Contre-indications** : les triptans sont contre-indiqués en cas d'hypertension artérielle non contrôlée, de pathologie cardiaque ischémique, d'AVC (accident vasculaire cérébral) ou d'AIT (accident ischémique transitoire), de syndrome de Wolff-Parkinson-White et de syndrome de Raynaud. Ils sont également contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale ou hépatique sévère et sont déconseillés chez la femme enceinte. L'Almotriptan présente un risque d'allergie croisée avec la famille des sulfamides.

L'association des triptans est contre-indiquée avec un traitement par dérivés ergotés (un intervalle de 24h entre les prises doit être respecté), et IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase) (un intervalle de 2 semaines doit être respecté). Une vigilance accrue est nécessaire en cas de co-médication avec un antidépresseur de la famille des ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) ou des IRSNA (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline) en raison du risque de syndrome sérotoninergique. Le syndrome sérotoninergique se manifeste sous la forme de troubles psychiques (agitation, confusion), de troubles végétatifs (tachycardie, hypo ou hypertension, hyperthermie, sudation), de troubles moteurs (hyperactivité, tremblements, rigidité) et digestifs (diarrhées). Il s'agit d'une urgence médicale, pouvant nécessiter une hospitalisation. L'Eletriptan ne doit pas être associé à un inhibiteur du cytochrome 3A4.

- Les dérivés ergotés

Selon les recommandations de la HAS, les dérivés ergotés sont utilisés en dernière intention, quand les triptans et/ou les AINS ne fonctionnent pas. Deux dérivés ergotés possèdent une AMM dans le traitement de la crise migraineuse : la dihydroergotamine sous forme de pulvérisation nasale (DIERGOSPRAY®), et l'association ergotamine + caféine sous forme de comprimés (GYNERGENE CAFEINE®). La caféine permet d'augmenter l'absorption intestinale de l'ergotamine.

Ces molécules, et notamment le GYNERGENE CAFEINE®, ont fait pendant longtemps et à plusieurs reprises l'objet de ruptures d'approvisionnement, générant ainsi anxiété et désarroi chez les patients soulagés uniquement par ces traitements.

**Mécanisme d'action** : Les dérivés ergotés sont des vasoconstricteurs. Ils possèdent une action agoniste puissante sur les récepteurs sérotoninergiques 5HT1D, et inhibent donc

l'inflammation neurogène et la vasodilatation.

**Conseils d'administration** : Le GYNERGE CAFEINE® est dosé à 1mg. La posologie est de 1 à 2 comprimés, qui doivent être pris dès le début de la phase douloureuse. La prise peut être renouvelée après un intervalle de 2 à 3h, si les symptômes réapparaissent, sans dépasser 4mg par jour. [28]

La posologie du DIERGOSPRAY® est d'une pulvérisation dans chaque narine dès le début de la phase douloureuse. Si la douleur persiste, une nouvelle pulvérisation dans chaque narine est possible après un délai de 15 à 30 minutes, sans dépasser 4 pulvérisations par jour (soit 4mg) et 16 pulvérisations par semaine. [29]

**Effets indésirables** : Sensation vertigineuse, paresthésies des extrémités, nausées et vomissements sont des effets indésirables fréquents. On retrouve aussi des vasospasmes pouvant entraîner une ischémie du myocarde, une augmentation de la pression artérielle, une ischémie rénale ou encore cérébrale. L'utilisation de la voie pernasale peut entraîner une modification du goût, une sécheresse nasale ou une pharyngite.

En cas de surdosage, ces médicaments exposent au risque d'ergotisme, qui correspond à une intoxication aux dérivés de l'ergot de seigle, se manifestant sous la forme de nausées et vomissements, de convulsions, douleur, pâleur, ou refroidissement des extrémités entraîné par une vasoconstriction. Cela peut aboutir à la nécrose des extrémités.

Ces nombreux effets indésirables, associés aux nombreuses interactions médicamenteuses, expliquent que les dérivés ergotés soient utilisés en dernière intention.

**Contre-indications** : Les dérivés ergotés sont contre-indiqués en association avec d'autres vasoconstricteurs, notamment avec les triptans, mais aussi avec les vasoconstricteurs nasaux disponibles en automédication. Ils sont contre-indiqués avec les inhibiteurs du cytochrome 3A4 et chez les patients ayant une affection prédisposant à des réactions angiospastiques (antécédents d'AVC, hypertension artérielle mal contrôlée, syndrome de Raynaud...). Ils sont également contre-indiqués durant la grossesse et l'allaitement, et chez l'insuffisant rénal ou hépatique grave.

## 2) Traitements de fond

Le traitement de fond, à l'inverse du traitement de crise, doit être pris tous les jours, sans discontinuité, peu importe la fréquence des crises migraineuses. Il a pour but de diminuer l'intensité et la fréquence des crises, et doit être envisagé dès lors que les crises de migraine génèrent un handicap familial social et professionnel, ou si la prise médicamenteuse des traitements de crise est supérieure à 6 à 8 prises mensuelles depuis 3 mois, même efficaces, afin de limiter le risque d'abus médicamenteux. Le traitement est initié en monothérapie, à posologie faible, puis augmenté progressivement. Le délai d'action est de 4 à 6 semaines, et une évaluation est faite au bout de 3 mois : le traitement est jugé efficace si la fréquence des crises diminue de 50% et/ou si les crises sont moins sévères et/ou moins longues et/ou moins handicapantes. Le traitement de fond doit être poursuivi 6 mois puis arrêté progressivement. Si les crises réapparaissent 6 à 12 mois après l'arrêt, le traitement peut être réinstauré.

### o Les bêtabloquants

Il s'agit d'un traitement de première intention. Cependant, une prudence s'impose en cas de migraine avec aura, en raison de l'aggravation possible de la sévérité ou de la durée de l'aura. Deux bêtabloquants ont une AMM dans le traitement de fond de la migraine : le métoprolol et le propranolol. D'autres bêtabloquants comme l'aténolol le nadolol et le timolol sont jugés efficaces mais ne possèdent pas d'AMM dans cette indication [13].

**Mécanisme d'action** : Les bêtabloquants agissent en bloquant les récepteurs bêta adrénergiques [30] :

- Le blocage des récepteurs  $\beta_1$ , situés au niveau du cœur et du rein, entraîne une diminution du débit cardiaque, et une diminution de la tension artérielle.
- Le blocage des récepteurs  $\beta_2$ , situés à différents niveaux, est responsable d'une grande partie des effets indésirables. Ils sont situés aux niveaux :
  - o Vasculaire, entraînant une vasoconstriction (effet recherché lors de la crise migraineuse)
  - o Respiratoire, entraînant une bronchoconstriction
  - o Musculaire et pancréatique, entraînant un effet hypoglycémiant
  - o Oculaire, entraînant une diminution de la pression intra-oculaire

Si le bêtabloquant bloque essentiellement les récepteurs  $\beta_1$ , il est dit cardiosélectif, sinon, il est non cardiosélectif. Les bêtabloquants peuvent aussi avoir une ASI (activité sympathomimétique

intrinsèque), ils sont alors moins bradycardisants et ont une action antihypertensive plus progressive. Les bêtabloquants efficaces dans le traitement de la migraine sont sans ASI. [31]

**Conseils d'administration** : La posologie du métoprolol est d'un comprimés LP (libération prolongée) 200mg par jour. Chez certains patients, un demi comprimé peut suffire. La prise alimentaire améliore la biodisponibilité du métoprolol, la prise doit donc se faire pendant ou juste après un repas [32].

La posologie du propranolol est de 40mg 1 à 4 fois par jour, les posologies généralement observées dans le traitement de la migraine sont de 80 à 160mg/j.

**Effets indésirables** : On retrouve fréquemment une bradycardie, hypotension, asthénie, et une intolérance à l'effort, généralement mal supportée par la population jeune. On retrouve aussi des insomnies, des cauchemars, un syndrome de Raynaud (vasoconstriction des extrémités), une aggravation des pathologies pulmonaires (en raison de la bronchoconstriction) et un risque de masquer les signes d'hypoglycémie.

**Contre-indications** : Les bêtabloquants sont contre-indiqués en cas d'insuffisance cardiaque décompensée, de bradycardie ou d'hypotension sévère, de syndrome de Raynaud ou d'artériopathie sévère, et d'asthme ou BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)

Ils ne doivent pas être associés aux inhibiteurs calciques bradycardisants (vérapamil et diltiazem)

- **L'Amitriptyline (LAROXYL®)**

L'amitriptyline est un antidépresseur de la famille des tricycliques (ou imipraminiques). Il est utilisé en deuxième intention dans le traitement de fond de la migraine, et possède une AMM dans cette indication. Ce traitement est particulièrement préconisé en cas de céphalées mixtes associant céphalées de tension et migraines.

**Mécanisme d'action** : L'action repose sur l'inhibition non sélective de la recapture des monoamines (sérotonine, noradrénaline et dopamine) [30]. Elle possède également une activité anticholinergique centrale et périphérique (responsable des effets indésirables) et une activité antihistaminique centrale (entraînant une sédation). L'amitriptyline bloque également les récepteurs  $\alpha_1$  périphériques, pouvant conduire à une hypotension et une tachycardie réflexe.

**Conseils d'administration** : Le traitement doit être initié à faible posologie et doit être augmenté progressivement jusqu'à obtenir une réponse thérapeutique satisfaisante et des effets indésirables tolérables. Les posologies utilisées dans le cadre de la migraine sont généralement plus faibles que celles utilisées dans la dépression (de 25mg à 75mg). Le délai d'action est de 2 à 4 semaines. [33]

**Effets indésirables** : Le LAROXYL® peut provoquer des effets indésirables atropiniques en raison de son action anticholinergique (sècheresse buccale, rétention urinaire, constipation, tachycardie, confusion), une sédation et une prise de poids en raison de son action anticholinergique, et une hypotension en raison du blocage des récepteurs  $\alpha_1$ . Il possède également une toxicité cardiaque (allongement du QT) nécessitant la réalisation d'un ECG (électrocardiogramme) avant le début du traitement et peut entraîner une dépression respiratoire ou des convulsions [30].

**Contre-indications** : Ce traitement est contre-indiqué en cas de risque de glaucome par angle fermé, de rétention urinaire, d'adénome prostatique, d'hypertrophie bénigne de la prostate, ou d'infarctus du myocarde récent. Il doit être évité en cas de grossesse ou d'épilepsie. Il est également contre-indiqué en association avec un traitement par IMAO en raison du risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique. Un délai de deux semaines doit être respecté entre ces deux traitements.

- Les anticonvulsivants

Le topiramate (EPITOMAX®) est un traitement de deuxième intention possédant une AMM dans le traitement de fond de la migraine.

**Mécanisme d'action** : Le mécanisme par lequel le topiramate possède une action sur la prévention de la maladie migraineuse n'est pas connu.

**Conseils d'administration** : Ce traitement doit être initié à faible posologie et augmenté progressivement, par paliers de 25mg par semaine. Des paliers plus longs peuvent être utilisés en cas d'intolérance. La posologie dans le traitement de la migraine est de 100mg par jour, répartis en deux prises. [34]

**Effets indésirables** : Les effets indésirables les plus fréquents incluent une diminution de l'appétit voire une anorexie, un risque de dépression, des insomnies, troubles de l'attention, vertiges, et une somnolence. [34] On retrouve aussi des troubles oculaires (diplopie) et un risque de lithiase urinaire.

**Contre-indications** : Ce traitement est contre-indiqué en cas de grossesse ou chez les femmes en âge de procréer n'ayant pas de contraception hautement efficace en raison du risque tératogène [34].

Un autre anticonvulsivant, l'acide valproïque (DEPAKINE®), utilisé hors AMM, a une efficacité similaire au propranolol sur la prévention des crises migraineuses. Ses effets indésirables les plus fréquents sont des troubles digestifs, des troubles hématologiques et hépatiques, des troubles neuropsychiques et des troubles cutanés. Il est contre-indiqué durant la grossesse et l'allaitement, et nécessite une contraception efficace s'il est prescrit chez une patiente en âge de procréer.

- Les autres antimigraineux

Les autres antimigraineux utilisés en traitement de fond sont tous anciens, et les études menées ne correspondent pas aux exigences actuelles. L'oxétorone et le pizotifène ont un rapport efficacité/effets indésirables jugé moyen par la commission de la transparence de la HAS, tandis que le flunarizine a un rapport efficacité/effets indésirables faible, en raison du risque de syndrome extra-pyramidal. Ces traitements sont des médicaments de deuxième intention.

- **Oxétorone (NOCERTONE®)**

Ici encore, cette molécule a fait l'objet de ruptures d'approvisionnement, forçant certains patients à arrêter ce traitement de fond, ou à le remplacer par une autre molécule alors que celui-ci était efficace.

**Mécanisme d'action** : Le fumarate d'oxétorone est une antihistaminique anti H1, ayant des propriétés antagonistes de la sérotonine et de la dopamine. Il possède des propriétés antalgiques et antiémétiques.

**Conseils d'administration** : La posologie est de 1 à 2 comprimés dosés à 60mg. La posologie peut être augmentée à 3 comprimés par jour maximum. Les doses doivent être réparties au

moment du soir et du coucher en raison du risque de somnolence. [34]

**Effets indésirables** : Ce médicament entraîne des somnolences, notamment en début de traitement. Exceptionnellement, on retrouve une hyperprolactinémie, galactorrhée ou hypertrophie mammaire. Ce traitement peut également entraîner des symptômes extrapyramidaux (hypertonie, tremblements, dyskinésies) de fréquence inconnue.

**Contre-indications** : Il est fortement déconseillé de consommer de l'alcool en association avec ce traitement (majoration de l'effet sédatif). Pour la même raison, il est déconseillé d'associer un autre traitement sédatif ou dépresseur du système nerveux.

➤ **Pizotifène (SANMIGRAN®)**

**Mécanisme d'action** : Le pizotifène est un dérivé tricyclique, possédant une activité antisérotoninergique, antihistaminique H1 ainsi qu'une faible activité anticholinergique. [30] Il modifie le terrain migraineux en s'opposant à plusieurs niveaux aux médiateurs chimiques responsables de la crise migraineuse. Il exerce également un léger effet anti-dépresseur.

**Conseils d'administration** : L'instauration du traitement doit être progressive en raison du risque de somnolence et du sentiment de lassitude qui peut survenir, essentiellement en début de traitement. La posologie habituellement efficace est de 3 comprimés par jour, elle peut être augmentée jusqu'à 6 par jour. [34]

**Effets indésirables** : L'effet antihistaminique est responsable de somnolence et d'augmentation de l'appétit voire de prise de poids, tandis que l'effet anticholinergique entraîne des effets atropiniques (sècheresse buccale, rétention urinaire, ou encore constipation). [30]

**Contre-indications** : Ce médicament est contre indiqué en cas de risque de glaucome à angle fermé, de troubles uréthro-prostatiques, et ne doit pas être associé à des médicaments sédatifs, des médicaments atropiniques ou à l'alcool. [30]

➤ **Flunarizine (Sibelium®)**

Cet antimigraineux est un traitement de dernière intention, lorsque les autres thérapeutiques sont inefficaces ou mal tolérées. La durée de traitement ne doit pas excéder 6 mois.

**Mécanisme d'action** : Le flunarizine est un antagoniste calcique sélectif, possédant une action anticholinergique, antihistaminique H1 et anti-dopaminergique.

**Conseils d'administration** : La posologie est de 5mg par jour, soit un demi comprimé. La posologie peut être augmentée à 10mg par jour en fonction de la tolérance. Il est préférable de prendre ce traitement le soir en raison du risque de somnolence. En l'absence de réponse au bout de 8 semaines, le traitement sera arrêté.

**Effets indésirables** : L'effet antihistaminique est responsable de somnolence et de prise de poids. Ce traitement peut également entraîner des syndromes extra-pyramidaux et un syndrome dépressif.

**Contre-indications** : Ce médicament est contre-indiqué en cas de maladie de parkinson, d'antécédents de syndrome extrapyramidal ou de syndrome dépressif. Il ne doit pas être associé à d'autres médicaments sédatifs ou à l'alcool.

### **c. Prise en charge non médicamenteuse**

Outre la prise en charge purement médicamenteuse, d'autres approches peuvent être utilisées en complément. Selon la SFEMC, la relaxation, le biofeedback, et les thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress ont fait preuve d'efficacité et peuvent être recommandées.

➤ **Tenir un agenda des crises**

Tenir un agenda des crises est fortement recommandé dans la prise en charge globale de la maladie migraineuse. Cela permet au médecin de mieux apprécier l'impact des crises sur la vie quotidienne du patient, d'adapter le traitement, et de déceler un éventuel abus médicamenteux. Il permet au patient d'identifier et d'éviter ses propres facteurs déclenchants, de préparer sa prochaine consultation et d'évaluer sa consommation médicamenteuse.

Selon les recommandations, cet agenda doit être renseigné sur une période de 6 mois, et doit mentionner :

- La date et le jour de survenue de la crise : pour les femmes concernées, il est utile de renseigner le premier jour des règles, afin d'identifier un facteur hormonal dans le déclenchement des crises
- L'horaire de survenue
- L'intensité de la crise : légère, moyenne ou sévère
- Le ou les facteurs déclenchants, et les symptômes associés s'il y en a
- La durée de la crise
- Le ou les médicaments utilisés et leur efficacité

Le patient doit renseigner toutes les crises, même légères, et doit noter à la fois les céphalées migraineuses et non migraineuses [35].

#### Annexe n°4 : Agenda de la migraine. [7]

##### ➤ Élimination des facteurs déclenchants et hygiène de vie

L'agenda de crise va permettre au patient d'identifier ses propres facteurs déclenchants et lui permettre d'éviter au maximum ceux qui déclenchent systématiquement une crise migraineuse, lorsque cela est possible. Cependant, cela ne doit pas générer un stress ou une anxiété chez le patient, cela serait délétère et potentiellement source de migraines. Il est important pour le patient migraineux d'avoir une bonne hygiène de vie et de limiter les excès, c'est-à-dire d'avoir une alimentation variée et équilibrée, sans saut de repas, un rythme de vie régulier (dont un sommeil suffisant), une activité physique régulière, une hydratation suffisante, et de limiter autant que possible les sources de stress.

Dans le cas de migraines cataméniales pures (crises survenant uniquement durant la période menstruelle), il peut être envisagé un traitement préventif séquentiel, c'est-à-dire limité à la période menstruelle, par œstradiol cutanée, ou alors avec certains triptans (Frovatriptan, Naratriptan ou Zolmitriptan). Cependant, aucune de ces options ne bénéficie d'une AMM spécifique dans cette indication. Chez la patiente prenant une contraception orale, la prévention des crises menstruelles peut être envisagée par la prise d'un traitement oestroprogestatif en continu, ou par la prise d'un progestatif seul. [21]

➤ Thérapies agissant sur le stress et l'anxiété

Le stress et l'anxiété sont des facteurs déclenchants des crises migraineuses. Agir sur ces facteurs permet de diminuer la fréquence des crises, de diminuer la prise médicamenteuse et d'avoir une alternative en cas de contre-indication aux médicaments. Ces thérapies peuvent s'utiliser en complément ou à la place d'une thérapeutique médicamenteuse. La relaxation, le biofeedback, et les thérapies cognitives et comportementales de gestion du stress ont fait preuve d'efficacité et peuvent être recommandées [21], bien qu'elles ne soient pas prises en charge par notre système de santé. Il n'existe pas de supériorité entre ces méthodes, l'essentiel est de trouver la ou les méthodes qui conviendront le mieux au patient. En effet, la motivation du patient conditionnera en grande partie leur l'efficacité.

- La relaxation peut s'envisager selon différentes approches : yoga, massages, sophrologie ou encore techniques de relaxation. Elle permet de diminuer les tensions musculaires parfois responsables de crises migraineuses et peut permettre d'améliorer considérablement la qualité de vie du patient migraineux.

Annexe n°5 : techniques de relaxation [36]

- Le biofeedback, ou rétroaction biologique, est une discipline s'intéressant à l'interaction corps-esprit. L'objectif est de redonner au patient le contrôle de son corps, y compris sur des fonctions dites involontaires, dans le but de prévenir ou de traiter des problèmes de santé. Le biofeedback est utilisé dans la prise en charge de la migraine, mais aussi pour d'autres pathologies, comme l'incontinence urinaire, la constipation chronique ou l'incontinence fécale [37]. Cette méthode se distingue des autres par l'utilisation d'appareils électroniques ou informatiques. Ces appareils captent et amplifient les signaux émis par l'organisme (comme la température corporelle, la tension musculaire, ou la fréquence cardiaque, qui varient lors d'un stress) et les traduisent en signaux auditifs ou visuels [38]. Le patient prend alors conscience de son corps et peut moduler son état émotionnel et ses propres réactions physiologiques. Il parviendra ensuite à répéter cet exercice en dehors du cabinet, sans l'aide d'appareils. Dans la prise en charge des migraines provoquées par le stress, le biofeedback permet notamment d'accompagner un exercice de relaxation, en permettant au patient de se rendre compte par exemple du relâchement musculaire au fur et à mesure de la séance.

Néanmoins, cette pratique s'adresse aux patients motivés et persévérants, car il faut en moyenne entre 10 et 40 séances d'1h pour avoir des résultats satisfaisants.

- Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour but d'éduquer le patient sur sa pathologie, de lui permettre de gérer son stress et de faire face à ses émotions. Cette démarche amène le patient à découvrir de quelle manière ses pensées et comportements influencent les symptômes de la migraine. Une fois les pensées et comportements nocifs identifiés, il apprend à les remplacer par des comportements positifs. [39] Ces thérapies entrent dans la démarche d'acceptation de la maladie.

#### **d. Prise en charge de la femme enceinte [14]**

Les crises sont généralement moins fréquentes durant la grossesse. Chez une patiente migraineuse qui avait un traitement de fond avant de tomber enceinte, la pertinence de celui-ci doit être réévaluée. Cependant, les crises peuvent également persister, et un traitement médicamenteux, de crise ou de fond, peut être nécessaire.

En ce qui concerne les traitements de crise, le paracétamol peut être utilisé tout au long de la grossesse. L'aspirine et les AINS sont contre-indiqués à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse (24 semaines aménorrhées) en raison du risque de fœtotoxicité rénale et cardiopulmonaire, et sont déconseillés dès le début de la grossesse. Si un triptan est nécessaire, on préférera le Sumatriptan, qui est le mieux connu durant la grossesse.

Si le traitement de fond doit être maintenu, on privilégiera les bêtabloquants (notamment le propranolol), avec une surveillance des fréquences cardiaques et respiratoires et de la glycémie du nouveau-né. En cas de contre-indication, le LAROXYL® peut être utilisé, avec une surveillance des troubles atropiniques du nouveau-né (sècheresse buccale et oculaire, rétention urinaire, constipation, troubles visuels). En revanche, l'oxétorone, le pizotifène et la flunarizine sont déconseillés. Le topiramate et le valproate de sodium sont eux tératogènes et donc contre-indiqués.

### **III. Place du pharmacien d'officine**

Le rôle du pharmacien d'officine est primordial dans la prise en charge du patient migraineux, tant en termes de conseils sur les traitements médicamenteux et non médicamenteux, que sur l'orientation dans la filière de soins. De plus, le pharmacien a un rôle crucial dans le contrôle de l'automédication, trop souvent mal employée par le patient.

Les thérapies que nous allons voir dans cette partie (homéopathie, phytothérapie, aromathérapie) n'ont pas de preuve d'efficacité, mais peuvent être utilisées en association avec d'autres thérapeutiques. Elles peuvent permettre de diminuer la prise médicamenteuse et donc de limiter le risque d'abus médicamenteux.

#### **a. Repérage et accompagnement**

Tout d'abord, le pharmacien joue un rôle de repérage. En effet, 80% des patients migraineux ne consultent que le pharmacien d'officine comme professionnel de santé [14]. Des demandes récurrentes d'antalgiques doivent faire suspecter une pathologie migraineuse. Au comptoir, un questionnaire simple peut être posé : au cours des 3 derniers mois, en même temps que vos maux de tête, avez-vous :

- Eu des nausées et/ou des vomissements ?
- Été gêné par la lumière ?
- Été limité dans votre capacité à travailler, étudier ou faire ce que vous deviez faire pendant au moins une journée ?

Si le patient répond oui à au moins deux de ces questions, il y a plus de 90% de risque qu'il soit migraineux, et une consultation médicale s'impose [14]. Le pharmacien accompagne également son patient, que ce soit en délivrant une ordonnance ou à la suite d'une demande spontanée d'antalgiques. Il peut être amené à réexpliquer une ordonnance, notamment le moment de prise, et les intervalles entre deux prises. Lors d'une demande spontanée d'antalgiques, et hors contre-indications, le pharmacien conseillera en priorité l'ibuprofène, qui est considéré plus efficace que le paracétamol pour soulager une crise migraineuse [14]. Il pourra accompagner la délivrance de conseils :

- Apprendre au patient à repérer les facteurs susceptibles de déclencher des crises
- Lors d'une crise, appliquer du froid sur le crâne et s'allonger dans le noir, dans un endroit calme
- Avoir toujours son traitement de crise sur soi, pour ne pas être pris au dépourvu

- Avoir une bonne hygiène de vie, en ayant des horaires réguliers de lever et de coucher
- Apprendre à gérer son stress, en pratiquant par exemple une activité physique et/ou de la relaxation

Le pharmacien participera également à la prévention de l'abus médicamenteux : si le patient prend son traitement de crise plus de 2 jours par semaine, et même si celui-ci est efficace, il faudra l'orienter vers son médecin, afin de discuter d'un traitement de fond.

## **b. Conseils en aromathérapie**

L'huile essentielle de menthe poivrée est considérée comme la référence en cas de migraine [40] : appliquer 2 gouttes diluées dans une huile végétale sur les tempes et le front (attention cependant à ne pas les appliquer trop près des yeux). En formule plus complète, il est possible de réaliser le mélange suivant, à appliquer en massage sur les tempes et le front [40] :

- 1 ml d'huile essentielle de lavandin (*Lavandula burnatii*) : elle possède des propriétés antalgiques et est efficace contre les contractures musculaires
- 0.5 ml d'huile essentielle de camomille romaine (*Chamaemelum nobile*) : efficace sur les troubles nerveux (anxiété, stress) et sur la douleur, elle sera particulièrement recommandée en cas de migraine due au stress.
- 1 ml d'huile essentielle de basilic exotique (*Ocimum basilicum*) : elle permet de soulager les tensions musculaires
- 1 ml d'huile essentielle de menthe poivrée (*Mentha piperita*) : riche en menthol, elle offre un effet rafraichissant immédiat, en plus de ses propriétés antalgiques.
- 1 ml d'huile essentielle de gaulthérie couchée (*Gaultheria procumbens*) : grâce à la présence de salicylés, elle possède une action anti-inflammatoire.
- 0,5 ml d'huile essentielle de girofle (*Syzygium aromaticum*) : riche en eugénol, elle est antalgique et anesthésiante.

Il existe également des roll-on à base d'huiles essentielles, formulés spécifiquement pour les maux de tête. On peut citer par exemple le « roll on maux de tête » olioseptil® à base de menthe poivrée, d'eucalyptus radié, de lavande et de rose de damas ; le « roll on maux de tête » puresentiel® à base de 9 huiles essentielles dont la menthe poivrée, la lavande vraie, le basilic exotique et la camomille romaine, ou encore le « roll'on maux de tête » Phytosun aroms® à base de 7 huiles essentielles dont la menthe poivrée, le romarin, le clou de girofle et la gaulthérie.

Il faut en revanche rester vigilant quant à l'utilisation des huiles essentielles, en respectant les précautions d'emploi et les contre-indications. Les huiles essentielles sont contre-indiquées chez l'enfant de moins de 12 ans, chez la femme enceinte et allaitante ainsi que chez les personnes épileptiques ou asthmatiques. Il est important de rappeler que la plupart des huiles essentielles sont photosensibilisantes, il faut donc éviter l'exposition au soleil dans les 3h suivant l'application. Sauf exception, les huiles essentielles ne doivent pas être appliquées pures sur la peau, elles doivent être diluées dans une huile végétale (de l'huile d'amande douce par exemple). De la même manière, et sauf exception, elles ne doivent pas être ingérées pures, mais prises sur un support neutre ou un sucre. Enfin, il faut faire attention à ne pas dépasser la dose de 10 gouttes d'huiles essentielles par jour, toutes utilisations confondues (voie cutanée, voie orale, diffusion etc.).

### **c. Conseils en phytothérapie**

En phytothérapie, le saule blanc et la reine des prés sont traditionnellement utilisés pour soulager les migraines, en raison de leur teneur élevée en flavonoïdes et salicylés, aux propriétés anti-inflammatoires.

La caféine est également conseillée, à prendre dès le début des symptômes, pour diminuer l'intensité des maux de tête. La caféine se retrouve dans le maté, le café ou le thé par exemple. Paradoxalement, la caféine peut déclencher des crises si elle est consommée de manière régulière et/ou excessive.

L'efficacité de la grande camomille (*Tanacetum parthenium*) a été reconnue par l'OMS pour prévenir les crises de migraine. Elle est traditionnellement considérée comme l'une des plantes les plus efficaces contre les maux de tête [41]. Il existe des médicaments à base de grande camomille, par exemple « Elusanes grande camomille » du laboratoire Pierre Fabre, traditionnellement utilisé pour prévenir les maux de tête, à la posologie de 1 à 2 gélules dosées

à 200mg deux fois par jour. Ce médicament est réservé à l'adulte et déconseillé chez la femme enceinte et allaitante.

Pour les migraines provoquées par le stress, nous pouvons également conseiller des plantes agissant sur l'anxiété : valériane, aubépine, rhodiola ou passiflore par exemple. Plusieurs laboratoires proposent des médicaments ou des compléments alimentaires contenant ces plantes, souvent associées à du magnésium.

#### **d. Conseils en homéopathie**

L'homéopathie possède l'avantage de ne pas induire d'effets indésirables.

Le choix des souches homéopathiques utilisées dépendra de la description précise de la douleur et des signes associés, mais aussi du terrain du patient. Voici quelques souches pouvant être utilisées en fonction des symptômes [42] :

- Belladonna 9CH : en cas de battements dans les tempes, 3 granules toutes les 20 minutes
- Iris versicolor 9CH : en cas de nausées ou de vomissements, 3 granules toutes les 20 minutes

Il existe un médicament homéopathique contenant une association de différentes souches, le PHAPAX®, du laboratoire Lehning. Il est traditionnellement utilisé dans le traitement de la crise de migraine, à raison de 10 gouttes toutes les 30 minutes, puis en espaçant dès l'amélioration des symptômes, sans dépasser 10 prises par jour. Il peut également être utilisé en prévention, sur avis médical, en cas de confrontation à des facteurs déclenchants, à raison de 20 gouttes deux fois par jour, sans dépasser 1 mois de traitement.

Pour les migraines provoquées par le stress, nous pouvons également conseiller des souches agissant sur l'anxiété, utilisées en haute dilution (15 ou 30CH) comme Gelsemium contre l'anxiété, Nux vomica contre le stress lié au surmenage, ou encore Ignatia Amara.

D'autres thérapies peuvent être abordées avec le patient, en fonction de ses attentes, comme l'oligothérapie (on utilise le cobalt pour modifier le terrain migraineux), l'acupuncture, ou encore les cures thermales qui auront l'avantage de relaxer le patient et donc d'agir sur la composante nerveuse en plus d'avoir une action sur la migraine en elle-même.

## **Partie 2 : Les entretiens pharmaceutiques à l'officine**

---

### **I. Contexte et cadre réglementaire**

Depuis quelques années, le métier de pharmacien est en pleine évolution. Sa place en tant que professionnel de santé est de mieux en mieux reconnue et son rôle dans le système de soin est en pleine expansion.

#### **a. La loi HPST**

La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST), publiée au journal officiel le 22 juillet 2009, a réorganisé et modernisé notre système de santé, en intégrant le pharmacien d'officine dans un système de soins désormais centré sur le patient. Elle s'articule autour de 4 grands titres, ayant pour objectif de définir un parcours de soin de qualité pour le patient :

- Titre I : Modernisation des établissements de santé
- Titre II : Accès de tous à des soins de qualité
- Titre III : Prévention et santé publique
- Titre IV : Organisation territoriale du système de soins

Nous retiendrons principalement de cette loi :

- La création des ARS (Agences régionales de santé) qui ont pour missions le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région,
- La mise en place du DPC (développement professionnel continu) qui vise à maintenir et actualiser les connaissances et les compétences, et à améliorer les pratiques des professionnels de santé,
- La reconnaissance de l'ETP (éducation thérapeutique du patient), qui a pour but de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements et en améliorant sa qualité de vie. Ces programmes d'éducation thérapeutique sont gérés par une équipe pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens, infirmiers, et autres professions paramédicales)

En ce qui concerne l'évolution du métier de pharmacien, nous allons nous intéresser à l'article 38 :

➤ **Article 38 [43]**

Cet article définit le pharmacien en tant que professionnel de santé, et l'intègre dans notre système de soins. Il énonce les missions du pharmacien d'officine, qui sont alors rédigées dans le code de la santé publique. Ainsi, les pharmaciens d'officine :

- Contribuent aux soins de premiers recours
- Participent à la coopération entre professionnels de santé
- Participent à la mission de service public de la permanence des soins
- Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé
- Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients
- Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur
- Peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets
- Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Dorénavant, le pharmacien d'officine n'est plus simplement rémunéré pour la dispensation au détail des médicaments, il participe aux soins de premiers recours, à l'éducation thérapeutique du patient, et à son accompagnement.

➤ **Nouvelle convention pharmaceutique**

Il faudra ensuite attendre 3 ans pour qu'une nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie soit signée. Celle-ci sera publiée au journal officiel le 6 mai 2012.

Cette nouvelle convention, a pour objet [44] :

- « De rassembler en un dispositif conventionnel unique l'ensemble des principes, modalités et procédures appelés à régir les relations des parties signataires
- De permettre au pharmacien qui respecte les termes de la présente convention de faire bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance des frais
- De déterminer les modalités et procédures de facturation et de règlement des prestations remboursables
- De développer la coordination des soins, les nouvelles missions des pharmaciens ainsi que l'ensemble des dispositifs mis en place dans l'intérêt du patient. Ces dispositifs peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques. Ils peuvent également consister en des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins ainsi qu'en toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation
- De favoriser la permanence des soins pharmaceutiques, en assurant son financement
- De rémunérer l'engagement du pharmacien dans la réalisation de l'acte de dispensation
- De valoriser et de rémunérer les nouvelles missions en favorisant l'efficacité de la dispensation
- De fixer des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines
- De définir les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre les caisses d'assurance maladie et les pharmaciens, en favorisant notamment la dématérialisation et la simplification des échanges
- D'organiser les instances paritaires afin de favoriser la concertation régulière entre les parties conventionnelles aux niveaux national, régional et local. »

Le terme « entretien pharmaceutique » apparaît pour la première fois dans la convention. Il permet au pharmacien d'accompagner ses patients chroniques et d'assurer une prise en charge personnalisée du patient. Initialement réservés aux patients sous anticoagulants oraux, puis étendus aux patients asthmatiques, les entretiens pharmaceutiques se développent progressivement à l'officine. Le 29 juillet 2020, un nouvel avenant à la convention est signé, autorisant la rémunération des entretiens pharmaceutiques chez les patients sous anticancéreux oraux. Cet avenant simplifie également la rémunération de l'ensemble des entretiens pharmaceutiques, en passant d'une rémunération sous forme de ROSP (rémunération sur

objectifs de santé publique) à une rémunération à l'acte [45].

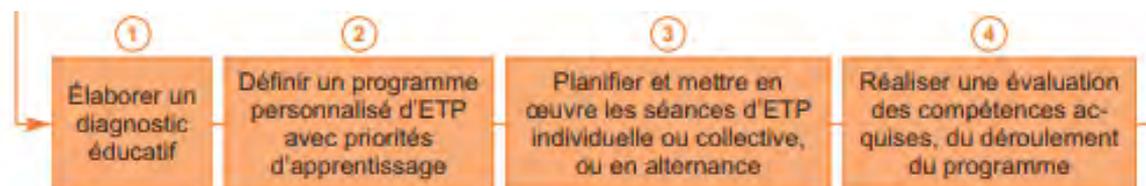
## **b. Les nouvelles missions du pharmacien : développement de la pharmacie clinique à l'officine**

Nous l'avons vu, la loi HPST offre la possibilité au pharmacien de développer la pharmacie clinique à l'officine. Nous allons maintenant développer plus en détail certains points de ces nouvelles missions.

### ➤ **La participation à l'éducation thérapeutique :**

Selon la HAS, l'éducation thérapeutique « vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient » [46]. L'éducation thérapeutique peut être proposée aux patients souffrant de pathologies chroniques dans le but de les aider à comprendre leur maladie et leur traitement, et d'améliorer ou de maintenir leur qualité de vie. Elle comprend des activités organisées, avec des séances soit individuelles soit collectives, ayant comme finalité l'acquisition de compétences d'autosoins (réaliser des gestes techniques, prévenir des complications évitables, adapter des doses de médicaments, prendre en compte des résultats d'automesure...) et des compétences d'adaptation (prendre des décisions, se fixer des objectifs à atteindre, développer une réflexion critique...).

La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, avec l'accord du patient, se fait en 4 étapes :



*Figure n°9 : Les quatre étapes d'un programme d'éducation thérapeutique [47]*

Les programmes d'éducation thérapeutique répondent à un cahier des charges, et sont mis en place au niveau local, après autorisation de l'ARS, par une équipe pluridisciplinaire.

➤ **Les bilans partagés de médication :**

Les bilans partagés de médication apparaissent comme un outil essentiel dans le suivi des patients âgés polymédiqués. En effet, le pharmacien d'officine a un rôle essentiel à jouer dans la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées afin d'améliorer l'adhésion médicamenteuse et de prévenir la iatrogénie et ses conséquences.

➤ **Pharmacien correspondant au sein d'une équipe de soin :**

Le pharmacien peut être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soin par le patient. A ce titre, il peut, avec l'accord du médecin, renouveler le traitement habituel du patient, et ajuster les posologies si nécessaire. Le nombre et la durée des renouvellements sont déterminés par un protocole. Dans tous les cas, l'ordonnance et ses renouvellements ne peuvent excéder 12 mois et la prescription médicale initiale précise les posologies minimales et maximales. Le protocole peut inclure d'éventuels bilans partagés de médication à réaliser par le pharmacien correspondant. Cette nouvelle mission est l'une des plus difficiles à mettre en place, car elle nécessite une parfaite entente avec le corps médical. Elle nécessite des liens solides avec l'équipe de soin, et notamment avec le médecin. Cette nouvelle mission est donc aussi l'occasion de renforcer ces liens parfois fragiles et d'interagir d'une autre façon avec les autres professionnels de santé.

### **c. Les entretiens pharmaceutiques**

Nous allons développer dans cette partie l'un des outils permettant au pharmacien d'accompagner ses patients souffrant de pathologies chroniques : les entretiens pharmaceutiques. Initialement réservés aux patients sous AVK (avenant 1) puis étendus aux patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés (avenant 4) et aux patients sous AOD (anticoagulants oraux directs) (avenant 8), les entretiens pharmaceutiques sont maintenant rémunérés pour l'accompagnement des patients suivant un traitement anticancéreux par voie orale (avenant 21).

L'entretien pharmaceutique ne peut avoir lieu que sur rendez-vous, et avec l'accord signé du patient. Il peut être à l'initiative du patient ou de son entourage, du pharmacien ou même du médecin généraliste.

Les entretiens doivent se dérouler dans un espace dédié, isolé phoniquement et visuellement du reste de la pharmacie. Cet espace doit permettre un dialogue confidentiel entre le patient et son

pharmacien. Cette structure permet au patient d'interagir avec son pharmacien autrement qu'à travers un comptoir, et favorise le dialogue. Le pharmacien pourra informer le médecin traitant du patient, avec l'accord de ce dernier, de la réalisation de ces entretiens, dans un but de collaboration interprofessionnelle et de prise en charge multidisciplinaire du patient.

Seul le pharmacien, adjoint ou titulaire, peut réaliser les entretiens. En revanche, le reste de l'équipe officinale doit être formée pour pouvoir informer et sensibiliser les patients éligibles, en mettant en avant l'objectif de ces entretiens, et en informant sur leur durée, et leur prise en charge par la sécurité sociale. Si le patient est intéressé, il est adressé au pharmacien, qui lui fait alors remplir un bulletin d'adhésion (permettant de recueillir l'accord écrit du patient) et fixe un premier rendez-vous avec le patient pour l'entretien d'évaluation. Avant ce rendez-vous, le pharmacien préparera l'entretien en vérifiant l'existence du dossier pharmaceutique du patient (si celui-ci n'est pas créé, le pharmacien pourra proposer au patient de l'ouvrir durant l'entretien), en relevant l'historique médicamenteux du patient, et en relevant les coordonnées de son médecin traitant. Des supports approuvés par l'ANSM et la HAS sont disponibles, pour aider le pharmacien à réaliser l'entretien d'évaluation et les entretiens thématiques. A la fin de l'entretien d'évaluation, le pharmacien et le patient prévoient ensemble une série d'entretiens thématiques, en fonction des besoins du patient.

Au début de chaque entretien, le pharmacien rappellera les objectifs et la durée de celui-ci. A la fin, il demandera systématiquement au patient s'il lui reste des questions.

Pour être rémunéré, le pharmacien devra réaliser la première année un entretien d'évaluation et au moins deux entretiens thématiques, puis pour les années suivantes au minimum deux entretiens thématiques par an.

Dans le cadre de cette thèse, et étant donné les évolutions récentes des entretiens pharmaceutiques, il est intéressant de s'interroger sur la possible extension de ce dispositif, notamment chez les patients migraineux. En effet, le suivi médical dans cette population est souvent insuffisant, et les patients ont régulièrement recours à l'automédication, sans forcément bénéficier de conseils adaptés. La migraine est une maladie évolutive, qui nécessite un suivi régulier et des adaptations de traitement, mais les médecins généralistes manquent souvent de temps pour une prise en charge globale. De plus, les patients dont les crises de migraine ont un retentissement important sur leur qualité de vie se sentent souvent incompris et isolés : ces entretiens paraissent être un moyen privilégié pour être à leur écoute, et encourager un suivi médical régulier.

## **II. Questionnaire auprès des équipes officinales**

### **a. Matériel et méthode**

Nous avons réalisé une enquête auprès des équipes officinales sur la place des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux, afin d'évaluer leurs ressentis, leurs attentes et leurs craintes quant à leur mise en place. Ce questionnaire visait l'ensemble de l'équipe officinale (pharmaciens, préparateurs, étudiants en pharmacie et apprentis préparateurs) et a été diffusé en ligne (sondage créé à l'aide de l'outil SondageOnline®) par mail et au moyen des réseaux sociaux, afin de recueillir le plus de réponses possible.

### **b. Présentation de l'enquête**

Le questionnaire s'intitulait « Place des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux » et comportait un texte introductif afin de présenter son contexte :

*En France, plus de 20% de la population souffre de migraine, avec des répercussions parfois importantes sur la vie quotidienne : dépression, anxiété, altération de la vie sociale ou de la productivité au travail. Depuis la loi HPST de 2009, le rôle du pharmacien d'officine ne cesse de s'élargir en matière de prévention, dépistage et coordination des soins, et les entretiens pharmaceutiques se développent progressivement. Récemment, un nouveau type d'entretien a été conventionné par l'assurance maladie : l'entretien pharmaceutique chez le patient suivant un traitement anticancéreux par voie orale. C'est dans cette démarche d'évolution du rôle du pharmacien dans le parcours de santé du patient que s'inscrit ce sondage, réalisé dans le cadre d'une thèse d'exercice en vue d'obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie sur « la place des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux ».*

Ce questionnaire comportait 10 questions, dont 8 questions à choix multiples, et 2 questions fermées.

Annexe n°6 : Questionnaire à destination des équipes officinales

### c. Résultats de l'enquête

79 personnes ont répondu à cette enquête. Parmi eux, on compte 19 pharmaciens titulaires, 34 pharmaciens adjoints, 11 préparateurs en pharmacie, 14 étudiants en pharmacie et 1 apprenti préparateur (figure n°10)

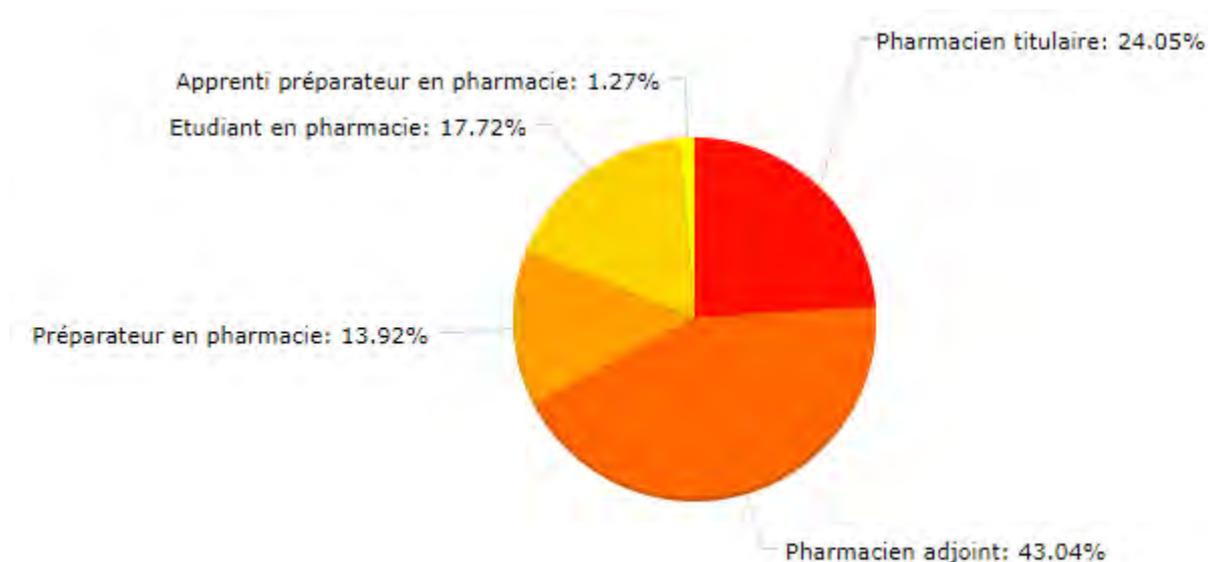


Figure n°10 : Répartition des participants selon leur profession

51.9% des professionnels interrogés participent déjà à des missions de pharmacie clinique. Parmi ces réponses positives, la meilleure prise en charge des patients, la valorisation du métier de pharmacien et la coopération entre les professionnels de santé sont les principales motivations (figure n°11)

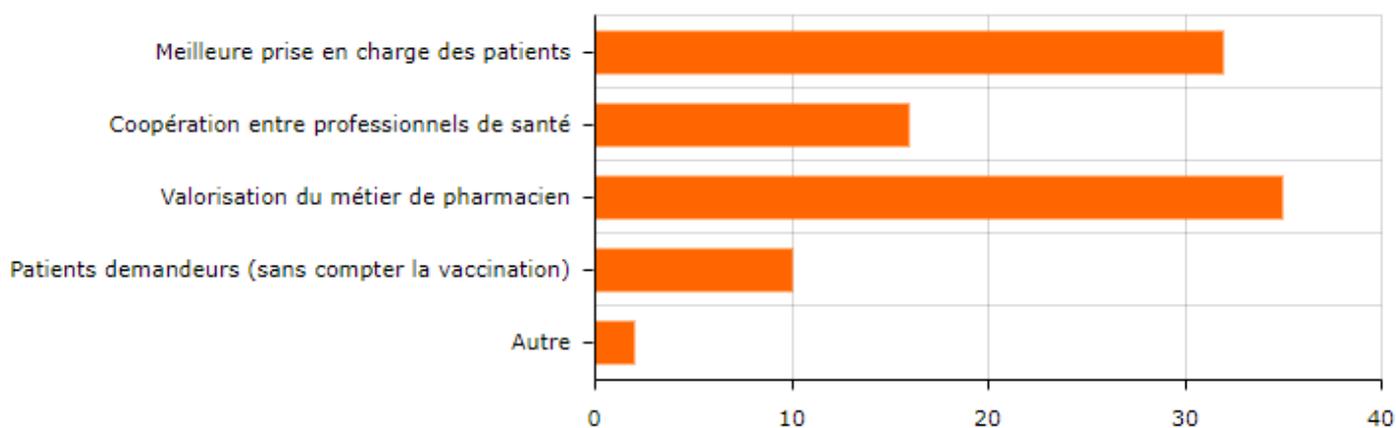
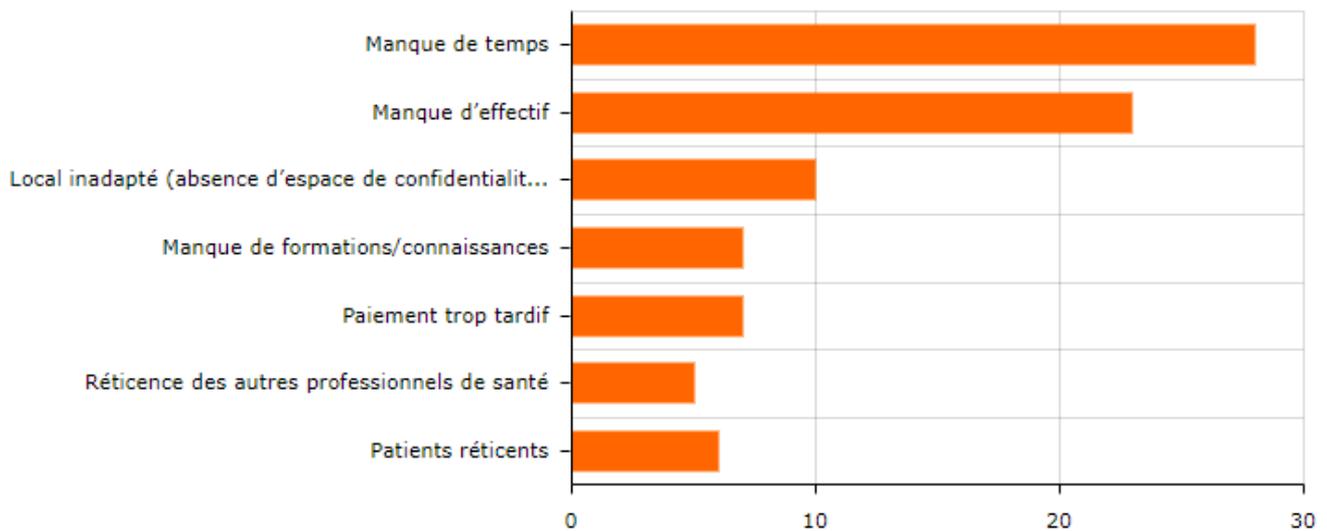


Figure n°11 : Nombre de réponses concernant la ou les raisons conduisant à la pratique de la pharmacie clinique à l'officine

2 autres motivations ont été annoncées : la rémunération liée à ces activités et la meilleure fluidité du parcours de soin.

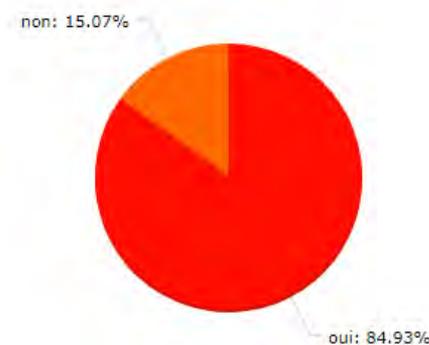
Parmi ceux qui ne participent pas à des missions de pharmacie clinique à l'officine, les principales raisons évoquées sont le manque de temps et d'effectif, et un local inadapté (figure n°12)



*Figure n°12 : Nombre de réponses concernant les difficultés rencontrées pour la mise en place d'entretiens pharmaceutiques à l'officine*

En revanche, aucun participant n'a estimé que les missions de pharmacie clinique à l'officine étaient sans intérêt.

Sur l'ensemble des participants, près de 85% seraient prêts à réaliser des entretiens pharmaceutiques chez les patients migraineux (figure n°13)



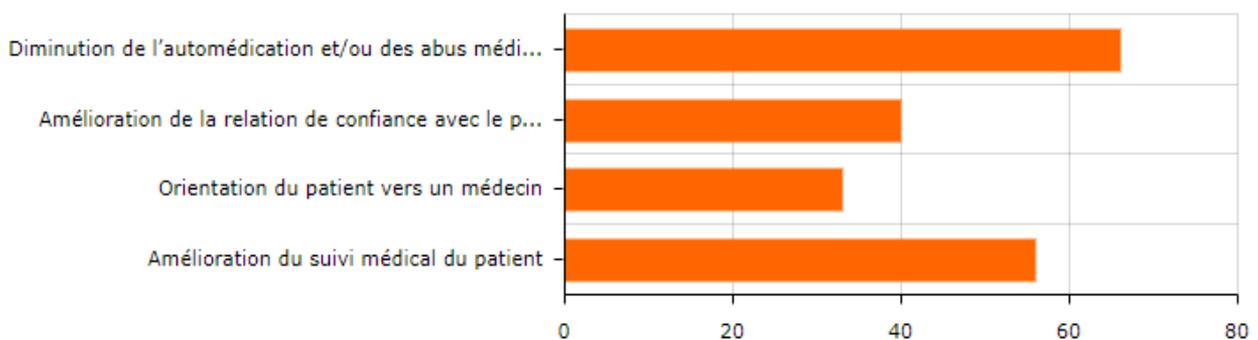
*Figure n°13 : Répartition des réponses à la question « Seriez-vous prêt à réaliser des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux (sur la base des entretiens AVK/AOD, ou asthme) à l'officine ? »*

Parmi les participants se disant prêts à réaliser des entretiens chez le patient migraineux, 69,4% sont pharmaciens (dont 42% de pharmaciens adjoints et 27,4% de titulaires)

Parmi les participants intéressés par la mise en place d'entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux, la majorité (64,5%) estiment la durée de l'entretien à 20 minutes.

En ce qui concerne la rémunération, la majorité des participants (47,9%) attendraient une rémunération de 25 euros par entretien pharmaceutique. 28,2% attendraient une rémunération de 30 euros, 15,5% une rémunération de 15 euros, et 8,5% une rémunération supérieure à 30 euros.

Parmi les participants, une grande majorité (93%) estime que des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux permettraient de diminuer l'automédication et/ou les abus médicamenteux. 78,9% envisagent une amélioration du suivi médical du patient, 56% une amélioration de la relation de confiance avec le patient, et 46,5% une orientation vers un médecin. Aucun participant n'a estimé que les entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux ne pouvaient rien apporter de bénéfique.



*Figure n°14 : répartition des réponses à la question « D'après vous, si des entretiens « Migraine » étaient possibles, que pourraient-ils apporter ? »*

Concernant les connaissances des équipes officinales, 54,9% des participants estiment que leurs connaissances concernant la migraine sont bonnes ou très bonnes, 38% estiment avoir des connaissances moyennes, et 7% insuffisantes. Dans l'ensemble, les équipes officinales seraient intéressées par des supports de formation : 85,9% seraient intéressés par des fiches récapitulatives destinées aux équipes officinales, 81,7% par des fiches à destination des patients et 81,7% par des guides pour réaliser des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux.

## **d. Discussion et évaluation de l'intérêt des entretiens pharmaceutiques**

Cette enquête reflète assez bien l'avis de professionnels de santé en exercice, puisque 67,9% des répondants sont des pharmaciens diplômés (titulaires ou adjoints), et donc capables de réaliser des entretiens pharmaceutiques. L'avis des préparateurs est également intéressant à prendre en compte puisqu'ils participent activement au recrutement des patients, bien qu'ils ne réalisent pas eux-mêmes les entretiens. Enfin, l'avis des étudiants et apprentis, futurs professionnels de santé, est intéressant à évaluer afin de prévoir la future évolution de la pratique de la pharmacie clinique à l'officine.

Environ la moitié des répondants (51,9%) participent déjà à des missions de pharmacie clinique à l'officine, ce qui leur permet une meilleure prise en charge des patients, une meilleure coopération entre professionnels de santé, mais surtout une valorisation du métier de pharmacien. Ceux qui ne participent pas à des missions de pharmacie clinique ne le font pas par désintéressement, mais essentiellement par manque de moyens (manque de temps ou d'effectif, ou encore local inadapté), ce qui laisse envisager une augmentation de la pratique clinique à l'avenir.

Concernant les entretiens pharmaceutiques chez les patients migraineux, près de 85% des répondants y sont favorables, et se disent prêts à les réaliser. Parmi eux, 69,4% sont des pharmaciens diplômés, et pourraient donc être en mesure de conduire ces entretiens. Selon les participants, ce type d'entretien pourrait apporter une diminution de l'automédication et/ou des abus médicamenteux chez le patient migraineux, une amélioration de son suivi médical ainsi qu'une amélioration de la relation de confiance avec le patient.

Environ 45% des répondants estiment avoir des connaissances moyennes ou insuffisantes sur la migraine, et environ 80% seraient intéressés par des supports de formation, que ce soit à destination de l'équipe officinale ou des patients.

En conclusion, les équipes officinales sont globalement favorables à la réalisation d'entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux à l'officine. Des fiches servant de support aux entretiens permettraient de faire des rappels concernant la migraine, et serviraient à la fois aux soignants et aux patients afin de mieux appréhender cette pathologie.

### **III. Proposition d'un programme d'entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux**

Dans cette dernière partie, nous allons aborder un programme d'entretiens pharmaceutiques qui pourraient être réalisés chez le patient migraineux, basé sur les entretiens existant à ce jour. Il faudra donc dans un premier temps informer les patients de la possibilité de réaliser ce type d'entretien, puis recueillir un consentement écrit. Comme pour les entretiens existant à ce jour, il faudra ensuite planifier un rendez-vous avec le patient pour un premier entretien d'évaluation. A l'issue de cet entretien, une série d'entretiens thématiques sera programmée avec le patient.

#### Annexe n°7 : Bulletin d'adhésion

Ces entretiens s'adressant majoritairement à des patients jeunes et actifs professionnellement, ceux-ci dureront au maximum 15 minutes. Une durée relativement courte permet de garder l'attention du patient et permet à celui-ci de retenir un maximum d'informations. A chaque entretien, nous rappellerons au patient l'objectif de celui-ci, sa durée ainsi que son déroulement. Dans tous les cas, le niveau d'information sera adapté au niveau de compréhension du patient, et l'entretien prévoira des moments de silence, où le patient pourra s'exprimer librement, poser des questions ou exprimer une incompréhension.

#### **a. Entretien d'évaluation**

Ce premier entretien a pour but de recueillir les informations générales du patient. Nous allons rechercher l'historique de ses prescriptions médicamenteuses mais aussi ce que le patient consomme en automédication, en phytothérapie ou aromathérapie, ou encore en homéopathie. Cet entretien est l'occasion de faire un point sur les connaissances du patient concernant sa pathologie et ses traitements, et d'évaluer l'impact des migraines sur sa vie quotidienne. Durant cet entretien, le pharmacien et le patient planifient ensemble les futurs entretiens thématiques, en fonction du bilan de l'entretien d'évaluation et des choix du patient. Une synthèse sera rédigée et les futurs entretiens thématiques seront explicités au patient. Avec son accord, la synthèse sera transmise au médecin généraliste du patient et/ou au spécialiste. Cet entretien est également l'occasion de créer le dossier pharmaceutique du patient, avec son accord, si celui-ci n'est pas déjà ouvert.

#### Annexe n°8 : guide d'entretien d'évaluation

## **b. Entretiens thématiques**

Pour la suite des entretiens, nous avons retenu 4 thématiques au choix :

- Principes du traitement
- Automédication
- Facteurs déclenchants
- Tenir un agenda des crises

### Annexe N°9 : guide d'entretien thématique

#### 1) Principes du traitement :

L'objectif est que le patient connaisse les effets recherchés des médicaments qui lui ont été prescrits, leurs interactions, leurs contre-indications, leurs modes de prise (notamment la différence entre traitement de fond et traitement de crise) et leurs effets indésirables les plus fréquents. Un bref rappel de la physiopathologie pourra être fait, en expliquant que l'aura est due à une vasoconstriction et une diminution de l'activité cérébrale, et que la phase douloureuse est causée par une vasodilatation et une inflammation des méninges. Durant cet entretien, des fiches récapitulatives sur les traitements de crise du patient pourront être distribuées. Ce moment est aussi l'occasion de faire un point sur les éventuels problèmes que le patient peut ressentir vis-à-vis de son traitement. Le pharmacien devra également alerter sur le risque de céphalée chronique quotidienne par abus médicamenteux, et demander au patient combien de médicaments de crise sont consommés par semaine ou par mois. Enfin, le pharmacien pourra également apprécier l'automédication de son patient, et proposer si besoin un entretien sur ce thème.

Annexe n° 10 : Fiche patient AINS

Annexe n°11 : Fiche patient Aspirine

Annexe n°12 : Fiche patient Triptans

Annexe n°13 : Fiche patient Dérivés ergotés

Annexe n°14 : Fiche patient Paracétamol

## 2) Automédication :

L'intérêt est d'aborder avec le patient tout ce qu'il prend en plus des traitements prescrits, que ce soit d'autres médicaments, de la phytothérapie, homéopathie ou aromathérapie. Cet entretien est aussi l'occasion de lui rappeler les conseils utiles lors de toute crise (s'allonger dans le noir et sans bruit, appliquer du froid sur la tempe par exemple) et d'aborder la prise en charge non médicamenteuse des migraines. Une fiche récapitulative recto/verso sera distribuée et servira de support, afin d'aborder les stratégies non médicamenteuses mais aussi les risques de l'automédication et les précautions à prendre. Une attention particulière sera apportée au risque de céphalées chroniques par abus médicamenteux.

Annexe n°15 : Fiche patient automédication recto

Annexe n°16 : Fiche patient automédication verso

## 3) Facteurs déclenchants :

Cet entretien vise faire prendre conscience au patient des principaux facteurs déclenchants des migraines, et à cibler avec lui ses propres facteurs déclenchants. Nous pourrons notamment aborder le thème de l'alimentation et de l'hygiène de vie, afin d'essayer de réduire le nombre de crises. Des conseils pourront être délivrés sur la gestion du stress si nécessaire. L'essentiel est que le patient prenne conscience qu'il peut devenir acteur de sa pathologie, la contrôler et éviter certaines crises. Il ne s'agit pas d'écarter tous les facteurs répertoriés en menant une existence drastique, mais bien pour le patient de mieux connaître sa pathologie et ses facteurs déclenchants de façon à améliorer son hygiène de vie.

Une fiche récapitulative sera distribuée au patient et servira de support.

Annexe n°17 : Fiche patient facteurs déclenchants

## 4) Tenir un agenda des crises :

L'objectif est d'expliquer au patient l'intérêt de tenir un agenda des crises, et de voir avec lui comment le remplir.

L'agenda va permettre au médecin de mieux apprécier la fréquence et l'intensité des crises, d'évaluer la consommation médicamenteuse, de déceler une éventuelle surconsommation, et

va le guider dans le choix du traitement (avec par exemple l'instauration d'un traitement de fond si nécessaire). Pour le patient, l'agenda des crises va lui permettre de préparer sa prochaine consultation, de se rendre compte de sa consommation médicamenteuse, et d'identifier ses propres facteurs déclenchants. Cela va également lui permettre de se rendre compte de l'impact de ses crises sur sa vie quotidienne. Il est conseillé de renseigner cet agenda sur une durée de 6 mois. Cette initiative peut aider le patient à reprendre la main sur sa maladie, et à se sentir moins démuné.

Pour remplir l'agenda, il est important de renseigner toutes les céphalées (migraineuses et non migraineuses). Il faudra renseigner un certain nombre d'items :

- La date et le jour de survenue : cela permet de voir si les migraines se déclenchent de manière régulière, par exemple surtout le week-end (migraines de repos)
- L'horaire de survenue : intéressant surtout si l'horaire est récurrent (par exemple surtout la nuit : migraines nocturnes)
- L'intensité de la crise : même les crises légères doivent être notées
- La durée de la crise : en heures
- La prise médicamenteuse : noter tous les médicaments pris au cours de la crise, même en automédication, avec l'heure de la prise et leur efficacité
- Le ou les facteurs déclenchants
- La présence ou non de signes accompagnateurs

Pour les femmes non ménopausées, il est important de renseigner le moment du cycle sur l'agenda. En effet, les menstruations peuvent être un facteur déclenchant (migraines cataméniales).

### **c. Exemples de réalisation d'entretiens pharmaceutiques**

Afin d'illustrer la réalisation de ces entretiens, et d'évaluer la faisabilité dans le temps imparti, quelques entretiens ont été réalisés.

1) Mme R, 24 ans

2)

Mme R a 24ans, elle souffre de migraines avec aura depuis son enfance, à raison de 1 à 2 crises par mois.

L'entretien d'évaluation nous a permis de recueillir plus d'informations sur la patiente. Mme R ne possède pas d'antécédents médicaux ni d'allergies, elle est suivie pour ses migraines par son

médecin généraliste, mais ne consulte pas de médecin spécialiste. Pour traiter ses migraines, son médecin généraliste lui a prescrit le Naratriptan 2,5mg, 1 comprimé par crise. Mme R suit également un traitement par Ventoline pour traiter un asthme léger, et prend une contraception oestro-progestative (OPTILOVA®). En automédication, notre patiente prend parfois du paracétamol, de l'ibuprofène, de l'huile essentielle de menthe poivrée et de l'IPRAFEINE® (ibuprofène + caféine). Elle est non fumeuse, et n'a pas identifié d'effets indésirables particuliers liés à son traitement anti-migraineux. Avec un score de 45, le questionnaire HIT-6 a révélé un impact faible des crises de migraine sur sa vie professionnelle, familiale et sociale bien que certaines crises soient d'une intensité sévère. En ce qui concerne les connaissances de la patiente, elle sait nommer le traitement de crise que lui a prescrit son médecin généraliste, mais ne connaît pas exactement les intervalles à respecter entre deux prises. Elle ne sait pas identifier les facteurs déclenchant ses crises, et n'a jamais utilisé de calendrier des crises. A la fin de cet entretien, nous programmons ensemble un prochain entretien sur le thème de l'automédication et un autre entretien portant sur les principes du traitement.

L'entretien thématique portant sur l'automédication a duré 14 minutes. Durant cet entretien des rappels ont été faits concernant le bon usage des médicaments utilisés en automédication par la patiente. Concernant les médecines naturelles, la patiente avait déjà de bonnes connaissances concernant la phytothérapie et l'aromathérapie, et utilisait déjà la menthe poivrée. En revanche, elle désirait essayer un traitement homéopathique. Des rappels ont été faits sur les précautions à prendre concernant l'utilisation des huiles essentielles, et leur utilisation ne semble pas provoquer de crises d'asthme chez la patiente. Cet entretien fut également l'occasion de sensibiliser Mme R sur le risque de céphalées chroniques par abus médicamenteux : ce risque semble maîtrisé, car notre patiente consomme en moyenne 2 à 4 traitements de crises par mois. A l'issue de cet entretien, Mme R envisage d'avoir recours à l'homéopathie en complément de ses traitements médicamenteux. Elle envisage également de tenir un agenda des crises, afin de pouvoir identifier ses propres facteurs déclenchants.

L'entretien portant sur les principes du traitement a permis de faire un bref rappel sur la physiopathologie de la migraine : celle-ci débute par une phase de vasoconstriction au niveau cérébral, responsable de l'aura migraineuse, suivie par une phase de vasodilatation responsable de la douleur. Ce rappel a été l'occasion de démontrer l'importance d'attendre la phase algique avant de prendre un triptan (qui a une action vasoconstrictrice) alors que l'AINS peut être pris dès la phase d'aura. Des fiches récapitulatives concernant les triptans et les AINS (utilisés en

automédication par la patiente), ont été distribuées et ont servi de support. Les principaux effets indésirables ont été revus, notamment les effets indésirables gastriques des AINS. La différence entre l'ibuprofène, qui doit plutôt se prendre en mangeant, et le triptan, qui ne nécessite pas cette précaution, a été évoquée. Un deuxième rappel sur le risque de céphalées chroniques par abus médicamenteux a été fait. Enfin, la patiente ne se souvenait pas qu'il était inutile de reprendre un triptan si le premier n'avait pas été efficace : cela est maintenant acquis, ainsi que le délai minimal à respecter entre deux comprimés de Naratriptan.

### 3) Mme T, 39 ans

Mme T a 39 ans, elle souffre de migraines sans aura depuis son adolescence. L'intensité et la fréquence des crises ont tendance à augmenter avec l'âge. Actuellement, elle fait en moyenne 3 à 6 crises par mois, qui peuvent durer parfois jusqu'à 48h.

Durant l'entretien d'évaluation, nous avons appris que Mme T n'avait pas d'antécédents médicaux, mais était allergique aux opiacés. Elle est suivie pour ses migraines par son médecin généraliste, mais n'est actuellement pas suivie par un neurologue, bien qu'elle en ait déjà consulté deux auparavant. Concernant l'historique de ses traitements antimigraineux, la patiente a d'abord essayé le Zolmitriptan 2,5mg, 1 comprimé par crise, prescrit par le premier neurologue consulté. Ce traitement a été essayé durant 3 mois puis abandonné, car mal supporté en raison de la forme orodispersible, qui accentuait les fortes nausées de la patiente lors de ses crises. Le deuxième neurologue consulté a prescrit un traitement de fond : Propranolol 40mg, 1 comprimé le matin, et LAROXYL®, 30 gouttes le soir. Ce traitement a été suivi durant 6 mois, de décembre 2017 à mai 2018, mais a été arrêté par la patiente en raison des effets indésirables : vertiges, fatigue, et somnolence en journée qui rendait dangereuse la conduite de la patiente. C'est à la suite de ces effets indésirables que la patiente a cessé ses consultations chez le neurologue car celui-ci souhaitait augmenter les posologies. Ne se sentant ni écoutée ni soulagée, Mme T a stoppé son traitement de fond et arrêté les consultations avec ce neurologue. Actuellement, Mme T est traitée pour ses migraines par de l'ibuprofène 600mg en cas de crise, prescrit par son médecin généraliste. Aucun autre médicament ne lui est prescrit, mais il lui arrive de prendre en automédication du paracétamol, et de l'huile essentielle de menthe poivrée lors des crises migraineuses. Avec un score de 69, le questionnaire HIT-6 a révélé un impact majeur des crises migraineuses sur la vie professionnelle, familiale et sociale de la patiente, avec une nécessité de revoir la prise en charge. Une consultation avec un nouveau neurologue

est prévue en janvier. En ce qui concerne les connaissances de la patiente, celle-ci connaît très bien les médicaments qui lui ont été prescrits, elle connaît les posologies et les intervalles à respecter entre deux traitements. Elle a déjà tenu un agenda des crises durant 6 mois, et sait identifier ses facteurs déclenchants. En conclusion de cet entretien, il apparaît que les crises de migraine ont un impact majeur sur la vie quotidienne de la patiente : il est urgent de revoir la prise en charge globale. Les crises sont souvent intenses, et les nausées importantes, il faudra éviter la forme orodispersible des traitements de crise, qui est mal tolérée. A la fin de cet entretien, j'encourage fortement Mme T à faire part des points que nous venons d'aborder lors de sa prochaine consultation chez le neurologue et nous programmons ensemble un entretien portant sur l'automédication.

L'entretien thématique portant sur l'automédication a duré 17 minutes. La patiente utilise déjà l'aromathérapie et possède de bonnes connaissances sur le sujet. L'homéopathie a été abandonnée en raison des contraintes liées aux horaires de repas. Durant cet entretien, la patiente a été sensibilisée aux risques d'une consommation excessive de caféine et envisage de diminuer sa consommation. Elle a également été sensibilisée au risque de céphalées chroniques par abus médicamenteux (6 à 8 traitements de crises sont consommés par mois), c'est un point qu'elle abordera lors de sa prochaine consultation chez le neurologue et que nous surveillerons par la suite. À l'issue de cet entretien, la patiente envisage d'essayer un traitement à base de grande camomille en gélules.

#### 4) Mme V, 25 ans

Madame V a 25 ans et souffre de migraines sans aura depuis ses 10 ans. Actuellement, elle fait en moyenne 2 à 3 crises par mois.

L'entretien d'évaluation nous a permis de repérer les antécédents médicaux et les allergies de la patiente : Madame M est allergique à l'aspirine et à l'amoxicilline, et a une hypertension artérielle. Elle est suivie pour ses migraines par son médecin généraliste et n'a pas consulté de spécialiste depuis son enfance. Concernant son historique médicamenteux, le médecin généraliste lui a tout d'abord prescrit de l'ibuprofène 400mg, 1 comprimé par crise, puis, devant des crises plus importantes, le médecin a remplacé l'ibuprofène par le kétoprofène 100mg, 1 comprimé par crise et le Zolmitriptan 2,5mg 1 comprimé par crise en cas d'inefficacité du kétoprofène ou de crise sévère d'emblée. Lorsque la patiente a développé une hypertension

artérielle, le médecin a rajouté du propranolol 40mg, ½ comprimé matin et soir, ce qui fait également office de traitement de fond de la migraine. Ce traitement est suivi par la patiente depuis le mois d'août 2020. Des thérapies alternatives telles que la relaxation ou la sophrologie ont également été expérimentées, durant son enfance. La patiente n'a pas d'autres médicaments prescrits et ne prend pas d'autres médicaments ou plantes en automédication. Le kétoprofène est efficace chez la patiente, mais assez mal supporté et lui déclenche de fortes brûlures d'estomac. Concernant les connaissances de la patiente, Mme V connaît ses traitements et leurs fonctions, et prend régulièrement son traitement de fond. Elle a déjà utilisé un agenda des crises, et sais identifier certains de ses facteurs déclenchants. Le questionnaire HIT-6 a révélé un impact majeur des crises sur la vie sociale, professionnelle et familiale de la patiente, avec une nécessité de revoir la prise en charge. Je lui conseille de parler de ce résultat lors de sa prochaine consultation, et nous programmons ensemble un entretien thématique portant sur les facteurs déclenchants, afin d'essayer de réduire le nombre de crises.

L'entretien portant sur les facteurs déclenchants a duré 12 minutes. Une fiche récapitulative reprenant l'ensemble des facteurs pouvant déclencher des crises migraineuses a été remise à la patiente et utilisée comme support. Avant l'entretien, Mme V savait identifier certains de ses facteurs déclenchants, mais cet entretien lui a permis d'en identifier de nouveaux, sur lesquels il est possible d'agir, comme la déshydratation. Cet entretien lui a également montré l'importance des facteurs psychologiques dans le déclenchement de ses crises, et lui a fait prendre conscience de l'urgence de réduire son stress au quotidien. A l'issue de cet entretien, Mme V envisage d'améliorer son hygiène de vie, en évitant les dettes de sommeil, et en buvant de l'eau régulièrement au cours de la journée, en prenant une bouteille d'eau au travail pour se rendre compte de la quantité d'eau bue au cours de la journée. A plus long terme, elle essaiera d'agir sur la gestion de son stress.

## Conclusion

---

La migraine est une pathologie à forte prévalence dans la population française. Cette maladie, pourtant bénigne, peut avoir de lourdes conséquences, tant sur le plan personnel que sur le plan économique : dépression, anxiété, isolement, absentéisme, les personnes souffrant de migraines se sentent souvent ignorées et impuissantes face à leur maladie. Il devient urgent d'améliorer la connaissance et la reconnaissance de cette pathologie par le grand public, mais aussi par les professionnels de santé.

Les professionnels de santé se doivent de lutter contre la banalisation de cette maladie, et doivent faire en sorte qu'une prise en charge optimale soit mise en place. En effet, la migraine est une maladie évolutive, qui nécessite un suivi médical régulier et une adaptation des traitements. Encore trop de patients ignorent leur maladie, trop de patients n'ont pas un suivi et une prise en charge adaptés. Le pharmacien d'officine fait partie de ces professionnels de santé, et est un interlocuteur privilégié pour les patients migraineux : chaque jour, des patients passent la porte de l'officine pour des céphalées. Le pharmacien se doit alors de dépister une éventuelle migraine, et d'orienter si besoin le patient vers son médecin généraliste, pour une prise en charge plus adaptée. Il accompagnera également les patients, que ce soit à l'occasion d'une délivrance d'ordonnance ou à l'occasion d'une demande de conseils en automédication. Il veillera aux contre-indications, et en sensibilisera au risque de céphalées chroniques quotidiennes.

De nouveaux outils sont sans cesse mis à disposition des pharmaciens pour assurer au mieux le suivi de leurs patients chroniques. Parmi eux, on retrouve les entretiens pharmaceutiques. Chez le patient migraineux, la réalisation de ce type d'entretien permettrait une meilleure prise en charge du patient, un meilleur suivi et une réduction du risque d'abus médicamenteux. Les retours des participants de l'enquête sont très positifs, et encouragent le développement de ce type de programme chez le patient migraineux.

## Bibliographie

---

1. Les céphalées [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2011/6/headaches-common-but-neglected/headache-disorders>
2. ICHD3-traduction-française [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://ichd-3.org/wp-content/uploads/2019/06/ICHD3-traduction-fran%C3%A7aise-VF-%C3%A0-publier.pdf>
3. Fédération Française de Neurologie - La migraine [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ffn-neurologie.fr/grand-public/maladies/la-migraine>
4. Lucas C, Géraud G, Valade D, Chautard M-H, Lantéri-Minet M. Recognition and therapeutic management of migraine in 2004, in France: results of FRAMIG 3, a French nationwide population-based survey. *Headache*. mai 2006;46(5):715-25
5. SFEMC - C'est quoi la migraine ? [Internet]. [cité 08 jan 2020]. Disponible sur: <https://www.sfemc.fr/maux-de-tete/la-migraine/4-c-est-quoi-la-migraine.html>
6. Lucas C, Geraud G, Valade D, Chautard M-H, Lanteri-Minet M. Recognition and Therapeutic Management of Migraine in 2004, in France: Results of FRAMIG 3, a French Nationwide Population-Based Survey. *Headache*. mai 2006;46(5):715-25.
7. HAS France - Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques, Tomes 1 et 2, 2002, disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_2006\\_11\\_27\\_\\_10\\_56\\_57\\_546.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations_2006_11_27__10_56_57_546.pdf)
8. Principales échelles en pratique neurologique courante migraine et douleurs neuropathiques.pdf [Internet]. [cité 11 jan 2020]. Disponible sur: [http://association.gens.free.fr/NEUROLOGIA/EMC%20neurologie/4%20Semiologie%20general e/\\$Principales%20echelles%20en%20pratique%20neurologique%20courante%20migraine%20et%20douleurs%20neuropathiques.pdf](http://association.gens.free.fr/NEUROLOGIA/EMC%20neurologie/4%20Semiologie%20general e/$Principales%20echelles%20en%20pratique%20neurologique%20courante%20migraine%20et%20douleurs%20neuropathiques.pdf)
9. SFEMC - Maux de tête - Céphalée Chronique Quotidienne - CCQ [Internet]. [cité 04 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.sfemc.fr/maux-de-tete/cephalee-chronique-quotidienne.html>
10. migraine-cephalees-mlm [Internet]. [cité 11 jan 2020]. Disponible sur: <http://www.amiform.com/web/documents-patients-douloureux/migraine-cephalees-mlm.pdf>
11. Migraine : un impact économique - 18/04/2018 [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/180418-migraine-un-impact-economique.html>
12. Novartis - Les echos de la migraine nos cogitations : une plateforme d'ambitions. Fev 2019.
13. eVIDAL Recommandations Migraine [Internet]. [cité 06 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
14. LA MIGRAINE - Le Moniteur des Pharmacies n° 3079 du 09/05/2015 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3079/la-migraine.html>

15. Migraine Symptoms: The Stages of a Migraine [Internet]. Migraine Buddy. [cité 12 jan 2020]. Disponible sur: <https://migrainebuddy.com/migraine/migrainesymptoms-the-stages-of-a-migraine>
16. Dessy C. Migraine : de la pathophysiologie aux traitements. FARM 2129 2009-2010.
17. Annequin D, Boussier M-G, De Lignieres B. Chapitre 2 : Migraine : la clinique in Migraine et céphalées. (Traité de Neurologie).
18. Kerrou A. Prise en charge thérapeutique d'une pathologie sous-estimée. Faculté de Pharmacie Lille 2. 2014.
19. Fournier P. Prise en charge des migraines à l'officine. Faculté de pharmacie Lille 2. 2017
20. Collège des Enseignants de Neurologie - Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face [Internet]. [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/deuxieme-cycle/migraine-nevralgie-du-trijumeau-algies-face>
21. Lanteri-Minet M, Valade D, Géraud G, Lucas C, Donnet A. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant. Revue Neurologique. jan 2013;169(1):14-29.
22. HCL - Accident ischémique transitoire (AIT) : Symptômes et traitement [Internet]. [cité 06 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/fr/accident-ischemique-transitoire-ait>
23. Tuckwell D. Un audit clinique ciblé : la prescription des anti-inflammatoires non-stéroïdiens non salicylés en soins primaires dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital de Mont-de-Marsan. Université de Bordeaux. 2014
24. Anti-inflammatoires non-stéroïdiens [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anti-inflammatoires-non-steroidiens>
25. eVIDAL Paracétamol : substance active à effet thérapeutique [Internet]. [cité 11 jul 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
26. D. Vital, C. Le jeune. Dorosz guide pratique des médicaments. 37<sup>e</sup> éd. 2018.
27. Triptans [Internet]. [cité 11 jul 2020]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/triptans>
28. eVIDAL GYNERGENE CAFEINE [Internet]. [cité 11 jul 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
29. eVIDAL DIERGOSPRAY [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
30. Biachi V, El Anbassi S. Médicaments. 2<sup>e</sup> éd. deBoeck; 2018
31. Béta-bloquants [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/beta-bloquants>
32. eVIDAL LOPRESSOR 100 mg cp pellic séc [Internet]. [cité 30 sep 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
33. Base de données publique des médicaments - Résumé des caractéristiques du produit - LAROXYL 40 mg/ml, solution buvable [Internet]. [cité 01 oct 2020]. Disponible sur: <http://base->

donnees-  
publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68969066&typedoc=R#RcpIndicTherap

34. Base de données publique des médicaments - Résumé des caractéristiques du produit - EPITOMAX 100 mg, comprimé pelliculé [Internet]. [cité 01 oct 2020]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61913385&typedoc=R#RcpIndicTherap>
35. SFEMC - Comment utiliser un agenda de la migraine ? [Internet]. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://www.sfemc.fr/maux-de-tete/preparer/15-comment-utiliser-un-agenda-de-la-migraine.html>
36. Migraine Québec - techniques de relaxation [Internet]. [cité 15 sep 2020]. Disponible sur: [https://migrainequebec.org/wp-content/uploads/2020/03/relaxation\\_migraine.pdf](https://migrainequebec.org/wp-content/uploads/2020/03/relaxation_migraine.pdf)
37. Biofeedback [Internet]. 2012 [cité 15 sep 2020]. Disponible sur: [https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=biofeedback\\_th](https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=biofeedback_th)
38. Institut Neurosens - L'entraînement par biofeedback & neurofeedback [Internet]. [cité 15 sep 2021]. Disponible sur: <https://www.institut.neurosens.fr/informations/entrainement-biofeedback-neurofeedback.html>
39. Migraine Québec - Thérapie cognitivo-comportementale [Internet]. [cité 15 sep 2020]. Disponible sur: <https://migrainequebec.org/glossaire/therapie-cognitivo-comportementale/>
40. Festy D. Ma bible des huiles essentielles. leduc. 2008.
41. eVIDAL La phytothérapie dans le traitement des maux de tête [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
42. Homéopathie et médecine naturelle – Pharmacie PHC Paris [Internet]. Pharmacie Homéopathique Centrale. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.pharmacie-homeopathie.com/>
43. Article 38 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879490](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879490)
44. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine\\_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf)
45. Signature d'un nouvel avenant sur l'accompagnement pharmaceutique et l'exercice coordonné [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/signature-dun-nouvel-avenant-sur-laccompagnement-pharmaceutique-et-lexercice-coordonne>
46. Haute Autorité de Santé - Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [cité 29 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)
47. Haute Autorité de Santé - Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation : Juin 2007. Obes. mars 2009;4(1):39-43.

# Annexes

---

## Annexe n°1 : Echelle QVM

- Questionnaire qualité de vie migraine (QVM).

---

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

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

---

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

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

---

**Modalités de réponses :**

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

## Annexe n°2 : Echelle HIT-6



Société Française d'Etude des Migraines et Céphalées – <http://sfemc.fr>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

+  +  +  +

COLONNE 1 (6 points par réponse)   
 COLONNE 2 (8 points par réponse)   
 COLONNE 3 (10 points par réponse)   
 COLONNE 4 (11 points par réponse)   
 COLONNE 5 (13 points par réponse)

Pour calculer votre score total, additionnez les points obtenus pour chaque colonne.  
Veuillez montrer les résultats de ce questionnaire (HIT-6) à votre médecin

Score Total

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

Les scores sont compris entre 36 et 78

## Annexe n°3 : Echelle MIDAS

### **I. ÉCHELLE MIDAS (*MIGRAINE DISABILITY ASSESSMENT PROGRAMME*)**

d'après Michel Lanteri-Minet, membre du groupe de travail.

Instructions : Nous vous demandons de répondre aux questions suivantes sur TOUTES les céphalées dont vous avez souffert pendant les trois derniers mois. Indiquez la réponse dans la case prévue en regard de chaque question. Indiquez zéro si :

- la question ne s'applique pas pendant ces trois mois
- l'activité ne vous concerne pas pendant ces trois mois.

1- Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois n'avez-vous pas pu vous rendre à votre travail ou à l'école à cause de vos céphalées ?

\_\_ jours

2- Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois votre rendement professionnel, ou scolaire, a-t-il été réduit de moitié ou davantage par vos céphalées ? (Ne pas inclure les journées d'absentéisme professionnel ou scolaire visées par la question 1)

\_\_ jours

3- Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois n'avez-vous pas accompli vos tâches domestiques à cause de vos céphalées ?

\_\_ jours

4- Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois votre activité domestique a-t-elle été réduite de moitié ou davantage par vos céphalées ?

\_\_ jours

5- Pendant combien de journées au cours des trois derniers mois avez-vous dû renoncer à des activités familiales, sociales ou récréatives à cause de vos céphalées ?

\_\_ jours

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

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

Après avoir répondu au questionnaire, additionnez le nombre de jours indiqués en réponse aux questions 1 à 5 (sans tenir compte de A et de B).

Si le total dépasse 6, songez à consulter votre médecin (en vous munissant du présent questionnaire).

Annexe n°4 : Agenda de la migraine

AGENDA DE LA MIGRAINE (semestre)

J	D		I		FD		Médicaments	
	D	I	D	I	D	I	D	I
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30 / 31								

D : durée, I : intensité, choisir : L = légère, M = modérée, S = sévère, FD : facteur déclenchant, Médicament : indiquer le nom et la dose des traitements de crise utilisés

## Annexe n°5 : Techniques de relaxation



FEUILLET D'INFORMATION | AUTOMNE 2013

# Techniques de relaxation

### 1. La respiration abdominale (ou profonde)

Cet exercice aide à se détendre et à mieux gérer son stress.

1. Assoyez-vous ou étendez-vous sur le dos dans une pièce calme et confortable, puis fermez les yeux.
2. Placez une main au centre de la poitrine et l'autre sur le bas de tes côtes, là où commence l'abdomen.
3. Pensez à votre ventre comme à un ballon. Inspirez lentement et profondément par le nez. Laissez entrer l'air lentement jusqu'à ce que l'abdomen soit pleinement gonflé.
4. Expirez lentement jusqu'à ce que vos poumons soient vides.
5. Répétez cet exercice à plusieurs reprises. À chaque fois, vous vous sentirez de plus en plus détendu.

Durant l'exercice, vous devriez sentir uniquement votre abdomen se soulever.

Offrez-vous une séance de relaxation gratuite: téléchargez les balado diffusions de Passeport Santé!  
<http://www.passeportsante.net/fr/audio/video/balado/Balado.aspx>

### La relaxation musculaire progressive

Cette technique contribue à diminuer la tension musculaire et peut favoriser la détente avant le sommeil.

1. Assoyez-vous ou étendez-vous sur le dos dans une pièce calme et confortable, puis fermez les yeux.
2. Serrez les poings pendant cinq secondes, puis relâchez. Répétez l'exercice trois fois. Soyez attentif aux diverses sensations que vous éprouvez alors que vous contractez (tension) et décontractez (relaxation) vos muscles.
3. Répétez cette étape avec tous les groupes musculaires : les bras, les épaules, le thorax, l'abdomen, le dos, les hanches, les cuisses, les mollets et les pieds. Commencez soit par tes pieds, soit par ta tête et continuez tout le long du corps.

Au départ, cet exercice prendra peut-être environ 20 minutes. Avec la pratique, vous arriverez à le faire en cinq minutes environ.

## L'habitude vient avec la pratique!

On ne maîtrise pas la relaxation...on l'appivoise!

Votre cerveau et votre corps garderont un souvenir de chaque période de détente, ce souvenir deviendra de plus en plus précis. L'anticipation de la détente deviendra une détente en soi...cela prendra du temps! Le stress vient souvent d'une impression de manque de temps...c'est en prenant quelques minutes de temps pour soi chaque jour qu'on réalise que la vie roule mais que nous sommes libres de nous arrêter, quelques instants, pour prendre du recul et respirer un peu.



Pas besoin d'être assis en lotus pour méditer!  
Une position confortable assise ou allongée suffit.



### 1. La visualisation

La visualisation permet de combattre les pensées négatives, la nervosité, l'anxiété et la peur. L'utilisation d'une image positive aide parfois à remplacer les images négatives et à faire face à la douleur, au défi ou à des situations difficiles. Vous pouvez ainsi atteindre une profonde relaxation physique et mentale.

1. Oubliez tout et partez pour un voyage imaginaire. À vous de choisir la destination. Asseyez-vous dans une chaise confortable ou allongez-vous dans un endroit agréable et sans danger. Fermez les yeux et tentez de vous vider l'esprit pendant un moment. Respirez profondément et, pendant une dizaine de minutes, imaginez-vous là où vous aimeriez être.
2. Ensuite, imaginez que vous visitez l'un de vos lieux relaxants favoris. Cela peut être d'être étendu sur une plage sablonneuse, d'être assis autour d'un feu de camp, de regarder couler une rivière ou de profiter du panorama d'une montagne, de la mer ou d'un vaste champ. Cela pourrait être de regarder le ciel durant une belle journée d'été. Cela pourrait tout aussi bien être de prendre un bain chaud.
3. Essayez d'imaginer ce que chacun de vos sens éprouve. votre peau est réchauffée par le soleil, mais rafraîchie par la brise légère. Imaginez respirer l'air pur avec un subtil parfum de fleurs.
4. Passez quelques minutes à créer votre propre petit univers imaginaire. Ouvrez doucement les yeux et remarquez à quel point vous êtes détendu.

## Questionnaire à destination des équipes officinales

### **« Place des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux »**

*En France, plus de 20% de la population souffre de migraine, avec des répercussions parfois importantes sur la vie quotidienne : dépression, anxiété, altération de la vie sociale ou de la productivité au travail. Depuis la loi HPST de 2009, le rôle du pharmacien d'officine ne cesse de s'élargir en matière de prévention, dépistage et coordination des soins, et les entretiens pharmaceutiques se développent progressivement. Récemment, un nouveau type d'entretien a été conventionné par l'assurance maladie : l'entretien pharmaceutique chez le patient suivant un traitement anticancéreux par voie orale. C'est dans cette démarche d'évolution du rôle du pharmacien dans le parcours de santé du patient que s'inscrit ce sondage, réalisé dans le cadre d'une thèse d'exercice en vue d'obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie sur « la place des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux ».*

#### **1) Vous êtes :**

- Pharmacien titulaire
- Pharmacien adjoint
- Préparateur en pharmacie
- Etudiant en pharmacie
- Apprenti préparateur en pharmacie

#### **2) Votre équipe officinale s'implique-t-elle dans les missions de pharmacie clinique à l'officine ? (Bilans de médication, entretiens pharmaceutiques, réalisation de TROD ...)**

- Oui
- Non

#### **3) Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?**

- Meilleure prise en charge des patients
- Coopération entre professionnels de santé
- Valorisation du métier de pharmacien
- Patients demandeurs (sans compter la vaccination)
- Autre(s) raison(s) :

---

---

---

---

**4) Si non, quelles sont pour vous les difficultés rencontrées pour la mise en place d'entretiens pharmaceutiques ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Manque de temps
- Manque d'effectif
- Local inadapté (absence d'espace de confidentialité)
- Manque de formations/connaissances
- Paiement trop tardif
- Réticence des autres professionnels de santé
- Patients réticents
- Sans intérêt

**5) Seriez-vous prêt à réaliser des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux (sur la base des entretiens AVK/AOD, ou asthme) à l'officine ?**

- Oui
- Non

**6) Si oui, combien de temps seriez-vous prêt à passer par entretien ?**

- 10 minutes
- 20 minutes
- 30 minutes

**7) Quelle rémunération attendriez-vous pour la réalisation d'un entretien pharmaceutique de 15 minutes chez le patient migraineux ?**

- 15 euros
- 25 euros
- 30 euros
- Plus de 30 euros

**8) D'après vous, si des entretiens « Migraine » étaient possibles, que pourraient-ils apporter ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Diminution de l'automédication et/ou des abus médicamenteux
- Amélioration de la relation de confiance avec le patient
- Orientation du patient vers un médecin
- Amélioration du suivi médical du patient
- Rien

**9) Comment estimez-vous vos connaissances sur la prise en charge des migraines ?**

- Très bonnes
- Bonnes
- Moyennes
- Insuffisantes
- Très insuffisantes

**10) Seriez-vous intéressé par des supports de formation concernant la migraine ?**

**(Plusieurs réponses possibles)**

- Fiches conseils à destination des patients
- Fiches récapitulatives à destination de l'équipe officinale
- Guide d'entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux

Annexe n°7 : Bulletin d'adhésion

Pathologie migraineuse  
**DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE PHARMACIEN**  
**Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien**

Votre pharmacien vous propose d'adhérer au dispositif d'accompagnement des patients migraineux. Afin de bénéficier de ce dispositif vous offrant un suivi et des conseils personnalisés sur cette pathologie et ses traitements, merci de bien vouloir compléter les deux bulletins et les signer.

Votre pharmacien et vous-même en tant qu'adhérent devez conserver votre exemplaire original du bulletin d'adhésion. Votre pharmacien tient son exemplaire à disposition du service du contrôle médical.

**OUI**, je souhaite adhérer au dispositif d'accompagnement des patients migraineux proposé par le pharmacien ci-dessous désigné

**NON**, je ne souhaite pas adhérer au dispositif d'accompagnement des patients migraineux

**Identification de l'adhérent :**

- Nom et Prénom : .....
- Date de naissance : .....
- N° d'immatriculation : .....
- Adresse : .....

**Identification de la pharmacie et du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement de l'adhérent :**

- Nom de la pharmacie : .....
- Adresse.....  
.....
- Nom du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement : .....

L'adhérent donne son accord pour que le pharmacien porte à la connaissance de son médecin traitant et/ou du prescripteur du traitement, son adhésion au dispositif d'accompagnement et prenne contact autant que de besoin avec lui :

OUI

NON

(En cas de refus, l'adhésion au dispositif n'est pas possible)

Nom du médecin traitant : .....

Nom du médecin prescripteur si différent : .....

**Adhésion établie à l'initiative du pharmacien (si oui, cocher la case)**

Fait le :

Signature de l'adhérent :

Nom du pharmacien titulaire :

Signature et cachet de la pharmacie :



### 3) Historique médicamenteux

- Historique des traitements antimigraineux

Médicament	Posologie	Prescripteur	Traitement de fond/ Traitement de crise	Date de la première prescription	Date d'arrêt du médicament le cas échéant

- Autres médicaments prescrits

Médicament	Posologie	Indication	Commentaire(s)

- Automédication/phyto-aromathérapie/homéopathie

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

- Patient fumeur : oui / non

- Identification d'effets particuliers liés à la prise du traitement :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

#### 4) Questionnaire sur l'impact des maux de tête : échelle HIT-6

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

Jamais     Rarement     De temps en temps     Très souvent     Tout le temps

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

Jamais     Rarement     De temps en temps     Très souvent     Tout le temps

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

Jamais     Rarement     De temps en temps     Très souvent     Tout le temps

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

Jamais     Rarement     De temps en temps     Très souvent     Tout le temps

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

Jamais     Rarement     De temps en temps     Très souvent     Tout le temps

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

Jamais     Rarement     De temps en temps     Très souvent     Tout le temps



**Colonne 1 :**  
6pts par réponse



**Colonne 2 :**  
8pts par réponse



**Colonne 3 :**  
10pts par réponse



**Colonne 4 :**  
11pts par réponse



**Colonne 5 :**  
13pts par réponse

#### Score Total :

- $\geq 60$  : impact majeur, nécessité de revoir la prise en charge immédiatement
- 56 – 59 : impact important, nécessité de revoir la pris en charge dans les meilleurs délais
- 50 – 55 : impact certain
- $\leq 49$  : impact faible

## 5) Plan d'accompagnement

1. Le patient sait-il nommer ses médicaments ?

- Pour le traitement de crise A PA NA
- Pour le traitement de fond (le cas échéant) A PA NA

2. Le patient connaît-il la posologie qui lui a été prescrite ?

- Pour le traitement de crise A PA NA
- Pour le traitement de fond (le cas échéant) A PA NA

3. Le patient prend-il régulièrement son traitement de fond (le cas échéant) ?

A PA NA

4. Le patient a-t-il déjà utilisé un agenda des crises de migraine ? Oui / Non

5. Le patient sait-il identifier les facteurs qui lui déclenchent une crise migraineuse ? Oui / Non

6. Entretiens programmés

	Nombre	Dates			
<b>Principes du traitement</b>					
<b>Automédication</b>					
<b>Facteurs déclenchants</b>					
<b>Tenir un agenda des crises</b>					

A = Acquis

PA = Partiellement acquis

NA = Non acquis



Pathologie migraineuse

Entretiens pharmaceutiques – Entretien thématique

Date de réalisation : ...../...../.....

Thème abordé : .....

Nom du pharmacien ayant réalisé l'entretien : .....

Nom et prénom du patient : .....

- **Synthèse de l'entretien et durée**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- **Appréciation sur le niveau de connaissance du patient**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- **Orientation du patient vers le prescripteur :**    Oui    Non

- **Prise de contact avec le prescripteur :**                    Oui    Non

# Traitement de la migraine

## Bon usage du médicament

Pour traiter votre migraine, votre médecin vous a prescrit un médicament de la famille des **AINS**  
Le  
A la posologie de  
Ce médicament est indiqué en cas de crise de migraine, avec ou sans aura

### Comment agit votre médicament ?

Les **AINS** diminuent la réaction inflammatoire engendrée par la vasodilatation artérielle ayant lieu lors d'une crise de migraine. Ils ont une activité **anti-inflammatoire** et **antalgique**.

### Quand prendre votre médicament ?

Ce médicament doit être pris dès le début de la crise de migraine, **le plus tôt possible**, avec un grand verre d'eau, de préférence **au cours d'un repas**.

- ➔ Votre médicament contient de **l'ibuprofène** : Une seconde prise est possible, en respectant un **intervalle de 8h** entre 2 comprimés, si la première dose a été efficace mais que les symptômes réapparaissent. Il est inutile de prendre un second comprimé si la première prise n'a pas soulagé les symptômes de la migraine. La posologie maximale est de **1200mg par jour**.
- ➔ Votre médicament contient du **kétoprofène** : Une seconde prise est possible, en respectant un **intervalle de 12h** entre 2 comprimés, si la première dose a été efficace mais que les symptômes réapparaissent. Il est inutile de prendre un second comprimé si la première prise n'a pas soulagé les symptômes de la migraine. La posologie maximale est de **150mg par jour**.

### Quels sont les effets indésirables principaux ?

Pour avoir la liste complète des effets indésirables, reportez-vous à la notice et si besoin parlez-en à votre médecin. En pratique, il est le plus souvent rapporté des effets indésirables digestifs (nausées, vomissements, gastralgies) et rénaux.

### Quelles sont les contre-indications ?

Les AINS sont contre-indiqués en cas de grossesse à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre et déconseillés dès le début de la grossesse. Ils sont contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque sévère, en cas d'ulcère gastrique, et en cas d'antécédents d'hémorragie/perforation digestive liée à la prise d'AINS.

#### A retenir

- ➔ Je prends mon comprimé **dès le début de la crise**, de préférence au cours d'un repas
- ➔ Je peux renouveler la prise si les symptômes réapparaissent après **un intervalle de 8 à 12h**
- ➔ Inutile de renouveler la prise si le médicament ne m'a pas soulagé, seul un autre traitement autre qu'un AINS ou aspirine doit être pris

# Traitement de la migraine

## Bon usage du médicament

Pour traiter votre migraine, votre médecin vous a prescrit un médicament de la famille des **Salicylés**  
Le  
A la posologie de  
Ce médicament est indiqué en cas de crise de migraine, avec ou sans aura

### Comment agit votre médicament ?

L'**Aspirine** diminue la réaction inflammatoire engendrée par la vasodilatation artérielle ayant lieu lors d'une crise de migraine. Elle a une activité **anti-inflammatoire** et **antalgique**.

### Quand prendre votre médicament ?

Ce médicament doit être pris dès le début de la crise de migraine, **le plus tôt possible**, avec un grand verre d'eau, de préférence **au cours d'un repas**.

Une seconde prise est possible, si la première dose a été efficace mais que les symptômes réapparaissent, après un intervalle minimum de 4h et sans dépasser la dose maximale de 3000mg par jour.

### Quels sont les effets indésirables principaux ?

Pour avoir la liste complète des effets indésirables, reportez-vous à la notice et si besoin parlez-en à votre médecin. En pratique, on note une **toxicité gastrique** (douleurs abdominales) ainsi qu'une augmentation des risques de saignements.

### Quelles sont les contre-indications ?

L'aspirine est contre-indiquée en cas de **grossesse** à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre et déconseillés dès le début de la grossesse. Elle est contre-indiquée en cas d'**insuffisance rénale**, hépatique ou cardiaque sévère, en cas d'**ulcère gastrique**, et en cas d'antécédents d'**hémorragie**/perforation digestive liée à la prise d'AINS ou d'aspirine. Il est nécessaire d'être vigilant en cas de co-médication avec un anticoagulant ou avec le méthotrexate.

### A retenir

- ➔ Je prends mon comprimé **dès le début de la crise**, de préférence **au cours d'un repas**
- ➔ Je peux renouveler la prise si les symptômes réapparaissent après **un intervalle de 4h**
- ➔ Je ne dois pas dépasser la dose maximale de 3000mg par jour

# Traitement de la migraine

## Bon usage du médicament

Pour traiter votre migraine, votre médecin vous a prescrit un médicament de la famille des  
**Triptans**  
Le  
A la posologie de  
Ce médicament est indiqué en cas de crise de migraine, avec ou sans aura

### Comment agit votre médicament ?

Les **Triptans** diminuent la réaction inflammatoire et la vasodilatation artérielle ayant lieu lors d'une crise de migraine.

### Quand prendre votre médicament ?

Ce médicament doit être pris **dès le début de la phase algique**. En cas de migraine avec aura, il est nécessaire d'attendre le début de la phase douloureuse.

Une seconde prise est possible, en respectant un **intervalle de 1 à 4h** entre 2 comprimés selon la spécialité, si la première dose a été efficace mais que les symptômes réapparaissent. Il est inutile de prendre un second comprimé si la première prise n'a pas soulagé les symptômes de la migraine.

### Quels sont les effets indésirables principaux ?

Pour avoir la liste complète des effets indésirables, reportez-vous à la notice et si besoin parlez-en à votre médecin. En pratique, on observe l'apparition de nausées, vomissements, fatigue, des vertiges, une augmentation de la pression artérielle ainsi que des palpitations. Attention, ce médicament est susceptible d'entraîner une sédation, la prudence est de mise en cas de conduite automobile

« **Le syndrome des triptans** » peut être observé avec cette classe de médicaments, il se manifeste sous la forme de bouffées de chaleurs, de sensation de serrement au niveau de la gorge et de sensation de pesanteur. Il est bénin, et disparaît en quelques heures.

### Quelles sont les contre-indications ?

Les **TRIPTANS** sont contre-indiqués en cas d'hypertension artérielle non maîtrisée, d'antécédents cardiovasculaires, et d'insuffisance rénale ou hépatique sévère. Il faut être vigilant en cas de co-médication avec un antidépresseur de la famille des ISRS, des IRSN, ou des IMAO ou encore en cas de co-médication avec un dérivé ergoté dans le cadre du traitement anti-migraineux.

### A retenir

- ➔ Je prends mon comprimé **dès le début de la phase douloureuse**
- ➔ Je peux renouveler la prise si les symptômes réapparaissent après **un intervalle de 1 à 4h**
- ➔ Inutile de renouveler la prise si le médicament ne m'a pas soulagé, seul un autre traitement autre qu'un **TRIPTAN** doit être pris

## Traitement de la migraine

### Bon usage du médicament

Pour traiter votre migraine, votre médecin vous a prescrit un médicament de la famille des **dérivés ergotés**  
Le  
A la posologie de  
Ce médicament est indiqué en cas de crise de migraine, avec ou sans aura

#### Comment agit votre médicament ?

Les **dérivés ergotés** sont des vasoconstricteurs, ils diminuent la réaction inflammatoire et la vasodilatation artérielle ayant lieu lors d'une crise de migraine.

#### Quand prendre votre médicament ?

Ce médicament doit être pris **dès le début de la phase algique**. En cas de migraine avec aura, il est nécessaire d'attendre le début de la phase douloureuse

- ➔ Votre médicament est sous forme de comprimé : une seconde prise est possible, en respectant un **intervalle de 2 à 3h** entre 2 comprimés, sans dépasser la dose maximale de **4 comprimés** par jour.
- ➔ Votre médicament est sous forme de spray : une seconde pulvérisation dans chaque narine est possible après un intervalle de **15minutes**, si la première prise n'a pas été suffisante, sans dépasser **4 pulvérisations** en tout par jour.

#### Quels sont les effets indésirables principaux ?

Pour avoir la liste complète des effets indésirables, reportez-vous à la notice et si besoin parlez-en à votre médecin. En pratique, on observe l'apparition de nausées, vomissements, une augmentation de la pression artérielle ainsi que des palpitations. Pour la forme spray, une intolérance locale peut apparaître sous forme de sécheresse nasale, de rhinorrhées ou de modification du goût.

« **L'ergotisme** » correspond à un surdosage en dérivés ergotés, il se manifeste sous la forme de fourmillements, de perte de sensibilité, ou de douleurs des extrémités voire par des hallucinations ou des convulsions. Il peut conduire à la nécrose des extrémités.

#### Quelles sont les contre-indications ?

Les dérivés ergotés sont contre-indiqués durant la grossesse et en cas d'hypertension artérielle, d'antécédents cardiovasculaires, de syndrome de Raynaud et d'insuffisance rénale ou hépatique sévère. Il faut être vigilant en cas de co-médication avec les antibiotiques de la famille des macrolides, avec les antifongiques ainsi qu'avec les triptans qui sont également utilisés pour soulager les crises migraine

#### A retenir

- ➔ Je prends mon comprimé **dès le début de la phase douloureuse**
- ➔ Je peux renouveler la prise si les symptômes réapparaissent, sans dépasser 4mg par jour

## Traitement de la migraine

### Bon usage du médicament

Pour traiter votre migraine, votre médecin vous a prescrit un médicament à base de **paracétamol**  
Le  
A la posologie de  
Ce médicament est indiqué en cas de crise de migraine, avec ou sans aura

#### Comment agit votre médicament ?

Le **paracétamol** possède des propriétés **antalgiques** et **antipyrétiques**. En revanche, il n'a pas d'action anti-inflammatoire.

#### Quand prendre votre médicament ?

Ce médicament doit être pris le plus tôt possible, **dès le début de la crise**, avec un grand verre d'eau.

Une seconde prise est possible, si la première dose a été efficace mais que les symptômes réapparaissent, après un intervalle minimum de 4h et sans dépasser la dose maximale de 4000mg par jour

#### Quels sont les effets indésirables principaux ?

Pour avoir la liste complète des effets indésirables, reportez-vous à la notice et si besoin parlez-en à votre médecin. En pratique ce médicament présente peu d'effets indésirables. On note cependant un risque d'**hépatotoxicité** à prendre en compte.

#### Quelles sont les contre-indications ?

Le paracétamol ne doit pas être utilisé dans le cas de **maladie grave du foie**. Il doit être utilisé avec prudence chez les personnes souffrant d'alcoolisme chronique, de dénutrition, d'insuffisance rénale grave ou d'hépatite virale. En cas de traitement par un anticoagulant oral et par du paracétamol aux doses maximales (4 g par jour) pendant au moins 4 jours, une surveillance accrue du traitement anticoagulant sera éventuellement nécessaire.

Attention, le paracétamol, seul ou en association, est présent dans de nombreux médicaments : assurez-vous de ne pas prendre simultanément plusieurs médicaments contenant du paracétamol car un surdosage peut être toxique pour le foie.

#### A retenir

- ➔ Je prends mon comprimé **le plus tôt possible**
- ➔ Je peux renouveler la prise si les symptômes réapparaissent, **sans dépasser 4g par jour**
- ➔ Je fais attention à **ne pas cumuler** plusieurs médicaments contenant du paracétamol



## Migraine: Les médecines naturelles

### Phytothérapie

- **Pour prévenir les crises:**
  - Grande camomille: action anti-inflammatoire (en infusion ou en gélule)
- **Pour lutter contre le stress au quotidien:**
  - Faire une cure de magnésium
  - Valériane, aubépine, passiflore
  - Rhodiola (plante adaptogène)

### Homéopathie

- **En cas de crise:**
  - Belladonna 9CH: 3 granules toute les 20min
  - +
  - Iris versicolor 9CH: 3 granules toutes les 20min
- **Pour lutter contre le stress au quotidien:**
  - Gelsemium 15 ou 30CH : anxiété chronique, 5 granules 2x/j
  - Ignatia amara 15CH: angoisse nocturne, 5 granules le soir
  - Ambra grisea 15CH: en cas de palpitations, 5 granules 3x/j

### Aromathérapie

- **Le réflexe:** Menthe poivrée ( 2 gouttes sur les tempes et le front)
- **Le mélange + complet:**
  - 1ml d'HE de lavandin
  - 0,5ml d'HE de camomille romaine
  - 1ml d'HE de basilic exotique
  - 1ml d'HE de menthe poivrée
  - 1ml d'HE de gaulthérie couchée
  - 0,5ml d'HE de girofle

} Masser les tempes et le front

### Conseils généraux

- Toujours avoir ses traitements de crise sur soi
- Connaître ses propres facteurs déclenchants
- Apprendre à gérer son stress
- Avoir une bonne hygiène de vie
- En cas de crise:
  - Appliquer du froid
  - S'allonger dans le noir au calme
  - Prendre un médicament de crise le plus tôt possible

## Migraine: Précautions pour l'automédication



### Phytothérapie

- Éviter la consommation excessive de caféine
- Les traitements à base de plantes peuvent faire l'objet d'effets indésirables, d'interactions et de contre-indications
- Ne pas dépasser les posologies maximales

### Homéopathie

- Ne pas toucher les granules avec les doigts
- Prendre les granules 15 minutes avant le repas ou 1h30 après
- Laisser fondre les granules sous la langue

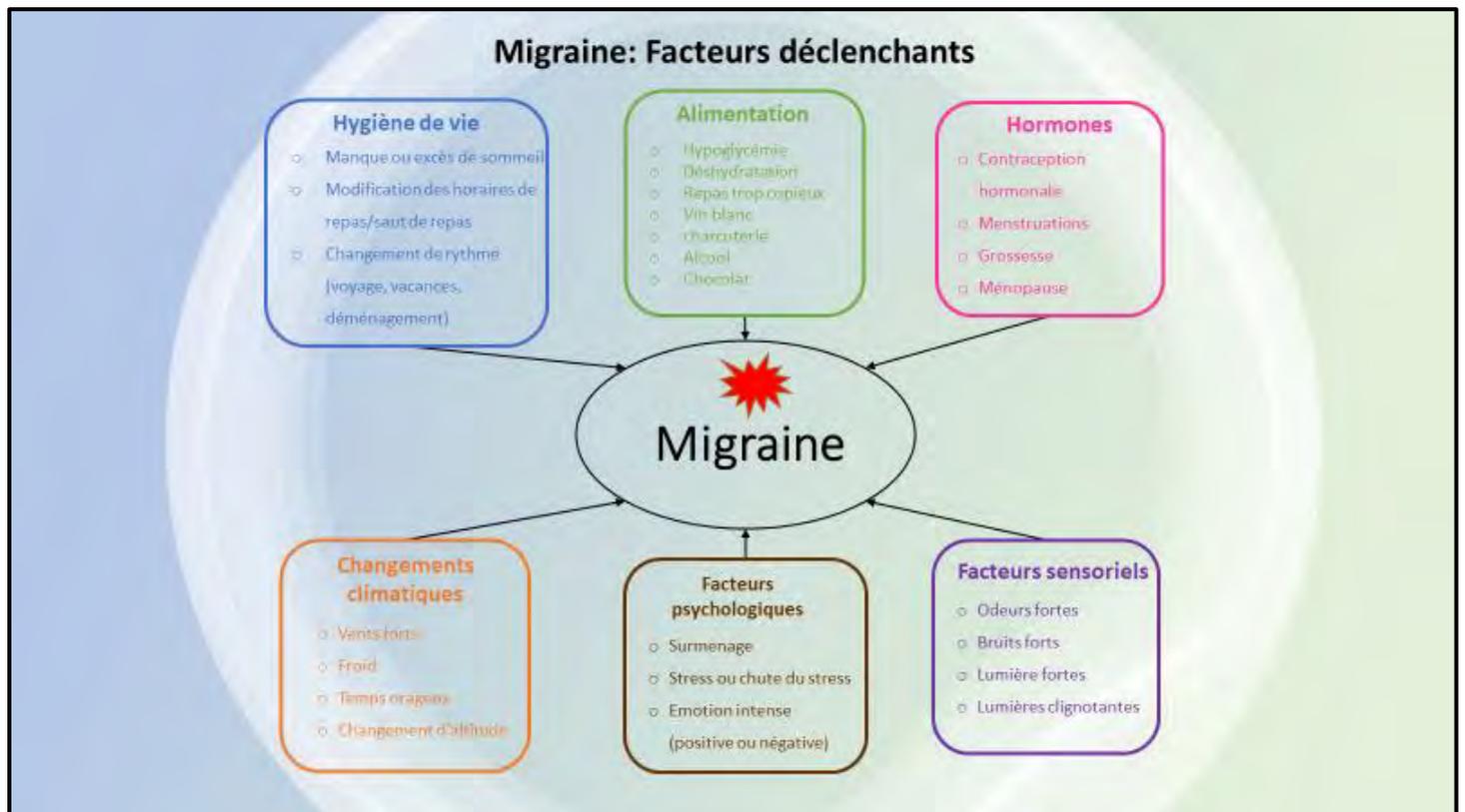
### Aromathérapie

- **Contre-indications de l'aromathérapie:**
  - Epilepsie/Asthme
  - Femme enceinte/allaitante
  - Enfant < 12ans
- Ne pas s'exposer au soleil dans les 3h
- Ne pas utiliser pur
- Ne pas dépasser 10 gouttes/j toutes utilisations confondues

### Conseils généraux

- Ne pas dépasser les posologies maximales des médicaments
- Respecter les intervalles entre deux prises
- Consulter le médecin si les prises médicamenteuses sont  $\geq 8$ /mois. Une surconsommation peut entraîner une migraine chronique
- Ne pas renouveler la prise si le médicament n'a pas été efficace

## Annexe n°17 : Fiche patient facteurs déclenchants



## SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens

De coopérer avec les autres professionnels de santé

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

**TITLE :** Place of pharmaceutical interviews in migraine patient

---

**ABSTRACT :**

Migraine affects 20% of the French population. This pathology can cause serious consequences, both personally and economically. The management of migraine uses crisis medications, sometimes associated with prophylactic medications. It is a progressive disease, which needs a regular medical follow-up, and treatment adaptations. However, many migraine sufferers do not have medical follow-up concerning this pathology, and sometimes, the only healthcare professional they consult is the pharmacist. Then, the pharmacist appears to be a major player in screening, direction, and patient follow-up. The goal of this thesis is to propose a support tool in the form of a pharmaceutical interviews program intended for pharmacists.

---

**KEY-WORDS :** Migraine, Accompaniment, Pharmaceutical Interview, Pharmacy

**AUTEUR** : Anaïs TARAIRE

**TITRE** : Place des entretiens pharmaceutiques chez le patient migraineux

**DIRECTEURS DE THESE** : Madame le professeur Brigitte SALLERIN et Monsieur le docteur Bernard CHAMPANET

**LIEU ET DATE DE SOUTENANCE** : Faculté des sciences pharmaceutiques de Toulouse, jeudi 11 mars 2021

---

## **RESUME**

La migraine touche 20% de la population française. Cette pathologie entraîne parfois de lourdes conséquences, à la fois sur le plan personnel et économique. La prise en charge médicamenteuse passe par des médicaments de crises parfois associés à des traitements prophylactiques. Il s'agit d'une maladie évolutive, nécessitant un suivi médical régulier et une adaptation des traitements. Pourtant, la majorité des migraineux n'ont pas de suivi médical concernant cette pathologie, et le pharmacien d'officine est parfois le seul professionnel de santé consulté. Le pharmacien apparaît alors comme un acteur majeur dans le dépistage, l'orientation et le suivi des patients. Le but de cette thèse est de proposer un outil d'accompagnement des patients, sous la forme d'un programme d'entretiens pharmaceutiques pour le pharmacien d'officine.

---

**Titre et résumé en Anglais** : voir au recto de la dernière page de la thèse

---

**DISCIPLINE administrative** : Pharmacie

---

**MOTS-CLES** : Migraine, Accompagnement, Entretiens Pharmaceutiques, Pharmacie

---

## **INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté des Sciences Pharmaceutiques  
35, Chemin des Maraichers  
31 000 TOULOUSE