

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2019

N° : 15

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR

Nom et prénoms : HUCHÉ Fiona, Claire

Date et lieu de naissance : 23 septembre 1990 à Mulhouse (68)

REPRÉSENTATIONS ET VÉCU DE LA MIGRAINE :
Étude qualitative par entretiens individuels auprès de patients
migraineux en filière de soins en région alsacienne

Président de thèse : Dr HIRSCH Édouard, Professeur

Directeur de thèse : Dr GRIES Jean-Luc

LISTE DES PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFÉRENCE DE LA FACULTÉ



FACULTÉ DE MÉDECINE (U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition OCTOBRE 2018
Année universitaire 2018-2019

- Président de l'Université
- Doyen de la Faculté
- Asseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)
- Doyens honoraires : (1976-1983)
- (1983-1989)
- (1989-1994)
- (1994-2001)
- (3.10.01-7.02.11)
- Chargé de mission auprès du Doyen
- Responsable Administratif

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
M. GOICHOT Bernard
M. DORNER Marc
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. BITSCH Samuel

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétiqne humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétiqne clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|--|--------------|--|---|
| ADAM Philippe P0001 | NRP6 NCS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP | 50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| AKLADIOS Cherif P0191 | NRP6 CS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP | 54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique |
| ANDRES Emmanuel P0002 | NRP6 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC | 53.01 Option : médecine Interne |
| ANHEIM Mathieu P0003 | NRP6 NCS | • Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 Neurologie |
| ARNAUD Laurent P0186 | NRP6 NCS | • Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre | 50.01 Rhumatologie |
| BACHELLIER Philippe P0004 | RP6 CS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP | 53.02 Chirurgie générale |
| BAHRAM Seiamak P0005 | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté | 47.03 Immunologie (option biologique) |
| BALDAUF Jean-Jacques P0006 | NRP6 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre | 54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique |
| BAUMERT Thomas P0007 | NRP6 CU | • Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC | 52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie |
| Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170 | NRP6 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.03 Biologie cellulaire (option biologique) |
| BEAUJEUUX Rémy P0008 | NRP6 Resp | • Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| BECMEUR François P0009 | RP6 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre | 54.02 Chirurgie infantile |
| BERNA Fabrice P0192 | NRP6 CS | • Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes |
| BERTSCHY Gilles P0013 | NRP6 CS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil | 49.03 Psychiatrie d'adultes |
| BIERRY Guillaume P0178 | NRP6 NCS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre | 43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique) |
| BILBAULT Pascal P0014 | NRP6 CS | • Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre | 48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence |
| BODIN Frédéric P0187 | NRP6 NCS | • Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil | 50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlogie |
| Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016 | NCS | • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine | 42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) |
| BONNOMET François P0017 | NRP6 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP | 50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BOURCIER Tristan P0018 | NRP6 NCS | • Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 Ophtalmologie |
| BOURGIN Patrice P0020 | NRP6 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil | 49.01 Neurologie |
| Mme BRIGAND Cécile P0022 | NRP6 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 53.02 Chirurgie générale |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|---|--------------|---|--|--|
| BRUANT-RODIER Catherine P0023 | NRP6 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil | 50.04 | Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique |
| Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171 | NRP6 NCS | • Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC | 52.03 | Néphrologie |
| CANDOLFI Ermanno P0025 | RP6 CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine | 45.02 | Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| CASTELAIN Vincent P0027 | NRP6 NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre | 48.02 | Réanimation |
| CHAKFE Nabil P0029 | NRP6 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC | 51.04 | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire |
| CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172 | NRP6 NCS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme CHARLOUX Anne P0028 | NRP6 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 | Physiologie (option biologique) |
| Mme CHARPIOT Anne P0030 | NRP6 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP | 55.01 | Oto-rhino-laryngologie |
| CHELLY Jameleddine P0173 | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC | 47.04 | Génétique (option biologique) |
| Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041 | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre | 42.03 | Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique) |
| CLAVERT Philippe P0044 | NRP6 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch | 42.01 | Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique) |
| COLLANGE Olivier P0193 | NRP6 NCS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC | 48.01 | Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique) |
| CRIBIER Bernard P0045 | NRP6 CS | • Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 | Dermato-Vénérologie |
| DANION Jean-Marie P0046 | NRP6 NCS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil | 49.03 | Psychiatrie d'adultes |
| de BLAY de GAIX Frédéric P0048 | RP6 CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 | Pneumologie |
| DEBRY Christian P0049 | NRP6 CS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP | 55.01 | Oto-rhino-laryngologie |
| de SEZE Jérôme P0057 | NRP6 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 | Neurologie |
| DERUELLE Philippe | | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre | 54.03 | Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique |
| DIEMUNSCH Pierre P0051 | RP6 CS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre | 48.01 | Anesthésiologie-réanimation (option clinique) |
| Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054 | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre | 47.04 | Génétique (type clinique) |
| DUCLOS Bernard P0055 | NRP6 CS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP | 52.01 | Option : Gastro-entérologie |
| DUFOUR Patrick (5) (7) P0056 | S/nb Cons | • Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention) | 47.02 | Option : Cancérologie clinique |
| EHLINGER Matfnieu P0188 | NRP6 NCS | • Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre | 50.02 | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059 | NRP6 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre | 54.01 | Pédiatrie |
| Mme FACCA Sybille P0179 | NRP6 NCS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme FAFI-KREMER Samira P0060 | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 | Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique |
| FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052 | NRP6 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| GANGI Afshin P0062 | RP6 CS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| GAUCHER David P0063 | NRP6 NCS | • Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 | Ophtalmologie |
| GENY Bernard P0064 | NRP6 CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 | Physiologie (option biologique) |
| GEORG Yannick | | Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC | 51.04 | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|-----------------------------------|-------------|--|--|--|
| GICQUEL Philippe P0065 | NRP6 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre | 54.02 | Chirurgie infantile |
| GOICHOT Bernard P0066 | RP6 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP | 54.04 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| Mme GONZALEZ Maria P0067 | NRP6 CS | • Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC | 46.02 | Médecine et santé au travail Travail |
| GOTTENBERG Jacques-Eric P0068 | NRP6 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre | 50.01 | Rhumatologie |
| HANNEDOUCHE Thierry P0071 | NRP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil | 52.03 | Néphrologie |
| HANSMANN Yves P0072 | NRP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil | 45.03 | Option : Maladies infectieuses |
| HERBRECHT Raoul P0074 | RP6 NCS | • Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre | 47.01 | Hématologie ; Transfusion |
| HIRSCH Edouard P0075 | NRP6 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre | 49.01 | Neurologie |
| IMPERIALE Alessio P0194 | NRP6 NCS | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189 | | • Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau | 49.05 | Médecine Physique et Réadaptation |
| JAULHAC Benoît P0078 | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd. | 45.01 | Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| Mme JEANDIDIER Nathalie P0079 | NRP6 CS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC | 54.04 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| Mme JESEL-MOREL Laurence | | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| KALTENBACH Georges P0081 | RP6 CS | • Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau | 53.01 | Option : gériatrie et biologie du vieillissement |
| KEMPF Jean-François P0083 | RP6 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme KESSLER Laurence P0084 | NRP6 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC | 54.04 | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| KESSLER Romain P0085 | NRP6 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 | Pneumologie |
| KINDO Michel P0195 | NRP6 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| KOPFERSCHMITT Jacques P0086 | NRP6 NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil | 48.04 | Thérapeutique (option clinique) |
| Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087 | NRP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC | 47.03 | Immunologie (option clinique) |
| KREMER Stéphane M0038 / P0174 | NRP6 CS | • Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| KUHN Pierre P0175 | NRP6 NCS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre | 54.01 | Pédiatrie |
| KURTZ Jean-Emmanuel P0089 | NRP6 CS | • Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre | 47.02 | Option : Cancérologie (clinique) |
| Mme LALANNE-TONGIO Laurence | | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 49.03 | Psychiatrie d'adultes |
| LANG Hervé P0090 | NRP6 NCS | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil | 52.04 | Urologie |
| LANGER Bruno P0091 | RP6 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre | 54.03 | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique |
| LAUGEL Vincent P0092 | NRP6 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre | 54.01 | Pédiatrie |
| LE MINOR Jean-Marie P0190 | NRP6 NCS | • Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre | 42.01 | Anatomie |
| LIPSKER Dan P0093 | NRP6 NCS | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 | Dermato-vénéréologie |
| LIVERNEAUX Philippe P0094 | NRP6 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| MALOUF GABRIEL | | • Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre | 47.01 | Hématologie: transfusion |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|-------------------------------------|-------------|--|--|---|
| MARESCAUX Christian (5) P0097 | NRP6 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre | 49.01 | Neurologie |
| MARK Manuel P0098 | NRP6 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre | 54.05 | Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| MARTIN Thierry P0099 | NRP6 NCS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC | 47.03 | Immunologie (option clinique) |
| MASSARD Gilbert P0100 | NRP6 NCS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme MATHELIN Carole P0101 | NRP6 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil | 54.03 | Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale |
| MAUVIEUX Laurent P0102 | NRP6 CS | • Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine | 47.01 | Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique |
| MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103 | RP6 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| MERTES Paul-Michel P0104 | NRP6 CS | • Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.01 | Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte) |
| MEYER Nicolas P0105 | NRP6 NCS | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil | 46.04 | Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique) |
| MEZIANI Ferhat P0106 | NRP6 NCS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.02 | Réanimation |
| MONASSIER Laurent P0107 | NRP6 CS | • Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil | 48.03 | Option : Pharmacologie fondamentale |
| MOREL Olivier P0108 | NRP6 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| MOULIN Bruno P0109 | NRP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil | 52.03 | Néphrologie |
| MUTTER Didier P0111 | RP6 CS | • Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC | 52.02 | Chirurgie digestive |
| NAMER Izzie Jacques P0112 | NRP6 CS | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC | 43.01 | Biophysique et médecine nucléaire |
| NISAND Israël P0113 | NRP6 NCS | • Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre | 54.03 | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique |
| NOEL Georges P0114 | NCS | • Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie | 47.02 | Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique |
| OHLMANN Patrick P0115 | NRP6 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| Mme OLLAND Anne | | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil | 51.03 | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme PAILLARD Catherine P0180 | NRP6 CS | • Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre | 54.01 | Pédiatrie |
| PELACCIA Thierry | | • Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR | 48.02 | Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences |
| Mme PERRETTA Silvana P0117 | NRP6 NCS | • Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC | 52.02 | Chirurgie digestive |
| PESSAUX Patrick P0118 | NRP6 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC | 53.02 | Chirurgie Générale |
| PETIT Thierry P0119 | CDp | • Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique | 47.02 | Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique |
| PIVOT Xavier | | • Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique | 47.02 | Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique |
| POTTECHER Julien P0181 | NRP6 NCS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre | 48.01 | Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique) |
| PRADIGNAC Alain P0123 | NRP6 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP | 44.04 | Nutrition |
| PROUST François P0182 | NRP6 CS | • Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre | 49.02 | Neurochirurgie |
| Mme QUOIX Elisabeth P0124 | NRP6 CS | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.01 | Pneumologie |
| Pr RAUL Jean-Sébastien P0125 | NRP6 CS | • Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine | 46.03 | Médecine Légale et droit de la santé |
| REIMUND Jean-Marie P0126 | NRP6 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP | 52.01 | Option : Gastro-entérologie |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités | |
|--|-------------|---|--|---|
| Pr RICCI Roméo P0127 | NRP6 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.01 | Biochimie et biologie moléculaire |
| ROHR Serge P0128 | NRP6 CS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 53.02 | Chirurgie générale |
| Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196 | NRP6 CS | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre | 54.01 | Pédiatrie |
| ROUL Gérard P0129 | NRP6 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil | 51.02 | Cardiologie |
| Mme ROY Catherine P0140 | NRP6 CS | • Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (opt clinique) |
| SAUDER Philippe P0142 | NRP6 CS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.02 | Réanimation |
| SAUER Arnaud P0183 | NRP6 NCS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 | Ophtalmologie |
| SAULEAU Erik-André P0184 | NRP6 NCS | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC | 46.04 | Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique) |
| SAUSSINE Christian P0143 | RP6 CS | • Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil | 52.04 | Urologie |
| SCHNEIDER Francis P0144 | RP6 CS | • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre | 48.02 | Réanimation |
| Mme SCHRÖDER Carmen P0185 | NRP6 CS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil | 49.04 | Pédopsychiatrie ; Addictologie |
| SCHULTZ Philippe P0145 | NRP6 NCS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP | 55.01 | Oto-rhino-laryngologie |
| SERFATY Lawrence P0197 | NRP6 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP | 52.01 | Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie |
| SIBILIA Jean P0146 | NRP6 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre | 50.01 | Rhumatologie |
| Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147 | RP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil | 55.02 | Ophtalmologie |
| Mme STEIB Annick P0148 | RP6 NCS | • Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC | 48.01 | Anesthésiologie-réanimation (option clinique) |
| STEIB Jean-Paul P0149 | NRP6 CS | • Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil | 50.02 | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| STEPHAN Dominique P0150 | NRP6 CS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil | 51.04 | Option : Médecine vasculaire |
| THAVEAU Fabien P0152 | NRP6 NCS | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC | 51.04 | Option : Chirurgie vasculaire |
| Mme TRANCHANT Christine P0153 | NRP6 CS | • Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre | 49.01 | Neurologie |
| VEILLON Francis P0155 | NRP6 CS | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre | 43.02 | Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| VELTEN Michel P0156 | NRP6 NCS | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques | 46.01 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique) |
| VETTER Denis P0157 | NRP6 NCS | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC | 52.01 | Option : Gastro-entérologie |
| VIDAILHET Pierre P0158 | NRP6 NCS | • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 49.03 | Psychiatrie d'adultes |
| VIVILLE Stéphane P0159 | NRP6 NCS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine | 54.05 | Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| VOGEL Thomas P0160 | NRP6 CS | • Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau | 51.01 | Option : Gériatrie et biologie du vieillissement |
| WEBER Jean-Christophe Pierre P0162 | NRP6 CS | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil | 53.01 | Option : Médecine Interne |
| WOLF Philippe P0164 | NRP6 NCS | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU | 53.02 | Chirurgie générale |
| Mme WOLFF Valérie | | • Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre | 49.02 | Neurochirurgie |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|----------------|-----|--|--|
|----------------|-----|--|--|

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

| | | | | |
|----------------------|------------|---|-------|--------------------|
| HABERSETZER François | CS | Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC | 52.01 | Gastro-Entérologie |
| CALVEL Laurent | NRPô CS | Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC | 55.02 | Ophtalmologie |
| SALVAT Eric | | Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur | | |

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| MO112 | B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH) | | |
|--------------|---|--|--|

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|--|-----|---|--|
| AGIN Arnaud M0001 | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 Biophysique et Médecine nucléaire |
| Mme ANTAL Maria Cristina M0003 | | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie | 42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) |
| Mme ANTONI Delphine M0109 | | • Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss | 47.02 Cancérologie ; Radiothérapie |
| ARGEMI Xavier M0112 | | • Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil | 45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses |
| Mme AYME-DIETRICH Estelle | | • Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC | 48.03 Option: pharmacologie fondamentale |
| Mme BARNIG Cindy M0110 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie |
| Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018) | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil | 45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique) |
| Mme BIANCALANA Valérie M0008 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| BLONDET Cyrille M0091 | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| BONNEMAINS Laurent M0099 | | • Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil | 54.01 Pédiatrie |
| BOUSIGES Olivier M0092 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| CARAPITO Raphaël M0113 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil | 47.03 Immunologie |
| CAZZATO Roberto | | • Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC | 43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique) |
| CERALINE Jocelyn M0012 | | • Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP | 47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique) |
| CHOQUET Philippe M0014 | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| COLLONGUES Nicolas M0016 | | • Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP | 49.01 Neurologie |
| DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme de MARTINO Sylvie M0018 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine | 45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique |
| Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18) | CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP | 47.04 Génétique |
| DEVYS Didier M0019 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| DOLLÉ Pascal M0021 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme ENACHE Irina M0024 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie |
| FILISSETTI Denis M0025 | | • Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| FOUCHER Jack M0027 | | • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil | 44.02 Physiologie (option clinique) |
| GUERIN Eric M0032 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.03 Biologie cellulaire (option biologique) |
| Mme HARSAN-RASTEI Laura | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme HEIMBURGER Céline | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme HELMS Julie M0114 | | • Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil | 48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation |
| HUBELE Fabrice M0033 | | • Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034 | | • Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine | 46.03 Médecine Légale et droit de la santé |
| JEGU Jérémie M0101 | | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil | 46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique) |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|---|-----|---|---|
| JEHL François M0035 | | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| KASTNER Philippe M0089 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| Mme KEMMEL Véronique M0036 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme LAMOUR Valérie M0040 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme LANNES Béatrice M0041 | | • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre | 42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) |
| LAVAUX Thomas M0042 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP | 44.03 Biologie cellulaire |
| LAVIGNE Thierry M0043 | CS | • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène | 46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique) |
| Mme LEJAY Anne M0102 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (Biologique) |
| LENORMAND Cédric M0103 | | • Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil | 50.03 Dermato-Vénérologie |
| LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018) | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine | 45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique) |
| Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| LHERMITTE Benoît M0115 | | • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre | 42.03 Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090 | | • Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie |
| LUTZ Jean-Christophe M0046 | | • Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC | 55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| MEYER Alain M0093 | | • Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (option biologique) |
| MIGUET Laurent M0047 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC | 44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique) |
| Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049 | CS | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantaire / CMCO Schiltigheim | 54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| MULLER Jean M0050 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| NOLL Eric M0111 | | • Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre | 48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence |
| Mme NOURRY Nathalie M0011 | | • Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC | 46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique) |
| PENCREAC'H Erwan M0052 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire |
| PFAFF Alexander M0053 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS | 45.02 Parasitologie et mycologie |
| Mme PITON Amélie M0094 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC | 47.04 Génétique (option biologique) |
| PREVOST Gilles M0057 | | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil | 47.03 Immunologie (option biologique) |
| Mme REIX Nathalie M0095 | | • Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine | 43.01 Biophysique et médecine nucléaire |
| RIEGEL Philippe M0059 | | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| ROGUE Patrick (cf. A2) M0060 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC | 44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique) |
| Mme ROLLAND Delphine | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC | 44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique) |
| ROMAIN Benoît M0061 | | • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP | 53.02 Chirurgie générale |
| Mme RUPPERT Elisabeth M0106 | | • Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil | 49.01 Neurologie |

| NOM et Prénoms | CS* | Services Hospitaliers ou Institut / Localisation | Sous-section du Conseil National des Universités |
|--|-----|--|---|
| Mme SABOU Alina M0096 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| Mme SAMAMA Brigitte M0062 | | • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine | 42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique) |
| Mme SCHEIDECKER Sophie | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| Mme SCHNEIDER Anne M0107 | | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre | 54.02 Chirurgie Infantile |
| SCHRAMM Frédéric M0068 | | • Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté | 45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique) |
| Mme SOLIS Morgane | | • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil | 47.04 Génétique (option biologique) |
| Mme SORDET Christelle M0069 | | • Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre | 50.01 Rhumatologie |
| TALHA Samy M0070 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC | 44.02 Physiologie (option clinique) |
| Mme TALON Isabelle M0039 | | • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre | 54.02 Chirurgie infantile |
| TELETIN Marius M0071 | | • Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim | 54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique) |
| Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073 | | • Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil | 47.03 Immunologie (option biologique) |
| VALLAT Laurent M0074 | | • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre | 47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique |
| Mme VILLARD Odile M0076 | | • Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac | 45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique) |
| Mme WOLF Michèle M0010 | | • Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil | 48.03 Option : Pharmacologie fondamentale |
| Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116 | | • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre | 54.01 Pédiatrie |
| ZOLL Joffrey M0077 | | • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC | 44.02 Physiologie (option clinique) |

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

| | | | |
|---------------------------|-------|---|---|
| Pr BONAHE Christian | P0166 | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques |
| Mme la Pre RASMUSSEN Anne | P0186 | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

| | | | |
|-----------------------|-------|---|---|
| Mr KESSEL Nils | | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |
| Mr LANDRE Lionel | | ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine | 69. Neurosciences |
| Mme THOMAS Marion | | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |
| Mme SCARFONE Marianna | M0082 | Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine | 72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques |

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|---------------------|-------|--|------------------------------------|
| Mme CHAMBE Juliette | M0108 | Département de Médecine générale / Faculté de Médecine | 53.03 Médecine générale (01.09.15) |
|---------------------|-------|--|------------------------------------|

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

| | | |
|------------------------|-------|---|
| Pr Ass. GRIES Jean-Luc | M0084 | Médecine générale (01.09.2017) |
| Pr Ass. KOPP Michel | P0167 | Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016) |

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

| | | |
|---------------------|-------|--------------------------------------|
| Dre CHAMBE Juliette | M0108 | 53.03 Médecine générale (01.09.2015) |
|---------------------|-------|--------------------------------------|

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

| | | |
|-----------------------------|-------|--|
| Dr BERTHOU anne | M0109 | Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018) |
| Dr BREITWILLER-DUMAS Claire | | Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019) |
| Dr GUILLOU Philippe | M0089 | Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016) |
| Dr HILD Philippe | M0090 | Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016) |
| Dr ROUGERIE Fabien | M0097 | Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017) |
| Dr SANSELME Anne-Elisabeth | | Médecine générale |

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

| | | |
|-----------------------------|-------|--|
| Mme ACKER-KESSLER Pia | M0085 | Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03) |
| Mme CANDAS Peggy | M0086 | Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99) |
| Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle | M0087 | Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11) |
| Mme JUNGER Nicole | M0088 | Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09) |
| Mme MARTEN Susanne | M0098 | Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14) |

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

| | | |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Dr ASTRUC Dominique | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre |
| Dr ASTRUC Dominique (par intérim) | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre |
| Dr CALVEL Laurent | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre |
| Dr DELPLANQ Hervé | NRP6 CS | - SAMU-SMUR |
| Dr GARBIN Olivier | CS | - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim |
| Dre GAUGLER Elise | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil |
| Dre GERARD Bénédicte | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil |
| Mme GOURIEUX Bénédicte | RP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil |
| Dr KARCHER Patrick | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau |
| Pr LESSINGER Jean-Marc | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre |
| Mme Dre LICHTBLAU Isabelle | NRp6 Resp | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim |
| Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau |
| Dr NISAND Gabriel | RP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil |
| Dr REY David | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil |
| Dr TCHOMAKOV Dimitar | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP |
| Mme Dre TEBACHER-ALT Martine | NRP6 NCS Resp | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil |
| Mme Dre TOURNOUD Christine | NRP6 CS | <ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil |

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

| | |
|------------------------------|--|
| Dr BRAUN Jean-Jacques | ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016) |
| Pr CHARRON Dominique | Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018) |
| Mme GUI Yali | (Shaanxi/Chine) (2016-2017) |
| Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès | Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015) |
| Dr JENNY Jean-Yves | Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018) |
| Mme KIEFFER Brigitte | IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017) |
| Dr KINTZ Pascal | Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018) |
| Dr LAND Walter G. | Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017) |
| Dr LANG Jean-Philippe | Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018) |
| Dr LECOCQ Jehan | IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018) |
| Dr REIS Jacques | Neurologie (2017-2018) |
| Pr REN Guo Sheng | (Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017) |
| Dr RICCO Jean-Baptiste | CHU Poitiers (2017-2018) |

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

| | |
|---|--|
| ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94 | KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98 |
| BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01 | LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98 |
| BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12 | LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011 |
| BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95 | LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95 |
| BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10 | LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10 |
| BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16 | LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16 |
| BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18 | MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03 |
| BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017 | MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13 |
| BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95 | MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16 |
| BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03 | MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14 |
| BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99 | MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94 |
| BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10 | MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16 |
| BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02 | MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99 |
| BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99 | MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07 |
| BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86 | MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13 |
| BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18 | MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10 |
| CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15 | MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93 |
| CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15 | MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011 |
| CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95 | MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009 |
| CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12 | OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13 |
| CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16 | PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15 |
| COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00 | PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15 |
| CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98 | Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011 |
| CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11 | POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18 |
| DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17 | REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98 |
| DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17 | RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02 |
| DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87 | ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90 |
| DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13 | RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10 |
| EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10 | SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14 |
| FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02 | SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04 |
| FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016 | SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95 |
| FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009 | SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01 |
| GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13 | SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11 |
| GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04 | SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12 |
| GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97 | SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87 |
| GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03 | SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06 |
| GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14 | STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10 |
| HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18 | STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009 |
| HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06 | STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15 |
| HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04 | STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03 |
| IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009 | TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06 |
| IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98 | TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08 |
| JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17 | VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16 |
| JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11 | VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13 |
| JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011 | VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08 |
| JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04 | WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09 |
| KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06 | WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11 |
| KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95 | WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13 |
| KIRN André (Virologie) / 01.09.99 | WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15 |
| KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98 | WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96 |
| KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07 | |
| KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08 | |
| KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07 | |

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

DÉDICACES ET REMERCIEMENTS

Au Pr Hirsch, pour me faire l'honneur d'être président de ma thèse et pour le souvenir impérissable que je conserverai indéfiniment de mon tout premier module, qui était un module de neurologie !

Au Pr Vidailhet, pour l'enseignement reçu dans le courant de mon cursus médical et pour avoir accepté de faire partie de ce jury ;

Au Pr Gonzalez, pour avoir également accepté de faire partie du jury de cette thèse et pour votre engagement au sein de la Faculté de médecine ;

Au Dr Gries, mon directeur de mémoire et de thèse, pour votre compétence, votre pragmatisme, votre aide, votre grande patience ;

À mon Nico, mon fiancé, mon amoureux : que je t'aime ! Merci pour ton infaillible confiance, ta présence, tes encouragements, ta clairvoyance, ton amour qui croit en moi à chaque instant ;

À ma Maman, pour ton soutien permanent, ta patience, ton inspiration, ta force et ton exemple ;

À mon Papa, sans qui je me serais contentée de mes notions de biologie de collège et n'aurais jamais entrepris de cursus scientifique ;

À mes frères et sœurs qui ont toujours cru en moi et en ma compétence médicale, avant même de m'avoir vue exercer, et merci particulièrement à Florie qui a permis d'ajouter une touche d'anglais de qualité à ce travail ;

À mes co-internes qui m'ont encouragée, motivée, conseillée tout au long de ces 3 ans d'internat. Vous m'avez réconfortée, faite rire, appris beaucoup ;

Au DMG de Strasbourg, notamment Mathieu Lorenzo et Dr Kopp, qui m'ont formée, enseignée, rendue autonome dans la recherche bibliographique (vive Zotero !) ;

À tous mes amis (surtout Aloys et Yaëlle), qui, bien que n'étant pas du milieu médical, ont été si compréhensifs, sages, et présents pour moi quand j'en avais besoin ;

À toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai rencontrées au cours de ces 9 ans : vous m'avez tant apporté ! Merci pour votre patience, votre sympathie, votre travail de chaque jour !

À mes amis et ma famille moins proches ; je pourrais vous remercier individuellement mais cela mériterait un tome à part !

À la Faculté de Médecine de Strasbourg, où tout a commencé, où se termine aujourd'hui ce cursus universitaire, où commence le reste...

À Celui qui me donne chaque jour la force d'avancer, de continuer, de recommencer...

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CEN : Collège des Enseignants de Neurologie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMG : Département de Médecine Générale

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HIT-6 : Headache Impact Test

ICHD : International Classification of Headache Disorders

IHS : International Headache Society

INSERM : Institut National de la Santé et la Recherche Médicale

MIDAS : Migraine Disability Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFEMC : Société Française d'Étude des Migraines et Céphalées

SFETD : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Dispositif de stimulation transcutanée)

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 22 |
| I. Contexte | 22 |
| II. Terminologie..... | 24 |
| a) Définition de « représentation » | 24 |
| b) Définition de « maladie » | 24 |
| III. Historique des conceptions et connaissances sur la migraine..... | 25 |
| IV. Etiopathogénie et connaissances actuelles..... | 27 |
| a) Critères diagnostiques | 29 |
| b) Traitement | 29 |
| i. Le traitement de la crise | 30 |
| ii. Le traitement de fond | 31 |
| iii. Les mesures hygiéno-diététiques | 32 |
| iv. Autres traitements | 32 |
| c) Evaluation du retentissement sur la qualité de vie..... | 33 |
| d) Suivi et évolution du patient migraineux | 33 |
| V. Objectifs de l'étude | 34 |
| MATÉRIEL & MÉTHODES | 35 |
| I. Justification de la réalisation d'une étude qualitative | 35 |
| II. Recrutement des patients et recueil des données..... | 35 |
| III. Anonymisation des données | 37 |
| IV. Trame d'entretien..... | 37 |
| V. Analyse des données | 38 |
| RÉSULTATS..... | 39 |
| I. Caractéristiques de la population étudiée | 39 |
| II. Vécu affectif et symptomatologie de la migraine | 42 |
| a) Une expérience physique et sensorielle intense..... | 42 |
| b) L'asthénie..... | 43 |
| c) La supériorité de l'expérience sur la connaissance scientifique | 44 |

| | |
|---|----|
| III. Reconnaissance sociale de la maladie..... | 44 |
| a) La migraine comme maladie | 44 |
| b) Une maladie à fort retentissement | 45 |
| c) Un sentiment d'incrédulité et de culpabilité..... | 48 |
| d) Un diagnostic rattaché à une notion de fatalité..... | 49 |
| IV. Relation de soins et attentes par rapport au corps médical..... | 50 |
| a) L'espoir d'une guérison | 50 |
| b) Un manque de connaissance médicale des généralistes | 50 |
| c) Une demande d'information | 52 |
| - Une plus grande information du patient | 52 |
| - Une plus grande information du public | 53 |
| d) Le caractère rassurant du diagnostic..... | 54 |
| V. Connaissances et vécu intellectuel de la maladie | 55 |
| a) Une bonne connaissance des facteurs déclenchants..... | 55 |
| b) Une évolution chronique et cyclique..... | 56 |
| c) L'appréhension de la survenue d'une crise | 58 |
| d) Mécanismes physiopathologiques attribués à la migraine..... | 59 |
| DISCUSSION | 62 |
| I. Limites de l'étude | 62 |
| II. Comparaison aux résultats d'études similaires..... | 62 |
| a) Comparaison à l'étude réalisée à Nice | 62 |
| b) Comparaison à l'étude réalisée à Besançon..... | 64 |
| III. Concernant le vécu affectif de la migraine..... | 64 |
| a) Un décalage entre l'aspect subjectif et l'aspect objectif de la maladie | 64 |
| b) Un parcours souvent difficile..... | 65 |
| c) Un isolement sur plusieurs strates | 66 |
| d) Une évolution dans la perception et la connaissance de la maladie | 68 |
| IV. Concernant la considération sociale et le vécu intellectuel de la migraine..... | 70 |
| a) Différentes conceptions de la maladie | 70 |
| i. Le modèle exogène | 71 |
| ii. Le modèle endogène..... | 72 |
| b) Une prise en charge individuelle, évolutive, adaptable | 73 |

| | | |
|-----|---|----|
| V. | Concernant la relation de soins..... | 74 |
| a) | Une demande d'écoute et d'empathie | 74 |
| b) | Améliorer la formation et l'information..... | 75 |
| - | Une meilleure formation médicale..... | 75 |
| - | Une plus grande information du public | 75 |
| - | Un devoir d'information envers les patients migraineux | 76 |
| VI. | Synthèse et perspectives..... | 77 |
| a) | Synthèse..... | 77 |
| b) | Rôle des médecins généralistes..... | 78 |
| c) | Rôle de la société..... | 79 |
| | CONCLUSION | 80 |
| | ANNEXES..... | 82 |
| | Annexe 1. <i>Facteurs déclenchants des migraines.</i> | 82 |
| | Annexe 2. <i>Critères diagnostiques de la migraine (ICHD-3).</i> | 83 |
| | Annexe 3. <i>Traitements de fond de la migraine.</i> | 84 |
| | Annexe 4. <i>Echelle HIT-6</i> | 86 |
| | Annexe 5. <i>Echelle MIDAS</i> | 87 |
| | Annexe 6. <i>Echelle HAD</i> | 88 |
| | Annexe 7. <i>Agenda des migraines</i> | 89 |
| | Annexe 8. <i>Flyer destiné aux patients</i> | 90 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 91 |
| | ATTESTATION DE NON-PLAGIAT | 96 |

TABLE DES ILLUSTRATIONS

| | |
|---|----|
| Figure 1. Sexe-ratio des participants..... | 39 |
| Figure 2. Département d'origine des participants | 39 |
| Figure 3. Age des participants..... | 40 |
| Figure 4. Types de migraines..... | 40 |
| Figure 5. Le mal de tête dans l'imagination | 41 |
| Figure 6. Les préjugés associés à la migraine..... | 47 |
| Figure 7. L'appréhension de l'environnement..... | 57 |

INTRODUCTION

I. Contexte

La migraine est un motif fréquent de consultation en médecine générale. Sa prévalence est de 8 à 12% dans la population générale française, si l'on considère les critères stricts de l'International Headache Society (IHS) (1), et elle atteint 21% lorsqu'on étend la définition aux « migraines probables », c'est-à-dire aux crises répondant à tous les critères de l'IHS, sauf un (2).

C'est une maladie bénigne mais potentiellement invalidante, pouvant avoir un retentissement socioprofessionnel majeur (3).

Pourtant, la migraine est une maladie sous-diagnostiquée : 28 à 43 % des migraineux n'ont jamais consulté pour leurs migraines et 30 à 60 % des migraineux ayant consulté au moins une fois pour leurs céphalées échappent au système de soins (4).

Parallèlement aux progrès considérables faits par la recherche scientifique dans la compréhension et le traitement des différentes maladies, l'étude des représentations sociales de la maladie et de la santé présente un intérêt croissant (5).

Deux études qualitatives régionales récentes ont particulièrement porté sur la question du vécu des patients migraineux. Les résultats de ces deux études étaient semblables sur de nombreux points, mettant notamment en avant l'importance pour les migraineux de l'écoute dans la relation médecin-patient, mais ils divergeaient sur d'autres points, comme celui de la conception qu'ont les patients de la migraine (6,7).

La première de ces études, conduite par le centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon, avait pour principale limite le caractère collectif du recueil de données (entretiens réalisés en focus groups). La seconde, réalisée dans la région niçoise, avait pour sujet d'étude des patients migraineux hors filière de soins (ne consultant pas ou plus).

Afin de confirmer ces résultats et d'évaluer leur généralisabilité, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative portant sur les représentations de la migraine, par entretiens individuels, chez des patients connus du système de soins, dans la région alsacienne.

II. Terminologie

a) Définition de « représentation »

Le dictionnaire Larousse donne pour définitions à « représentation » :

- De façon générale :

« Image, figure, symbole, signe qui représente un phénomène, une idée. »

« Action d'évoquer quelque chose, quelqu'un par le langage. »

- Dans le domaine psychologique :

« Perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet ».

Une représentation est donc l'image qu'un individu se fait d'une situation ou d'une chose présente dans son environnement. Cette définition met l'accent sur la perception, l'expérience sensorielle et sensitive de l'individu.

- Dans le domaine philosophique :

« Connaissance fournie à l'esprit par les sens ou par la mémoire ».

Cette définition rejoint les deux premières et introduit la notion de connaissance et, par extrapolation, d'apprentissage.

b) Définition de « maladie »

Les définitions données par ce même dictionnaire au mot « maladie » sont :

- *« Altération de la santé, des fonctions des êtres vivants (animaux et végétaux), en particulier quand la cause est connue (par opposition à un syndrome). »*
- *« Altération, dégradation de quelque chose. »*

Tout en gardant en arrière-fond l'ensemble de ces définitions, nous donnerons, au cours de ce travail, à l'expression « représentation de la maladie » la définition suivante : « sens que le patient donne au désordre dont il est atteint, à la fois au regard de son histoire et des liens qu'il peut faire entre l'actuel et le passé » (8).

L'intérêt porté à l'étude des représentations des maladies tient notamment au fait que la représentation qu'un malade se fait de sa maladie est un facteur déterminant dans son adhésion au projet thérapeutique, son observance (9), et dans la relation médecin-malade (10).

III. Historique des conceptions et connaissances sur la migraine

À l'aube de l'Histoire, la céphalée était déjà bien identifiée et on lui attribuait une origine surnaturelle : la possession par un être maléfique (11). La trépanation fut l'un des remèdes familiers employés pour extraire cet esprit diabolique du corps.

Les Grecs pensaient eux aussi qu'elle découlait d'une possession et ce fut Hippocrate qui, le premier, préconisa la saignée pour la traiter. L'Empire romain commença à utiliser l'opium comme analgésique (12).

Au Moyen-Âge, les enseignements classiques furent écartés et les hypothèses sur les origines surnaturelles des maladies prévalurent à nouveau.

Avec la culture arabo-andalouse, du IX^e siècle au XIII^e siècle, la médecine fut reconduite sur la voie des sciences naturelles. C'est alors qu'on définit les premiers facteurs qui provoquent la migraine. La migraine était alors considérée comme un désordre interne secondaire à un facteur déstabilisant d'origine externe.

Dans l'Histoire plus récente, l'étude de la migraine est indissociable de certains noms :

- Thomas Willis, considéré comme le fondateur de la neurologie, au XVII^e siècle, et auteur de la première monographie moderne sur la migraine (13) ;
- Samuel Tissot, qui persista à conseiller les saignées ;
- Edward Flatau, qui préconisa l'arsenic et d'autres métaux jusqu'à la survenue des produits à base d'ergotamine (14).

Au XIX^{ème} siècle Freud, qui était lui-même migraineux et appelait sa maladie « le monstre » (15), proposa un modèle métapsychopathologique de la migraine. Il écrivit en 1896 : « ...On serait, d'après cela, tenté de croire que la migraine est une réaction toxique provoquée par les substances sexuelles excitantes, quand celles-ci ne peuvent trouver de débouché satisfaisant. Il s'y ajoute peut-être aussi le fait d'une susceptibilité particulière de certaine voie de conduction dont la topographie reste encore à déterminer. Chercher quelle est cette voie revient à chercher la localisation de la migraine... » (16).

Dès lors, de nombreux médecins et scientifiques s'intéressèrent aux liens pouvant exister entre troubles psychologiques, maladies psychiatriques et migraine. L'association entre anxiété, trouble dépressif et migraine fut prouvée par deux études majeures au courant du XX^{ème} siècle (17,18). L'association entre trouble panique et migraine fut également mise en évidence par une étude réalisée en 1989 (19). Cependant la nature des liens unissant ces différents troubles ne put pas être précisée par ces études, de même que la chronologie de leur survenue. Afin de répondre à ces questions, Merikangas et ses associés réalisèrent le suivi prospectif d'une cohorte sur huit ans. Dans la majorité des cas, la survenue des troubles anxieux précédait la survenue de la migraine qui, elle-même, précédait la survenue de la maladie dépressive (20).

Néanmoins, d'autres études apportèrent ultérieurement des résultats différents et il apparut que si des corrélations existaient entre ces différents troubles, il n'était pas possible d'établir entre eux de lien de causalité direct dans une direction ou l'autre.

Par la suite, la psychologie médicale s'est également intéressée aux liens entre psychologie (stress), psychiatrie et migraine. Le stress quotidien comme déclencheur de crises de migraine a été étudié par plusieurs auteurs, mais il restait impossible de différencier à travers ces travaux s'il s'agissait d'affect déclenchant la crise ou des symptômes psychiques de la migraine (21). L'hypothèse selon laquelle le mode de coping (ensemble des mécanismes d'adaptation psychique engagés face à une situation de stress) des migraineux pourrait influencer sur leurs paramètres vasomoteurs a été infirmée par une étude (22).

Finalement, la meilleure validation des théories faisant intervenir le stress dans la survenue des migraines est l'impact positif que les diverses techniques cognitivo-comportementales ont eu sur les patients (23,24). Les modalités thérapeutiques les plus utilisées étaient la relaxation avec ou sans biofeedback (25).

IV. Etiopathogénie et connaissances actuelles

La migraine est la première cause de céphalées « primaires », c'est-à-dire liées à une dysfonction du système nerveux central avec activation des voies douloureuses, en l'absence d'autre affection causale (26).

On distingue deux grands groupes de migraines : celles avec aura (où la céphalée est précédée ou accompagnée de symptômes neurologiques transitoires), et celles sans aura

Selon ses critères diagnostiques stricts, elle touche près de 12% de la population française, soit sept millions de Français environ, avec une prédominance de trois femmes pour un homme (27).

Son étiologie, multifactorielle, reste encore mal connue, car sa physiopathologie est complexe (composantes génétique, hormonale, alimentaire, psychique). Les découvertes récentes suggèrent l'implication de structures centrales en tant que générateur de l'activation du complexe trigémino-cervical, lui-même au centre de la douleur migraineuse (28). Le substrat physiopathologique de l'aura est la dépression corticale propagée, qui débute par une hyperactivité neuronale avec augmentation du débit sanguin cérébral (29). À ce stade, elle serait responsable des phénomènes positifs de l'aura. Elle serait suivie d'une inactivation neuronale avec diminution du débit sanguin cérébral, responsable des phénomènes négatifs. Le lien entre la dépression corticale propagée et l'activation du système trigémino-vasculaire est encore débattu (30).

Hormis la migraine hémiplégique familiale, variété rare de migraine autosomique dominante par mutations de gènes codant des transporteurs ioniques, la migraine est de transmission polygénique. Les multiples gènes de susceptibilité sont en cours d'identification par des études d'association pangénomique ; leurs mutations induiraient une hyperexcitabilité de certaines populations neuronales, faisant le lit des crises (19).

La maladie migraineuse est définie par la répétition de crises migraineuses entrecoupées de périodes d'accalmies, pendant lequel l'examen clinique est normal et le patient asymptomatique.

Les crises migraineuses peuvent être spontanées ou déclenchées. Les facteurs déclenchants peuvent être internes ou externes au sujet, et sont relativement bien identifiés (annexe 1). Ils ont en commun un changement d'état : il peut s'agir de variations émotionnelles, physiques, du volume du sommeil, hormonales, climatiques, sensorielles, ou alimentaires. Ces facteurs varient d'une personne à l'autre, doivent souvent être associés et peuvent changer au cours de la vie d'un même individu (31).

a) Critères diagnostiques

Le diagnostic de migraine est clinique et repose sur les critères de l'IHS de 1988, réactualisés en 2013 dans la 3^{ème} édition de l'International Classification of Headache Disorders (ICHD-3) (annexe 2) (32). Il ne nécessite donc pas d'examen complémentaire mais impose d'éliminer une céphalée secondaire.

On peut parler de « migraine probable » quand la céphalée remplit tous les critères de l'ICHD-3 sauf un seul (33).

b) Traitement

Le trépied thérapeutique associe :

- un traitement de la crise, toujours ;
- un traitement de fond, indiqué en fonction de la fréquence, de l'intensité des crises et du handicap généré par les crises ;
- des mesures hygiéno-diététiques.

i. Le traitement de la crise

Il peut reposer sur la prise d'antalgiques non spécifiques (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS]) ou, en cas d'échec, de traitements spécifiques agonistes des récepteurs sérotoninergiques 5HT_{1B/1D} (dérivés de l'ergot de seigle et triptans).

Il est recommandé d'éviter tous les opioïdes (codéine, opium, tramadol, morphine et autres opioïdes forts), seuls ou en association, qui augmentent souvent les nausées et peuvent induire un abus médicamenteux risquant de chroniciser la migraine, ou une addiction. Ils sont à réserver aux patients ayant des contre-indications absolues aux AINS et aux triptans (34).

Les ergotés et les triptans sont des vasoconstricteurs et sont contre-indiqués en cas d'antécédent vasculaire. Les ergotés sont de moins en moins utilisés depuis la diffusion des triptans, qui sont les traitements de crise les plus efficaces.

Le traitement de crise doit être pris le plus tôt possible (au stade de céphalée modérée), à la bonne dose (à trouver par tâtonnements pour l'aspirine ou les AINS) et par la bonne voie (suppositoire ou injection en cas de vomissements).

Les recommandations françaises sont de prescrire sur la même ordonnance un triptan et un AINS (26). On explique au patient de commencer par l'AINS et de garder le triptan en traitement de secours, s'il n'est pas soulagé 1 à 2 heures après l'AINS.

La posologie des triptans est d'une unité en début de crise, à renouveler en cas de récurrence (maximum 2 unités par jour). La prise doit se faire au moment des crises et ne

pas devenir trop fréquente et encore moins quotidienne, pour éviter une céphalée par abus médicamenteux.

Chez les patients ayant une intolérance ou une contre-indication aux AINS, il est conseillé de prescrire un triptan d'emblée.

Si un triptan est inefficace, il faut vérifier la prise précoce et/ou changer de triptan et/ou associer un AINS d'emblée. Les patients ayant des crises sévères peuvent prendre le triptan d'emblée ou associer AINS et triptan d'emblée.

ii. Le traitement de fond

Il vise à diminuer la fréquence des crises et le handicap qui en résulte. Il se justifie en cas de crises fréquentes (6 à 8 prises de traitement de crise par mois sur au moins 3 mois), sévères, longues ou répondant mal au traitement de crises (34).

La liste des traitements de fond actuellement disponibles est visible en annexe 3. Un traitement de fond est jugé efficace s'il diminue la fréquence des crises migraineuses d'au moins 50%.

Selon les recommandations françaises, les molécules à privilégier en première intention sont le propranolol et le métoprolol, bien qu'aucune molécule n'ait démontré de supériorité thérapeutique par rapport aux autres. En cas de contre-indication, d'intolérance ou d'inefficacité de ces bêtabloquants, le choix de la molécule repose sur le terrain, la comorbidité et la sévérité de la migraine en considérant la balance bénéfice/risque (poids, sédation, asthénie et risque tératogène) et l'existence d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) (35).

iii. Les mesures hygiéno-diététiques

C'est un élément essentiel du traitement. La connaissance des facteurs déclenchant les migraines et leur éviction nécessitent l'information du patient, son éducation, voire l'établissement d'un journal des crises (annexe 4). Celui-ci permet en outre d'évaluer la fréquence des crises et leur réponse au traitement.

Il est important d'expliquer qu'une certaine régularité des horaires de repas et de sommeil peut aider à avoir moins de crises. La consommation de caféine doit être modérée et sans sevrage le week-end. La consommation d'alcool doit être limitée.

Enfin, il faut rassurer les patients (aucun examen complémentaire n'est nécessaire en cas de crise typique), et expliquer la maladie (affection bénigne mais pouvant entraîner un handicap important) (26).

iv. Autres traitements

La relaxation, le rétrocontrôle (biofeedback) et les thérapies cognitivo-comportementales de gestion du stress ont fait preuve d'efficacité (méthodologie de grade A) et peuvent être recommandées. Les données de la littérature ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité de l'acupuncture mais conduisent à ne pas recommander l'homéopathie et les manipulations cervicales (accord professionnel) dans la prévention de la migraine (35).

Un dispositif de neurostimulation électrique transcutanée (TENS) est en vente libre (Céfaly©) mais là non plus, aucune étude n'a montré de supériorité de ce dispositif par rapport aux thérapeutiques médicamenteuses (36). Il n'est pas reconnu par la Sécurité Sociale et non remboursé (37).

c) Evaluation du retentissement sur la qualité de vie

Il est important d'apprécier le retentissement de la maladie migraineuse sur la qualité de vie. En effet, les crises peuvent durer jusqu'à 72h et leur intensité peut imposer un alitement, voire des arrêts de travail à répétition. La répétition des crises peut altérer la qualité de vie des patients. Selon l'Institut national de la santé et la recherche médicale (INSERM), pour un migraineux sur quatre, la sévérité des crises entraîne un retentissement socioprofessionnel important (19). La migraine est classée au 8^{ème} rang des maladies socialement les plus invalidantes par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (38).

Cette évaluation concerne trois domaines :

- le retentissement fonctionnel, évalué grâce à l'échelle HIT-6 (*Headache Impact Test*) (annexe 4) ou à l'échelle MIDAS (*Migraine Disability Assessment*) (annexe 5) (2,39) ;
- le retentissement émotionnel, qui recherche particulièrement des signes de comorbidité anxiodépressive, évalué grâce à l'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression*) (annexe 6) (33) ;
- la consommation médicamenteuse, au mieux évaluée par l'agenda des crises tenu prospectivement (annexe 7).

d) Suivi et évolution du patient migraineux

Les crises peuvent débuter à tout âge, mais 90 % débutent avant 40 ans. Leur prévalence a tendance à diminuer avec l'âge, avec une diminution des crises notamment après 60 ans, favorisée par la ménopause.

Les patients des grades III et IV selon l'échelle MIDAS sont ceux qui nécessiteront le plus un suivi au long cours (40).

Le médecin généraliste est le premier recours des patients migraineux. En cas de résistance aux traitements classiques ou de fort retentissement sur la vie quotidienne, les patients peuvent être dirigés vers des spécialistes (essentiellement des neurologues), ou en dernier recours vers des structures spécialisées (centres de traitement de la douleur). En raison du petit nombre de ces structures, le délai d'attente pour accéder à un rendez-vous est souvent long (41).

V. Objectifs de l'étude

L'objectif primaire de cette étude est de savoir quelle(s) représentation(s) les migraineux chroniques connus du système de soins se font de leur maladie, et de connaître leur vécu. Les objectifs secondaires sont d'évaluer leurs connaissances et leur compréhension des mécanismes physiopathologiques impliqués dans la maladie, et de connaître leurs attentes vis-à-vis du corps médical (particulièrement de leur médecin généraliste). Les résultats pourraient permettre aux médecins généralistes de mieux prendre en charge leurs patients migraineux.

MATÉRIEL & MÉTHODES

I. Justification de la réalisation d'une étude qualitative

Au vu de la question de recherche que l'on pourrait reformuler sous la forme d'un « comment [les migraineux se représentent-ils leur maladie] », la réalisation d'une étude qualitative semblait évidente. En effet, la définition même de la méthode qualitative est « [la] recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes » (42).

La recherche qualitative, utilisée depuis longtemps en sciences sociales, permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle décrit des processus et peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux (43).

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales. Elle génère des idées et des hypothèses pouvant contribuer à comprendre comment une question est perçue par la population cible et ainsi définir ou cerner les options liées à cette question.

II. Recrutement des patients et recueil des données

Les critères d'inclusion étaient :

- homme ou femme majeur(e),
- dont le diagnostic de migraine est conforme aux critères de l'ICHD-3,
- faisant partie d'une filière de soins.

Afin de faciliter ce recrutement, nous avons contacté des médecins travaillant dans des centres de traitement spécialisés (centre de traitement de la douleur, ou plus spécifiquement centre de traitement de la migraine) ainsi que des médecins généralistes libéraux. Les centres spécialisés ont été contactés initialement par téléphone et par e-mail, puis un rendez-vous avec le médecin référent a eu lieu. Les objectifs et méthodes du travail ont alors été exposés. A leur demande, un flyer explicatif incluant nos coordonnées a été réalisé (annexe 8).

Les médecins concernés, lorsqu'ils voyaient en consultation un patient dont les céphalées répondaient aux critères de l'ICHD-3, remettaient au patient en question le tract d'information avec la consigne de contacter l'interne réalisant l'étude s'ils souhaitaient y participer. Les médecins envoyaient parallèlement un e-mail à l'interne afin de l'informer d'une possible inclusion et en lui donnant les coordonnées téléphoniques du patient.

Le consentement des patients a été recueilli par l'investigateur de l'étude, par oral, avant tout entretien. Il était annoncé aux participants que les entretiens seraient réalisés dans un lieu calme selon leur convenance, par exemple à leur domicile ou dans une salle de consultation, et qu'ils seraient enregistrés sur un dictaphone.

Le choix de faire des entretiens individuels reposait sur le souhait d'offrir le plus large espace de parole au patient, et de connaître les représentations individuelles de la maladie.

III. Anonymisation des données

Conformément à la loi en vigueur (44), toutes les données recueillies ont été anonymisées et un numéro d'anonymat indépendant des caractéristiques géographiques et individuelles a été attribué à chaque participant.

IV. Trame d'entretien

L'élaboration de la trame d'entretien a reposé sur les résultats des recherches bibliographiques et les connaissances actuelles de la migraine. Elle avait pour but d'explorer toutes les dimensions relatives à la question principale de recherche : vécu de la maladie, conceptions de la maladie, relations avec les médecins [généralistes], éventuelles connaissances sur la physiopathologie de la migraine.

La trame générale était la suivante :

- 1) Pouvez-vous décrire vos migraines ? (Symptômes, fréquence des crises, âge de début...)
- 2) Selon vous, que se passe-t-il dans votre corps lors d'une crise migraineuse ? (Mécanismes en jeu, facteurs déclenchants...)
- 3) Selon vous, quelle est la cause de votre/cette maladie ?
- 4) Que faites-vous lorsque survient une crise ? Pourquoi ? Comment pensez-vous qu'agissent les médicaments que vous prenez ?
- 5) Quelles seraient vos attentes vis-à-vis du corps médical, en particulier de votre médecin généraliste ? Comment souhaiteriez-vous être pris en charge ?

Les entretiens étaient semi-directifs. La parole était laissée au malade tant que celui-ci restait dans le champ d'intérêt de l'étude (les migraines), afin d'obtenir le maximum de réponses ouvertes et non suggérées. Les questions et sous-questions servaient à orienter les patients sur les éléments à décrire, et n'étaient donc pas toutes posées par l'interrogateur si les patients développaient spontanément le sujet.

V. Analyse des données

Les entretiens ont été transcrits intégralement à la main sur un logiciel de traitement de texte de type Word, par l'interne investigateur de l'étude, le jour-même ou le lendemain de chaque entretien, en prenant soin de tenir compte des intonations de voix, des émotions et en distinguant les différents temps de parole.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données (stade où le phénomène étudié est à ce point bien documenté que l'analyse ou les nouvelles entrevues n'y ajoutent rien qui puisse le remettre en question) (45) ; c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle donnée n'était ressortie après deux entretiens successifs.

L'analyse des données a été faite selon les principes de la théorisation ancrée, méthode de référence en recherche qualitative (46), selon les étapes suivantes : codage des données, catégorisation des codes, mise en relation des catégories, intégration, modélisation, et finalement théorisation (47).

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population étudiée

Le recrutement des patients a eu lieu du 1^{er} avril 2017 au 08 juillet 2018. Les entretiens, individuels, se sont déroulés au domicile des patients, dans une salle de consultation ou dans un endroit calme autre, selon la préférence des patients. L'effectif total était de 13 patients.

Parmi eux, 4 étaient des hommes, 9 étaient des femmes, soit un sexe-ratio de 1/2,5.

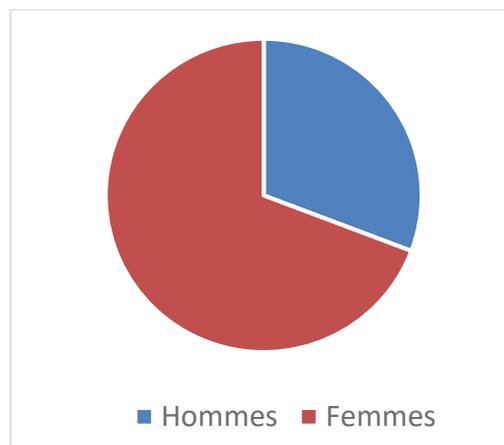


Figure 1. Sexe-ratio des participants

Huit des patients inclus vivaient dans le Haut-Rhin, 5 dans le Bas-Rhin.

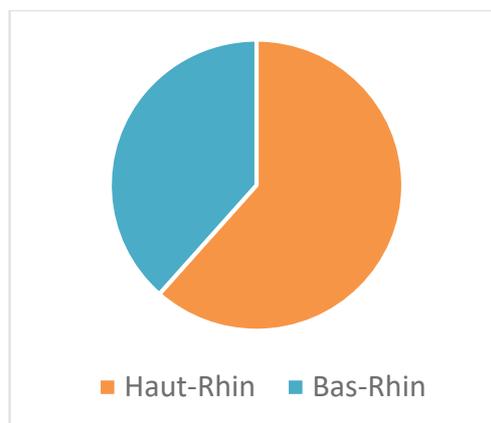


Figure 2. Département d'origine des participants

Quatre des patients ont été recrutés grâce aux centres de traitement de la douleur ; les autres l'ont été grâce à des contacts en médecine générale.

La tranche d'âge des patients inclus était comprise entre 22 ans et 64 ans, avec une moyenne de 45 ans. La majorité des participants étaient en activité professionnelle ; l'un était à ce moment-là sans emploi et un autre était retraité.

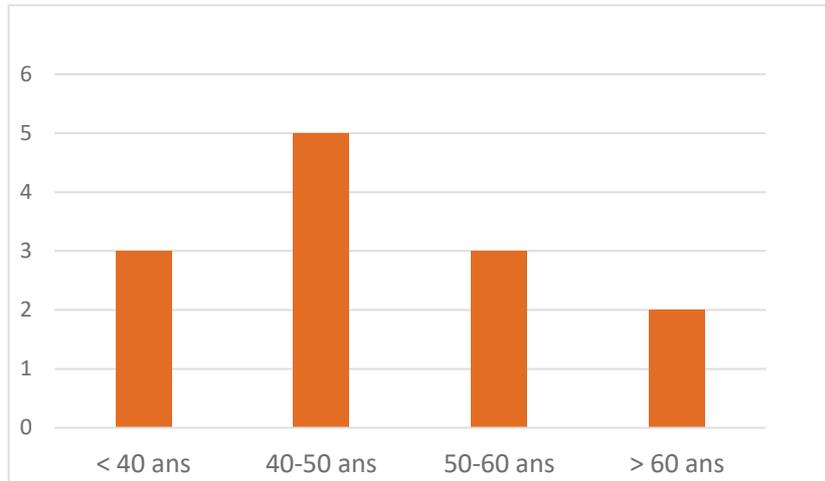


Figure 3. *Age des participants*

Dix de ces patients présentaient des migraines sans aura, 3 des migraines avec aura.

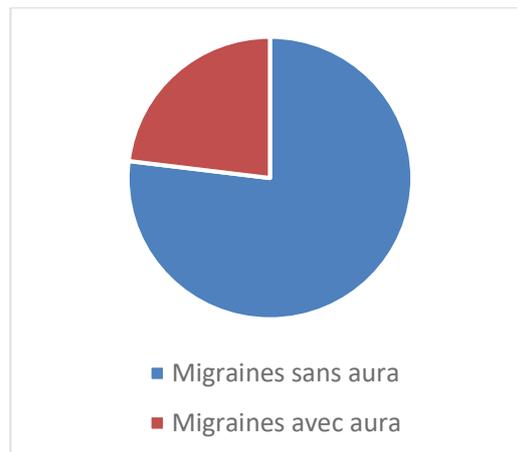
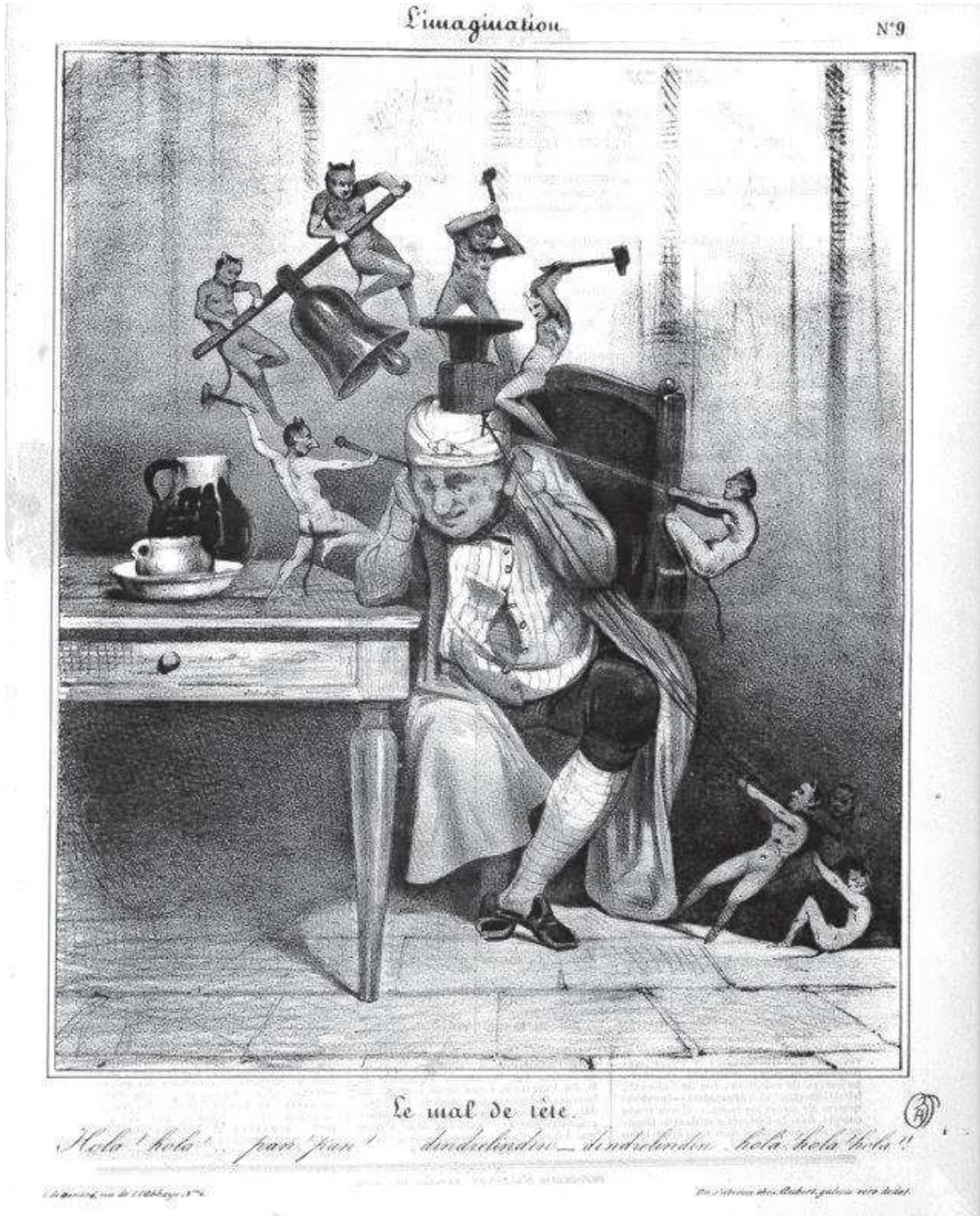


Figure 4. *Types de migraines*

La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes.

Figure 5. *Le mal de tête dans l'imagination*



Daumier H., *Le mal de tête*, Le Charivari, 23 avril 1833.

II. Vécu affectif et symptomatologie de la migraine

a) Une expérience physique et sensorielle intense

Tous les patients interrogés ont décrit leurs céphalées comme étant un phénomène physique et douloureux intense. De nombreux superlatifs ont été employés pour décrire la force des douleurs migraineuses et l'importance du mal-être résultant.

E1 : « Dans la journée elles sont très très douloureuses... Je suis tellement mal. »

E3 : « C'était terrible... ça peut devenir très très fort... hurlant. »

Diverses images et expressions ont été utilisées par les patients pour préciser la nature des douleurs et rendre compte de leur force. Les douleurs étaient le plus souvent de type « martèlement » ou « compression ».

E5 : « Ça tape, ça cogne. C'est comme si les yeux allaient vous sortir de la tête... Parfois j'ai eu mal à m'en taper la tête contre les murs. »

E4 : « ça me tape très fort, dans les yeux, dans la tête... c'est l'horreur... je galère... C'est comme si on vous passait la tête entre les rouleaux, vous savez, ceux pour laver les voitures. »

La violence et la durée prolongée des céphalées ont provoqué chez plusieurs patients un sentiment de désespoir, et en ont conduit certains à avoir des idées suicidaires.

E2 : « j'étais prête à prendre n'importe quoi quand j'avais mal à la tête, de toute façon il fallait que ça s'arrête... Ça durait parfois 2 ou 3 jours, au plus dur avec des vomissements, ou des envies de suicide. »

E3 : « Coûte que coûte on veut que ça s'arrête ! Alors on pense au suicide... on pense... oui au suicide j'y ai pensé plusieurs fois. »

Les patients ont décrit des périodes où ils étaient prêts à tout pour palier à la douleur migraineuse et prêts à essayer toutes les thérapeutiques existantes.

E9 : « J'ai fait tellement de choses ! J'ai fait : du reiki... de l'hypnose... de l'acupuncture... Après j'ai essayé plein de traitements de fond, de médicaments... l'homéopathie... »

Les patients présentant des migraines avec aura ont déclaré avoir été angoissés et impressionnés par les auras lors des premières crises migraineuses, mais rassurés suite aux explications médicales.

E8 : « J'ai eu plusieurs fois des aphasies aussi, quand j'avais la migraine, mais ça c'était vraiment des très très grosses migraines. C'était assez paniquant parce que je voyais les objets mais je n'arrivais pas à formuler le nom dans ma tête. [...] Les symptômes sont angoissants, mais c'est juste quand on ne sait pas ce qu'on a. »

b) L'asthénie

Parmi les symptômes associés aux céphalées lors des crises, le plus fréquemment cité et le plus invalidant était l'asthénie (forte fatigue).

E3 : « La douleur ça peut donner de l'irritation, beaucoup de fatigue... La limite des forces vient plus vite qu'un autre. »

L'asthénie pouvait précéder, accompagner et/ou succéder aux céphalées.

E11 : « Sur une journée, généralement, si je pouvais rester tranquillement allongée avec une Aspirine® toutes les quatre heures, ça allait mieux le soir... Et puis le lendemain épuisement général. »

E1 : « Quand ce sont des migraines de moins grande intensité je suis très fatiguée pendant ; quand elles sont de très grande intensité je suis tellement mal que je suis couchée, mais c'est après que je suis fatiguée. »

c) La supériorité de l'expérience sur la connaissance scientifique

Malgré la reconnaissance scientifique de leur maladie (pose du diagnostic médical), et parfois malgré une prise en charge adéquate, un grand nombre de patients ont dit considérer avoir une plus grande conscience et une meilleure connaissance de la maladie que les médecins [non-migraineux].

E2 : « Je pense qu'il n'y a que les migraineux qui se comprennent entre eux. »

E5 : « Je pense que personne ne peut comprendre ce que c'est tant qu'il n'a pas eu de migraine, ou quelqu'un dans l'entourage qui a des migraines. Même les médecins. »

III. Reconnaissance sociale de la maladie

a) La migraine comme maladie

9/13 patients ont défini la migraine comme une maladie.

E3 : « C'est une maladie. »

E11 : « Je la considère comme une maladie. »

Certains de ces patients ont affirmé qu'elle n'était pas toujours considérée comme telle par autrui ou par la médecine.

E5 : « Ce n'est peut-être pas une maladie pour tout le monde, mais pour moi oui. »

E10 : « Pour moi ce n'est pas reconnu comme une maladie. »

Pour 4 patients sur 13, la notion de migraine-maladie dépendait du handicap ou du retentissement des crises.

E6 : « ça dépend des personnes. Ma sœur elle est migraineuse mais ce n'est pas très important, chez moi c'est plus. »

E8 : « Si j'avais plus de migraines je dirais que c'est une maladie. Là d'en avoir une tous les 2-3 mois ou le week-end ce n'est pas encore handicapant. Mais j'ai lu qu'effectivement si ça empêche de travailler, c'est vrai qu'avec les enfants... [c'est gênant]. »

Trois des 4 patients qui ne considéraient pas la migraine comme une maladie ont expliqué cela par l'intermittence des symptômes de la migraine.

E7 : « Non pour moi ce n'est pas une maladie. C'est un truc qui te tombe dessus de temps en temps, puisque ce n'est pas constant. Je ne pense pas qu'il y ait quelque chose... Pour moi une maladie c'est un virus, une bactérie... ».

Un patient a dit avoir eu ce point de vue dans le passé et en avoir changé suite à une discussion avec une autre personne migraineuse.

E12 : « J'en ai parlé avec une collègue de travail [...] C'est vrai que maintenant [...], oui, je me dis bon... oui c'est une maladie.... Pour moi c'était plutôt un état à un instant J où tu es pas bien et il faut simplement que tu prennes quelque chose pour aller mieux. »

b) Une maladie à fort retentissement

10/13 patients ont décrit leur migraine comme étant un handicap ou étant responsable d'un handicap.

E3 : « c'est un handicap. »

Le handicap était lié à l'intensité des symptômes lors des crises et aux circonstances d'apparition des crises (lieu, entourage présent). Ce retentissement pouvait se manifester dans les domaines familial, professionnel ou scolaire, social. Pour certains, le handicap ne concernait qu'un seul de ces domaines, pour d'autres plusieurs voire l'ensemble de ces domaines étaient impactés.

E2 : « C'est handicapant, c'est une maladie qui handicape, qui pourrit la vie sociale et la vie familiale. C'est une maladie qui peut entraîner des désastres dans les familles. »

E3 : « Les migraines m'ont handicapé sur certains points : le fonctionnement cérébral, notamment la mémoire, l'esprit de synthèse... Ma scolarité s'est effondrée, avec des migraines qui m'ont rendu incapable d'étudier... et depuis ça n'a jamais cessé. »

E4 : « c'est un handicap pour moi, et pour les autres. On gâche la journée des autres... C'est une façon de vivre qui est insupportable... »

L'un des aspects de ce handicap était le risque jugé permanent de la survenue d'une crise.

E9 : « J'étais toujours dans l'angoisse, quand j'organisais quelque chose, j'avais toujours très peur... Je me disais : Est-ce que ça va tenir, est-ce que ça va se faire ? »

Pour certains patients, il s'agissait d'un handicap « masqué », en raison de la normalité de l'examen clinique, du manque de signe clinique objectivable par un tiers.

E3 : « Même si ça ne se voit pas -il ne me manque pas un pied- mais pour moi c'est quand même un handicap... ».

Figure 6. *Les préjugés associés à la migraine*



Image diffusée lors de la semaine belge de sensibilisation à la migraine destinée au grand public.

<http://www.semainedelamigraine.be>

c) Un sentiment d'incrédulité et de culpabilité

Une grande partie des patients ont dit ressentir un manque de compréhension et reconnaissance de la part de l'entourage et/ou de l'équipe médicale.

E2 : « On a souvent l'impression de ne pas être crus, parce que ça ne se voit pas... au niveau de tout le monde. Comme il n'y a pas de signe physique vraiment vraiment reconnaissable à part se sentir fatiguée... ma migraine a été perçue comme un prétexte pour ne pas faire quelque chose, en me disant "c'est une excuse". Et ça c'était hyper dur à vivre. »

E9 : « C'est très compliqué au niveau famille aussi. Parce que au début avec mon mari c'était très difficile à accepter... jusqu'à ce qu'il comprenne tout ça, que ce n'est pas de la comédie, que ce n'est pas on dit "j'ai des migraines" parce qu'on n'a pas envie de faire quelque chose ou n'importe... »

L'incrédulité de l'entourage quant à la véracité des douleurs et à leur retentissement a souvent été responsable d'une culpabilisation de leur part.

E4 : « le pire c'est que les migraineux -je vois ça chez mes amis, j'ai une copine qui a ça aussi-, on s'excuse presque d'avoir mal. On est vraiment désolés parce qu'on gâche la journée des autres, on s'en veut terriblement d'avoir ça... ça c'est un vrai problème. »

Par conséquent, beaucoup des patients migraineux interrogés ont dit attendre une plus grande reconnaissance sociale et médicale de leur maladie : reconnaissance de la réalité de leur douleur, considération de l'ensemble de leur personne et du retentissement de la maladie dans les domaines de leur vie.

E2 : « Il faudrait... reconnaître ça comme une vraie maladie. »

E3 : « Nous les migraineux on est souvent des incompris. Prendre en compte la migraine c'est quelque chose qui me réconforte. »

E11 : « Pour moi la psychologie fait partie de la personne, il faut l'impliquer aussi dedans. »

d) Un diagnostic rattaché à une notion de fatalité

Pour la plupart des patients interrogés, le diagnostic de migraine était rattaché à une notion de fatalité : fatalité dans la transmission de la migraine, liée à une hérédité familiale ou à un éventuel caractère génétique dans la maladie, et fatalité dans l'évolution de la maladie (incurabilité).

E1 : « je n'attends pas grand-chose de la médecine dans le sens d'une amélioration... je vis avec. »

E6 : « maintenant c'est fixé, ça ne partira plus... »

Cette transmission était, selon eux, variable au sein d'une fratrie. Ainsi certains se sont décrits comme « plus atteints » que leurs frères et sœurs, ou que leurs parents.

E3 : « Ma mère était une grande migraineuse... Et elle nous a transmis ça, et de nous 3 (parce qu'on était 3 frères et sœurs) c'est moi qui ai le plus hérité des migraines... Nos 4 enfants ont hérité de mes migraines. »

Devant cette fatalité, il existait cependant une forme d'acceptation ou de résignation positive vis-à-vis de la maladie. Le fait d'accepter la migraine comme un trouble chronique a entraîné chez la plupart des patients l'élaboration de stratégies d'adaptation, bénéfiques pour eux (régularisation du rythme de vie et du régime alimentaire, prise des traitements antimigraineux dès le début de la crise...).

E3 : « Je pense que je les aurai jusqu'à ma mort... Mais j'ai appris à vivre avec, hein ! [...] Les triptans m'aident beaucoup, et puis un aménagement de mon emploi du temps... »

E4 : « J'ai compris qu'il n'y a pas grand-chose à faire, et donc je suis fâchée parce qu'il n'y a pas grand-chose à faire ! C'est frustrant. Mais il y a d'autres maladies qu'on ne peut pas soigner. Donc il faut faire avec. »

IV. Relation de soins et attentes par rapport au corps médical

a) L'espoir d'une guérison

En dépit de la notion de fatalité que les patients rattachaient au diagnostic de migraine, 10/13 patients ont dit espérer encore que la médecine trouve un traitement guérissant la migraine, ou espérer la rémission spontanée de leur maladie (guérison liée à l'âge ou à la ménopause).

E7 : « après, tu n'as plus aucun espoir que ça s'arrête, quoi ! A moins qu'il n'y ait des gens qui remuent ciel et terre pour trouver le médicament infaillible qui guérit les migraines... ».

E13 : « Je pense que d'ici 40-50 ans ça ira mieux ».

Certains patients ont dit souhaiter que le médecin nourrisse leur espoir à ce niveau.

E8 : « donner de l'espoir ! Parce que l'espoir c'est important ! De dire : "voilà il y a des gens qui s'en sortent, qui vont mieux. Il y a des solutions." »

b) Un manque de connaissance médicale des généralistes

Le médecin généraliste était de façon constante le premier recours des patients migraineux.

E4 : « J'ai d'abord consulté le médecin traitant... le médecin de famille. »

Les patients interrogés ont fréquemment décrit un long délai d'évolution de la maladie avant que soit posé le diagnostic de migraine, ainsi que des difficultés à voir mis en place un traitement satisfaisant contre les crises. Ces difficultés étaient selon eux en rapport avec un manque de connaissances des médecins généralistes sur la migraine.

E6 : « J'ai mal au crâne depuis 1978. J'ai vu plein de médecins pour ça, des généralistes et autres... Ils pensaient que c'étaient des sinusites... ça partait, puis régulièrement ça revenait... En 2004 j'ai fait une cure avec des inhalations de soufre mais ça revenait quand même. En 2017 elle m'a dit "vous faites des migraines sans aura". »

E10 : « Je suis toujours tombé sur des médecins qui ne connaissaient pas les migraines, qui ont toujours pris ça un peu à la légère. Donc on ne sait pas qui aller voir... Les médecins, il y en a encore beaucoup qui confondent migraines et maux de tête. C'est compliqué de trouver un médecin qui connaisse les migraines, qui trouve des solutions... »

Un patient a dit avoir reçu des informations contradictoires sur la migraine de la part de médecins généralistes.

E8 : « Mais globalement dans mon parcours, par rapport aux généralistes, moi ce qui m'a dérangé, c'est que j'ai trouvé que les médecins n'étaient pas toujours bien informés... Il y en a qui disaient que c'était pas important, d'autres qui disaient qu'il fallait savoir où était la gêne, que c'était important... Les médecins m'ont dit des choses très différentes... En fait ils perdaient un peu de crédibilité à force d'avoir des discours très différents. »

Par conséquent, plusieurs patients ont dit souhaiter qu'il existe une sensibilisation des médecins généralistes vis-à-vis de la migraine, et que ceux-ci bénéficient d'une meilleure

formation sur les traitements existants et les voies de recours (orientation des patients vers un centre de traitement de la douleur ou de la migraine, consultation avec un spécialiste...).

E2 : « Je pense que le médecin généraliste devrait déjà mieux connaître la migraine. Je pense que les médecins devraient avoir des adresses recours : si eux ne savent pas, il y a un centre anti-migraineux, une association... »

E5 : « il faudrait sensibiliser les généralistes à ce que c'est, la migraine. Ou au moins qu'ils sachent un peu quoi faire, et qu'ils puissent nous adresser à un centre de traitement spécialisé. »

c) Une demande d'information

- Une plus grande information du patient

Cet élément était inconstant et personnel. Outre la pose d'un diagnostic, qui était toujours recherchée par les patients, certains ont dit souhaiter avoir plus d'informations concernant les causes et mécanismes de leur maladie, d'autres seulement concernant le mécanisme d'action des médicaments ou les effets indésirables potentiels. Certains ont dit ne pas souhaiter d'information médicale concernant la maladie elle-même, mais ils ont dit vouloir connaître les possibilités thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.

E3 : « Je ne suis pas demandeur du fonctionnement d'un médicament, parce que je suis trop profane en quelque sorte. Un médecin fait des années d'études, alors s'il se met à m'expliquer, qu'est-ce qu'il va me dire... il va me dire des trucs pour que je... ça va prendre du temps ! Donc je ne demande pas d'explication. En revanche il faut faire attention à la façon dont on prend ces médicaments. »

E12 : « [Il faudrait] peut-être donner plus d'indications par rapport aux effets secondaires des médicaments, et s'il existe des trucs, des astuces qui peuvent aider à endiguer une montée... et d'où ça vient, tout simplement. C'est la question qu'on se pose. »

Plusieurs patients ont cherché des informations sur Internet ou auprès de sources non validées médicalement. Ils ont également dit penser que l'information de la part d'un professionnel de santé éviterait une mésinformation des patients sur le sujet.

E8 : « ...maintenant il y a Internet, c'est miraculeux ! Mais avant Internet on savait très peu de choses. Moi par exemple le fait qu'on pouvait soigner la migraine par l'ostéopathie je l'ai su par Internet. [...] Internet ça peut être anxiogène aussi parce qu'on lit tellement de messages désespérés... On voit rarement des gens qui vont bien... J'étais un peu déprimée ! Je me disais : "si jamais j'ai ça... si jamais la migraine change de mode, s'intensifie, je vais devenir comme ces gens-là..." Donc éviter aux gens d'aller se perdre sur Internet, et proposer un parcours, des possibilités, des solutions... ».

- Une plus grande information du public

De façon unanime, les patients migraineux ont dit attendre une information plus large du public ; et ce afin de se sentir mieux compris et soutenus, surtout dans les milieux familial et professionnel.

E11 : « Je pense que dans le milieu professionnel et familial, où il y a des situations à gérer aussi, qu'on puisse comprendre que ce n'est pas une volonté de se défilier du travail, de ses responsabilités, mais c'est vraiment qu'on n'est pas bien. Pour moi [il faut approfondir] la compréhension de l'environnement professionnel et familial. »

E7 : « Je pense qu'on pourrait faire davantage de sensibilisation, de prévention, d'information au public. C'est quand même un truc assez répandu. J'ai l'impression que chacun gère son petit truc tout seul... ».

d) Le caractère rassurant du diagnostic

Survenant souvent après une longue période de recherche, la pose d'un diagnostic avait un effet rassurant pour tous les patients interrogés.

E6 : « Déjà c'était rassurant qu'elle ait mis un mot, un diagnostic sur mon mal de crâne ! »

Plus spécifiquement, le diagnostic de migraine était rassurant pour ces patients qui, pour la plupart, ont dit concevoir la migraine comme un trouble « non grave ».

E13 : « La migraine c'est chiant, c'est une douleur casse-couille, pas forte, latente mais constante, qui te prend la tête, te fatigue et t'irrite ; mais qui n'est pas risquée en soi. Enfin ce n'est pas... dangereux pour la santé quoi. Il vaut mieux ce diagnostic qu'un autre. »

Enfin, que le diagnostic ait été posé par un professionnel de santé a déchargé plusieurs patients d'une forme de responsabilité et de culpabilité, en donnant à leur maladie un caractère objectif. Le diagnostic médical apportait une authenticité à ces céphalées, souvent taxées de psychogènes ou considérées comme un prétexte par l'entourage.

E11 : « J'ai pu aussi rapidement dire "bon on a diagnostiqué que ce sont des migraines". Je peux dire que ce n'est pas moi qui invente. Oui il y a quelque chose d'important, de pouvoir dire que "le médecin a dit que..." »

V. Connaissances et vécu intellectuel de la maladie

a) Une bonne connaissance des facteurs déclenchants

Tous les patients interrogés ont identifié les facteurs favorisant ou déclenchant leurs crises. Ils ont évoqué le fait que ces facteurs n'étaient pas toujours constants (effet non systématique de déclenchement d'une migraine), qu'ils étaient variables d'un migraineux à l'autre et qu'ils pouvaient changer au cours de la vie d'une même personne.

E2 : « Ce qui est sûr, c'est que je fais des migraines d'effort. C'est une évidence. Dès que je fais quelque chose d'un peu soutenu, une marche, un effort... Il y a certaines odeurs aussi, et puis trop manger. »

E5 : « Il y a des choses qui déclenchent instantanément les migraines... : les changements de température, de climat... les changements de repas, certaines odeurs... et le stress. »

Les facteurs déclenchants le plus souvent retrouvés étaient : les facteurs alimentaires (aliments gras et sucrés, alcool), le manque de sommeil et le stress.

E3 : « des aliments trop gras, le chocolat ; l'alcool... le confinement, le manque de sommeil, les lumières trop fortes... »

b) Une évolution chronique et cyclique

La migraine était le plus souvent apparue dans l'adolescence ou à un âge adulte jeune. Tous les patients ont décrit une longue période d'évolution de la maladie (caractère chronique).

E9 : « Moi mes migraines c'est déjà une longue histoire, parce que ça date au moins depuis l'âge de 17-18 ans. Je traîne ça depuis des années... »

Les patients ont relevé l'alternance de périodes avec et sans crises, de durées très variables.

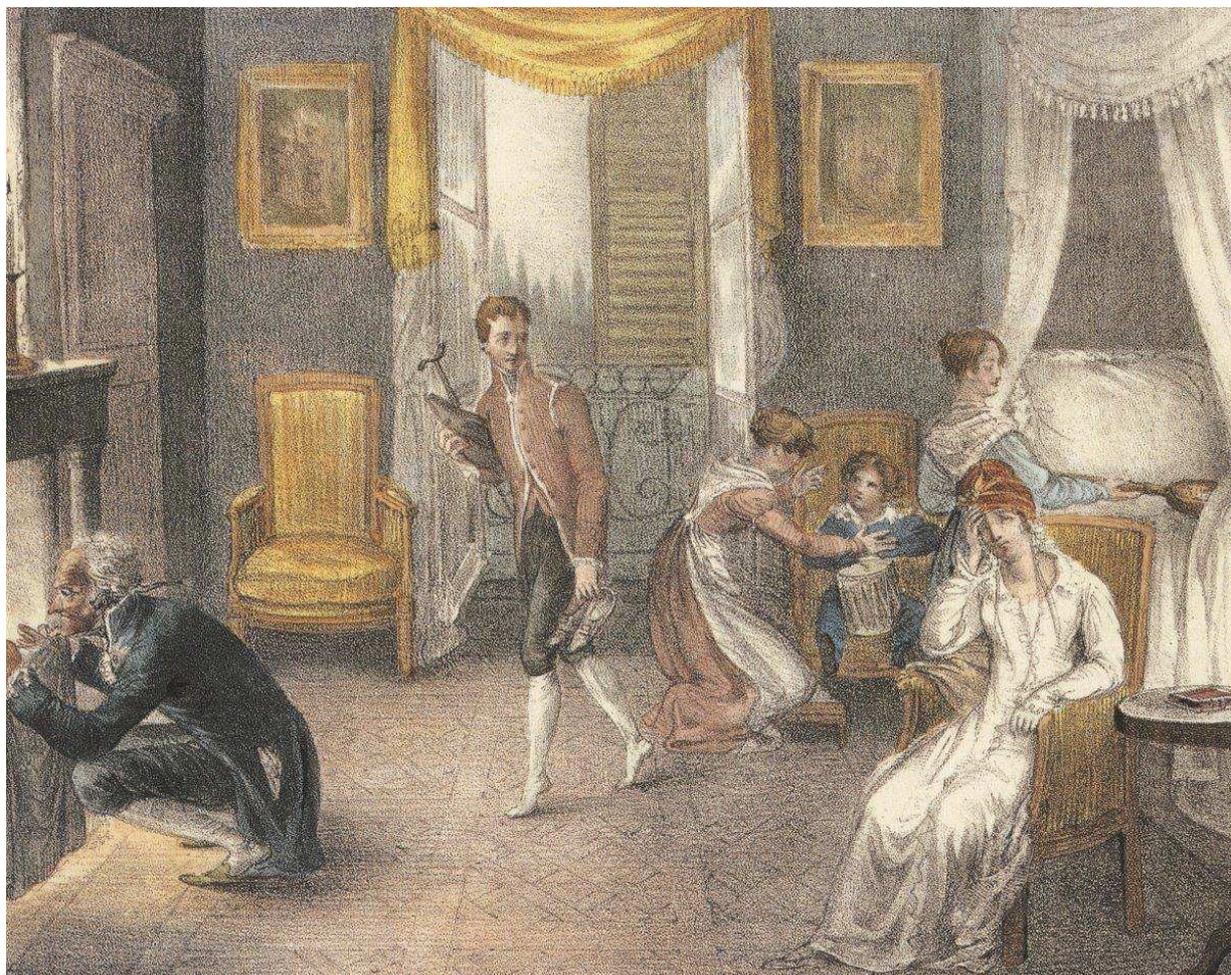
E7 : « Au début ce n'était pas trop fréquent... je dirais que ça s'accélère plutôt chez moi. [...] Par contre j'ai senti un mieux l'année dernière. Donc maintenant je vais voir dans la période qui vient, parce que là en ce moment je suis quand même dans une période où j'en ai plus que d'habitude... »

Hommes et femmes ont constaté que les variations hormonales influençaient, chez eux ou chez d'autres migraineux, la survenue des crises. La plupart des femmes ont constaté une diminution voire une disparition des crises pendant leur(s) grossesse(s) ; certaines ont dit espérer une amélioration ou une guérison des migraines à la ménopause.

E4 : « Je me souviens d'avoir eu très très mal à la tête avant la naissance de mon fils. Après, pendant la grossesse, je n'ai jamais eu mal. Et puis c'est revenu... »

E9 : « Ce que j'attends un petit peu c'est peut-être la ménopause, parce que ma mère, quand elle a eu la ménopause, elle a eu... un arrêt total des migraines. »

Figure 7. *L'appréhension de l'environnement*



Tardieu A. *La Migraine*, Album comique de pathologie pittoresque,

Recueil de vingt caricatures médicales, Paris, 1823.

Image proposée par un patient de l'étude, pour qui elle représente bien l'appréhension de l'environnement lors d'une migraine.

c) L'appréhension de la survenue d'une crise

Malgré une bonne connaissance des facteurs déclenchants, 9 patients sur 13 ont dit craindre en permanence le déclenchement d'une crise migraineuse.

E7 : « Au départ ça me prenait toujours au réveil, toujours. Maintenant ça peut me prendre n'importe quand. Ça peut très bien naître dans l'après-midi, dans la matinée, ou bien au réveil, ou le soir au moment du coucher... »

E8 : « Et ce stress de se dire quand on a un truc important : est-ce que je vais avoir une migraine ou pas ? [...] C'est vrai que ça habite toujours, le fait que ça puisse arriver n'importe quand. »

L'anxiété anticipatoire qui en résultait a produit chez ces patients des conduites d'évitement, et a mené quelques-uns à un isolement, parfois généralisé.

E2 : « Chaque fois qu'on me proposait un week-end ou qu'on me proposait une sortie, je disais : "je ne peux pas". Combien de fois j'ai refusé plein de trucs. Donc il y a un isolement. »

E3 : « Il y a aussi des circonstances que j'évite, beaucoup de circonstances... des aliments, l'alcool, la cassure de rythme, des lumières agressives, la fumée de tabac... ce sont des circonstances que je crains. »

La crainte du déclenchement d'une crise a entraîné chez plusieurs patients la prise trop précoce ou inadaptée d'antalgiques non spécifiques (AINS) ou spécifiques (triptans).

E4 : « Dès que je sentais un peu quelque chose je prenais un cachet... la trouille de la migraine ! Avant je les prenais dès le tout début de la migraine... Mais Dr S. me dit

maintenant que je dois attendre le moment où je n'en peux plus. Moi je n'attendais pas parce que souvent ça ne marchait pas après. Mais pour Dr S. prendre trop d'anti-inflammatoires ça va soigner un truc mais ça va avoir trop d'effets à côté... »

La fréquence et l'appréhension des crises ont amené certains patients à une consommation excessive d'antalgiques, aboutissant pour 4/13 patients à une intoxication médicamenteuse nécessitant une intervention médicale, et pour un patient à une dépendance médicamenteuse.

E13 : « Un moment dans mes fortes crises je prenais beaucoup d'Ixprim® les premières années. Même trop... j'en prenais vraiment trop. Plus par dépendance que... [par besoin], donc j'ai arrêté d'en prendre et à la place il m'avait donné du tramadol 50. »

d) Mécanismes physiopathologiques attribués à la migraine

4/13 patients ont dit n'avoir aucune idée des mécanismes physiopathologiques ou penser que les mécanismes n'avaient pas encore été identifiés par la recherche médicale.

E5 : « Je crois qu'eux-mêmes [les médecins] ne savent pas exactement ce qui cause la maladie... »

E8 : « c'est toujours un peu mystérieux. »

Pour les autres patients, les mécanismes les plus fréquemment suspectés à l'origine de la migraine étaient :

- une cause génétique ou familiale

E6 : « Je pense que c'est un truc familial. Ma sœur aussi est migraineuse... »

E5 : « Il y a une part héréditaire. Mon père avait des migraines, et j'ai découvert que plusieurs autres personnes de ma famille avaient des migraines : des tantes, des cousines. »

- des troubles vasculaires (vasomoteurs) intracérébraux

E1 : « ...une fragilité, peut-être au niveau des vaisseaux qui réagissent au niveau de certaines situations. »

E5 : « la dilatation des vaisseaux... »

- des troubles sanguins, rhéologiques, ou vasculaires systémiques

E2 : « Un problème sanguin... Moi j'ai toujours mis ça en rapport avec un problème de sang, je ne sais pas, est-ce que la pression... ?! »

E3 : « je sais que c'est un problème de circulation sanguine et c'est tout ce que je sais. »

- des problèmes musculosquelettiques cervicaux

E7 : « j'attribue ça, un peu, aux cervicales. Parce que j'ai de l'arthrose cervicale aussi. »

E13 : « la raideur de nuque... là je me dis que là actuellement les trois quarts des migraines sont sûrement déclenchées par ça, j'ai une raideur nucale de fou. »

- le rôle prédominant du stress

E6 : « ... Peut-être le stress... certainement c'est les nerfs, ou le stress. »

E4 : « C'est le stress qui surcharge la tête. Parce qu'on a des restaurants, on bosse beaucoup, donc ça peut être lié au stress lié au personnel et tout... et parce que c'est difficile. »

De manière fréquente (la presque totalité des patients ont cité ce facteur), le stress était incriminé en tant que cause de la maladie ou comme facteur favorisant ou déclenchant les crises.

- des problèmes neurologiques

E6 : « elle m'a parlé de nerf... le nerf trijumeau. »

- un lien entre malposition dentaire et migraine

3/13 patients ont établi un lien entre troubles de la dentition (malposition dentaire, pousse des dents de sagesse) et migraine.

E13 : « Je m'étais fait opérer des dents de sagesse, ça m'avait calmé pendant 6-7 mois je crois. 6-7 mois j'avais plus de migraine, plus rien. Puis un jour c'est revenu. »

Les hypothèses étiologiques fondées par les patients reposaient plus souvent sur leur expérience (amélioration constatée après une intervention médicale ou chirurgicale) que sur des informations reçues par des professionnels de santé.

E6 : « ...ou la circulation, puisque l'aspirine ça fluidifie le sang et ça marche contre les migraines. »

Enfin, il existait une confusion fréquente entre cause de la maladie et facteurs déclenchants, confusion constatée lors de l'interrogatoire : à la question « selon vous, quelles sont les causes de la migraine ? », beaucoup de patients ont répondu en citant les facteurs déclenchants connus.

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'étudier les représentations que les migraineux se font de leur maladie.

I. Limites de l'étude

Cette étude, qualitative, repose sur l'analyse du discours d'un faible échantillon de patients migraineux. La taille restreinte de l'échantillon et le mode de recrutement ne permettent pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population migraineuse, notamment aux migraineux non diagnostiqués.

Par ailleurs il s'agit de la première étude menée par l'interne investigateur. Il existe donc une limite liée au manque d'expérience de l'interne.

Cependant cette étude, menée en entretiens individuels et avec des questions ouvertes, présente l'intérêt de laisser un large espace de parole aux patients migraineux et celui d'interroger des patients sur le vécu de leur maladie chronique.

II. Comparaison aux résultats d'études similaires

a) Comparaison à l'étude réalisée à Nice

Dans l'étude qualitative portant sur les raisons de non-consultation ou de non-satisfaction des migraineux réalisée en 2013 dans la région niçoise, les sujets étudiés étaient soit des patients ayant déjà consulté pour leur migraine mais échappant au système de soins, soit des patients migraineux n'ayant jamais consulté (7). Les résultats de notre travail présentent certaines similitudes mais aussi certaines différences avec les résultats de ladite étude.

Parmi les similitudes on note que :

- Dans les deux populations de migraineux la majorité des patients considèrent la migraine comme une fatalité et un handicap ;
- Dans les deux populations beaucoup développent une anxiété anticipatoire liée à la crainte du déclenchement d'une crise ;
- Dans les deux populations il existe un sentiment d'isolement chez les patients ainsi qu'un sentiment d'incompréhension de la part de l'entourage, surtout professionnel ;
- Les patients des deux études ont des attentes communes vis-à-vis des médecins : écoute, information, communication.

Les différences concernent :

- La notion de migraine-maladie : parmi les patients migraineux hors système de soins, la majorité des patients (7/12) considèrent que la migraine n'est pas une maladie, tandis que dans cette étude la majorité des patients (9/13) la considèrent comme une maladie ;
- La prise en charge médicamenteuse : les patients migraineux suivis ont majoritairement trouvé un traitement de crise efficace dont ils sont satisfaits ;
- L'intensité des crises de migraine et du handicap résultant : il semble nettement plus important chez les patients qui consultent.

b) Comparaison à l'étude réalisée à Besançon

Les résultats de notre étude rejoignent les résultats principaux de l'étude menée par le CHU de Besançon, réalisée en focus groups : insistance sur la véracité des douleurs, caractère handicapant des crises de migraine, importance de l'écoute et de l'empathie des médecins, nécessité d'un suivi au long cours des migraineux (6). Une question soulevée par l'étude bisontine trouve des éléments de réponse dans notre propre étude : quel pourrait être l'intérêt de groupes de parole de migraineux ? Les patients qui se sentent compris et soutenus par leur entourage, ou qui sont en relation avec d'autres personnes migraineuses disent ne pas ressentir le besoin de rejoindre un tel groupe. En revanche des patients migraineux isolés, nouvellement diagnostiqués, ou dont l'histoire clinique est/a été difficile (difficulté diagnostique ou thérapeutique) disent trouver un intérêt à de tels groupes de discussion.

III. Concernant le vécu affectif de la migraine

a) Un décalage entre l'aspect subjectif et l'aspect objectif de la maladie

Le discours des patients migraineux interrogés met en avant l'intensité des symptômes de la crise migraineuse : premièrement les céphalées, secondairement les signes accompagnateurs comme l'asthénie, les vomissements et les auras. Ce discours révèle également le caractère handicapant de ces symptômes et leur retentissement social, professionnel, mental et familial.

Les patients migraineux mettent en opposition la force de ces symptômes avec le manque de signe clinique objectivable et le caractère « rassurant » ou bénin qu'ils attribuent au diagnostic de migraine.

Certains considèrent leur maladie comme « non grave » en raison de l'absence de lésion organique et de risque vital, tandis que d'autres la considèrent comme « grave » en raison du handicap et de l'inconfort causés par les migraines.

Le caractère familial fréquent de la migraine augmente le sentiment de fatalité ressenti par les patients ; mais il semble également permettre une acceptation et une meilleure compréhension de la maladie. Les patients ayant dans leur entourage d'autres personnes migraineuses se sentent globalement moins isolées, mieux comprises, mieux informées sur les possibilités de traitement et les voies de recours (spécialistes et centres de traitement de la douleur).

b) Un parcours souvent difficile

Le discours des patients migraineux chroniques révèle un parcours médical souvent long et complexe, marqué par deux difficultés principales directement liées entre elles : la difficulté à la pose du bon diagnostic et la difficulté à trouver une prise en charge adéquate. Ainsi, avant que le diagnostic de migraine soit posé, beaucoup de patients avaient déjà une longue histoire clinique et avaient déjà essayé de nombreux remèdes [inefficaces].

Ces difficultés entraînent une multiplication des consultations médicales et paramédicales, la réalisation de nombreux examens complémentaires [inutiles] et favorisent l'automédication et la surconsommation d'antalgiques. Le risque de sortir du parcours de soins coordonné est alors grand, les patients cherchant à avoir accès directement à des médecins spécialistes ou prenant directement contact avec des centres de traitement spécifiques, sans demander l'avis de leur médecin généraliste.

Les migraineux décrivent un véritable « parcours du combattant », d'autant que pendant cette période ils ne possèdent pas encore de traitement efficace contre les crises. Ces difficultés ajoutent de la souffrance à la douleur de ces patients et peuvent aggraver le sentiment de solitude provoqué par la maladie.

La victoire sur ce « combat » a lieu lorsque le diagnostic de migraine est posé et que le médecin évalue et prend en compte le retentissement de la maladie. Le combat cesse lorsque les patients trouvent un certain contrôle sur la survenue des crises (baisse de fréquence ou d'intensité).

La fin de cette période marque un tournant dans l'histoire des migraineux et dans la relation médecin-patient, en rétablissant un lien de confiance.

c) Un isolement sur plusieurs strates

Beaucoup des patients migraineux interviewés ont mis l'accent sur l'isolement secondaire à la migraine.

Cet isolement peut se manifester uniquement lors des crises, par exemple lorsque la douleur migraineuse s'accompagne de phonophobie ou d'asthénie, et se traduit par le besoin temporaire de changer de pièce (isolement physique momentané).

Cet isolement peut également être limité à certaines conduites d'évitement ou à l'adoption d'un nouveau rythme de vie, notamment lorsque les migraineux connaissent les facteurs déclenchants leurs migraines (abstinence vis-à-vis de l'alcool, évitement des endroits confinés...). Dans ce cas l'isolement est circonscrit et souvent bien vécu, sauf quand les facteurs déclenchants sont multiples, impossibles à maîtriser ou inconstants.

Cependant, nous constatons qu'une autre forme d'isolement peut exister chez des patients migraineux chroniques, entre les crises, et parfois malgré un traitement efficace des céphalées. Cet isolement est d'ordre affectif et traduit un sentiment de solitude morale ou psychologique. Selon les dires des patients interrogés, cette forme d'isolement est liée à manque de soutien et de compréhension de l'entourage professionnel, familial, et/ou parfois de l'équipe médicale. Le plus souvent, les patients concernés ne connaissent pas d'autre personne migraineuse, mais cette situation peut exister malgré la présence d'autres migraineux dans l'entourage.

Cet isolement se traduit par un repli sur soi et par une culpabilisation. Il s'accompagne d'anxiété, liée à l'appréhension de la survenue de nouvelles crises, et peut avoir d'importantes répercussions sociales (disputes familiales, désaccords sur le lieu de travail). Ces facteurs peuvent eux-mêmes favoriser ou déclencher de nouvelles crises migraineuses.

Dépister la présence de tels troubles est donc important, même si un traitement médicamenteux efficace a déjà été trouvé. L'écoute est un moyen simple et parfois suffisant de dépistage, mais en cas de doute des échelles d'évaluation, comme l'échelle HAD (annexe 6), ont été élaborées (48).

Ce sentiment d'isolement révèle deux besoins fondamentaux des patients migraineux chroniques, auxquels l'on va alors chercher à répondre : celui d'être entendus et celui d'être soutenus. Être entendus signifie pour eux être considérés dans leur personne entière, en tenant compte de la maladie, des formes particulières qu'elle peut prendre chez chaque personne, et de son retentissement. Là encore, l'écoute et l'empathie sont la première ligne de réponse, sans nécessité pour l'interlocuteur d'être du milieu médical. Être soutenus implique que des mesures à la hauteur des problèmes identifiés soient mises en œuvre ou

mises à la disposition des patients. Si le médecin a ici un rôle central, il n'est cependant pas le seul acteur et l'acceptation par l'entourage des patients d'une certaine adaptation de leur mode de vie est nécessaire pour le succès des moyens engagés.

d) Une évolution dans la perception et la connaissance de la maladie

Plusieurs des patients interrogés évoquent une évolution dans leur psychologie depuis les débuts de leur maladie. On retrouve de tels éléments chez la plupart des autres patients également, bien qu'ils ne soient pas explicités. Ce cheminement psychologique se rapproche tout à fait du modèle décrit par la sociologue Isabelle Baszanger, intitulé « la carrière spécifique d'un migraineux » (49). Ce modèle est constitué de trois phases successives.

La première phase, dite anomique, correspond au début de la maladie migraineuse, à la période où la personne ne comprend pas encore ce qui lui arrive. La durée et le vécu de cette phase dépendraient de l'existence ou non d'une personne dite « ressource », qui est un sujet lui-même migraineux (issu de l'entourage familial ou professionnel) et qui peut guider de façon plus ou moins pertinente le sujet dans sa prise en charge. En l'absence d'une telle personne ressource, cette phase peut être longue et va se caractériser par une « médicalisation » de la migraine, le sujet ayant tendance à consulter son médecin traitant pour comprendre la situation. Lors de cette médicalisation, une céphalée secondaire est écartée et si le diagnostic de migraine est posé, il apparaît souvent proposé comme un diagnostic rassurant. A contrario, en présence d'une telle personne ressource, cette phase peut être beaucoup plus courte, conduisant à une « normalisation » de la migraine et à l'entrée très rapide dans la seconde phase du modèle.

La seconde phase est une phase d'identification. Elle est marquée par l'apprentissage de la maladie. Le migraineux s'y forge la représentation mentale de « sa » migraine. Cette étape dépend des médecins consultés mais surtout des personnes ressources, car elle est souvent démedicalisée. Selon I. Baszanger « à la fin de cette période d'identification les migraineux testent les hypothèses proposées, les solutions adoptées s'organisant ainsi en un savoir spécifique », qui va caractériser la troisième phase.

Toujours selon cette auteure, la troisième phase est la phase du « malade-expert », et correspond à la gestion au long cours de la maladie. Le savoir des migraineux est alors pratique et découle de leur expérience. Les patients y revendiquent souvent que leurs connaissances puissent être plus exhaustives que celles des médecins. Cela induit de profonds changements dans la relation médecin-patient, qui peuvent dérouter le médecin. « Il est donc important de favoriser l'écoute en considérant le savoir acquis de ce patient afin de pouvoir faire bénéficier aux migraineux du savoir médical opérationnel. Ce processus doit laisser, dans un premier temps, s'exprimer le patient. Il doit pouvoir formuler ses réticences, ses attentes et ses croyances. »

Connaître la succession de ces trois phases peut permettre au médecin généraliste de suivre et de tenir compte des changements de perception et de l'accroissement de la connaissance du patient vis-à-vis de ses migraines, tout au long de la maladie. Savoir dans quelle phase se trouve un patient migraineux est possible grâce à un simple temps d'écoute et donne au médecin la possibilité d'adapter son discours et la prise en charge thérapeutique. Une telle stratégie peut sembler chronophage dans les conditions d'exercice actuel en médecine générale mais elle apparaît comme un élément fondamental pour une relation médecin-patient de bonne qualité.

IV. Concernant la considération sociale et le vécu intellectuel de la migraine

a) Différentes conceptions de la maladie

La description sémiologique que les patients de notre étude font de leurs céphalées rejoint la définition de la migraine donnée par l'IHS (annexe 2) (26). Par ailleurs les patients migraineux chroniques ont une bonne connaissance des facteurs favorisant et déclenchant leurs migraines.

Cependant, malgré cette correspondance entre la description empirique des patients et la définition médicale de la migraine, plusieurs patients de cette étude pensent que la migraine n'est pas une maladie (4/13), et certains pensent qu'elle n'est pas considérée ou reconnue comme telle. Ce décalage entre la maladie « vécue par le patient » et la maladie telle qu'on la définit dans le domaine scientifique est notamment lié à des différences de conception et de définition de la maladie. Il est également influencé par des facteurs culturels. Ces différences d'approche peuvent être appréhendées par l'étude étymologique et historique des conceptions de la maladie.

A titre d'exemple, la langue française n'emploie qu'un seul mot pour parler de maladie, tandis que les anglo-saxons ont, eux, une triple terminologie :

- *Disease*, qui se rapporte à la maladie telle qu'elle est appréhendée par le savoir médical ;
- *Illness*, qui désigne la maladie telle qu'elle est éprouvée par le malade ;

- *Sickness*, qui désigne un état de mal-être, de « non-santé », aux contours moins bien définis que le précédent, comme par exemple le mal de mer, le mal de cœur, et plus généralement le malaise.

La consultation médicale est le lieu de la rencontre entre la maladie telle qu'elle est subjectivement éprouvée par le patient (*illness*) et telle qu'elle est scientifiquement décrite (*disease*). La pratique biomédicale consiste à ramener intégralement la première à la seconde (14).

La notion de maladie est également modelée par la conception étiologique que chacun donne à la maladie. Quatre grands modèles étiologiques ont prédominé dans l'Histoire (50). Parmi eux, deux ont particulièrement marqué la pensée : le modèle exogène et le modèle endogène (51).

i. Le modèle exogène

Il confère à la maladie une existence autonome, indépendamment de l'organisme qui la supporte, et qui se trouve attaqué par elle. La découverte des microbes par Pasteur a contribué à renforcer cette conception en lui donnant son cachet scientifique. Dite aussi « ontologique », cette conception aboutit à des attitudes combatives, qui visent à lutter et à se débarrasser du mal (bactérie, virus, ou autre représentant du mal). La thérapeutique consiste en une alliance thérapeutique, entre malade et médecin, dans cette guerre contre un ennemi identifié (52).

Parmi les 4 patients interrogés dans notre étude qui ne considèrent pas la migraine comme une maladie, 3 ont une conception ontologique de la maladie.

ii. Le modèle endogène

C'est celui de la maladie comme rupture de l'équilibre du corps. Il a été développé par Hippocrate et son école et considère la maladie comme le signe d'une rupture de l'harmonie de l'organisme dans sa totalité. La maladie ne peut donc être localisée. Elle constitue un effort d'adaptation et n'est pas un ennemi à abattre, mais demande à être aidée pour rétablir un nouvel équilibre. Le malade est ainsi impliqué aussi bien dans sa maladie que dans sa guérison. L'accent mis récemment sur l'importance du moral et de l'affectivité dans la genèse et l'évolution de certaines maladies (maladies psychosomatiques, auto-immunes, cardio-vasculaires, etc.) a donné de la consistance à cette conception.

La plupart des patients de cette étude qui n'adoptent pas le modèle exogène conçoivent la migraine selon ce modèle. Ils développent par conséquent des stratégies pour empêcher la survenue des crises et décrivent un changement de « psychologie » suite à la répétition des crises migraineuses.

Enfin, une minorité de patients paraissent n'adhérer ni à l'un ni à l'autre de ces modèles. Ces patients n'ont, la plupart du temps, aucune connaissance relative à la physiopathologie de la migraine et définissent la maladie en fonction du mal-être causé par leurs symptômes (intensité du *sickness*).

Selon les institutions sanitaires, la migraine est une maladie (53). Sa physiopathologie n'est pas encore totalement comprise car elle est complexe, mais il est établi qu'elle fait intervenir à la fois des facteurs endogènes (terrain polygénique...) et des facteurs exogènes (facteurs déclenchants...) (27).

Il peut être utile de renseigner les patients à ce sujet. En effet, comme nous l'avons vu, la conception qu'un patient a de la maladie détermine le moyen par lequel il se défendra contre sa maladie (modèle thérapeutique) : allopathie / homéopathie... (54). Afin que la prise en charge d'un patient migraineux soit optimale, il est donc nécessaire de le rejoindre dans sa conception de la maladie et de l'informer sur l'état actuel des connaissances sur la migraine (55).

b) Une prise en charge individuelle, évolutive, adaptable

Le handicap causé par les migraines apparaît variable selon les personnes et selon les périodes, mais il était fréquent et important dans notre groupe de patients. Il pouvait se manifester dans tous les domaines : scolaire, professionnel, familial, moral, intellectuel...

La notion de handicap n'apparaît pas directement dans la définition médicale de la migraine mais il est recommandé que le médecin évalue le retentissement de la migraine sur la qualité de vie des patients concernés (56). La prise en charge d'un patient migraineux doit être globale : elle peut comporter une part thérapeutique médicamenteuse (traitement de crise et éventuellement traitement de fond) mais elle comporte aussi et toujours une part thérapeutique non médicamenteuse (enseignement au minimum des règles hygiéno-diététiques) (33).

Le médecin généraliste reste le premier interlocuteur et acteur de cette prise en charge, mais une prise en charge pluridisciplinaire (incluant notamment des professionnels non médicaux comme des psychologues ou des ostéopathes) peut être envisagée. Elle peut permettre de réduire la consommation de médicaments en enseignant aux patients migraineux à gérer certaines composantes maîtrisables de la maladie, comme le stress.

En effet, beaucoup des patients rencontrés dans le cadre de cette étude disent avoir ou avoir eu recours à d'autres praticiens que leur médecin généraliste, et en avoir obtenu un bénéfice. Ils affirment être ouverts à toutes les lignes thérapeutiques que le médecin pourrait proposer : médicaments, acupuncture, ostéopathie, techniques de relaxation, homéopathie, « trucs et astuces » ...

De nombreux traitements de la migraine existent actuellement. Les traitements médicamenteux (comme les AINS ou les triptans) ont davantage fait la preuve de leur efficacité que les traitements non médicamenteux, mais la réponse individuelle à un traitement peut être variable et n'est pas prévisible à l'avance (33). Il n'est donc ni inutile ni contre-indiqué d'envisager un traitement complémentaire non médicamenteux. L'intérêt de chaque traitement doit alors être réévalué régulièrement, dans le cadre d'un suivi prolongé (33).

V. Concernant la relation de soins

a) Une demande d'écoute et d'empathie

Les attentes exprimées par les patients migraineux de cette étude sont davantage relatives à l'écoute et à l'empathie du médecin qu'à l'efficacité des traitements contre la migraine. Les patients disent garder l'espoir que la science trouve un remède apportant la guérison [définitive] de la maladie, mais ils disent souhaiter bien plus encore être écoutés par leur médecin généraliste et recevoir des conseils adaptés à leurs besoins personnels.

L'écoute et l'empathie du médecin traitant apparaissent comme un aspect fondamental de la prise en charge, en accord avec l'étude réalisée par A. Croitoru (6) ; et elles apportent par elles-mêmes une amélioration de la qualité de vie des migraineux (57).

b) Améliorer la formation et l'information

- Une meilleure formation médicale

Beaucoup des patients interrogés estiment que leur médecin généraliste, voire les médecins en général, manquent de connaissances et d'informations sur la migraine. Ils souhaitent une sensibilisation des médecins généralistes à la migraine.

Selon une étude à grande échelle menée par l'OMS, il existe effectivement un « manque de connaissances des personnels de soins » concernant la migraine, notamment lié à un faible quota de cours sur le sujet dans la formation initiale ; alors que selon cette même source la migraine est la première cause de céphalées en médecine de ville et fait partie des dix maladies mondiales les plus handicapantes (53).

Des résultats similaires ont été retrouvés dans une étude française régionale réalisée auprès d'une centaine de médecins généralistes, toujours sur le sujet de la migraine. Constatant un manque de connaissances des médecins généralistes sur le plan diagnostique, thérapeutique ainsi que dans le recours aux examens complémentaires l'auteur recommande un renforcement de la formation médicale continue des médecins généralistes (58).

- Une plus grande information du public

Beaucoup des patients de cette étude disent vouloir une plus large information du public concernant la migraine. L'ignorance fréquente de l'entourage concernant les spécificités de la migraine est, pour les patients migraineux, source d'isolement, d'incompréhension, voire de conflits, le plus souvent au niveau familial et/ou professionnel.

L'importance d'une information du public apparait également dans les conclusions de l'étude menée par l'OMS. Selon celle-ci, la « méconnaissance du grand public [est] un obstacle à l'efficacité des soins » (53).

Le changement de regard de la société sur cette maladie représente un enjeu de santé publique, puisque près de 20% de la population adulte française est concernée par des migraines (59).

- Un devoir d'information envers les patients migraineux

Comme nous l'avons vu, une grande partie des patients souhaiteraient davantage d'informations concernant leur maladie, mais la nature et la quantité d'informations souhaitées est très variable d'une personne à l'autre, et évolue en fonction de l'expérience et de la connaissance acquise par chaque patient.

Cependant, les patients n'expriment pas toujours directement leur attente et n'anticipent pas toujours sur les risques et les situations à venir (par exemple : risque tératogène lié aux antimigraineux).

Ainsi, si la demande d'information n'est pas formulée du côté du malade, il revient au médecin d'en prendre l'initiative. Le droit à l'information, devenu un devoir d'information (60), s'impose aujourd'hui à tout médecin, dans la limite de la volonté et de l'intérêt du patient (sauf cas exceptionnels) (61).

Il est intéressant de rappeler sur quels principes et dans quel objectif a été formulé ce devoir. Selon le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), « l'information est un droit fondamental du malade [...]. Ce droit trouve ses fondements

dans le lien contractuel et dans le respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine. »

L'objectif de l'information du patient est d' « obtenir [son] consentement [éclairé] » afin de le rendre participatif de la prise en charge, et de créer une relation médecin-patient respectant à la fois le principe d'autonomie du patient et le principe de bienfaisance du médecin (62).

VI. Synthèse et perspectives

a) Synthèse

Les patients migraineux chroniques considèrent la migraine comme une maladie chronique non grave mais dont les crises sont intenses et peuvent altérer de façon notable la qualité de vie personnelle et sociale. Le parcours diagnostique et thérapeutique de ces patients est complexifié par une méconnaissance du sujet par certains généralistes et peut être associée à une grande souffrance en cas d'incrédulité de l'entourage.

Le handicap causé par la maladie, nettement mis en avant dans le discours des patients migraineux, n'est pas un élément qui apparaît directement dans la définition médicale donnée par l'IHS. Il doit donc faire l'objet d'une recherche spécifique.

L'évolution de la maladie entraîne à long terme de profonds changements dans la psychologie et la façon de vivre des patients migraineux. Les patients attendent de la relation médecin-patient qu'elle soit marquée par l'écoute et l'empathie et qu'elle s'adapte à ces changements, en tenant compte de l'accroissement de leur connaissance empirique.

Pour répondre aux besoins des patients migraineux, deux pistes de réflexion apparaissent suite à cette étude : le rôle qui revient aux médecins généralistes et le rôle de la société.

b) Rôle des médecins généralistes

La grande prévalence de la migraine en fait une affection du ressort du médecin généraliste, d'autant que son évolution est modulée par des facteurs environnementaux qui sont souvent mieux appréhendés par le médecin généraliste traitant que par un médecin spécialiste référent (63).

Au vu des résultats de cette étude et des autres sources consultées, il semble que les rôles majeurs qui incomberont aux médecins généralistes dans l'avenir seront de poser le diagnostic de migraine (écarter une céphalée secondaire et faire le diagnostic différentiel avec les autres céphalées primaires), d'évaluer le retentissement de la maladie, et enfin de proposer une démarche thérapeutique adaptée (2). Si une prise en charge pluridisciplinaire ou spécialisée s'avérait nécessaire, il reviendrait au médecin généraliste d'orienter les patients migraineux vers les personnes ou les services compétents.

L'un des axes de développement possible serait l'information délivrée aux médecins généralistes sur les réseaux de soins adaptés aux migraineux existant dans leur zone d'activité. Garder le médecin généraliste au cœur du parcours de soins coordonné représente un avantage pour le patient et optimise la prise en charge médicale (64).

Enfin, en luttant à son échelle contre le mésusage de certains termes médicaux, comme celui de « migraine », le médecin généraliste peut participer à un phénomène plus large de changement des représentations collectives concernant cette maladie.

c) Rôle de la société

Du fait de sa prévalence et de son impact dans la vie personnelle et sociale, la migraine est également un problème de santé publique (34). L'un des enjeux sociétaux d'avenir sera de modifier les conceptions collectives erronées concernant la migraine (origine « psychogène », assimilation des crises à des prétextes pour éviter certaines situations...) afin d'en améliorer la reconnaissance sociale et de diminuer l'isolement et les conséquences morales et psychologiques de la migraine.

Le développement de l'information destinée au grand public permettrait également de faciliter l'accès des migraineux aux structures compétentes, de réduire le retard à la pose du diagnostic et à la mise en place d'un traitement adéquat, et ainsi de limiter les coûts directs et indirects générés par les migraines.

Des programmes de sensibilisation à l'intention du grand public existent déjà dans certains pays européens depuis quelques années, comme la Belgique (65). Ils comprennent notamment des simulations de crise migraineuse.

Enfin, l'idée que les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) lancent des campagnes d'information sur la migraine et de prévention contre la surconsommation d'antalgiques antimigraineux (triptans) a déjà été évoquée dans une thèse (66) et mériterait peut-être d'être soutenue.

CONCLUSION

La migraine est une maladie fréquemment rencontrée en médecine générale. L'objectif de ce travail était de connaître le vécu de patients migraineux chroniques, leurs représentations de cette maladie et d'évaluer leurs connaissances des mécanismes impliqués dans la migraine.

Cette étude, qualitative, a été menée auprès de 13 patients migraineux du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, par des entretiens individuels semi-directifs. La moyenne d'âge des patients interrogés était de 45ans, avec un sexe-ratio de 2,5 femmes pour un homme. Dix des patients avaient des migraines sans aura, 3 des migraines avec aura.

Les principaux résultats sont en concordance avec les résultats d'études similaires réalisées auprès de patients migraineux d'autres régions, mais il semble que le handicap causé par la maladie soit plus important chez les migraineux qui consultent que chez ceux qui ne consultent pas.

Les patients migraineux chroniques décrivent la migraine comme une maladie bénigne, marquée par la répétition de crises remplissant les critères diagnostiques établis par l'IHS, mais dont le retentissement, souvent important et parfois majeur, n'apparaît pas directement dans cette définition et est donc souvent sous-estimé.

La migraine est considérée comme méconnue des médecins généralistes et mal reconnue par la société. Couramment l'objet de préjugés, elle peut provoquer chez les patients culpabilisation et isolement. Les variations d'activité de la maladie et sa chronicité en font également un trouble angoissant, qui entraîne au long cours de profonds changements dans la psychologie et le mode de vie des patients.

La plupart des patients migraineux ont peu de connaissances et d'informations sur la maladie et les solutions existantes. Leurs hypothèses physiopathologiques proviennent essentiellement de leur expérience ou de leurs recherches personnelles.

De par des différences d'approche (empirique pour les patients, scientifique pour les médecins) et des différences de conception de la maladie (définition et modèle étiologique attribués au terme « maladie »), il existe une distance entre la représentation médicale de la migraine et la représentation que s'en font les patients. Connaître et tenir compte de ces différences apparaît important pour la réussite d'un projet thérapeutique.

Le médecin généraliste est le premier interlocuteur des patients migraineux et le premier acteur de leur prise en charge. Afin que cette dernière soit optimale, il est nécessaire que le médecin repère puis prenne en compte tous les aspects de la migraine : la douleur des crises, le handicap et l'isolement secondaires aux crises, la souffrance éventuellement associée. Basée sur l'écoute et l'empathie, la relation médecin-patient doit s'adapter aux changements secondaires à l'évolution de la maladie, et l'accompagnement des patients doit idéalement s'inscrire dans la durée.

Afin de répondre aux besoins des patients migraineux et d'améliorer la prise en charge de cette maladie, les actions futures pourraient être menées dans deux directions principales : le renforcement de la formation et de l'information des médecins généralistes concernant la migraine, et le développement de moyens de sensibilisation destinés au grand public.

VU et approuvé

Strasbourg, le **18 DEC 2018**

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



VU

Strasbourg, le **06/12/18**

Le président du Jury de Thèse

Professeur **Hirsch**

Docteur Edouard HIRSCH
 Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
 HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
 Hôpital de Hautepierre - Service de Neurologie
 67098 STRASBOURG Cedex
 Tél : 03 88 12 85 62 - Fax : 03 88 12 85 33
 Email : edouard.hirsch@chru-strasbourg.fr
 N° RPPS : 1000242437 1

ANNEXES

Annexe 1. Facteurs déclenchants des migraines.

| Facteurs psychologiques | Facteurs hormonaux |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrariété | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Règles |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiété | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de contraceptifs oraux ou traitement hormonal |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Émotion (négative ou positive) ou choc psychologique | |
| Modification du mode de vie | Facteurs sensoriels |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déménagement | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lumière, bruit |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Changement de travail, surmenage | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Odeur |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vacances, week-end, voyage | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vibration... |
| Aliments | Facteurs climatiques |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcool | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vent |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repas trop riche (graisses cuites ; fromages) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaleur humide (temps orageux) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agrumes | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Froid |
| Habitudes alimentaires | Autres facteurs |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeûne | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatisme crânien (enfant) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repas sautés ou irrégulier | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque ou excès de sommeil (grasse matinée) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sevrage en caféine | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Altitude |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effort physique inhabituel |

Annexe 2. Critères diagnostiques de la migraine (ICHD-3).

| 1. Migraine sans aura | |
|--------------------------------------|--|
| A | Au moins cinq crises répondant aux critères B à D |
| B | Crises de céphalées durant 4 à 72 heures (sans traitement) |
| C | Céphalées ayant au moins deux des caractéristiques suivantes : |
| | <ul style="list-style-type: none"> • topographie unilatérale |
| | <ul style="list-style-type: none"> • type pulsatile |
| | <ul style="list-style-type: none"> • intensité modérée ou sévère |
| | <ul style="list-style-type: none"> • aggravée par ou entraînant l'évitement des efforts physiques de routine (marcher, monter les escaliers) |
| D | Durant la céphalée, au moins l'un des suivants : |
| | <ul style="list-style-type: none"> • nausées et/ou vomissements |
| | <ul style="list-style-type: none"> • photophobie et phonophobie |
| E | N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3. |
| 2. Migraine avec aura typique | |
| A | Au moins deux crises répondant aux critères B et C |
| B | Aura comprenant des troubles visuels, sensitifs et/ou de la parole ou du langage, tous entièrement réversibles, mais pas de symptôme moteur, basilaire ou rétinien |
| C | Au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : |
| | <ul style="list-style-type: none"> • au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en \geq 5 minutes et/ou les différents symptômes de l'aura surviennent successivement |
| | <ul style="list-style-type: none"> • chaque symptôme de l'aura dure 5–60 minutes |
| | <ul style="list-style-type: none"> • au moins un symptôme de l'aura est unilatéral |
| | <ul style="list-style-type: none"> • l'aura est accompagnée, ou suivie dans les 60 minutes, par une céphalée |
| D | N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3 et un accident ischémique transitoire a été exclu. |

Annexe 3. Traitements de fond de la migraine.

| Substances | Principaux effets secondaires | Principales contre-indications |
|--|--|--|
| Bêtabloquants | | |
| Propranolol Métoprolol | Asthénie, intolérance à l'effort, hypotension orthostatique Rares : insomnie, cauchemars, dépression, troubles de la libido/érection Contre-indiqué dans l'asthme | Asthme, insuffisance cardiaque, bloc auriculoventriculaire, bradycardies NB : Possibilité d'aggravation des migraines avec aura |
| Antisérotoninergiques | | |
| Oxétorone (Nocertone [®]) | Somnolence Rares : diarrhée, hyperprolactinémie | |
| Pizotifène (Sanmigran [®]) | Somnolence, prise de poids | Glaucome, troubles urétrorostatiques |
| Antidépresseurs | | |
| Amitriptyline (Laroxyl [®]) | Somnolence, prise de poids, xérostomie, troubles de la libido/érection | Glaucome, adénome prostatique |
| Venlafaxine (hors AMM) | Nausées, vertiges, hypersudation, nervosité Somnolence, xérostomie, troubles de la libido/érection | Hypersensibilité Association aux IAMO non sélectifs Galactosémie congénitale Allaitement |
| Anticalciques | | |
| Flunarizine (Sibelium [®]) <i>Arrêt au bout de 6 mois</i> | Somnolence, prise de poids Rares : dépression, syndrome parkinsonien | Syndrome dépressif, syndrome extrapyramidal |

| Antiépileptiques | | |
|--|--|--|
| Topiramate (Epilex [®]) | Paresthésies, troubles cognitifs, irritabilité, dépression, perte de poids Rares : calculs rénaux, myopie aiguë, syndromes psychotiques | |
| Valproate de sodium (hors AMM) | Nausées, prise de poids, somnolence, tremblement, alopecie, hépatite Térogène | Pathologies hépatiques En prophylaxie de la migraine : arrêt avant tout projet de grossesse, et à ne pas prescrire si contraception absente ou potentiellement mal suivie |
| Autres | | |
| Candésartan (hors AMM) 8–16 mg par jour | Hypotension orthostatique, vertiges Fausse couche (arrêt indispensable avant tout projet de grossesse) | Hypersensibilité Insuffisance hépatique et rénale sévère 2 ^e et 3 ^e trimestres de la grossesse |

Annexe 4. Echelle HIT-6

Questionnaire sur l'impact des maux de tête (HIT-6)

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.

| Question 1 : Lorsque vous avez des maux de tête, la douleur est-elle intense ? | | | | |
|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> De temps en temps | <input type="checkbox"/> Très souvent | <input type="checkbox"/> Tout le temps |
| Question 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 ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> De temps en temps | <input type="checkbox"/> Très souvent | <input type="checkbox"/> Tout le temps |
| Question 3 : Lorsque vous avez des maux de tête, souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> De temps en temps | <input type="checkbox"/> Très souvent | <input type="checkbox"/> Tout le temps |
| Question 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 ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> De temps en temps | <input type="checkbox"/> Très souvent | <input type="checkbox"/> Tout le temps |
| Question 5 : Au cours de ces 4 dernières semaines avez-vous éprouvé un sentiment de « ral-le-bol » ou d'agacement à cause de vos maux de tête ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> De temps en temps | <input type="checkbox"/> Très souvent | <input type="checkbox"/> Tout le temps |
| Question 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 ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> De temps en temps | <input type="checkbox"/> Très souvent | <input type="checkbox"/> Tout le temps |
| TOTAL | | | | |
| 6 points par réponse | 8 points par réponse | 10 points par réponse | 11 points par réponse | 13 points par réponse |

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

HIT-6™ France (French) version 1.0, GWCS 15000 7/00 do not copy or circulate ©2000 quality metric, Inc & Glaxo Wellcome Group Companies

Annexe 5. Echelle MIDAS

MIDAS
Migraine Disability Assessment
Questionnaire

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

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

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

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

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

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

Score : Jours

Interprétation :
 Grade I (0 à 5 jours)
 Grade II (6 à 10 jours)
 Grade III (11 à 20 jours)
 Grade IV (21 jours et plus)

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



Annexe 6. Echelle HAD



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

Date :

Echelle HAD

| | |
|---|--|
| (1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : 3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais | (8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : 3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais |
| (2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : 0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus | (9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : 0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent |
| (3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : 3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout | (10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence : 3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête plus attention que par le passé |
| (4-D) Je ris et vois le bon côté des choses : 0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout | (11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : 3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout |
| (5-A) Je me fais du souci : 3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement | (12-D) Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : 0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais |
| (6-D) Je suis de bonne humeur : 3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps | (13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique : 3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais |
| (7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : 0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais | (14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision : 0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement |

Score A :

Score D :

Score total : (à remplir par le médecin)

Annexe 7. Agenda des migraines

| Mois de | Sévérité des maux de tête : L : légère M : modérée S : sévère | Traitements de crise utilisés, nombre | Durée de la crise (h) | Facteur favorisant |
|------------------|---|---|--------------------------|--------------------|
| 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 | | | | |

Annexe 8. Flyer destiné aux patients

THESE de médecine sur les MIGRAINES

Dans le cadre de ma formation de Médecin Généraliste, je réalise une étude sur la façon dont les migraineux **perçoivent** et **comprennent** leur maladie.

Je souhaite rencontrer des patients migraineux afin d'en discuter (**entretiens individuels** de 1h environ, portant sur **5 grandes questions** simples).



MIGRAINE

Si vous êtes d'accord de participer, merci de contacter :



HUCHE Fiona

06 XX XX XX XX

fiona.huche@hotmail.fr

Travail réalisé sous la direction du Dr Gries, en collaboration avec La Toussaint - consultation de la douleur.

Mars 2017

BIBLIOGRAPHIE

1. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lantéri-Minet M, et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology*. 23 juill 2002 ; 59(2):232-7.
2. Lantéri-Minet M. Migraine de l'adulte : diagnostic, évaluation et traitement. EMC, Elsevier Masson SAS, Paris, Traité de Médecine Akos, 5-1131, 2011.
3. 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.
4. GBD, Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016 : a systematic analysis. *Lancet Lond Engl*. sept 2017 ; 390(10100):1211-59.
5. Galand C, Salès-Wuillemin É. Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*. 2009;(105):35-44.
6. Croitoru A., Bolot A, Perrot J., Dumel F. Qualité de vie des migraineux : vécu, ressenti et attentes. Etude qualitative, DMG Besançon, 2012.
7. Piquet E. Raisons de non consultation et/ou de non satisfaction de la consultation chez les migraineux. Thèse de médecine, Université de Nice, 2013, 71p.
8. Baril R., Durand M-J. L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison - 2008. [Internet]. [cité 19 janv 2017].
Disponible sur : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirst/r-544.pdf>
9. Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. *Rech Soins Infirm*. (98):36-68.
10. Cedraschi C, Allaz AF, Piguat V. Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. *Douleur Analgésie*. 1 juin 1998;11(2):91-5.
11. Bioy A. L'Aide-mémoire de psychologie médicale et psychologie du soin en 58 notions. Dunod; 2012. 377 p.
12. Ananya Mandal M, Migrain history. *News medical life sciences and medicine*, 2014. p3.
13. Moskowitz MA. The 2006 Thomas Willis Lecture. *Stroke*. 1 mai 2007;38(5):1645-51.
14. Friard D. Représentations de la maladie - Serpsy [Internet]. Disponible sur: http://www.serpsy.org/formation_debat/diagnostic/representations.html
15. Croix L. La douleur en soi. Eres; 2012. 224 p.

16. Freud S, Masson JM, Schröter M. Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904. Presses universitaires de France; 2006.
17. Angst J, Vollrath M, Merikangas KR, Ernst C. Comorbidity of anxiety and depression in the Zurich cohort study of young adults. 1990.
18. Breslau N, Davis GC. Migraine, physical health and psychiatric disorder : a prospective epidemiologic study in young adults. *J Psychiatr Res.* 1993;27(2):211–221.
19. Boureau F, Fabre N, Tzourio C - Migraine : connaissances descriptives, traitement et prévention. Editions INSERM 1998, 141-161.
20. Merikangas KR, Wicki W, Angst J. Heterogeneity of depression. Classification of depressive subtypes by longitudinal course. *Br J Psychiatry.* 1994;164(3):342–348.
21. Latack JC, Havlovic SJ. Coping with job stress : A conceptual evaluation framework for coping measures. *J Organ Behav.* 1 sept 1992;13(5):479-508.
22. Kröner-Herwig B, Fritsche G, Brauer H. The physiological stress response and the role of cognitive coping in migraine patients and non-headache controls. *J Psychosom Res.* 1993;37(5):467–480.
23. Andrasik F. Behavioral management of migraine. *Biomed Pharmacother.* 1996;50(2):52–57.
24. Rowan AB, Andrasik F. Efficacy and cost-effectiveness of minimal therapist contact treatments of chronic headaches: A review. *Behav Ther.* 1996;27(2):207–234.
25. Reid GJ, McGrath PJ. Psychological treatments for migraine. *Biomed Pharmacother.* 1996;50(2):58–63.
26. Collège des Enseignants de Neurologie : Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face. 2016.
Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr>
27. Pérès R, Roos C., Jouvent E. Céphalées primaires. *EMC - AKOS (Traité de Médecine)* 2018 :1-8 [Article 6-0510].
28. Pietrobon D, Striessnig J. Neurobiology of migraine. *Nat Rev Neurosci.* Mai 2003;4(5):386-98.
29. Charles A. The pathophysiology of migraine: implications for clinical management. *Lancet Neurol.* févr 2018 ; 17(2):174-82.
30. Goadsby PJ. The pharmacology of headache. *Prog Neurobiol.* déc 2000;62(5):509-25.
31. SFEMC - Migraines & Céphalées -Facteurs déclenchants de la crise de migraine [Internet]. [cité 13 mai 2016].
Disponible sur: <http://sfemc.fr>

32. IHS - ICHD-3 Beta, The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version). [Internet]. [cité 7 mai 2017].
Disponible sur : <https://www.ichd-3.org/>
33. 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. *Rev Neurol (Paris)*. 1 janv 2013 ; 169(1):14-29.
34. Haute Autorité de Santé - Recommandations sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et l'enfant. Paris : HAS ; 2002.
35. Société française de neurologie - Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant [Internet]. [cité 18 mai 2016].
Disponible sur : <http://www.sf-neuro.org/>
36. Dodin S., Blanchet C, Bujold M., Chaire en approche intégrée en santé, Université Laval, juin 2010.
37. Riederer, F., Penning, S. & Schoenen, Transcutaneous Supraorbital Nerve Stimulation (t-SNS) with the Cefaly® Device for Migraine Prevention: A Review of the Available Data *J. Pain Ther* (2015) 4:135. [Internet].
Disponible sur : <http://www.cefaly.com/fr/etudes-cliniques>
38. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010. *Lancet Lond Engl*. déc 2012 ; 380(9859):2163-96.
39. Stewart WF, Lipton RB, Whyte J, Dowson A, Kolodner K, Liberman JN, et al. An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology*. 22 sept 1999 ; 53(5):988-94.
40. Lanteri-Minet M. Qualité de vie et impact de la migraine. John Libbey Eurotext ; 2007. 100 p.
41. SFEMC. Migraines & Céphalées - Quand et qui consulter quand on a des maux de tête ? [Internet]. [cité 13 mai 2016].
Disponible sur : <http://sfemc.fr>
42. Kakai H., contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire, Université de Franche-Comté, Février 2008.
43. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L., et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ; 84 : 142-5.
44. Directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. *Journal officiel* n° L 281 du 23/11/1995 p. 0031 - 0050.
45. Paillé P. *Cahiers de recherche sociologique*, n° 23, 1994, p. 147-181.

46. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine, 2009.
47. Glaser B. The Grounded Theory Review - Sociology Press (2010), vol. 9, n2, 76p.
48. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand.,1983, 67, 361-370.
49. Baszanger I. Aspect sociologique. Gérer la migraine : expérience, savoir et information des malades. La migraine, connaissances descriptives, traitements et prévention. Expertise collective, INSERM 1998 : 251-263.
50. Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris, Edition Payot, 1992.
51. Bontemps R, Cerisier B. - Représentations de la santé et de la maladie. Bruxelles, Bulletin santé n°42 - juin 2006, p1-21.
52. Robinson B. Psychologie clinique : De l'initiation à la recherche. De Boeck Supérieur; 2005. 350p.
53. World Health Organization. Principaux repères sur les céphalées. [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
54. Binder P. Approche des modes de représentation de la maladie. Univ Poitiers, 2011, 4p.
55. Gatt M-T, Belin C. Migraines : points de vue d'un neurologue et d'un médecin de la douleur. Rev Fr Psychosom. 16 oct 2008;(34):87-96.
56. Massiou H. Suivi thérapeutique d'une migraine. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 1998: 1-3 [Article 5-1030]
57. Weber M, Daurès J-P, Fabre N. Influence de la connaissance personnelle de la migraine par l'omnipraticien sur la prise en charge de ses patients migraineux. Revue Neurologique. 2002;(158):439-45.
58. Geerlandt F. Prise en charge de la migraine chez l'adulte en médecine générale dans la région de Rouen et son agglomération. Thèse de médecine. Université de Rouen, 2017; 89p.
59. Fédération française de neurologie. La migraine [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur : <http://www.ffn-neurologie.fr/grand-public/maladies/la-migraine>
60. Conseil national de l'ordre - L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun ; CNP 2012 [Internet]. [cité 14 sept 2018]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr>

61. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Article 35, information du patient [Internet]. [cité 13 juill 2018].
Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>
62. Lamau M-L. Le recours au principe d'autonomie en éthique clinique. Rev D'éthique Théologie Morale. 2005;(234):63-70.
63. Lanteri-Minet M. The role of general practitioners in migraine management. Cephalalgia, 2008 ; 28 (suppl2) : 1-8.
64. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009-art.80 (V).
65. Semaine de la migraine [Internet]. Semaine de la migraine. [cité 13 oct 2018].
Disponible sur: <http://www.semainedelamigraine.be>
66. Morese K. Croyances et perceptions des patients migraineux souffrant de céphalées chroniques quotidiennes associées à un abus médicamenteux. Thèse de médecine. Université de Nice ; 2015, 159p.

ATTESTATION DE NON-PLAGIAT

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Hudé Prénom : Fiona

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avec connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Illzach, le 31.08.2018

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction. La migraine est une maladie fréquente en médecine générale. Malgré les progrès faits dans la compréhension de sa physiopathologie et dans son traitement, elle reste sous-diagnostiquée et la souffrance des patients migraineux peu ou mal reconnue. Nous nous sommes intéressés au point de vue de patients migraineux chroniques. L'objectif était de connaître leurs représentations et leur vécu de cette maladie.

Matériel et méthodes. Etude qualitative menée par entretiens individuels semi-directifs auprès de patients migraineux suivis en médecine générale ou dans des centres de traitement spécifiques, en région alsacienne.

Résultats. Treize entretiens ont été réalisés entre avril 2017 et juillet 2018, chez des patients âgés de 22 à 64 ans. Quatre étaient des hommes et neuf des femmes. La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes. Les patients ont dépeint la migraine comme une maladie chronique, débutant dans la jeunesse, caractérisée par la répétition de crises céphalalgiques intenses, alternant avec des périodes sans crise. Le retentissement des crises pouvait être majeur, tant dans la vie personnelle que sociale. La migraine était perçue comme méconnue des professionnels de santé, mal reconnue par la société, et souvent associée à un isolement et à de la souffrance.

Discussion et conclusion. De par des différences d'approche entre médecins et patients, il existe une distance entre la définition scientifique de la migraine et la représentation que s'en font les patients. Tenir compte de ces différences apparaît important dans la relation médecin-patient et pour le succès de la prise en charge.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : médecine générale ; migraines ; représentations ; douleur ; maladie chronique

Président : Dr HIRSCH Édouard, neurologue, PU-PH

Assesseurs : Dr VIDAILHET Pierre, psychiatre, PU-PH
Dr GONZALEZ Maria, médecin du travail, PU-PH
Dr GRIES Jean-Luc, médecin généraliste, MCAMG

Adresse de l'auteur : 25 rue des jasmins, 68110 Illzach