BOUSSOLE DES MAUX DE TÊTE

Agir ensemble contre les maux de tête

MigraineAction
FÜR MEHR LEBENSQUALITÄT

Agir ensemble contre les maux de tête

La **Boussole des maux de tête** vise à vous aider à mieux comprendre vos symptômes et, idéalement, à les contrôler. Veuillez d'abord remplir votre **profil.** Vous pouvez ensuite noter vos maux de tête et tous les détails importants dans les pages mensuelles du journal.

Cela vous donne

- une vue d'ensemble claire de la fréquence, de l'intensité et du schéma de vos maux de tête
- des indications sur les déclencheurs possibles
- un aperçu de la prise et des effets de vos médicaments

Les informations que vous consignez vous aideront, non seulement vous, mais aussi votre professionnel de santé, à trouver le traitement adapté. L'exemple de journal rempli montre comment consigner l'information dans le journal des maux de tête.

Les conseils et informations supplémentaires contenus dans cette Boussole des maux de tête ont pour but de vous aider au quotidien et de faciliter la communication avec votre professionnel de santé. Utilisez également les champs de notes pour consigner vos questions et observations de manière aussi précise que possible. Cela peut faciliter et améliorer la discussion.

Nous vous souhaitons tout le meilleur!

Exemple de journal des maux de tête rempli (mois complet)

Mois	Janvier																													
Jour		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	**Total**
Type de maux de tête	T1; T2; T3			T1					T1			T1				T2							T1				T1						5xT1, 1xT2
Durée	(heures)			4					8			5				6							4				8						35
Intensité de douleur	0-10			5					7			5				8							5				7						37
Symptômes associés	Nausées/vomissements															X																	
	Sensibilité lumière et bruit																																	
	Troubles visuels															X																	
	Autre								1																									
Déclencheurs	Stress																																	
	Menstruation															X																	
	Météo			X								X																					
Déclencheur individuel	Chocolat																						X										
Absence (travail, école, foyer)	(heures)			6					6			7				8							4				10						41
Traitement aigu	Nom du médicament			A					A			A				B							A				B						
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**			2					1			1				0							1				2						
Prophylaxie	Nom du médicament	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	6

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**	37	=	6,2	*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises	6			

Mon profil

Nom _____ Téléphone _____

Adresse _____

Mes déclencheurs

☐ **Sentiments**
☐ Dispute ☐ Joie ☐ Colère
☐ Autre _____

☐ **Activités**
☐ trop de sport ☐ pas assez de sport
☐ malade _____

☐ **Travail**
☐ Stress ☐ trop peu à faire

☐ **Temps libre**

☐ **Alimentation**
☐ Alcool ☐ Chocolat
☐ Régime ☐ hydratation insuffisante
☐ Autre _____

☐ **Météo**
☐ Foehn ☐ Bise ☐ Neige
☐ Froid ☐ Chaleur
☐ Autre _____

Mes facteurs de protection

☐ Détente
☐ Mouvement
☐ Sommeil
☐ Autre _____

☐ Autre _____

☐ Autre _____

Liste de mes médicaments

Veuillez inscrire ci-dessous **tous les médicaments** que vous prenez (médicaments sur ordonnance et en vente libre). Pensez aussi aux médicament que vous **ne prenez pas** pour traiter vos maux de tête. N'oubliez pas de noter la prise de préparations à base de plantes, de vitamines, etc. Notez la date à laquelle vous avez reçu un nouveau médicament ou un nouveau dosage d'un médicament. Dans la partie inférieure, les lettres ou chiffres que vous pouvez inscrire dans le journal comme abréviations sont indiqués en vert.

Mes médicaments en traitement aigu des maux de tête
Nom/dosage *(p. ex. ibuprofène 400 mg)*

A _____
B _____
C _____

Les médicaments que je prends pour éviter les maux de tête (prophylaxie) Nom/dosage *(p. ex. métoprolol 100 mg)*

D _____
E _____
F _____

Autres médicaments (pas contre les maux de tête) que vous prenez régulièrement
Nom/dosage *(p. ex. médicament contre l'asthme, vitamines ou suppléments alimentaires)*

_____

_____

Toutes les crises de migraine ne se ressemblent pas. Souffrez-vous également de différents types de crises? Cochez ici les caractéristiques importantes de vos différents types de maux de tête. Dans le journal mensuel, inscrivez uniquement T1, T2 ou T3.

Type de mal de tête 1 (T1)

☐ Bilatéral ☐ Aggravé par le mouvement ☐ Pulsatile ☐ Sensibilité lumière et bruit ☐ Nausées/vomissement
☐ Unilatéral ☐ Amélioré par le mouvement ☐ Lancinant ☐ Sensation d'étau, sourde ☐ Autre _____

Type de mal de tête 2 (T2)

☐ Bilatéral ☐ Aggravé par le mouvement ☐ Pulsatile ☐ Sensibilité lumière et bruit ☐ Nausées/vomissement
☐ Unilatéral ☐ Amélioré par le mouvement ☐ Lancinant ☐ Sensation d'étau, sourde ☐ Autre _____

Type de mal de tête 3 (T3)

☐ Bilatéral ☐ Aggravé par le mouvement ☐ Pulsatile ☐ Sensibilité lumière et bruit ☐ Nausées/vomissement
☐ Unilatéral ☐ Amélioré par le mouvement ☐ Lancinant ☐ Sensation d'étau, sourde ☐ Autre _____

Symptômes associés

Les maux de tête pourraient s'accompagner d'autres symptômes. Inscrivez dans le journal mensuel le ou les chiffres qui décrivent le mieux vos symptômes associés:

Autres: 1 = Étourdissement 2 = Engourdissement 3 = Autre _____
Intensité de la douleur 0-10: 0 = aucune 10 = insupportable

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Mois																															
Jour		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	Total
Type de maux de tête	T1; T2; T3																																
Durée	(heures)																																
Intensité de douleur	0-10																																
Symptômes associés	Nausées/vomissements																																
	Sensibilité lumière et bruit																																
	Troubles visuels																																
	Autre																																
Déclencheurs	Stress																																
	Menstruation																																
	Météo																																
Déclencheur individuel																																	
Absence (travail, école, foyer)	(heures)																																
Traitement aigu	Nom du médicament																																
Le traitement aigu a-t-il été efficace?	non = **0**; un peu = **1**; beaucoup = **2**																																
Prophylaxie	Nom du médicament																																

Nombre total de crises *(Indiquez combien de jours par mois)*	

Calcul de l'intensité moyenne de la douleur	**Intensité totale de la douleur**		=		*Arrondissez le résultat à une décimale.*
	Nombre total de crises				

Conseils pour la prise des médicaments

Souvent, il n'est pas certain si un début de mal de tête va évoluer vers une crise de migraine et si, et à quel moment, des médicaments doivent être pris.

Suivez les règles suivantes:

Prendre les médicaments en traitement aigu (p. ex. triptans ou ibuprofène) dès l'apparition des maux de tête.

En cas de migraine avec aura

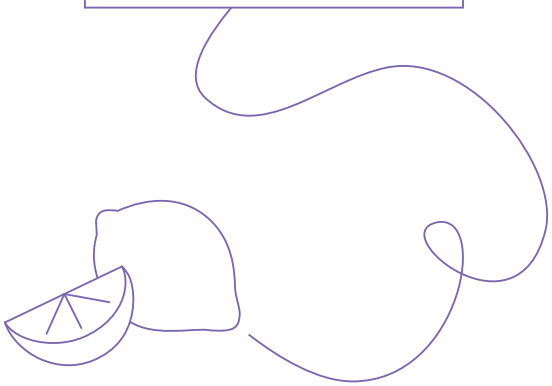
- Prendre les triptans après la **fin de l'aura,** dès l'apparition des maux de tête.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être pris dès la phase d'aura.

En cas de migraine avec nausées ou vomissements

- Il est possible de prendre un médicament contre les nausées (p. ex. métoclopramide, dompéridone) de 5 à 10 minutes **avant** l'antalgique.

Conseil

Parfois, un verre d'eau (température ambiante) avec du citron, accompagné d'un espresso, peut également aider.



Si un triptan n'agit pas suffisamment

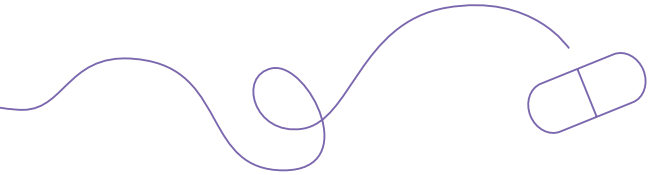
- Avant de reprendre un triptan, respectez un intervalle d'au moins 2 heures (4 heures pour le naratriptan). Respectez la dose journalière maximale totale!

Si un triptan ne fait pas effet après une heure

Si un médicament en traitement aigu ne fait pas effet, il faut **changer** de médicament contre les maux de tête: le passage d'un triptan à un autre ne doit se faire qu'après consultation de votre professionnel de santé. L'association d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et de triptans est autorisée s'il n'y a aucune contre-indication à la prise de ces médicaments (demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien).

Prévention de la chronicisation (maux de tête quotidiens dus à une surconsommation de médicaments aigus)

- Pour éviter l'apparition de maux de tête chroniques, ne prenez pas les médicaments contre les maux de tête en traitement aigu plus de **10 jours par mois** et pas plus de trois **jours d'affilée.**



Quand consulter un médecin?

Scannez le code QR pour en savoir plus:
www.migraineaction.ch/fr/services/tuyaux

Devenez un expert de vos maux de tête

Pour en savoir plus:
www.migraineaction.ch/fr/services/conseils

Le journal des migraines peut être téléchargé. Il peut être rempli électroniquement ou imprimé au format PDF.

Mes notes/questions

Mes rendez-vous

Cette Boussole m'a été remise par:

Pour plus d'informations:

www.migraineaction.ch
(Centre national d'information et de conseil sur les maux céphalées)

Ligne d'assistance téléphonique «SOS Céphalées» de Migraine Action:
061 423 10 80 (mardi-jeudi 9 – 12 h)

Boîte à lettres pour les maux de tête:
info@migraineaction.ch

Site web proposant des conseils pratiques sur la migraine au travail:
www.migraene-am-arbeitsplatz.ch

La réalisation de la «Boussole des maux de tête» a été rendue possible grâce à Mepha / Teva Suisse. La société n'a aucune influence sur le contenu.

FR 01/2026 32138428-042601 NPS-CH-01140