



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Evaluation des pratiques concernant les Céphalées
Chroniques Quotidiennes en médecine générale :

Etude menée auprès des médecins généralistes de Lille et Roubaix

Thèse de médecine générale soutenue publiquement le 13 novembre 2012

Par Hélène CATTOIR

Interne à la faculté libre de médecine de Lille

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Blond

Assesseurs : Madame le Professeur Cordonnier

Monsieur le Professeur Lefebvre

Monsieur le Docteur Christian LUCAS

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Christian LUCAS

PLAN DE LA THESE:

1- INTRODUCTION

2-MATERIEL ET METHODES

3-RESULTATS

3.1 Données générales

3.2 Description de la population étudiée

3.3 Analyse descriptive du questionnaire

3.4 Comparaison des résultats selon le sexe

3.5 Comparaison des résultats selon l'âge des praticiens

3.6 Comparaison des résultats selon le nombre d'années d'exercice

4- DISCUSSION

5- BIBLIOGRAPHIE

6- ANNEXES

6.1 Questionnaire et Lettre d'accompagnement

6.2 Rappels concernant les Céphalées Chroniques

Quotidiennes (CCQ) de l'adulte

6.2.1 Historique des Céphalées Chroniques quotidiennes

6.2.2 Définition CCQ

6.2.3 Retentissement des Céphalées Chroniques Quotidiennes

6.2.4 Diagnostic des CCQ primaires

6.2.5 Diagnostic différentiel

6.2.6 Facteurs associés aux CCQ :

6.2.6.1 Abus médicamenteux

6.2.6.2 Facteurs psychopathologiques

6.2.6.2.1 Troubles anxieux et dépressifs

- 6.2.6.2.2 Addiction
- 6.2.6.2.3 Autres
- 6.2.6.3 Autres Facteurs :
 - 6.2.6.3.1 Facteurs Hormonaux
 - 6.2.6.3.2 Pathologie musculo-squelettique
- 6.2.7 Prise en charge des CCQ
 - 6.2.7.1 Avec abus médicamenteux
 - 6.2.7.2 Sans abus médicamenteux
- 6.2.8 Prévention primaire des CCQ
 - 6.2.8.1 Identification et prise en charge des patients à risque de développement d'une CCQ
 - 6.2.8.2 Sensibilisation des patients et des acteurs de santé
- 6.3 Exemple d'agenda des céphalées

1-INTRODUCTION :

La Céphalée constitue un des symptômes les plus fréquemment rencontrés en médecine générale (1).

Les médecins généralistes sont comme pour beaucoup d'autres pathologies en 1^{ère} ligne dans le diagnostic et la prise en charge des céphalées. Cependant la formation théorique et pratique concernant les céphalées se résumait la plupart du temps à la migraine, aux « céphalées de l'urgence » (la céphalée en coup de tonnerre de l'hémorragie méningée, la céphalée fébrile de la méningite, ...) l'algie vasculaire de la face (rare mais très invalidante) ou encore la névralgie du trijumeau (classique avec son « tic douloureux de la face ») ...

Cependant les céphalées chroniques quotidiennes toucheraient environ 3% des adultes de plus de 15 ans, soit environ 2 millions de français (2) (3) et sont à l'origine d'un handicap important pour les patients avec un retentissement socio-économiques non négligeable (4). Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (ratio 3/1), correspondant grossièrement à la répartition de la migraine dans la population générale.

Cette méconnaissance est responsable d'une insuffisance de diagnostic et expose à une prise en charge inadaptée et à des dépenses de santé inutiles. De plus la méconnaissance du rôle de l'abus médicamenteux impliqué dans la genèse des CCQ empêcherait une prévention primaire efficace et faciliterait le risque de CCQ induite par des prescriptions intempestives d'antalgiques par les praticiens.

Il paraissait donc intéressant de faire le point sur les connaissances et la prise en charge des céphalées chroniques quotidiennes par les médecins généralistes.

2-METHODOLOGIE :

2.1 Type d'étude :

Il s'agit d'une enquête de pratiques professionnelles réalisée à partir d'un questionnaire dédié.

2.2 Population étudiée :

L'objectif initial était de réaliser un échantillonnage des médecins généralistes du département du Nord. Cependant ceci n'a pu être réalisé pour des raisons administratives (refus de la part de l'URMEL de nous fournir le listing complet des médecins généralistes du département).

Le questionnaire a donc été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes de Lille et de Roubaix afin de limiter les biais de sélection.

N'étaient concernés par cet envoi de questionnaire que les médecins exerçant une activité de médecine générale et donc amenés à rencontrer en consultation des patients céphalalgiques et à les prendre en charge (excluant les praticiens exerçant des activités telles que l'acupuncture, l'homéopathie, l'angiologie, la diététique...).

2.3 Outil :

Un questionnaire (annexe n°1) assorti d'une lettre explicative courte ont donc été envoyés par courrier chez les 276 médecins généralistes de Lille et Roubaix entre février et avril 2012 accompagnés d'une enveloppe retour pré-timbrée dans laquelle était retourné le questionnaire sous couvert d'anonymat.

Environ 1 mois plus tard les différents médecins généralistes étaient de nouveau sollicités par téléphone pour permettre un retour plus important de réponses (soit de mars à juin 2012).

Ce questionnaire comportait :

- Une 1^{ère} partie d'ordre sociodémographique : permettant de connaître le sexe, l'âge et le nombre d'années d'exercice de chaque praticien.

- Une 2^{ème} partie : comportant 13 questions précisant :
 - La prise en charge en consultation de patients céphalalgiques
 - La connaissance de l'existence de l'entité appelée CCQ par le médecin généraliste
 - La définition des CCQ selon le praticien
 - La connaissance ou non du regroupement de plusieurs pathologies sous le terme de CCQ
 - La réalisation systématique d'examens complémentaires devant une CCQ et la caractérisation du type d'examens proposés dans ce cas ou le type de situation amenant à la réalisation d'examens complémentaires dans le cas contraire
 - Les comorbidités recherchées face à une CCQ
 - La définition d'abus en antalgiques
 - Le type de prise en charge proposées en cas de CCQ par le médecin généraliste
 - L'appel à un confrère en cas d'échec de cette prise en charge et à quel confrère
 - La connaissance de l'existence de recommandations de la Haute Autorité de Santé

En cas de non connaissance des céphalées chroniques quotidiennes (2^{ème} question) par le praticien interrogé, le questionnaire n'était pas poursuivi.

2.4 Analyse statistique :

La saisie et le traitement des données ont ensuite été réalisés grâce au logiciel Microsoft Excel.

Les données étant ensuite analysées par Mme DEKEN-DELANNOY (du service de santé publique du CHRU de Lille) de manière descriptive puis par comparaison des résultats selon le sexe, l'âge et le nombre d'années d'exercice par le biais du logiciel statistique SAS version 9.2.

3-RESULTATS :

3.1 Données générales :

Au total 276 médecins généralistes exerçant dans les villes de Lille et Roubaix ont été sollicités pour cette enquête de pratiques.

113 réponses ont été obtenues (111 par retour courrier du questionnaire, 1 au cours d'un entretien téléphonique et 1 en entretien direct).

3 questionnaires n'étaient pas exploitables car 1 était vide de réponse et les 2 autres concernaient des praticiens ne prenant pas en charge les patients céphalalgiques (médecin nutritionniste et angiologue).

Donc au total 110 réponses ont pu être exploitées sur les 276 envois réalisés soit un taux de réponse de 39.85%.

3.2 Résultats sociodémographiques :

78 hommes et 30 femmes ont répondu. (2 questionnaires présentaient une absence de réponse à cette question)

Soit un pourcentage de 72.2% d'hommes et 27.8% de femmes.

L'âge médian des praticiens était de 53 ans avec des extrêmes de 29 ans à 73 ans.

Le nombre médian d'années d'exercice des praticiens était de 24.5 ans avec des extrêmes de 3 à 44 années d'exercice de la médecine générale.

3.3 Analyse descriptive du questionnaire :

Q1. Voyez-vous des patients céphalalgiques ?

110 praticiens soit 100% des praticiens ayant répondu au questionnaire voient en consultation des patients céphalalgiques.

Q2. Savez-vous ce que sont les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) ?

29 médecins généralistes sur les 110 praticiens ayant répondu, précisent ne pas savoir ce que sont les céphalées chronique quotidiennes (CCQ) soit 26.36%.

Le reste du questionnaire ne s'adressait donc par la suite qu'aux 81 praticiens connaissant les CCQ.

Q3. Quelle est selon vous la définition des CCQ ?

59 des praticiens connaissent la définition exacte des CCQ (à savoir l'existence de céphalées plus de 15 jours par mois depuis 3 mois) soit 73.75%.

Q4. Les CCQ sont-elles pour vous une seule et unique pathologie ?

Pour 30% des médecins généralistes, les CCQ ne représentent qu'une seule et unique pathologie (n=24).

Q5. Réalisez-vous systématiquement des examens complémentaires face à un patient vous consultant pour CCQ ?

43.21% des praticiens (n=35) affirment réaliser systématiquement des examens complémentaires face à un patient souffrant de CCQ.

Q6. Si oui, le(s)quel(s) ?

Parmi ces 43.21%, la grande majorité des médecins généralistes demandent systématiquement des examens complémentaires (Figure I).

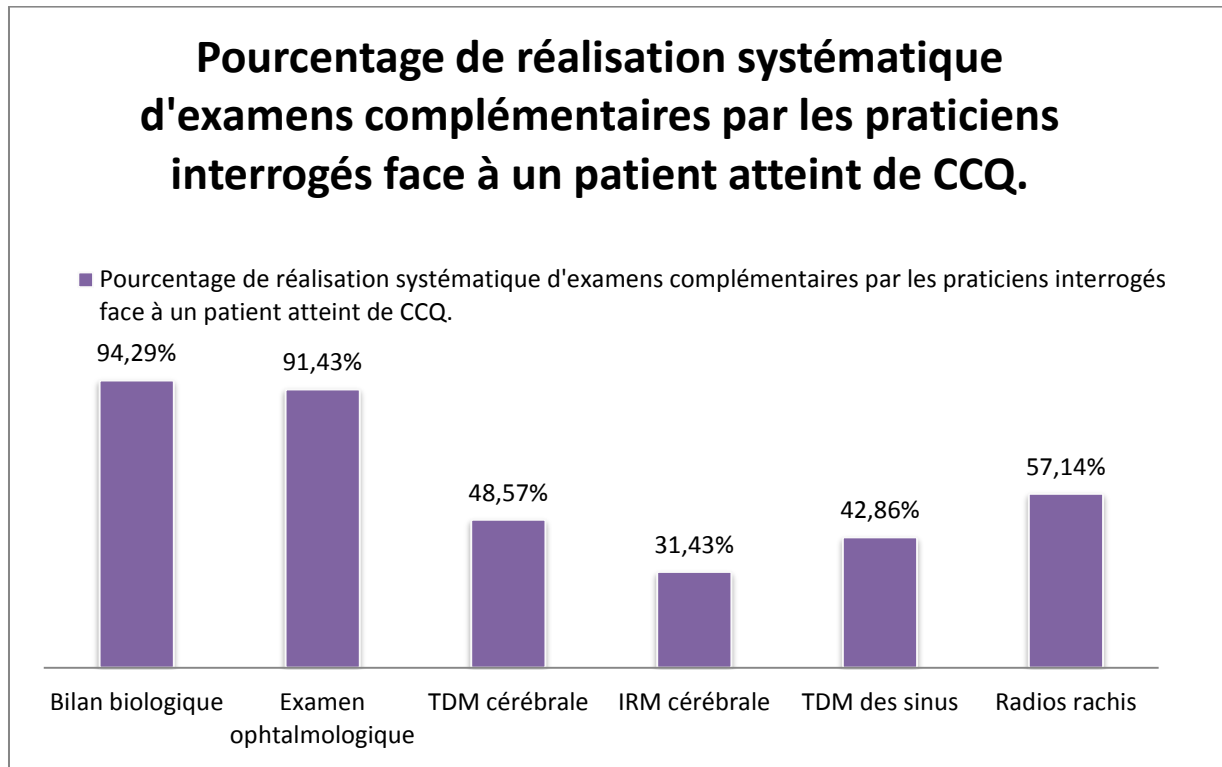


Figure I

Q7. Si vous ne réalisez pas systématiquement d'examens complémentaires, dans quelle(s) circonstance(s) les faites-vous ?

Pour les 56.79% (n=46) des médecins ne réalisant pas systématiquement des examens complémentaires en cas de diagnostic de CCQ, 26% (n=12) en réalisent si les CCQ datent de moins d'un an, 58.7% (n=27) en cas de CCQ de novo, 36.9% (n=17) en cas de demande du patient, et 4.35% (n=2) n'en réalisent jamais.

Q8. Face à un patient ayant une CCQ, que recherchez-vous dans votre pratique systématiquement ?

Dans leur pratique courante, 85.2% des praticiens interrogés (n=69) recherchent une anamnèse de céphalée primaire précédent les CCQ, 82.7% (n=67) recherchent un abus médicamenteux et 75.3% (n=61) recherchent un syndrome anxio-dépressif chez les patients souffrant de CCQ.

Q9. Quelle(s) est (sont) la (les) définition(s) de l'abus en antalgiques selon vous ? Plusieurs réponses possibles.

Concernant la définition de l'abus médicamenteux :

- 53,1% des praticiens ont une définition correcte en considérant qu'il s'agit pour les antalgiques de palier 2, des triptans et des dérivés de l'ergot de seigle de plus de 10 prises par mois depuis plus de 3 mois (n=43) et 55.6% des praticiens parlent à raison d'abus médicamenteux s'il y a plus de 15 prises par mois depuis plus de 3 mois pour les antalgiques de palier 1, les AINS et l'aspirine (n=45)
- 14% des médecins interrogés parlent d'abus médicamenteux en cas de plus de 10 prises par mois depuis plus d'un mois d'antalgiques de palier 2, de triptans et de dérivés de l'ergot de seigle (n=14)
- Enfin 17.3% des médecins interrogés considèrent l'abus médicamenteux comme plus de 10 prises par mois depuis plus d'un mois pour les antalgiques de palier 1, les AINS et l'aspirine (n=14).

Q10. Que conseillez-vous au plan de la prise en charge dans votre pratique à un patient ayant des CCQ ? Réponse unique ou multiple.

Face à un patient atteint de CCQ, 90% des praticiens conseillent un sevrage en antalgique en cas de surconsommation (n=73).

60.5% (n=49) conseillent l'instauration d'un traitement de fond à leurs patients atteints de CCQ.

64.2% (n=52) des médecins généralistes interrogés préconisent à leurs patients atteints de CCQ la tenue d'un agenda des céphalées.

Face à un patient souffrant de CCQ, 44.44% (n=36) des praticiens suggèrent une consultation systématique auprès d'un neurologue dès le diagnostic de CCQ.

Au plan de la prise en charge, 53.1% des médecins généralistes ayant répondu conseillent un suivi régulier à leurs patients souffrant de CCQ.

Q11. En cas d'échec de votre prise en charge, faites-vous appel à un confrère (conseils téléphoniques ou consultation) ?

En cas d'échec de leur prise en charge, 98.8% des médecins généralistes interrogés font appel à un confrère (n=80).

Q12. Si oui, à qui ?

Les résultats de cet item sont présentés en figure II.

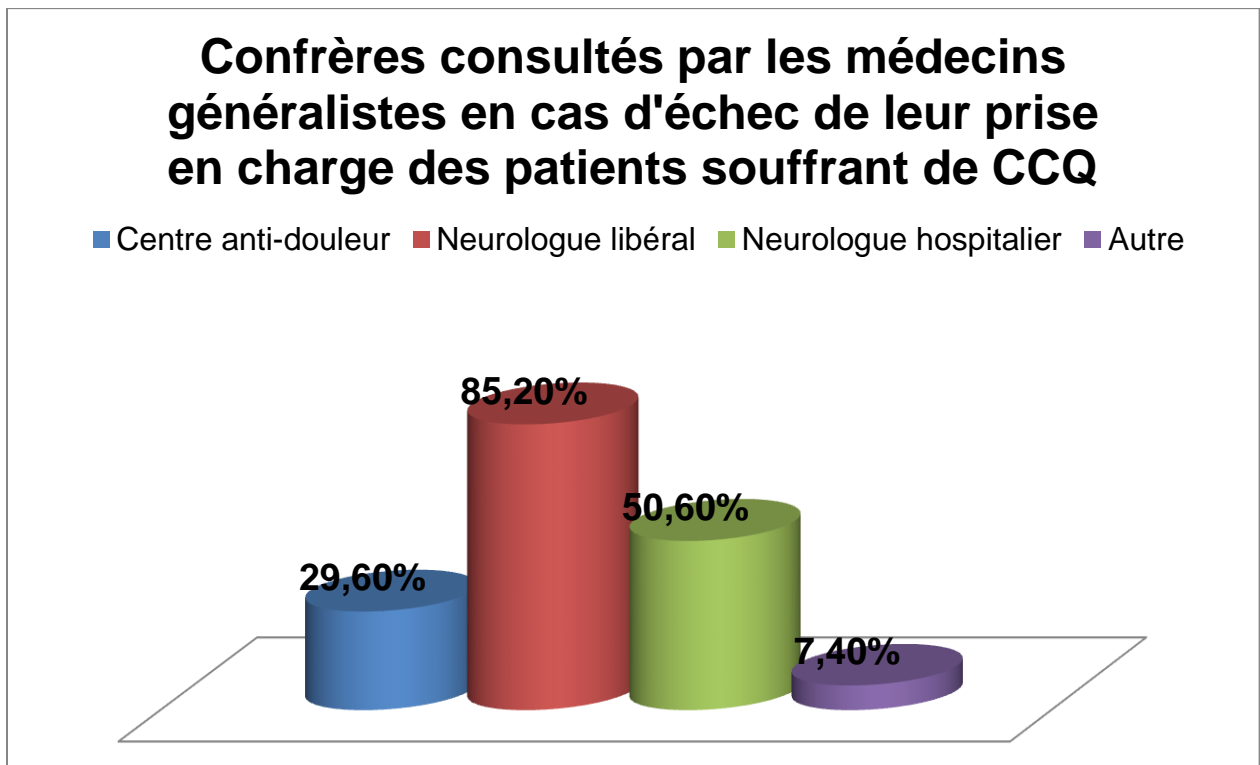


Figure II

Q13. Connaissez-vous l'existence de recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant le diagnostic et la prise en charge des CCQ ?

Enfin 73.75% des médecins généralistes interrogés affirment ne pas connaître l'existence de recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant le diagnostic et la prise en charge des CCQ.

3.4 Comparaison des résultats selon le sexe :

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives entre les réponses des praticiens masculins et féminins.

3.5 Comparaison des résultats selon l'âge des praticiens :

Cette analyse comparative (faite via un test de U de Mann Whitney) retrouve une différence significative entre la connaissance des CCQ et l'âge des praticiens avec un âge médian de 65 ans pour les praticiens ne connaissant pas les CCQ face à un âge médian de 51 ans ($p=0.0358$).

Cette étude met également en évidence (par un test de Student) que les praticiens plus âgés (âge moyen de 53,4 ans) réalisent plus d'exams complémentaires de manière systématique face à un patient souffrant de CCQ (contre un âge moyen de 48 ans pour ceux n'en réalisant pas systématiquement) [$p=0.0127$].

De plus on note également une différence significative entre l'âge des praticiens et la réalisation d'exams complémentaires en cas de CCQ de novo. En effet l'âge médian des praticiens réalisant des exams complémentaires face à des CCQ de novo est de 44 ans contre une médiane à 54 ans pour ceux n'en réalisant pas ($p=0.0113$).

3.6 Comparaison des résultats selon le nombre d'années d'exercice :

Une analyse statistique réalisée via un test de Student démontre l'existence d'une différence significative ($p=0.0082$) entre le nombre d'années d'exercice et la réalisation systématique d'examens complémentaires chez un patient atteint de CCQ. En effet on retrouve un nombre moyen d'année d'exercice de 25,2 ans chez les praticiens prescrivant systématiquement des examens paracliniques contre une moyenne de 19 années d'exercice chez les médecins n'en réalisant pas systématiquement.

De plus il apparaît que les praticiens exerçant depuis plus longtemps (nombre d'années moyen d'exercice de 29,9 ans) réalisent plus souvent des examens paracliniques chez les patients présentant des CCQ depuis moins d'un an contre un âge moyen de 20,5 années d'exercice chez les médecins ne réalisant pas d'examens dans ce contexte ($p=0.0351$).

Cette étude montre une différence significative ($p=0.0241$) concernant la prescription d'examens complémentaires face à un patient atteint de CCQ de novo et le nombre d'années d'exercice avec une moyenne de 19 années d'exercice pour les praticiens prescrivant ces examens contre 28 années d'exercice pour les praticiens ne réalisant pas d'examens paracliniques.

4- DISCUSSION :

Cette étude permet de mettre en évidence un niveau de connaissances incomplètes et des prises en charge variées des médecins généralistes concernant les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) malgré l'existence de recommandations.

En effet, $\frac{1}{4}$ des médecins interrogés affirment ne pas savoir ce que sont les CCQ et près de $\frac{3}{4}$ d'entre eux ne connaissent pas l'existence de recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant les CCQ.

De plus parmi les praticiens connaissant les CCQ, ils ne sont que 73% à connaître leur définition exacte.

A cela s'ajoute que des examens complémentaires s'avèrent prescrits systématiquement par 4 praticiens sur 10, allant à l'encontre des recommandations et entraînant des dépenses de santé supplémentaires pour une pathologie dont le diagnostic est avant tout clinique.

De plus les examens complémentaires prescrits sont très variés allant du bilan biologique et l'examen ophtalmologique pour 9 praticiens sur 10 aux radiographies du rachis pour plus d'un praticien sur 2 ou encore un scanner des sinus et un scanner cérébral pour un peu moins de la moitié d'entre eux et paradoxalement seulement $\frac{1}{3}$ des praticiens prescrivent une IRM cérébrale.

Les médecins les plus âgés apparaissent les plus concernés par cette méconnaissance des CCQ. On note que la réalisation systématique d'examens paracliniques concerne plutôt les médecins les plus âgés et exerçant depuis plus longtemps. Ceci pouvant être lié à un manque de formation théorique quant au diagnostic avant tout clinique des CCQ et à la non connaissance des signes devant amener à éliminer une céphalée secondaire ou être lié à une intégration assez récente de la pathologie des CCQ dans les programmes d'enseignement des études médicales et de la formation médicale continue.

Cependant parmi les praticiens ne réalisant pas systématiquement des examens complémentaires face à un diagnostic de CCQ, on note que les situations de réalisations de ces examens sont plutôt justifiées (en cas de CCQ de novo pour 6 praticiens sur 10, et 1 sur 3 en cas de CCQ de moins d'un an). On note d'ailleurs que ce sont les praticiens les plus jeunes et exerçant depuis le moins longtemps qui réalisent à juste titre des examens complémentaires en cas de CCQ de novo.

Cependant on remarque que la demande du patient de réalisation d'examens complémentaires reste un argument de prescription non justifiée pour 37% des praticiens interrogés. Cela s'expliquant peut-être d'une part par une relation médecin-malade particulière en médecine générale (« médecin de famille ») et d'autre part par un certain désarroi du praticien face à ces CCQ.

De plus cette étude montre que les praticiens interrogés connaissent et recherchent les comorbidités associées aux CCQ puisque globalement 8 praticiens sur 10 recherchent systématiquement une anamnèse de céphalée primaire ainsi qu'un abus médicamenteux et environ 7 sur 10 recherchent un syndrome anxio-dépressif. Ce qui est important car la prise en charge de ces facteurs associés est indispensable dans le traitement des CCQ. Cependant la définition exacte de l'abus médicamenteux n'est connue que d'à peine plus de la moitié des praticiens évoquant encore un problème de manque d'enseignement théorique sur le sujet.

Au plan de la prise en charge des CCQ, les résultats apparaissent plutôt mitigés puisque 9 praticiens sur 10 préconisent un sevrage en antalgiques en cas d'abus médicamenteux ce qui est positif, mais seuls 6 médecins généralistes sur 10 instaurent un traitement de fond et conseillent la tenue d'un agenda des céphalées et seule la moitié des médecins interrogés proposent un suivi régulier aux patients souffrant de CCQ.

On note également que près de la moitié des praticiens proposent d'emblée une consultation neurologique dès le diagnostic de CCQ. Il pourrait être intéressant d'interroger les praticiens sur la raison de cette orientation systématique vers un confrère neurologue (désarroi face à la pathologie, désintérêt pour celle-ci, ... ?).

Cette étude révèle également que les praticiens interrogés sont pleinement conscients du handicap provoqué par les CCQ chez leur patient car en cas d'échec de leur prise en charge, ils adressent pour 98% d'entre eux leurs patients vers un confrère.

Les confrères sollicités dans cette situation apparaissent être en majorité les neurologues libéraux (82% des cas) plutôt que les neurologues hospitaliers (cela s'expliquant très probablement par des délais de consultation beaucoup plus longs en milieu hospitalier) ou encore les centres antidouleur (qui ne représentent que 29.6% et sont encore peu sollicités).

A noter que l'on peut reprocher à cette étude de ne concerner que les médecins généralistes de deux grandes villes du Nord (Lille et Roubaix). Les résultats auraient peut-être été différents auprès des médecins généralistes travaillant en milieu rural ou dans de plus petites villes.

De plus cette étude se limite au département du Nord. La même enquête réalisée sur le territoire national aurait peut-être apporté des résultats différents.

Cependant la formation médicale continue (FMC) est obligatoire pour tous les praticiens quel que soit leur lieu d'exercice et est accessible à tous. On peut donc penser que les connaissances des recommandations de l'HAS et leur mise en place doit être similaire dans l'ensemble de la région et de la France. Il pourrait d'ailleurs être intéressant d'étendre cette étude sur le plan national afin de vérifier cette hypothèse.

On peut également reprocher à cette étude le taux de retour limité de 39.85% pouvant entraîner des biais. Cependant ce taux de retour correspond à la réponse de 2 médecins interrogés sur 5 ce qui paraît acceptable pour une enquête non rémunérée nécessitant au praticien de prendre le temps de lire la lettre explicative et de répondre au questionnaire.

En conclusion, il paraît donc intéressant de consacrer un peu plus de place aux céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) dans la formation théorique des médecins généralistes. En effet cela permettrait d'améliorer le dépistage précoce des patients à risque de développer une CCQ, de faire un diagnostic précoce de cette pathologie et d'harmoniser les pratiques afin d'apporter rapidement une solution thérapeutique adaptée aux patients et également de limiter des dépenses de santé inutiles.

5-BIBLIOGRAPHIE :

- 1- Morel P, Rutschmann O, Delémont C . Revue médicale Suisse. 2010 ; 6 :1526-9
- 2- Lantéri-Minet M, Auray Jp, El Hasnaoui A, Dartigues Jf, Duru G, Henry P. et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. Pain 2003; 102:143-9.
- 3- Géraud G, Fabre N, Lanteri Minet M. Les Céphalées en 30 leçons, Issy-les-Moulineaux. Masson 2009
- 4- Pradalier A, Auray Jp, El Hasnaoui A, Alzahouri K, Dartigues Jf, Duru G, Henry P, Lanteri-Minet M, Lucas C, Chazot G, Gaudin Af. Economic impact of migraine and other episodic headaches in France: data from the GRIM 2000 study. Pharmacoeconomics. 2004; 22(15):985-99.
- 5- Recommandations professionnelles concernant les céphalées chroniques quotidiennes de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) septembre 2004
- 6- Kielholz P. Abuse and addiction with phenacetin-containing preparations. Schweiz Med Wochenschr 1957; 87(35-36):1131-4.
- 7- Wolfson WQ, Graham JR. Development of tolerance to ergot alkaloids in a patient with unusually severe migraine. N Engl J Med 1949; 241(8):296-8.
- 8- Peters GA, Horton BT. Headache: with special reference to the excessive use of ergotamine preparations and withdrawal effects. Mayo Clin Proc 1951; 26 (9):153-61.
- 9- Mathew NT, Stubits E, Nigam MP. Transformation of episodic migraine into daily headache: analysis of factors. Headache 1982; 22:66-8.
- 10- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain 1988.
- 11- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders (IHS) 2nd Edition. Cephalalgia 2004; 24.
- 12- Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. Headache 1994; 34:1-7.

- 13- Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches: field trial of revised IHS criteria. *Neurology* 1996;47 (4):871-5.
- 14- Messinger HB, Spierings ELH, Vincent AJP. Overlap of migraine and tension type headache in the International Headache Society classification. *Cephalalgia* 1991; 11(5):233-7.
- 15- Barbier J, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie: Le pharmacien d'officine: partenaire clé dans la prise en charge des migraines et des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux. Caen 2008

6-ANNEXES :

6.1 ANNEXE N°1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes et lettre explicative

Questionnaire enquête Médecin et Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ)

Êtes-vous ? Un homme Une femme

Quel âge avez-vous ? /__/_/ ans

Depuis combien d'années exercez-vous ? /__/_/ ans

1. Voyez-vous des patients céphalalgiques ?

- a. Oui..... ⇒ **passez à la question 2**
b. Non ⇒ **ce questionnaire est terminé. Merci de votre participation.**

2. Savez-vous ce que sont les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) ?

- a. Oui.....
b. Non ⇒ **ce questionnaire est terminé. Merci de votre participation.**

3. Quelle est selon vous la définition des CCQ ?

- a. Céphalées plus de 15j/mois depuis 1 mois
b. Céphalées plus de 15j/mois depuis 3 mois
c. Céphalées plus de 15j/mois depuis 6 mois.....
d. Céphalées plus de 15j/mois depuis 12 mois

4. Les CCQ sont-elles pour vous une seule et unique pathologie ?

- a. Oui.....
b. Non.....

5. Réalisez-vous systématiquement des examens complémentaires face à un patient vous consultant pour CCQ ?

- a. Oui.....
- b. Non.....

6. Si oui, le(s)quel(s) ?

- a. Bilan biologique.....
- b. Examen ophtalmologique.....
- c. Scanner cérébral.....
- d. IRM cérébrale.....
- e. Scanner sinusien.....
- f. Imagerie du rachis cervical.....

7. Si vous ne réalisez pas systématiquement d'examens complémentaires, dans quelle(s) circonstance(s) les faites-vous ?

- a. CCQ datant de moins de 1 an
- b. CCQ quel que soit l'ancienneté.....
- c. CCQ *de novo* (sans histoire de céphalée paroxystique avant la chronicisation)...
- d. Demande du patient.....
- e. Je n'en demande jamais.....

8. Face à un patient ayant une CCQ, que recherchez-vous dans votre pratique systématiquement ?

- a. Anamnèse en faveur d'une céphalée primaire (migraine ou céphalée de tension) précédant les CCQ...
- b. Surconsommation en antalgiques.....
- c. Syndrome anxieux ou anxio-dépressif.....

9. Quel(les) est (sont) la définition de l'abus en antalgiques selon vous ? Plusieurs réponses possibles.

- a. Plus de 10 prises par mois depuis plus de 3 mois pour les antalgiques de palier II, les dérivés de l'ergot et les triptans.....
- b. Plus de 10 prises par mois depuis 1 mois pour les antalgiques de palier II, les dérivés de l'ergot et les triptans.....
- c. Plus de 15 prises par mois depuis plus de 3 mois pour les antalgiques de palier I, les AINS et l'aspirine...
- d. Plus de 15 prises par mois depuis 1 mois pour les antalgiques de palier I, les AINS et l'aspirine...
- e. Prise quotidienne d'antalgiques depuis au moins 6 mois...

10. Que conseillez-vous au plan de la prise en charge dans votre pratique à un patient ayant des CCQ ? Réponse unique ou multiple

- a. Un sevrage en antalgiques en cas de surconsommation.....
- b. Instauration d'un traitement de fond.....
- c. La tenue d'un agenda des céphalées.....
- d. Une consultation systématiquement auprès d'un neurologue dès le diagnostic de CCQ.....
- e. Un suivi régulier par vos soins.....

11. En cas d'échec de votre prise en charge, faites-vous appel à un confrère (conseils téléphoniques ou consultation) ?

- a. Oui.....
- b. Non.....

12. Si oui, à qui ?

- a. Centre anti-douleur.....
- b. Neurologue libéral.....
- c. Neurologue hospitalier.....
- d. Autre.....

13. Connaissez-vous l'existence de recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant le diagnostic et la prise en charge des CCQ ?

- a. Oui.....
- b. Non.....

Lettre explicative accompagnant le questionnaire :

Chef de Service
Pr Didier LEYS

Praticiens Hospitaliers
Dr Hilde HENON
Dr Christian LUCAS

Praticien Hospitalo-Universitaire
Dr Charlotte CORDONNIER

Chef de Clinique
Dr Marie BODENANT

Praticiens attachés
Dr Costanza ROSSI

**Anciens Chefs de Clinique
Consultants**
Dr Dominique DEPLANQUE
Dr Marie GIROT

Cadre de santé 5e Nord
Mme Audrey LECOUR
Cadre de santé 6e Nord
Madame Stéphanie HURET
Cadre supérieur de santé
Mme Isabelle CAPEL

Hospitalisation 5ème NORD
☎ 03.20.44.68.56

Hospitalisation Soins Intensifs
☎ 03.20.44.59.62. poste 38421

Hospitalisation 6ème NORD
☎ 03.20.44.69.46

Secrétariat
☎ 03.20.44.68.14
📠 03.20.44.60.28

Email : neurob@chru-lille.fr



Mon cher confrère

Nous vous sollicitons dans le cadre d'une thèse de Médecine Générale (Melle Hélène Cattoir) qui s'intitulera : « **Evaluation des pratiques sur les céphalées chroniques quotidiennes chez les Médecins Généralistes du Nord** ». Cette thèse se fait en coordination avec notre service (Dr Lucas), le pôle de Santé Publique du CHRU de Lille (Dr Richard) et l'Urmel.

Ce questionnaire est envoyé à l'ensemble des médecins généralistes de Lille et Roubaix. Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra tout au plus que 2 à 3 minutes. Il est donc très important que nous ayons votre retour pour ne pas biaiser l'enquête de pratiques. Après avoir complété le questionnaire, merci de le mettre dans l'enveloppe T prévue à cet effet et nous le poster.

Très confraternellement

Dr Christian LUCAS

PS : la thèse devrait donner lieu à publication. Si vous le souhaitez, nous pourrions vous envoyer la thèse finalisée par e-mail. Merci alors de remplir la partie ci-dessous.

Dr :souhaite recevoir par e-mail la thèse dès que celle-ci aura été finalisée.

E-mail :

6.2 ANNEXE N°2 : Rappels sur les Céphalées Chroniques Quotidiennes de l'adulte (CCQ) (5):

6.2.1 Historique des Céphalées Chroniques Quotidiennes :

Les premières publications sur les céphalées induites ou entretenues par l'utilisation trop fréquente de traitements de crise de la migraine datent des années 60 et notamment en Suisse après la deuxième Guerre Mondiale, période pendant laquelle les ouvriers de l'industrie pharmaceutiques ont donné des échantillons gratuits de médicaments. Cela concernait l'utilisation de deux molécules : la phénacétine (molécule précurseur du paracétamol) et la phénazone (dérivé pyrazolone comme la noramidopyrine) (6).

L'identification de ces céphalées induites fut tardive, car elles étaient éclipsées par un autre aspect de la toxicité de ces 2 molécules : la néphropathie.

Des céphalées chroniques en rapport avec la consommation fréquente de tartrate d'ergotamine ont été décrites, elles aussi, dans les années 50 par Wolfson et Graham (7), puis par Peters et Horton (8) lorsque l'ergotisme était connu depuis plusieurs siècles.

Mais les premières publications concernant le concept de CCQ datent des années 80. Mathew *et al.* (89) ont décrit en 1982 une série de 80 patients souffrant de céphalées quotidiennes ou quasi quotidiennes, issus d'une consultation spécialisée dans la prise en charge des céphalées.

Parmi eux, 61 (76 %) avaient un antécédent de migraine épisodique.

Ces 61 patients ont été comparés à un groupe de 80 migraineux, afin de déterminer les facteurs responsables de la transformation de la migraine.

Le concept de migraine transformée (MT) apparaissait, c'est-à-dire une migraine ayant évolué avec le temps vers des céphalées plus fréquentes, mais moins sévères, sous l'influence de plusieurs facteurs, notamment l'abus médicamenteux et les facteurs psychopathologiques.

En 1988, un comité d'experts internationaux réunis par l'*International Headache Society* (IHS) a établi une classification des céphalées (10), modifiée en 2003 (11).

Cette classification détaille des critères diagnostiques précis pour chaque type de céphalée.

Cependant, s'ils permettent la classification d'une céphalée actuelle, les critères diagnostiques de l'IHS ne tiennent pas compte de son histoire naturelle. La notion de CCQ n'y apparaît donc pas.

Dans les années 90, les spécialistes ont insisté sur le fait que de nombreuses consultations étaient motivées par des céphalées quotidiennes ou quasi quotidiennes, et regrettaient que le diagnostic IHS le plus souvent retenu soit celui de céphalées de tension chroniques, à défaut d'un autre.

Ce diagnostic paraissait en effet trop réducteur chez ces patients ayant souvent un antécédent de migraines et gardant, malgré la transformation, des céphalées avec des caractéristiques migraineuses.

En 1994, une revue de la littérature a permis à Silberstein *et al.* (12) de montrer qu'une grande part des céphalées quotidiennes motivant une consultation spécialisée ne pouvait être étiquetée en utilisant les critères IHS.

Pour beaucoup d'entre elles le diagnostic principal retenu était celui de céphalées de tension chroniques, alors qu'existaient aussi des critères diagnostiques de migraine (en dehors de la durée).

La première classification de l'IHS, décrivant les crises sans tenir compte de l'histoire naturelle de la maladie, n'était donc pas entièrement satisfaisante comme outil diagnostique des CCQ primitives.

Silberstein *et al.* (12) se sont appuyés sur cette revue pour proposer une classification des CCQ en :

- migraine transformée ;
- céphalée de tension chronique ;
- CCQ *de novo* ;
- *hemicrania continua*.

Les critères diagnostiques proposés pour la migraine transformée étaient les suivants :

- antécédent de migraine selon les critères IHS (*International Headache Society*) 1.1 à 1.6;
- céphalées présentes plus de 15 jours par mois depuis plus d'1 mois et plus de 4 heures par jour ;
- notion d'aggravation de la fréquence et de diminution de la sévérité des crises de migraine sur une période de 3 mois ;
- affection symptomatique ou lésionnelle écartée.

En 1996, Silberstein *et al.* (13) ont critiqué sur 2 points leur publication

précédente:

- 1) de nombreuses CCQ étaient diagnostiquées « migraine » avec les critères IHS ou avec les précédents critères, alors que les céphalées étaient quotidiennes ;
- 2) 25 % des CCQ ne pouvaient pas être diagnostiquées : l'exigence de la présence simultanée des 2 critères pour le diagnostic de migraine transformée («antécédent de migraine » et « augmentation de la fréquence des crises de migraine sur une période de 3 mois ») était trop stricte, en raison de possibles difficultés pour les patients de se remémorer la période d'augmentation de la fréquence des crises.

Silberstein *et al.* ont donc proposé une modification des critères diagnostiques de migraine transformée démontrant qu'un plus grand nombre de patients pouvaient ainsi être diagnostiqués à partir d'un échantillon de 150 patients consécutifs souffrant de CCQ (Tableau n°1).

Tableau n°1. Pourcentage de CCQ diagnostiquées en utilisant les critères IHS (10), les critères de migraine transformée de Silberstein *et al.* de 1994 (12), et les mêmes critères modifiés par Silberstein *et al.* en 1996 (13) :

	Selon la classification IHS	Selon les critères de Silberstein <i>et al.</i> de 1994	Selon les critères de Silberstein <i>et al.</i> de 1996
% de CCQ diagnostiquées « migraine »	5,3 %	5,3 %	0 %
% de CCQ ne pouvant être diagnostiquées	43 %	25 %	0 %

Ces nouveaux critères diagnostiques de migraine transformée étaient :

- céphalées présentes plus de 15 jours par mois depuis plus d'1 mois et plus de 4 heures par jour ;
- au moins 1 des 3 éléments suivants :
 - antécédent de migraine selon l'IHS (1.1 à 1.6),
 - aggravation de la fréquence des céphalées avec diminution de leur sévérité sur une période de 3 mois,
 - persistance de crises de migraine surajoutées (critères IHS 1.1 à 1.6 sauf la durée).

La définition de la CCQ utilisée par Silberstein *et al.* («Céphalées présentes plus de 15 jours par mois, plus de 4 heures par jour») appelle les remarques suivantes:

- la durée de 15 jours a été choisie pour être compatible avec la définition IHS des céphalées de tension chroniques (CTC) ;
- la durée quotidienne > 4 heures a été choisie pour différencier la CCQ de l'algie vasculaire de la face.

6.2.2-Définition des Céphalées Chroniques Quotidiennes :

Les Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ) constituent un ensemble hétérogène défini selon l'IHS par l'existence d'une céphalée présente plus de 15 jours par mois et plus de 4 heures par jour en l'absence de traitement, depuis plus de 3 mois, sans substratum lésionnel.

Il s'agit le plus souvent d'une céphalée initialement épisodique qui évolue vers une céphalée chronique sous l'influence de facteurs psychopathologiques et/ou d'un abus médicamenteux (Schéma 1).

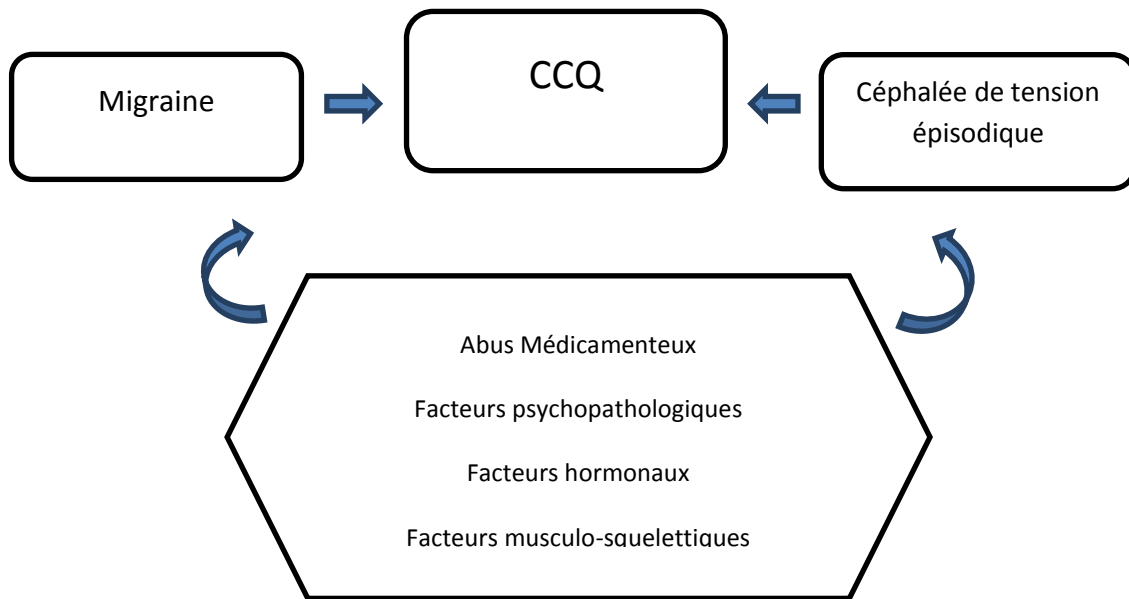


Schéma 1: Principaux modes d'évolution vers une CCQ

La CCQ est un diagnostic d'interrogatoire ce qui ne dispense pas d'un examen clinique complet et éventuellement de la réalisation d'examens complémentaires afin de ne pas méconnaître une céphalée secondaire.

6.2.3- Retentissement des CCQ :

La qualité de vie des patients souffrant de CCQ est altérée et d'autant plus qu'il existe un abus médicamenteux ou que la céphalée ait des caractéristiques migraineuses.

Le handicap décrit par les patients souffrant de CCQ est plus important que celui des patients migraineux.

De plus les CCQ présentent des conséquences économiques .En effet les patients atteints de CCQ consultent plus fréquemment que les patients migraineux : d'après l'étude GRIM 2000 (4), 23,1 % des migraineux déclarent avoir consulté un généraliste pour des maux de tête au moins une fois au cours

des six derniers mois, contre 46,4 % chez ceux présentant des céphalées chroniques quotidiennes.

Leur consommation médicamenteuse est également 6 fois plus importante que celle des patients migraineux. Avec selon l'étude GRIM2, un coût moyen de traitement par sujet sur six mois s'élevant à 85.62€ pour les patients atteints de CCQ et de 17.85€ pour les patients migraineux.

6.2.4-Diagnostic d'une Céphalée Chronique Quotidienne primaire :

La céphalée doit :

- Etre présente plus de 15 jours par mois
- Evoluer depuis plus de 3 mois
- Avoir une durée quotidienne supérieure à 4 heures sans traitement.

Lors de la 1ère consultation, il est recommandé de demander au patient de tenir un agenda de ses céphalées précisant leur date de survenue, leur durée et les médicaments utilisés (cf. annexe n° 3). Cet agenda permettra lors d'une prochaine consultation de confirmer le diagnostic de céphalée chronique quotidienne.

Tableau n°2 : Comment distinguer une migraine d'une céphalée de tension

	Migraine Typique	Céphalée de Tension
Topographie de la douleur	Hémicrânie	Bilatérale
Type de la céphalée	Pulsatile	Pression, étou
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée
Aggravation à l'effort	+	0
Nausées/Vomissements	+	0
Photophobie	+	+/-
Phonophobie	+	-/+
Durée de la crise	4 à 72h	30 min à 7 j

Source : *Classification de l'International Headache Society IHS (2^{ème} édition)*

Ces trois tableaux sont ou non associés à un abus médicamenteux.

6.2.5- Diagnostic différentiel :

La CCQ est un diagnostic d'interrogatoire. Il est cependant nécessaire de pratiquer un examen général et neurologique, et éventuellement des examens complémentaires, pour éliminer une céphalée symptomatique.

Pour cela, des investigations complémentaires (imagerie encéphalique : IRM, à défaut TDM cérébrale, et recherche d'un syndrome inflammatoire biologique en fonction du contexte clinique) s'imposent dans les circonstances suivantes :

- Apparition depuis moins d'un an d'une CCQ chez un sujet antérieurement céphalalgique ou non
- Découverte d'une anomalie à l'examen neurologique ou général.

Drapeaux rouges amenant à remettre en cause le diagnostic de CCQ primaire (3):

- Transformation d'une céphalée épisodique primaire en CCQ sans facteur favorisant retrouvé.
- Survenue de la CCQ dans un contexte pathologique évolutif comme une néoplasie ou une maladie systémique
- Survenue dans un contexte « physiologique » particulier comme une grossesse ou en post-partum.
- Caractère orthostatique de la CCQ
- Signes d'altération de l'état général (asthénie, fièvre, amaigrissement...)
- Association à un œdème papillaire suspecté par un flou visuel et confirmé par l'examen du fond d'œil.
- Association à d'autres signes fonctionnels neurologiques ne correspondant pas à ceux observés dans les céphalées primaires.
- Une ou plusieurs anomalies à l'examen général et neurologique

6.2.6- Facteurs associés aux CCQ :

Plusieurs facteurs peuvent être associés à l'apparition et au maintien des CCQ. Les deux principaux sont l'abus médicamenteux et les facteurs psychopathologiques, mais il ne faut pas oublier les facteurs musculo-squelettiques, ainsi que les facteurs hormonaux qui sont également décrits par certains patients.

6.2.6.1-Abus médicamenteux :

Quand une céphalée initialement épisodique s'aggrave lors d'une consommation médicamenteuse excessive, jusqu'à survenir plus de 15 jours par mois, puis s'améliore dans les deux mois suivants l'arrêt de cette surconsommation médicamenteuse, on parle de céphalée par abus médicamenteux selon les critères IHS .L'antériorité de l'abus d'antalgiques sur la chronicisation des céphalées est un argument majeur en faveur du rôle étiologique joué par l'abus d'antalgiques dans cette chronicisation.

Cet abus est directement corrélé à l'absence ou à la mauvaise prise en charge de la céphalée initiale qu'elle soit une céphalée de tension ou une maladie migraineuse.

Définition : Selon l'IHS, l'abus médicamenteux se définit par :

- une prise médicamenteuse régulière depuis plus de 3 mois

- présente :

 - Plus de 15 jours par mois pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens)

 - Plus de 10 jours par mois pour les autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, association de plusieurs antalgiques)

Les antalgiques en vente libre sont 2 fois plus utilisés que ceux nécessitant une prescription médicale.

Tous les traitements de crises sont concernés et les plus utilisés sont : le paracétamol, la caféine, la codéine et les triptans.

Plusieurs facteurs favorisent l'abus médicamenteux :

- L'effet psychotrope de certaines molécules
- L'automédication et la facilité à se procurer le traitement
- La susceptibilité é de chaque individu au développement d'une addiction

La fréquence de l'abus médicamenteux dans la population générale est estimée à 1/3 des patients atteints de CCQ (atteignant 60 à 80% des patients atteints de CCQ issus de consultations spécialisées).

Seule l'efficacité du sevrage permet de confirmer le rôle causal de l'abus médicamenteux dans la pérennisation de la CCQ. Une fois l'abus médicamenteux installé, les tentatives d'arrêt de cette consommation peuvent entraîner chez le patient une céphalée de rebond qui incite à la reprise de consommation d'antalgiques.

Chez les sujets non céphalalgiques, l'abus d'antalgiques dans le cas de douleurs chroniques n'entraîne pas de CCQ.

6.2.6.2- Facteurs psychopathologiques :

6.2.6.2.1 Troubles anxieux et dépressifs : Ils doivent être systématiquement recherchés car leur fréquence est élevée chez les patients souffrant de CCQ. (évalué à 1 patient sur 2 concernant les troubles anxieux, 1 patient sur 2 à 3 concernant les troubles de l'humeur chez les patients issus de consultations spécialisés). La présence d'un trouble anxieux ou dépressif présente un impact important sur le handicap, le pronostic et la qualité de vie.

6.2.6.2.2 *Addiction* : Ce terme regroupe tous les comportements pathologiques de consommation de substances, définis par la perte de contrôle de la consommation et la poursuite de celle-ci malgré la connaissance de ses conséquences négatives.

L'abus médicamenteux des patients ayant une CCQ comporte le plus souvent ces deux aspects et peut alors être considéré comme une addiction et ce d'autant que les produits utilisés contiennent des substances à effet psychotrope (caféine, opioïdes).

6.2.6.2.3 *Autres* :

- Troubles de la personnalité : il a été noté chez certains patients souffrant de CCQ l'existence de troubles de la personnalité (chez 2 patients sur 3 en consultation spécialisée), le plus souvent d'allure névrotique.
- Événements de vie : ils sont souvent à l'origine de l'évolution vers la CCQ et de la demande de prise en charge des CCQ. Ces événements sont souvent négatifs (deuil, séparation,...) mais peuvent parfois être positifs (mariage, promotion professionnelle,...).

6.2.6.3- Autres facteurs :

- Rôle des hormones : Il a été démontré le rôle aggravant de la péri-ménopause dans le cadre de la maladie migraineuse et des céphalées de tension.

- D'autres facteurs peuvent également entretenir les CCQ comme les tensions musculaires. Celles-ci peuvent être mises en évidence en palpant les muscles de la tête, de la face et du cou. Quand ces tensions musculaires existent, il est important de rechercher une cause sous-jacente (troubles posturaux, mauvaise position au poste de travail, traumatismes, troubles de l'articulé temporo-mandibulaire...) pour leur prise en charge.

6.2.7- Prise en charge des CCQ :

6.2.7.1- Prise en charge des CCQ avec abus médicamenteux :

6.2.7.1.1 Première étape : le sevrage médicamenteux

La prise en charge des CCQ avec abus médicamenteux consiste en premier lieu par le sevrage médicamenteux.

Celui-ci peut être réalisé en ambulatoire ou en hospitalisation (durée habituelle d'environ 5 à 10 jours).

L'hospitalisation paraît préférable pour le sevrage quand :

- Il existe une comorbidité psychiatrique
- L'environnement familial paraît défavorable
- Il existe des abus multiples et sévères
- Il s'agit d'abus associé de psychotrope

En effet le sevrage en milieu hospitalier permet :

- De rompre avec le milieu de vie habituel
- De s'assurer de la réalité du sevrage
- De prendre en charge un important syndrome de sevrage
- De réaliser au cours de cette hospitalisation une évaluation psychologique détectant les facteurs psychopathologiques afin de les prendre en charge simultanément

A contrario, le sevrage médicamenteux peut être réalisé en ambulatoire si :

- L'abus est récent et ne concerne qu'une seule molécule non psychotrope
- Le patient ne présente pas de comorbidité psychopathologique trop importante.
- La motivation du patient est importante

Le syndrome de sevrage peut alors consister en : l'apparition de céphalées de rebond, de troubles du sommeil, d'augmentation de l'anxiété associée à une irritabilité, de manifestations digestives à type de nausées et/ou vomissements, d'une hyperesthésie sensorielle. Ce syndrome de sevrage sera plus moins long et

sévère selon les patients en le type de molécule en cause. A noter qu'il a été observé que le syndrome de sevrage apparaissait plus long en cas d'abus d'antalgique contrairement à un abus de triptan.

Modalité du sevrage	Traitement médicamenteux accompagnant le sevrage	Traitement de la céphalée de rebond
Ambulatoire	Amitriptyline per os : 10mg/j avec augmentation progressive de 5mg/j jusque 25 à 100mg/j En pratique ce traitement est débuté 4 semaines avant la réalisation du sevrage médicamenteux	Abstention thérapeutique
Hospitalier	Amitriptyline IV 25 à 100mg/j associé au sevrage médicamenteux immédiat	Abstention thérapeutique et prise en charge par des moyens non médicamenteux

Autres mesures d'accompagnements possibles :

- Prise en charge psychothérapeutique : Celle-ci paraît utile s'il existe d'importants facteurs psychopathologiques. Elle peut être de quatre types : psychothérapie de soutien (sous forme d'entretiens visant à écouter les difficultés rencontrées par le patient et à l'encourager tout au long du sevrage et après celui-ci afin d'éviter les rechutes précoces), relaxation, prise en charge cognitivo-comportementale (comprenant la tenue d'un agenda des céphalées et prises médicamenteuses, une éducation du patient concernant le problème de l'abus de traitement de crise, de la relaxation avec ou sans biofeedback, un apprentissage de la gestion du stress et de l'utilisation des médicaments), et enfin une psychothérapie d'inspiration analytique.

- d'autres techniques sont parfois utilisées en association au sevrage et à la mise en place d'un traitement de fond de la céphalée initiale : Physiothérapie, Acupuncture, Thérapies manuelles, Neurostimulation acupuncturale.

6.2.7.1.2 Suivi et prévention des rechutes d'abus médicamenteux :

Premièrement la tenue d'un agenda indiquant parallèlement les céphalées et les prises médicamenteuses est indispensable pour le suivi.

Rythme du suivi : après un sevrage hospitalier, il est conseillé de revoir le patient en consultation dans un délai de 2 à 6 semaines (ce délai doit être raccourci en cas de sevrage ambulatoire). Par la suite, un suivi régulier est nécessaire et notamment dans les 6 premiers mois où le risque de rechute est le plus important (risque d'autant plus important si la céphalée initiale est une céphalée de tension, que l'abus médicamenteux est multiple et concerne des opioïdes et, en cas de comorbidité anxiodépressive importante). De plus la possibilité pour le patient de bénéficier de contacts téléphoniques avec les soignants paraît utile.

Principes du suivi :

- poursuite de la prise en charge psychothérapeutique de la comorbidité psychiatrique si nécessaire

- instauration d'un traitement prophylactique dès la fin du sevrage en cas de maladie migraineuse préexistante.

- Apprentissage de la gestion de crises céphalalgiques avec notamment une éducation concernant l'utilisation des traitements de crises non médicamenteux en cas de crises légères et médicamenteux en cas de crise plus importante en veillant à ne pas dépasser 2 prises médicamenteuses par semaine.

6.2.7.2- CCQ sans abus médicamenteux :

La prise en charge consiste en :

- L'instauration d'un traitement de fond de la migraine ou céphalée de tension avec en première intention l'amitriptyline à la posologie de 25 à 100mg/j per os.
- La prise en charge en parallèle des facteurs associés.

6.2.8- Prévention primaire des CCQ :

6.2.8.1- Identification et prise en charge des patients à risque de développement d'une CCQ :

Les situations à risque d'évolution vers une CCQ sont :

- Une majoration de la fréquence des céphalées
- Un échec successif de plusieurs traitements de fond dans le cas de la maladie migraineuse
- L'existence de facteurs psychopathologiques et notamment les événements de vie responsables de fortes émotions
- Association à d'autres douleurs chroniques
- L'existence de troubles du sommeil
- L'association migraine ou céphalée de tension et pathologie psychiatrique
- Consommation excessive de traitements de crise
-

Il est conseillé la tenue d'un agenda chez tout patient céphalalgique précisant le nombre de jours de céphalée et les prises médicamenteuses.

De plus tout patient céphalalgique (que ce soit d'origine migraineuse, de céphalée de tension ou d'une association des deux entités) doit bénéficier d'une éducation concernant la gestion de son traitement de crise dans le but d'éviter l'apparition d'une surconsommation médicamenteuse. Il est par exemple important de préciser sur l'ordonnance du traitement de crise qu'il ne faut pas dépasser 2 prises par semaine.

6.2.8.2-Sensibilisation des patients et des professionnels de santé

6.2.8.2.1 *Sensibilisation des patients :*

L' HAS suggère plusieurs actions :

- Diffusion de plaquettes d'information aux patients via les organismes d'assurance maladie
- Réalisation d'affiches et de plaquettes d'information en vue de sensibiliser les patients

6.2.8.2.2 *Sensibilisation des professionnels de santé :*

Les premiers concernés justifiant une information spécifique sont les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine qui sont les plus à même de sensibiliser les patients aux CCQ et à leur rapport avec l'abus médicamenteux.

En effet les pharmaciens peuvent identifier les patients céphalalgiques répétant les consommations d'antalgiques en vente libre et les amener à consulter à ce sujet.

Quant aux médecins généralistes, ils sont tout d'abord en 1^{ère} ligne dans le dépistage des céphalalgiques à risque d'évolution vers une CCQ ou à risque de surconsommation médicamenteuse. Et d'ailleurs en tant que prescripteurs de traitement de crise, ils doivent être vigilants quant au renouvellement systématique d'ordonnance d'antalgiques.

En parallèle d'autres spécialistes consultés par les patients souffrant de CCQ (neurologue, psychiatre, urgentiste, ophtalmologues, ORL,...) doivent également être sensibilisés au problème.

6.3 ANNEXE 3 : Exemple d'agenda des céphalées (5)

Modèle d'agenda des céphalées.

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

D : durée (en heure) ; I : intensité (choisir : L = légère, M = modérée, S = sévère) ; FD : facteur déclenchant ; Médicaments : indiquer le nom et la dose

6.4 ANNEXE 4 : Classification IHS des Céphalées Chroniques Quotidiennes (10)

4. Autres Céphalées primaires :

4.8 Céphalée chronique quotidienne « de novo »

8. Céphalée due à une substance ou son sevrage

8.2 Céphalée par abus médicamenteux

8.2.1 Céphalée par abus d'ergotamine

8.2.2 Céphalée par abus de triptan

8.2.3 Céphalée par abus d'analgésique

8.2.4 Céphalée par abus d'opioïde

8.2.5 Céphalée par abus d'association de médicaments

8.2.6 Céphalée due à un autre abus médicamenteux

8.2.7 Céphalée par abus médicamenteux probable

Auteur : Nom : CATTOIR **Prénom :** Hélène

Titre de la thèse : Evaluation des pratiques concernant les Céphalées Chroniques Quotidiennes en médecine générale

Thèse, médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : Médecine générale, Neurologie

Mots clés : Céphalées chroniques quotidiennes, pratiques professionnelles, abus médicamenteux

RESUME : Les Céphalées Chroniques Quotidiennes (CCQ) touchent environ 2 millions d'adultes en France et sont à l'origine d'un handicap important pour les patients auquel s'ajoute un retentissement socio-économique non négligeable. Les médecins généralistes (MG) sont souvent en 1^{ère} ligne dans la prise en charge de cette pathologie.

Objectif : Evaluer les connaissances et la prise en charge des CCQ par les médecins généralistes du département du Nord.

Méthodes : Enquête de pratiques professionnelles réalisée via un questionnaire dédié adressé par courrier avec enveloppe réponse aux 276 médecins généralistes de Lille et Roubaix. Analyse descriptive des résultats puis comparaison des données selon le sexe, l'âge et le nombre d'années d'exercice via le logiciel de statistique SAS version 9.2.

Résultats : Un taux de réponse de 39,8% a été obtenu (n=110). 26.36% des praticiens répondaient ne pas savoir ce que sont les CCQ. 73.75% ne connaissaient pas l'existence des recommandations de l'HAS. Des examens complémentaires systématiques étaient réalisés par près de la moitié des MG face au diagnostic de CCQ. Cependant la recherche des facteurs associés aux CCQ apparaissait acquise par les praticiens et l'intérêt du sevrage en cas d'abus médicamenteux était pris en compte par la majorité des MG (90%). Bien que l'instauration d'un traitement de fond n'était conseillée que par 60% des généralistes.

Discussion : Cette étude permet de mettre en évidence des connaissances incomplètes et des prises en charge variées des médecins généralistes concernant les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) malgré l'existence de recommandations éditées en 2004 par la Haute Autorité de Santé.

Conclusion : Accorder une place plus importante aux CCQ dans la formation théorique des médecins généralistes permettrait l'amélioration du diagnostic et de la prise en charge des CCQ et limiterait également des dépenses de santé inutiles.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Serge Blond

Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Madame le Professeur Charlotte Cordonnier

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christian Lucas