

ABREVIATIONS :

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ICHD : The International Classification of Headache Disorders

SADAM : Syndrome Algo Dysfonctionnel de l'Appareil Manducateur

CSP : Catégories Socio-Professionnelles

PMF : Prescription Médicale Facultative

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1. Caractéristiques des céphalées .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2. Épidémiologie des céphalées : .....</b>	<b>19</b>
1.2.1. Les migraines : .....	20
1.2.2. Les céphalées de tension : .....	20
<b>1.3. Céphalées et consultation :.....</b>	<b>21</b>
1.3.1. Les migraines .....	21
1.3.2. Les céphalées de tension .....	22
<b>1.4. Traitements .....</b>	<b>22</b>
1.4.1. Les migraines : .....	23
1.4.2. Les céphalées de tension .....	24
1.4.3. L'automédication.....	25
<b>2. MATERIELS ET METHODE .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1. Population étudiée .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2. Sélection des cabinets de médecine générale .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3. L'enquête par questionnaire.....</b>	<b>27</b>
2.3.1. Le questionnaire .....	27
2.3.2. Mode d'élaboration du questionnaire.....	30
2.3.3. Mode d'administration du questionnaire.....	30
<b>2.4. Analyse statistique .....</b>	<b>30</b>
<b>3. RESULTATS .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1. L'échantillon de l'étude .....</b>	<b>31</b>
<b>3.2. Caractéristiques des douleurs .....</b>	<b>35</b>
<b>3.3. Facteurs influençant la consultation médicale .....</b>	<b>36</b>
<b>3.4. Les traitements médicamenteux.....</b>	<b>41</b>
<b>3.5. Les thérapeutiques non médicamenteuses .....</b>	<b>44</b>
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>46</b>
<b>4.1. Rappel des principaux résultats .....</b>	<b>46</b>
<b>4.2. Points fort et limites de l'étude .....</b>	<b>46</b>
<b>4.3. Discussion des principaux résultats.....</b>	<b>47</b>
4.3.1. Caractéristiques des répondants .....	47
4.3.2. Caractéristiques des céphalées .....	48
4.3.3. La consultation médicale .....	48
4.3.4. Thérapeutique médicamenteuse .....	50
4.3.5. Thérapeutique non médicamenteuse .....	51
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE 2.....</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXE 3.....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXE 4.....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXE 5.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : .....</b>	<b>64</b>

## **1. INTRODUCTION**

La prévalence des céphalées et notamment des céphalées de tension est très élevée dans la population générale. L'Organisation Mondiale de la Santé estime que près de la moitié de la population adulte a eu au moins une céphalée au cours de l'année écoulée (1).

Les céphalées de tension restent sous diagnostiquées et sous traitées, environ 15% des patients présentant une céphalée de tension consultent (2). Ces céphalées détériorent la qualité de vie des patients et représentent un coût élevé pour la Société principalement dû à la diminution de la capacité de travail et à l'absentéisme professionnel qu'elles occasionnent.

Cependant les données sur les céphalées de tensions sont peu importantes et relativement anciennes. Sachant que la prise en charge des céphalées de tension repose tout d'abord sur une approche non médicamenteuse et que depuis plusieurs années, les possibilités thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses ont évoluées considérablement, il paraît important de redéfinir les habitudes des patients face à ces céphalées de tension, en termes de prise en charge. De plus, les céphalées de tension représentent une des principales causes d'automédication, alors même que leur traitement non médicamenteux est primordial.

Le but de notre étude sera de déterminer dans un échantillon de patient de Seine-Maritime, les modalités de prise en charge de leur céphalées de tension. Nous déterminerons la façon dont les patients perçoivent leurs symptômes, la façon qu'ils ont d'y répondre et la place qu'ils attribuent au médecin généraliste pour la prise en charge des céphalées de tension.

### **1.1. Caractéristiques des céphalées**

Les céphalées sont caractérisées par des maux de tête récurrents. On distingue les céphalées primaires, sans aucun lien avec une autre pathologie ; et les céphalées secondaires, provoquées par une pathologie, une anomalie (par exemple une malformation) ou un traumatisme.

The International Classification of Headache Disorders (ICHD) définit les céphalées primaires en 4 groupes principaux : les migraines, les céphalées de tension, les algies vasculaires de la face et autres céphalées trigémino-végétatives, et les autres céphalées primaires (3).

Les migraines et les céphalées de tension représentent la majorité des céphalées primaires(4).

La DRESS estime que les céphalées de tension épisodiques et chroniques, et les migraines représentent 90% des céphalées (5).

La migraine et les céphalées de tension sont définies selon les critères suivant par l'ICHD (3) :

Migraine :

- A. Au moins cinq attaques correspondant au critère B-D
- B. Durée des céphalées de 4-72 heures (non traitées ou traitées de façon non satisfaisante)
- C. Au moins deux parmi les quatre caractéristiques suivantes :
  - 1. Unilatérale
  - 2. Pulsatile
  - 3. Intensité modérée ou sévère
  - 4. Aggravée par les activités physiques de routine (comme marcher ou monter des marches)
- D. Pendant les céphalées au moins un parmi :
  - 1. Nausée et/ou vomissements
  - 2. Photophobie et phonophobie
- E. Pas de meilleure définition parmi les autres diagnostics de l'ICHD-3

### Céphalées de tension :

- A. Critère de fréquence selon le type de céphalée de tension :
  - Les céphalées de tension épisodiques non fréquentes sont définies par au moins 10 épisodes de céphalées se produisant moins de 1 jour par mois (moins de 12 jours par an)
  - Les céphalées de tension épisodiques fréquentes par au moins 10 épisodes de céphalées se produisant de 1 à 14 jours par mois survenant en moyenne plus de 3 mois (entre 12 et 180 jours par an)
  - Les céphalées de tension chroniques : céphalées se produisant plus de 14 jours par mois pendant en moyenne plus de 3 mois (plus de 180 jours par an)
- B. Durée des céphalées de 30 minutes à 7 jours
- C. Au moins deux parmi les quatre caractéristiques suivantes :
  1. Bilatérale
  2. Douleur en bandeau (non pulsatile)
  3. Intensité légère ou modérée
  4. Non aggravée par les activités physiques de routine (comme marcher ou monter des marches)
- D. Pendant les céphalées, les deux caractéristiques suivantes :
  1. Pas de nausée ni de vomissement
  2. Pas plus d'une caractéristique parmi photophobie et phonophobie
- E. Pas de meilleures définitions parmi les autres diagnostiques de l'ICHD-3

### **1.2. Epidémiologie des céphalées :**

La prévalence annuelle des céphalées et notamment des céphalées de tension est très élevée dans la population générale. En Europe, la prévalence annuelle des céphalées est de 53% (61% des femmes et 45% des hommes) et on estime à 77% la proportion des personnes qui présenteront des céphalées au cours de leur vie entière(4).

La DRESS évalue que sur 10 individus céphalalgiques, six sont des femmes (5).

La prévalence en fonction de l'âge souligne que les individus céphalalgiques les plus exposés sont les personnes entre 30 et 44 ans.

Les catégories socio-professionnelles sont toutes concernées(5).

### **1.2.1. Les migraines :**

La prévalence annuelle de la migraine est de 14,7% (8% des hommes et 17,6% des femmes).

Le ratio est de 3 femmes pour 1 homme.

La prévalence sur la vie entière est légèrement plus élevée : on estime que 16% de la population présentera une migraine au cours de sa vie (11% des hommes et 20% des femmes)(4).

D'après la DRESS les patients migraineux sont plus souvent des femmes (3 femmes pour 1 hommes atteint)(5).

Les individus de 30 à 44 ans sont les personnes les plus concernées par les migraines (35% des patients migraineux)(5).

Les catégories socio-professionnelles ne sont pas un facteur déterminant pour les migraines.

### **1.2.2. Les céphalées de tension :**

D'après une revue de la littérature réalisée en 2010 portant sur 19 études : La prévalence annuelle des céphalées de tension épisodique est de 62,6%. La prévalence annuelle des céphalées de tension chronique est de 3,3% (4).

Les chiffres varient selon les études. La prévalence annuelle des céphalées de tension épisodique varie de 16,5% à 86% selon les études (6).

Concernant le sex-ratio, on ne retrouve pas comme dans la migraine de nette prédominance féminine (7).

Les individus de 30 à 39 ans sont les plus concernés par les céphalées de tension (1,15 fois plus de chance de présenter une céphalée de tension durant cette période que lors des autres périodes de la vie adulte).

La prévalence des céphalées de tension augmente avec le niveau socio-éducatif (7).

### **1.3. Céphalées et consultation :**

Les céphalées sont un motif courant en consultation de médecine générale. La majorité des céphalées primaires peut être prise en charge en médecine générale.

Une étude des données des médecins généralistes anglais entre 1992 et 2000 retrouve que sur 100 consultations, 4,44% consultations ont pour diagnostic des céphalées, 6,39% des consultations avec un diagnostic de céphalée chez les femmes contre 2,49% chez les hommes (8).

Dans cette étude, 2,13% des patients dont le diagnostic de la consultation est céphalée sont adressés à un neurologue, 1,92% chez les femmes et 2,65% chez les hommes.

#### **1.3.1. Les migraines**

En France en 2004, l'étude FRAMIG a évalué que 60% des sujets migraineux ont déjà consulté pour leur céphalée. 20% des migraineux ont un suivi médical actif (9). L'étude a permis d'évaluer que 60% de tous les patients migraineux n'étaient pas conscients de leur migraine. Les facteurs déterminants pour la reconnaissance des migraines par les patients sont : la consultation médicale, la durée de l'histoire des migraines, l'intensité sévère des crises migraineuses, l'impact sur la qualité de vie et le sexe féminin.

Cette même étude a mis en évidence les facteurs influençant la poursuite du suivi médical des patients migraineux. Il s'agit de 3 caractéristiques de la première consultation : l'annonce du diagnostic, la prescription d'un traitement spécifique de crise et/ou de fond et la satisfaction du sujet lors de cette première consultation.

L'étude FRAMIG met en évidence que 83% des patients suivis pour migraine le sont par leur médecin généraliste (9).

### **1.3.2. Les céphalées de tension**

Parmi les patients présentant des céphalées de tension, 16% ont déjà consulté leur médecin traitant à cause de ces céphalées. Le taux de consultation pour céphalée de tension est plus élevé chez les femmes. Le taux de consultation est corrélé à la fréquence des crises douloureuses. 4% des patients présentant des céphalées de tension ont déjà consulté un spécialiste pour leur céphalée (2).

Une étude a montré que chez des patients consultant pour céphalée, 69% reçoivent au moins une fois un diagnostic de céphalée non étiquetée, 40% reçoivent au moins une fois un diagnostic de migraine et seulement 6% reçoivent le diagnostic de céphalée de tension. 75% des consultants pour céphalées sont des femmes. L'âge moyen de consultation est de 35,7ans. Les patients de 20 à 39 ans représentent 45% des patients consultant pour céphalée.

La majorité des patients consultant pour céphalée reçoivent le diagnostic de céphalée non spécifique (56%). 27% des patients reçoivent le diagnostic de migraineux et les patients migraineux représentent 31% des consultations médicales pour le motif céphalée. Les patients avec des céphalées non spécifiques et des migraines représentent 10% des patients avec céphalée, et 25% des consultations pour céphalée.

Les patients qui reçoivent le diagnostic exclusif de céphalée de tension représentent 2,3% des patients et 1% des consultation pour céphalée. Les patients avec des diagnostics de céphalées multiples consultent plus souvent pour leurs céphalées.

Dans cette étude, 75% des patients consultant pour céphalée sont des femmes (10).

## **1.4. Traitements**

Lors d'une consultation pour céphalée il est primordial d'établir un diagnostic. Il est également important d'informer le patient sur l'évolution favorable des migraines et des céphalées de tension (11). L'établissement d'un agenda de survenue des céphalées dans le temps permet de définir précisément le type de céphalées, les médicaments consommés et le retentissement des céphalées.

Il convient également de rechercher les comorbidités existantes (anxiété, dépression), les symptômes associés (cervicalgie, Syndrome de Dysfonctionnement de l'Articulation Mandibulaire) et rechercher les facteurs déclenchants.

La prise en charge thérapeutique des céphalées de tension est différente de celle des migraines.

#### 1.4.1. Les migraines :

##### **Le traitement de la crise**

Lors de la première consultation, l'interrogatoire du patient permet de connaître le traitement habituellement utilisé par le patient et le soulagement que lui apporte ce traitement.

L'efficacité du traitement habituel doit être évaluée par les réponses aux quatre questions suivantes :

- Etes-vous suffisamment soulagé une à deux heures après la prise de ce traitement ?
- Utilisez-vous une seule prise de ce traitement dans la journée ?
- Ce traitement est-il efficace sur au moins deux crises sur trois ?
- Ce traitement est-il bien toléré ?

Si le patient répond oui aux quatre questions, il est recommandé de ne pas modifier le traitement de crise. Dans le cas d'une réponse négative à au moins une des quatre questions il est recommandé de prescrire sur la même ordonnance un AINS et un triptan.

Le patient devra prendre d'abord l'AINS et réserver le triptan en traitement de secours s'il n'est pas soulagé une à deux heures après la prise de l'AINS.

Si l'AINS est inefficace ou mal toléré, le triptan sera pris en première intention.

Si le triptan utilisé d'emblée est inefficace, il faudra changer de triptan (après avoir vérifié la prise précoce du triptan). Si cette stratégie est inefficace il faut associer la prise de triptan et celle d'un AINS.

Dans l'*Annexe 1 : Médicaments ayant l'AMM dans le traitement de la crise migraineuse*, nous avons répertorié tous les médicaments spécifiques de la crise migraineuse.

## **Le traitement de fond**

La prescription d'un traitement de fond est recommandée en fonction de la fréquence, de l'intensité des crises mais aussi du handicap social, familial et professionnel généré par les crises. Ainsi, il peut être prescrit dès que le patient consomme depuis trois mois le ou les traitements de crises plus de deux jours par semaine.

La tenue d'un agenda des crises permet d'apprécier l'efficacité des traitements.

Les traitements de fond recommandés pour les migraines sont répertoriés dans l'*Annexe 2 : Posologie, effets indésirables, contre-indication des traitements de fond de la migraine*.

**L'acupuncture :** une revue de la littérature de 2016 sur 22 études conclut que l'acupuncture ajoutée au traitement symptomatique de crises migraineuses réduit la fréquence des migraines. Les études suggèrent que l'acupuncture peut être au moins aussi efficace que le traitement de fond des migraines et que l'acupuncture peut être envisagée pour les patients le désirant (12).

### **1.4.2. Les céphalées de tension**

La prise en charge des céphalées de tension repose tout d'abord sur une prise en charge non médicamenteuse.

Il faut identifier les facteurs déclenchants et les corriger si possible. Les facteurs déclenchants les plus fréquents sont : le stress (physique ou mental), les repas irréguliers ou inappropriés, la forte consommation de caféine, la déshydratation, les troubles du sommeil, le manque d'activité physique, les problèmes psychologiques, les variations hormonales durant le cycle menstruel pour les femmes.

Il faut informer les patients sur la nature de la maladie et les rassurer et expliquer que la maladie a un pronostic favorable à long terme.

Les traitements non médicamenteux ont des preuves variables selon les études : (13)

- les thérapies psychologiques : la relaxation, l'EMG biofeedback et la thérapie cognitivo-comportementale ;
- les thérapies physiques : l'acupuncture, les massages et la physiothérapie
- la correction des facteurs favorisants : traitements des cervicalgies, traitements des SADAM.

La prise en charge médicamenteuse repose sur des antalgiques simples et les AINS (14).

Ils doivent être prescrits selon la tolérance individuelle des patients. Les antalgiques contenant de la caféine en combinaison doivent être envisagés en seconde intention. Il est important d'évaluer la consommation des médicaments par les patients afin d'éviter le risque de mésusage et le risque de céphalées par abus médicamenteux.

Les médicaments recommandés dans le traitement des céphalées de tension sont répertoriés dans l'*Annexe 3 : Médicaments recommandés dans le traitement des céphalées de tension*.

Les traitements de fond doivent être envisagés chez les patients présentant des céphalées de tension chronique. L'amitriptyline est actuellement le médicament recommandé en première intention dans le traitement de fond des céphalées de tension.

Les médicaments recommandés dans le traitement de fond des céphalées de tension sont répertoriés dans l'*Annexe 4 : Médicaments recommandés dans le traitement de fond des céphalées de tension*.

#### **1.4.3. L'automédication**

Le marché de l'automédication en France se distingue de celui des pays européens par sa faible importance en valeur et en volume, et par sa forme. La majorité des pays européens assimilent les produits à Prescription Médicale Facultative (PMF) avec les médicaments non remboursables. En France la majorité des PMF est remboursable (80% des PMF). En 2005, les PMF ont représenté 45% du nombre de boîtes vendues sur le marché pharmaceutique(15)(16).

Les raisons de la consommation d'antalgiques en automédication sont le plus souvent les lombalgies et les céphalées chez l'adulte jeune et les douleurs liées à l'arthrose et aux atteintes rhumatismales inflammatoires chez les personnes de plus de 65 ans (17).

Les risques inhérents à l'automédication sont liés aux caractéristiques des patients et à ceux des analgésiques couplés à une banalisation de leur emploi :

- risques liés au patient : âge, comorbidités, co-médications, méconnaissance et banalisation
- risques liés aux médicaments : risques propres aux médicaments et céphalées par abus médicamenteux.

Le pourcentage de personnes prenant des médicaments PMF diminue en fonction de l'intensité de la douleur. Plus la douleur est forte, plus le patient aura tendance à consulter son médecin traitant (18). Les responsabilités dues à la confusion et à la confiance de l'automédication sont partagées entre l'intéressé, le médecin (qui a un rôle d'éducation thérapeutique et d'information) et le pharmacien. L'éducation du patient par tous les acteurs de santé (médecin et pharmacien) pour éviter les risques liés à l'automédication apparaît particulièrement important (19).

La recherche de l'automédication lors de la consultation médicale permet également de limiter les mésusages et les interactions médicamenteuses.

L'étude que nous avons réalisée nous permettra de déterminer si les patients présentant des céphalées consultent leur médecin traitant et quels sont les facteurs déterminant la consultation. Dans un second temps nous pourront déterminer les thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses utilisées par les patients lors d'une céphalée.

## **2. MATERIELS ET METHODE**

### **2.1. Population étudiée**

La population étudiée regroupe des patients de 18 à 65 ans, consultant leur médecin généraliste quel qu'en soit le motif durant la période de l'étude.

Les informations ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auto-administré ciblant les différentes attitudes du patient face à une céphalée. Les patients ayant déclaré n'avoir jamais de céphalées ont été exclus de l'analyse.

### **2.2. Sélection des cabinets de médecine générale**

Huit cabinets de médecine générale de Haute-Normandie ont été sélectionnés. Ils ont été sélectionnés de façon arbitraire. Les médecins étaient contactés d'abord par téléphone, s'ils acceptaient de participer à l'étude, une rencontre était organisée. Lors de cette rencontre une information orale était donnée aux médecins concernant l'étude et une feuille informative pour les patients était proposée. Si le médecin souhaitait modifier la feuille informative pour ses patients, on remanierait ensemble la feuille informative pour les patients. A l'issue de cette rencontre les questionnaires étaient délivrés au médecin.

### **2.3. L'enquête par questionnaire**

#### **2.3.1. Le questionnaire**

Le questionnaire (annexe 3) comportait vingt-deux questions classées en cinq parties :

- Généralités décrivant les caractéristiques de personnes (question 1 à 4)

- Les caractéristiques des maux de têtes : (question 5 à 9)

- La première question (qu.5) porte sur la fréquence des céphalées. Elle permet d'exclure les patients sans céphalée. La fréquence a été choisie pour correspondre au critère des céphalées de tension. La définition de la céphalée de tension épisodique non fréquente (<1jour par mois), céphalée de tension épisodique fréquente (1 à 14 jours par mois pendant plus de 3 mois) et céphalée de tension chronique (>14 jours par mois pendant plus de 3 mois).
- La deuxième question (qu.6) porte sur l'intensité de la douleur. L'intensité de la douleur était quantifiée selon une échelle verbale simple. Les critères ont été choisis pour correspondre aux définitions des céphalées de tension (douleur faible ou modérée) et aux migraines (douleur modérée ou sévère). Si un patient avait coché deux cases pour l'intensité de la douleur, la douleur la plus forte était prise en compte.
- La troisième question (qu.7) porte sur la durée des céphalées. La durée des céphalées était répartie en fonction des caractéristiques des céphalées migraineuses (durée 4h à 72h) et des céphalées de tension épisodique (moins de 7 jours). Si un patient avait coché deux cases concernant la durée des céphalées, la durée la plus longue était prise en compte.
- Les quatrième et cinquième questions (qu.8 et qu. 9) correspondent aux caractéristiques physiques des céphalées. Les critères ont été sélectionnés pour différencier les céphalées de tension des migraines.

- Relation médicale : (question 10 à 14)

- La première question (qu.10) permettait de savoir si le patient avait déjà consulté un médecin pour le motif céphalée. On ne faisait pas de précision concernant la spécialité du médecin.

- Si le patient répondait par oui, la question 11 s'intéressait à la fréquence de consultation pour le motif céphalée. Et la question 13 aux prescriptions faites par le médecin.
  - La question 14 pose la question de la satisfaction du patient concernant la consultation médicale.
  - Si le patient répondait non à la question 10, La question 12 s'intéressait au « pourquoi. »
- Médicaments : (question 15 à 20) :
- La question 15 permettait de savoir si les patients consommaient des médicaments lors de céphalées.
  - La question 16 est un tableau avec le nom des principaux antalgiques usuels.
  - Les questions 17, 18 permettaient de déterminer si les médicaments avaient été prescrits par un médecin et si ils avaient été prescrits pour les céphalées.
  - La question 19 est sur la satisfaction du patient concernant l'efficacité des médicaments.
- Autres thérapeutiques : (question 21 et 22)
- La question 21 permettait de savoir si les patients avaient déjà essayé d'autres thérapeutiques pour soulager leur céphalée.
  - La question 22 est un tableau des principales thérapeutiques non médicamenteuses relatées dans la littérature ayant pour but de soulager les céphalées.

### **2.3.2. Mode d'élaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été écrit en utilisant des termes « simples » pouvant être compris par la population enquêtée. Un questionnaire test a été effectué sur 5 patients pour déterminer si les questions étaient compréhensibles pour les patients. A l'issue de ce test, le questionnaire a été modifié.

### **2.3.3. Mode d'administration du questionnaire**

Les questionnaires étaient délivrés directement au médecin lors de notre rencontre. Entre quinze et quarante questionnaires étaient distribués dans chaque cabinet, selon le souhait du médecin.

Chaque médecin était libre de distribuer et de collecter le questionnaire selon sa convenance et sa gestion de consultation. Le questionnaire était soit :

- distribué par la secrétaire à l'arrivée du patient, le patient renseignait le questionnaire dans la salle d'attente et le redéposait directement à la secrétaire
- laissé en libre accès dans la salle d'attente du médecin avec une feuille explicative incitant les patients à le remplir. Dans ce cas une feuille explicative était affichée en salle d'attente. Deux pochettes étaient à disposition des patients, l'une indiquant les questionnaires à renseigner et l'autre permettant de déposer le questionnaire renseigné.

Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre explicative destinée au patient.

## **2.4. Analyse statistique**

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel. L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel EpilInfo7. Pour les comparaisons selon les types de variables et les conditions de validité, les tests de Mann et Whitney, due Chi2, et le test de Fisher ont été utilisés. Le seuil de signification de 5% a été adopté. Dans l'étude analytique, les Odds ratios et leur intervalle de confiance à 95% ont été calculés.

### **3. RESULTATS**

Les questionnaires ont été distribués aux patients de huit cabinets de médecins généralistes regroupant seize médecins généralistes de Haute-Normandie.

Deux médecins généralistes avaient un exercice isolé et les quatorze autres se répartissaient sur six cabinets de groupe. Six médecins étaient des femmes (37,5%) et dix médecins étaient des hommes (62,5%).

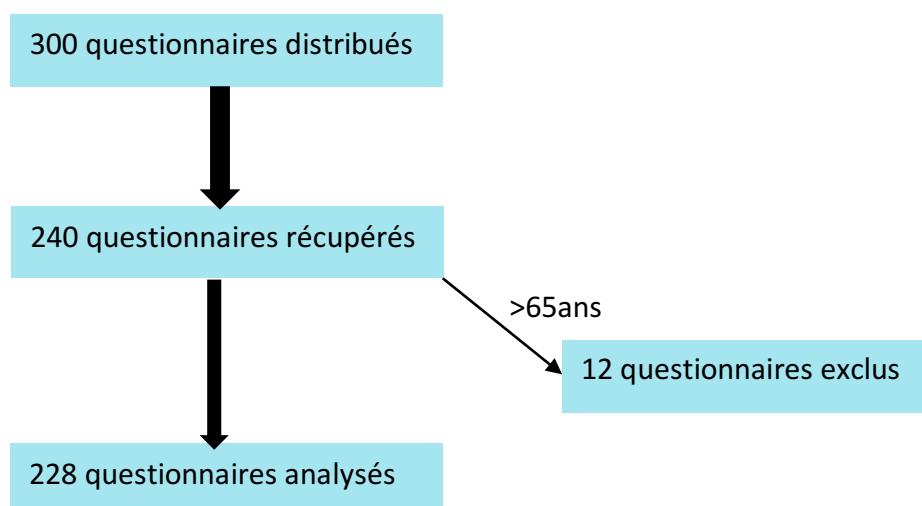
#### **3.1. L'échantillon de l'étude**

La distribution et la collecte des questionnaires se sont effectuées du 18 mai 2017 au 15 juin 2017.

Au total 300 questionnaires ont été distribués et 240 questionnaires ont été récupérés. Le taux de participation est de 80%.

Parmi les 240 questionnaires récupérés, 12 questionnaires ont été renseignés par des patients avec un âge supérieur ou égal à 65 ans et ont été exclus car ne répondant pas aux critères d'inclusion.

FlowChart :



Parmi les 228 consultants ayant moins de 65 ans, 21 ont répondu « Jamais » à la question « Vous arrive-t-il d'avoir des maux de tête ». Parmi ces patients ayant répondu « jamais » à la question « Vous arrive-t-il d'avoir des maux de tête », douze (57,1%) avaient un âge de 50 ans et plus et 12 (58,3%) étaient des femmes.

Au total, l'analyse porte donc sur 207 personnes dont 49 ont été identifiées comme migraineux à partir des éléments recueillis dans le questionnaire (23,7%).

Le Tableau 1 compare les catégories socio-professionnelles de notre population par rapport à la population de Seine Maritime.

**Tableau 1 : Comparaison des Catégories Socio-Professionnelles (CSP) des personnes inclus dans notre étude à celles de la Seine Maritime**

	CSP Seine Maritime		Echantillon de l'étude	
	Effectifs	%	Effectifs observés	Effectifs théoriques*
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	33 020	2,62%	10	6,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	69 524	5,53%	18	13,2
Professions intermédiaires	143 820	11,43%	41	27,2
Employés	173 156	13,77%	78	32,8
Ouvriers	152 702	12,14%	30	28,9
Retraités	281 369	22,37%	26	53,2
Autres personnes sans activité professionnelle	404 319	32,14%	35	76,5
Total	1 257 910	100,00%	238	238

\*Obtenus en multipliant la proportion de la CSP en Seine Maritime par l'effectif de l'échantillon (238)

Effectifs observés 238, inférieur à 240 dû aux données manquantes.

Les effectifs des catégories socio-professionnelles de Seine –Maritime sont ceux de L'INSEE 2014.

La répartition selon les CSP est significativement différente dans notre échantillon par rapport à l'ensemble de la Seine Maritime ( $\chi^2 = 110$   $p < 10^{-3}$ ). Notamment, les retraités sont sous représentés dans notre échantillon ainsi que les autres personnes sans activités professionnelles.

La sous-représentation des retraités peut s'expliquer car notre étude s'adressait aux patients de 18 à 65 ans.

Les patients migraineux ont été identifiés à partir des éléments recueillis dans le questionnaire. Les critères de l'ICHD-3 beta : The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) ont permis de mettre en évidence les patients migraineux. Les caractéristiques permettant de mettre en évidence les patients migraineux dans le questionnaire étaient :

- durée de la crise de 4 à 72h,
- au moins deux critères parmi : douleur unilatérale, douleur pulsatile, douleur d'intensité modérée ou sévère,
- au moins un critère parmi : nausée et/ou vomissement, photophobie et phonophobie

Le tableau 2 présente les caractéristiques des 207 patients inclus en distinguant le groupe des migraines et celui des non migraines ainsi que la ville où était situé le cabinet médical où ils ont été recrutés.

**Tableau 2 : Caractéristiques personnelles des 207 personnes ayant déclaré avoir des maux de tête**

	<b>Non migraine</b>		<b>Migraine</b>		<b>Total</b>	
	n	%	n	%	n	%
<b>Echantillon total</b>	158	76,3	49	23,7	207	100,0
<b>Age</b>						
18 -29 ans	34	21,5	10	20,4	44	21,3
30 – 39 ans	47	29,8	17	34,7	64	30,9
40 – 49ans	37	23,4	13	26,5	50	24,1
50 ans et +	40	25,3	9	18,4	49	23,7
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>2072</b>	<b>100,0</b>
<b>Genre</b>						
Femme	106	67,5	44	89,8	150	72,8
Homme	51	32,5	5	10,2	56	27,2
<b>Total*</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>206</b>	<b>100,0</b>
<b>CSP</b>						
Agriculteur	2	1,3	0	0,0	2	1,0
Artisans, commerçants, chefs d'entrep.	7	4,5	1	2,0	8	3,9
Cadres et professions intellect.	12	7,6	5	10,2	17	8,2
Employés	55	35,0	23	46,9	78	37,9
Ouvriers	19	12,1	4	8,2	23	11,2
Professions intermédiaires	28	17,8	9	18,4	37	18,0
Retraités	6	3,8	3	6,1	9	4,4
Autres personnes sans activité prof.	28	17,8	4	8,2	32	15,5
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>206</b>	<b>100,0</b>
<b>Villes</b>						
Blainville-Crevon	25	15,8	7	14,3	32	15,5
Eslettes	29	18,4	6	12,2	35	16,9
Franqueville-Saint-Pierre	33	20,9	4	8,2	37	17,9
Grand-Couronne	6	3,8	2	4,1	8	3,9
Le Grand-Quevilly	24	15,2	12	24,5	36	17,4
Le Mesnil-Esnard	11	7,0	6	12,2	17	8,2
Petit-Couronne	4	2,5	0	0,0	4	1,9
Saint-Etienne-du Rouvray	26	16,5	12	24,5	38	18,4
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

\*Total inférieur à 207 du fait de données manquantes

Dans notre étude 21 patients sur 228 ont répondu « Jamais » à la question « Vous arrive-t-il d'avoir des maux de tête », la prévalence des céphalées dans notre étude est de 90%.

On retrouve que 30,9% des patients présentant des céphalées ont entre 30 et 39 ans. Et 72,8 % des patients ayant des céphalées sont des femmes (67,5% dans le groupe non migraineux).

### 3.2. Caractéristiques des douleurs

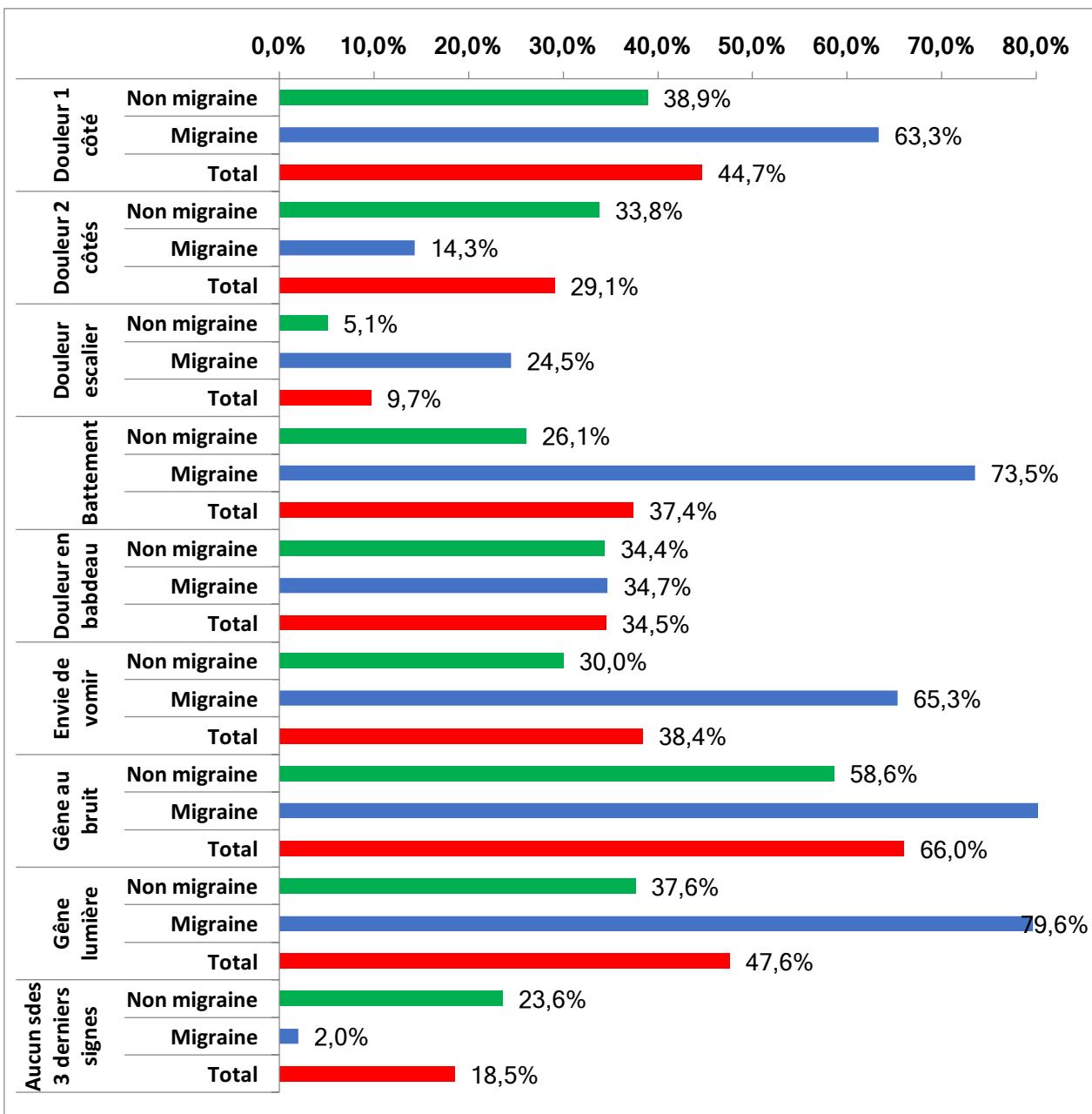
Le tableau 3 et la figure 1 représentent les caractéristiques des douleurs rapportées.

Tableau 3 : Description de la fréquence, de l'intensité et de la durée des douleurs rapportées par 207 patients

	Non migraine		Migraine		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Fréquence des douleurs</b>						
1 j par mois	86	54,4	10	20,4	96	46,4
2 à 14 j par mois	61	38,6	31	63,3	92	44,4
15 et + par mois	11	7,0	8	16,3	19	9,2
Total*	158	100,0	49	100,0	207	100,0
<b>Intensité des douleurs</b>						
Simple inconfort	8	5,0	0	0,0	8	3,9
Douleur légère	34	21,6	1	2,0	35	16,9
Douleur modérée	79	50,0	13	26,6	92	44,4
Douleur intense	29	18,4	28	57,1	57	27,6
Douleurs très intenses	8	5,0	7	14,3	15	7,2
Total*	158	100,0	49	100,0	207	100,0
<b>Durée de la douleur</b>						
Moins de 4h	115	72,8	1	2,0	116	56,0
De 4 à 72 h	27	17,1	46	94,0	73	35,3
De 3 à 7 jours	14	8,9	1	2,0	15	7,2
1 semaine ou +	2	1,2	1	2,0	3	1,5
Total	158	100,0	49	100,0	207	100,0

Parmi les non migraineux, 54,4 % des patients avaient des douleurs d'environ 1 jour par mois et 50% avaient une douleur modérée.

Dans notre étude, 56% des patients avaient une céphalée pendant moins de 4h. Chez les non migraineux, la céphalée durait moins de 4h chez 72,8% des patients.



**Figure 1 :** Description des caractéristiques des douleurs rapportées par 207 patients selon le type de céphalées (158 non migraineux, 49 migraineux).

### 3.3. Facteurs influençant la consultation médicale

Au tableau 4 sont présentés quelques éléments de la relation avec le médecin : fréquence de recours en cas de douleur, cause de non consultation, satisfaction du patient.

**Tableau 4 : Relation médicale : consultations, prescription, satisfaction**

	Non migraine		Migraine		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Avez-vous consulté un médecin pour vos maux de tête ?</b>						
Oui	54	35,1	36	75,0	90	44,6
Non	100	64,9	12	25,0	112	55,4
Total*	154	100,0	48	100,0	202	100,0
<b>Causes de non consultation</b>						
Pas suffisamment intenses	32	36,8	1	16,6	33	35,5
Pas suffisamment durables	24	27,6	1	16,7	25	26,9
Peu fréquents	31	35,6	4	66,7	35	37,6
	87	100,0	6	100,0	93	100,0
<b>Prescription médicament par médecin</b>						
Non	6	10,5	1	2,6	7	7,4
TraITEMENT épisode	43	75,4	21	55,3	64	67,4
TraITEMENT de fonds	1	1,8	1	2,6	2	2,1
Les deux	7	12,3	15	39,5	22	23,2
Total*	57	100,0	38	100,0	95	100,0
<b>Satisfaction conseil et traitement</b>						
Oui	39	69,6	29	76,6	68	72,34
Moyennement	14	25,0	8	21,1	22	23,4
Pas du tout	3	5,4	1	2,6	4	4,3
Total	56	100,0	38	100,0	94	100,0

64,9% des patients présentant des céphalées « non migraineuses » n'ont pas consulté leur médecin pour le motif céphalée.

En cas de consultation, les patients non migraineux déclarent avoir un traitement des crises prescrits dans 75,4% des cas. Dans 10,5% des cas, aucun médicament leur ai prescrit.

69,6% des patients non migraineux se déclarent satisfaits des conseils et des traitements prescrits par leur médecin.

Le tableau 5 présente les différents facteurs pouvant influencer le fait de consulter un médecin.

**Tableau 5 : Etude du lien entre la consultation médicale et différents facteurs**

	Consultation médicale Oui	Consultation médicale Non	p	Odds ratios	
	(OR)	IC OR 95%			
<b>Age</b>					
Médiiane (extrêmes)	37,5 ans (18,0 – 64,0) (n=90)	38,5 ans (18,0 – 64,0) (n=112)	p=0,59*		
<b>Genre</b>					
Féminin	84,4% (n=90)	64,9% (n=111)	p<10 <sup>-2</sup>	2,9	1,5 – 5,9
<b>CSP</b>					
Agriculteurs	1,1%	0,9%	p=0,09		
Artisans, commerçants, chef d'entreprise	3,3%	4,5%			
Autres personnes sans activité professionnelle					
Cadres et professions intellectuelles supérieurs	12,2%	17,1%			
Employés	40,0%	36,0%			
Professions intermédiaires	22,2%	14,4%			
Ouvriers	4,4%	17,1%			
Retraités	6,7% (n=90)	2,7% (n=111)			
<b>Fréquence de la douleur</b>					
15j et + par mois	17,8% (n=112)	1,8% (n=90)	p<10 <sup>-4</sup>	11,9	2,7 – 53,3
<b>Intensité de la douleur</b>					
Douleur intense ou très intense	57,8% (n=112)	16,1% (n=90)	p<10 <sup>-5</sup>	7,1	3,7 – 13,8
<b>Durée de la douleur</b>					
Supérieure à 4h	65,6% (n=112)	26,8% (n=90)	p<10 <sup>-5</sup>	5,2	2,8 – 9,5

\* Test de Mann-Whitney

Dans notre étude l'âge et les catégories socio-professionnelles ne sont pas des facteurs associés au recours à la consultation.

En revanche, être une femme est un facteur déterminant le recours à la consultation médicale p<10<sup>-2</sup> (OR 2,9(1,5-5,9)).

La fréquence de la douleur, l'intensité de la douleur et la durée de la douleur sont des facteurs associés à la consultation médicale.

Le Tableau 6 s'intéresse à l'impact des déterminants de la douleur sur le nombre de consultation.

**Tableau 6 : Etude du lien entre la fréquence de la consultation médicale et différents facteurs**

	Fréquence consultation médicale A chaque épisode ou plusieurs fois	Fréquence consultation médicale Une fois	p	Odds ratios (OR)	IC OR 95%
<b>Fréquence de la douleur</b>					
15j et + par mois	20,3% (n=59)	11,1% (n=36)	<b>P=0,19</b>	2,0	0,6 – 6,9
<b>Intensité de la douleur</b>					
Douleur intense ou très intense	69,5% (n=59)	38,9% (n=36)	<b>p&lt;10<sup>-2</sup></b>	3,6	1,5 – 8,5
<b>Durée de la douleur</b>					
Supérieure à 4h	71,2% (n=59)	55,6% (n=36)	<b>P=0,1</b>	2,0	0,8 – 4,7

L'intensité de la douleur est un facteur déterminant le nombre de consultation. Les patients avec une douleur intense ou très intense consultent plus facilement plusieurs fois voir à chaque épisode de céphalée  $p<10^{-2}$  (OR 3,6 (1,5-8,5)). La fréquence de la douleur et la durée de la douleur ne sont pas des facteurs déterminants le nombre de consultation médicale.

Dans le tableau 7, on étudie les déterminants de la satisfaction du patient lors de la consultation médicale.

Tableau 7 : Etude du lien entre satisfaction de la consultation médicales, et la satisfaction liée au traitement

	Satisfaction consultation médicale Oui	Satisfaction consultation médicale Moyennement	p	Odds ratios (OR)	IC 95%	OR
		Pas du tout				
<b>Satisfaction traitement</b>						
Oui	65,2% (n=66)	20,0% (n=25)	<b>p&lt;10<sup>-3</sup></b>	7,3	2,5 – 24,4	
<b>CSP</b>						
Agriculteurs	1,1%	0,9%	<b>p=0,09</b>			
Artisans, commerçants, chef d'entreprise	3,3%	4,5%				
Autres personnes sans activité professionnelle						
Cadres et professions	12,2%	17,1%				
intellectuelles supérieurs						
Employés	40,0%	36,0%				
Professions intermédiaires	22,2%	14,4%				
Ouvriers	4,4%	17,1%				
Retraités	6,7% (n=90)	2,7% (n=111)				

\* Test de Mann-Whitney

Les patients satisfaits du traitement sont plus satisfaits de la consultation médicale ( $p<10^{-3}$  OR 7,3 (2,5-24,4)). On ne retrouve pas de corrélation avec les catégories socio-professionnelles.

### 3.4. Les traitements médicamenteux

Au tableau 8, sont résumées les informations relatives à la prescription médicale en fonction du groupe « migraine » et « non migraine ».

Tableau 8 : Prise de médicaments

	Non migraine		Migraine		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Prise de médicaments anti-douleur ?</b>						
Oui	126	90,0	44	93,6	170	90,9
Non	14	10,0	3	6,4	17	9,1
Total*	140	100,0	47	100,0	187	100,0
<b>Médicament prescrit par médecin ?</b>						
Oui	69	47,3	34	72,3	103	53,4
Non	77	52,7	13	27,7	90	46,6
Total	146	100,0	47	100,0	193	100,0
<b>Si prescrit par médecin : prescrits pour céphalées ?</b>						
Oui	46	67,7	32	91,1	78	76,5
Non	22	32,3	2	5,9	24	23,5
Total	68	100,0	34	100,0	102	100,0
<b>Etes-vous satisfaits efficacité médicaments ?</b>						
Oui	42	60,9	19	55,9	61	59,2
Partiellement	26	37,7	14	41,2	40	38,8
Non	1	1,4	1	2,9	2	2,0
Total	69	100,0	34	100,0	103	100,0
<b>Prenez-vous un traitement de fonds ?</b>						
Oui	7	4,6	12	25,5	19	9,6
Non	144	95,4	35	74,5	179	90,4
Total	151	100,0	47	100,0	198	100,0

90% des patients non migraineux déclarent prendre un antalgique lors des céphalées. Dans 52,7% des cas le médicament n'a pas été prescrit par un médecin. Lorsque le médicament a été prescrit par un médecin, dans 32,3% des cas il n'a pas été prescrit pour le motif céphalée. 60,9% des patients non migraineux sont satisfaits de l'efficacité des médicaments. Les patients non migraineux déclarent prendre un traitement de fond dans 4,6% des cas.

La figure 2 résume la fréquence de recours à différents médicaments (molécule ou association de molécules) listés dans le questionnaire (paracétamol, acide acétylsalicylique, tramadol...)

Parmi les autres médicaments utilisés, ont été cités :

- Groupe « non migraine » : Almogran® (1), Imiject® (1), Prontalgine® (1), Vogalène® (1)
- Groupe migraine : Laroxyl® (1), Migpriv® (1), Prontalgine® (1), Relpax® (3), Sumatriptan® (1), les triptans (1), le Zomig® (1), le Zomigoro® (1).

Parmi les 19 déclarant prendre un traitement de fond, 13 ont cité un médicament. Il s'agit :

- Groupe « non migraine » : Candesaratan® (1), Claradol caféiné® (1), Ibuprofène, le propanolol (1),
- Groupe « migraine » : Avlocardyl® (1), Izimig® (1), Laroxyl® (2), Nocertone (2), propanolol (2), Sanmigran® (1)

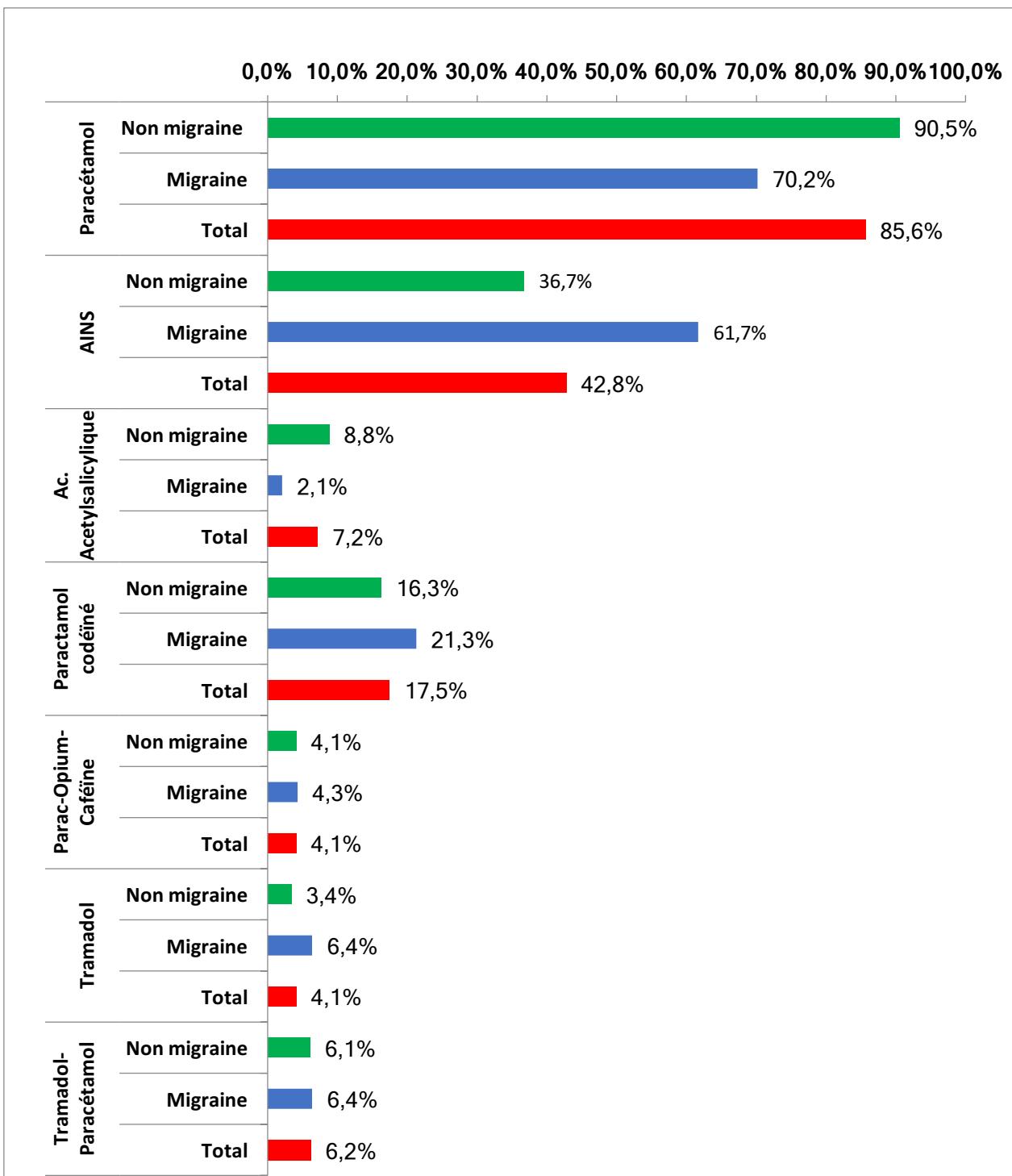


Figure 2 : Médicaments antidouleurs utilisés (194 patients : 147 non migraines, 40 migraines)

Les médicaments utilisés en cas de céphalées sont principalement le paracétamol et les AINS. 90,5% des patients non migraineux déclarent consommer du paracétamol lors de céphalée. Et 36,7% déclarent consommer des AINS lors de céphalée.

### 3.5. Les thérapeutiques non médicamenteuses

Le tableau 9 indique le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses en fonction du groupe « migraine » et « non migraine ».

**Tableau 9 : Recours aux thérapeutiques non médicamenteuses**

	Non migraine		Migraine		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Essai de thérapeutiques non médicamenteuses</b>						
Oui	24	15,9	19	38,8	43	21,5
Non	127	84,1	30	61,2	157	78,5
Total*	151	100,0	49	100,0	200	100,0
<b>Kinésithérapie</b>						
Très satisfaisant	3		1		4	
Moyennement satisfaisant	1		0		1	
Peu satisfaisant	0		2		2	
Total	4		3		7	
<b>Ostéopathie</b>						
Très satisfaisant	7		0		7	
Moyennement satisfaisant	2		3		5	
Peu satisfaisant	3		5		8	
Total	12		8		20	
<b>Acupuncture</b>						
Très satisfaisant	4		1		5	
Moyennement satisfaisant	1		2		3	
Peu satisfaisant	0		4		4	
Total	5		7		12	
<b>Relaxation - sophrologie</b>						
Très satisfaisant	5		0		5	
Moyennement satisfaisant	2		4		6	
Peu satisfaisant	0		0		0	
Total	7		4		11	
<b>Thérapie cognitivo-comportementale</b>						
Total	0		0		0	

Seulement 15,9% des patients non migraineux ont déclaré avoir recours à des thérapeutiques non médicamenteuses.

Les patients interrogés ont peu recours au thérapeutiques non médicamenteuses : 20 à l'ostéopathie, 12 à l'acupuncture, 11 aux techniques de relaxation et de sophrologie, 7 à la kinésithérapie et aucun aux thérapies cognitivo-comportementales.

Parmi les autres recours thérapeutiques, les patients ont cité : le baume du tigre (1), le chiropraticien (1), eau de menthol ou le camphre (1), les huiles essentielles (3), l'hypnose (2), le magnétiseur MS (1), le massage crânien MS (1), le reflexologue (1), l'obscurité (1), les tisanes MS (1).

Le Tableau 10 s'intéresse aux facteurs déterminants l'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses.

**Tableau 10 : Etude du lien entre l'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses et l'âge et le genre**

	Utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses		p	Odds ratios	
	Oui	Non		(OR)	IC OR 95%
<b>Age*</b>					
Moyen	40,1 ans (n= ?)	39,1 ans = ?	p=0,62*		
<b>Genre</b>					
Femme (n=145)	39 (26,9%)	106	p<10 <sup>-3</sup>	6,2	2,0 -26,5
Homme (n=54)	3 (7,1%)	51			

- Test de Mann et Whitney

L'âge n'est pas un facteur déterminant l'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses.

Le genre est un facteur déterminant l'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses.

Le sexe féminin a 6,2 fois plus de probabilité d'utiliser une thérapeutique non médicamenteuse p<10<sup>-3</sup> (IC95% (2,0-26,5)).

## **4. DISCUSSION**

### **4.1. Rappel des principaux résultats**

64,9% des patients présentant des céphalées non migraineuses ne consultent pas leur médecin traitant pour le motif céphalée.

Et 90% des patients consomment un antalgique lors de céphalée non migraineuse.

Les antalgiques consommés ont été prescrits par un médecin dans 47,3% des cas. Et le médicament a été prescrit pour un autre motif que céphalée dans 32,3% des cas.

### **4.2. Points fort et limites de l'étude**

#### Points forts de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive multicentrique. Le taux de participation est de 80% (240 questionnaires récupérés sur 300 distribués).

#### Limites de l'étude :

Il s'agit d'une enquête déclarative et rétrospective donc à faible niveau de preuves.

Il existe un biais de sélection lié au mode d'administration du questionnaire car les cabinets de médecine générale ont été sélectionnés de manière arbitraire pour pratiquer l'étude.

Le principe de laisser à disposition un auto-questionnaire sur « les maux de têtes » peut avoir sélectionné les patients ayant eux-mêmes des céphalées. De même, l'auto-évaluation reste subjective, les patients peuvent être influencés par l'envie de bien faire ou au contraire par l'envie de finir rapidement le questionnaire.

Malgré des questionnaires tests, on peut se poser la question de la bonne formulation des questions ou de la compréhension des questions par certains patients. Certaines questions ont été répondues de façon imprécise (plusieurs cases cochées au lieu d'une, questions répondues à la place d'une autre question) et certaines questions ont été laissé sans réponse.

### **4.3. Discussion des principaux résultats**

#### **4.3.1. Caractéristiques des répondants**

La prévalence des céphalées dans notre étude était de 90% (21 patients ont déclarés n'avoir jamais présenté de céphalées) supérieure aux données des études européennes qui retrouvent une prévalence des céphalées de 53% (4). Cela s'explique par le mode de recueil des données, le questionnaire était distribué à des patients consultant en médecine générale alors que dans les études européennes la prévalence des céphalées est dans la population générale. De plus, le questionnaire s'intitulant « les maux de têtes » peut avoir sélectionné les patients ayant eux-mêmes des céphalées même si le questionnaire était adressé à tous les patients des cabinets médicaux.

Dans notre étude, 72,8 % des patients ayant des céphalées étaient des femmes et 30,9% des patients étaient âgés entre 30 et 39 ans. D'après la DRESS, 6 patients céphalalgiques sur 10 sont des femmes(5). La prévalence forte entre 30 et 39 ans correspond aux données des autres études : 30 % des céphalalgiques ont entre 30 et 44 ans d'après la DRESS (5).

Les femmes sont sur représentées. Le questionnaire a été collecté dans des cabinets de médecine générale, or les femmes ont tendance à consulter leur médecin généraliste plus que les hommes (88% des femmes ont consulté leur médecin généraliste dans l'année contre 82% des hommes)(20).

#### **4.3.2. Caractéristiques des céphalées**

Le questionnaire a permis de répartir les céphalées selon deux groupes : « migraineux » et « non migraineux ». Le groupe « non migraineux » comprenait donc les céphalées de tension et les autres céphalées primaires non migraineuses (les algies vasculaires de la face et les céphalées trigémino-végétatives). Les céphalées de tension sont les céphalées primaires les plus fréquemment observées dans la population générale (21) (22). Les céphalées de tension représentent donc la grande majorité des céphalées « non migraineuses » de notre étude.

#### **4.3.3. La consultation médicale**

Dans notre étude les patients consultent peu : 64,9% des patients ayant des céphalées de tension ne consultent pas. En 1992, Rasmussen retrouvait que 56% des migraineux et 16% des patients avec des céphalées de tension ont consulté un médecin pour leur céphalée (2).

On note donc un meilleur taux de consultation que l'étude de Rasmussen pour les patients présentant des céphalées de tension dans notre étude (35,1%).

Il existe beaucoup plus d'études sur la migraine que sur les céphalées de tension. Notamment l'étude FRAMIG 3, étude française de 2004 (9). Cette étude montre que 60% des patients migraineux ont déjà consulté pour le motif de céphalée. Dans notre étude 75% des patients migraineux ont déjà consulté.

Notre questionnaire ne précisait pas si le patient consultait spécifiquement pour le motif céphalée ou si le motif céphalée était un motif de consultation secondaire.

La consultation médicale est pourtant une nécessité (23) :

La consultation médicale permet de différencier les céphalées et d'établir un diagnostic. Dans certains cas, un agenda des céphalées aide à la démarche diagnostique.

En cas de céphalées de tension l'interrogatoire permet de rechercher les facteurs aggravants tel qu'une mauvaise perception, une gestion du stress anormale, une anxiété ou un état dépressif (21). L'interrogatoire permet également de rechercher d'autres facteurs déclenchants comme une fatigue passagère, une durée importante passée devant les écrans, une alimentation déséquilibrée et notamment une déshydratation, une activité physique pas assez régulière ou au contraire trop intense, des troubles du sommeil.

La consultation permet d'évaluer les symptômes associés aux céphalées : existence de SADAM et/ou cervicalgie. Elle permet d'évaluer le retentissement des céphalées dans la vie quotidienne du patient : difficulté de concentration, report des activités de la vie quotidienne, absentéisme professionnel.

Enfin la consultation permet de faire l'état des lieux sur les thérapeutiques utilisées par le patient. Cet interrogatoire sur les thérapeutiques utilisées est nécessaire afin d'évaluer l'usage et le mésusage de médicaments et de prévenir ou diagnostiquer les céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux. L'ANAES recommande de ne pas dépasser 2 prises de traitement de crises par semaine pour prévenir le risque d'évolution vers une céphalée chronique quotidienne (24).

Le diagnostic de céphalée de tension doit permettre au médecin :

- En premier lieu : rassurer le patient et lui expliquer les autres signes devant l'amener à consulter devant une céphalée (céphalée inhabituelle, inefficacité des traitements, aggravation des céphalées) Le site ameli.fr donne des indications aux patients pour savoir quand consulter mais il est important de le revoir avec le patient.
- Dépister les facteurs favorisants et notamment les facteurs psychopathologiques, notamment les événements de vie à forte composante émotionnelle et les troubles du sommeil
- Dépister la coexistence d'une pathologie psychiatrique associée (trouble anxieux ou dépression)
- Dépister d'autres douleurs et notamment les douleurs musculo-squelettiques

Il est très fréquent que la fin de consultation soit le moment où le patient demande « quelques boîtes de Doliprane, pour mes maux de tête ». Cette demande doit alerter le médecin sur l'existence de céphalée. Le médecin pourra, en fonction du patient, déterminer la meilleure façon d'évaluer la céphalée de son patient, au besoin le faire revenir si il le juge nécessaire afin d'approfondir la question.

#### **4.3.4. Thérapeutique médicamenteuse**

90% des patients déclarent prendre un médicament en cas de céphalée non migraineuse. Et 4,6% des patients déclarent prendre un traitement de fond en cas de céphalée non migraineuse.

Parmi les 7 patients non migraineux ayant déclaré prendre un traitement de fond, 4 ont donné le nom de la molécule. 2 molécules étaient celles d'un traitement de fond, une molécule citée était un antalgique de palier 2 et un patient a cité l'ibuprofène.

Dans la population migraineuse : 93,6% des patients déclarent consommer un antalgique lors de céphalée et 25,5% un traitement de fond. Parmi les 9 traitements de fond cités, 7 correspondent à des traitements de fond recommandés.

Les traitements des crises cités par les patients migraineux sont principalement des triptans (9 fois sur 10 médicaments cités), la faible représentation des triptans dans notre étude était probablement due au fait qu'ils n'ont pas été intégré dans le tableau des médicaments de crise.

Les molécules les plus largement utilisées par les patients en traitement de crise sont le paracétamol et les AINS, ce qui correspond aux recommandations (6)(25).

Aucun patient n'a déclaré consommer un antalgique de palier III de l'OMS (antalgique opioïde fort).

Les patients utilisent donc majoritairement les molécules recommandées en première intention dans le traitement des crises pour les céphalées.

Les patients non migraineux sont peu nombreux à avoir recours à un traitement de fond, et parmi ceux ayant cité leur traitement de fond, 2 étaient un traitement de fond et 2 étaient un

traitement de crise, ce qui pose également la question de la compréhension des modalités de prises de certains médicaments et de leurs mésusages.

Le questionnaire n'était pas conçu pour décrire les modalités de consommation de médicaments (début des prises de médicaments par rapport au début des symptômes, posologie consommées, délais avant la prise d'un autre médicament, nombres de boîtes par semaine ou par mois) ou les facteurs influençant cette consommation. De même, nous n'avons pas pris en compte les comorbidités et les traitements habituels des patients. Il serait intéressant d'évaluer dans une autre étude plus particulièrement les modes de consommation des antalgiques lors de céphalée.

#### **4.3.5. Thérapeutique non médicamenteuse**

L'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses est faible dans notre étude pour les patients non migraineux. 15,9% des patients non migraineux déclarent avoir eu recours aux thérapeutiques non médicamenteuses. Or la prise en charge non médicamenteuse du patient présentant des céphalées de tension est primordiale. Dans le cas de céphalée de tension épisodique non fréquente, l'utilisation d'un antalgique de palier I ou d'AINS peut suffire. Mais la prise en charge des céphalées de tension épisodique fréquentes et chroniques, passe largement par l'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses. Les céphalées de tension épisodique fréquentes et chroniques doivent bénéficier d'une prise en charge globale. Elles sont le reflet de symptômes associés (stress, contracture musculaire, trouble du sommeil...) et la prise en charge non médicamenteuse doit être envisagée parallèlement à la prise en charge médicamenteuse.

L'âge n'est pas un facteur déterminant l'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses. Par contre Le sexe est un facteur déterminant l'utilisation des thérapeutiques non médicamenteuses, les femmes sont 6,2 fois plus consommatrice de thérapeutique non médicamenteuse que les hommes. Les thérapeutiques non médicamenteuses ne sont pas exhaustives, elles ne prennent pas en compte les comorbidités des patients (notamment l'existence d'un SADAM ou de cervicalgie associée). La différenciation entre cervicalgies et céphalées peut être difficile à établir par les patients, il est possible que le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses n'ait pas été strictement limité aux céphalées mais également pour soulager les symptômes associés aux céphalées.

## **5. CONCLUSION**

Les céphalées non migraineuses restent un motif de faible consultation pour les patients malgré la forte prévalence de la maladie dans la population. Les femmes consultent plus facilement et les facteurs déterminants retrouvés dans notre étude sont la fréquence de la douleur, l'intensité de la douleur et la durée de la douleur. Les céphalées de tension représentent la majorité des céphalées primaires. Même si les patients gèrent leurs céphalées en grande partie seuls, il est nécessaire pour le médecin généraliste de s'y intéresser car les céphalées de tension peuvent révéler d'autres pathologies, notamment des troubles psychiques.

Notre étude montre que les patients consomment les médicaments recommandés lors des crises de céphalées, ils consomment dans la grande majorité des antalgiques de palier I de l'OMS et des AINS. Peu de patients consomment des traitements de fond en cas de céphalées de tension dans notre étude.

Les patients présentant des céphalées de tension ont peu recours aux thérapeutiques non médicamenteuses. Alors que les thérapeutiques non médicamenteuses peuvent être des aides non négligeables dans la gestion des céphalées de tension.

Le patient présentant des céphalées de tension doit être pris en charge dans sa globalité. Les céphalées de tension révèlent souvent d'autres problèmes.

La consultation doit permettre au médecin de dépister les facteurs favorisants et les comorbidités afin de pouvoir les traiter. La consultation permet également d'informer le patient sur les céphalées (réassurance et information des signes de gravité). Enfin la consultation doit permettre de faire une évaluation précise de la consommation médicamenteuse des patients afin de limiter le risque de mésusage et l'apparition de céphalées justement par abus médicamenteux.

Le patient céphalalgique a recours à l'automédication. Une étude plus spécifique sur les modes de consommation des médicaments lors des céphalées (début des prises des médicaments par rapport au début des symptômes, délais entre les prises, consommation de plusieurs molécules), permettrait de déterminer si le mode de consommation est adapté et quels sont les facteurs entraînant une complication, notamment une céphalée par abus médicamenteux.

## ANNEXE 1 : Médicaments ayant l'AMM dans le traitement de la crise migraineuse

Principes actifs	Posologie (par jour)	Effets indésirables	Contre-indication
<b>Traitements symptomatiques : dérivés ergotés</b>			
Acétylsalicylate de lysine + métoclopramide	900mg en début de crise	Liés au métoclopramide : Troubles neuro-psychiques, dyskinésie tardives, syndrome extra-pyramidaux, troubles endocriniens Liés au salicylés : Troubles digestifs, syndrome hémorragique, accident de sensibilisation, syndrome de Reye	Liés au métoclopramide : Phéochromocytome, hémorragie gastro-intestinale, sténose ou perforation digestive, antécédents de dyskinésie tardive médicamenteuse, C.I chez l'enfant Liés au salicylé : Ulcère gastro duodénal en évolution, hypersensibilité au salicylés, risque hémorragique
<b>Traitements spécifiques : agonistes sélectifs des récepteurs 5HT1 (adulte 18-65ans)</b>			
Almotriptan	Cp à 12,5 mg max 25mg/jour	Bouffées vasomotrices, vertiges, sensation de faiblesse, asthénie, somnolence, nausées, vomissements, rares cas de spasmes coronariens, HTA modérée ou sévère, sensation de fourmillement, de chaleur, de pression ou d'oppression	Hypersensibilité, Antécédents de : Infarctus du myocarde ou pathologie cardiaque ischémique, vasospasme coronarien (Angor de Prinzmetal) Pathologie vasculaire périphérique, AVC ou AIT, Patient ayant une insuffisance hépatique sévère, HTA modérée ou sévère et chez les patients ayant une HTA légère non contrôlée Association avec les IMAO, Allergie croisée aux sulfamides (sauf rizatriptan et zolmitriptan)
Elétriptan	Cp à 40 mg max 80 mg/j		
Frovatriptan	Cp à 2,5 mg max 5mg/j		
Naratriptan	Cp à 2,5 mg max 5mg/j		
Rizatriptan	Cp à 5 et 10 mg, lyophilisat à 10mg max 20mg/j		
Sumatriptan	Cp à 50 mg max 300mg/j Injection CS ampoule 6mg max 12mg/j Pulvérisation nasale à 10 et 20 mg max 40mg/j		
Zolmitriptan	Cp à 2,5mg, orodispersible à 2,5 mg max 10mg/j		

Cp : comprimé ; lyo : lyophilisat ; SC : sous-cutanée

## ANNEXE 2 : Posologie, effets indésirables, contre-indications des traitements de fond de la migraine

Principes actifs	Posologie (par jour)	Effets indésirables	Contre-indications
Propranolol	40-240mg	Fréquents : asthénie, mauvaise tolérance à l'effort	Asthme non contrôlé,
Métoprolol	100-200mg	Rares : insomnie, cauchemars, impuissance, dépression	insuffisance cardiaque, bloc auriculo-ventriculaire, c-bradycardie
Timolol (hors AMM)	10-20mg		
Aténolol (hors AMM)	100mg		
Nadolol (hors AMM)	80-240mg		
Nébivolol (hors AMM)	5mg		
Oxétorone	60-180mg (1 à 3 cp) en une prise le soir	Fréquents : somnolence Rare : diarrhée nécessitant l'arrêt du traitement	
Amitriptyline	10-50 mg le soir	Sécheresse buccale Somnolence Prise de poids	Glaucome, adénome prostatique
Pizotifène	3 cp par jour à dose progressive	Sédation, prise de poids Rares : troubles digestifs, vertiges, douleurs musculaires, asthénie	Glaucome, trouble uréto-prostatiques
Valproate de sodium (hors AMM)	500-1000 mg	Nausées, prise de poids, somnolence, tremblements, alopecie, atteinte hépatique	Pathologies hépatiques
Méthysergide	2-6 mg (1-3cp) arrêt nécessaire : 1mois tous les 6 mois	Fréquents : nausées, vertiges, insomnie Rare : fibrose rétropéritonéale	HTA, insuffisance coronarienne, artériopathie, ulcère gastrique, insuffisance hépatique et rénale, associations aux triptans
Flunarizine	10mg (1cp le soir) pas plus de 6 mois consécutifs	Fréquents : somnolence, prise de poids Rares : dépression, syndrome extra-pyramidal	Syndrome dépressif, syndrome extra-pyramidal
Gabapentine (hors AMM)	1200-2400 mg	Nausées, vomissements, convulsion, somnolence, ataxie, vertiges	Hypersensibilité à la gabapentine
Dihydroergotamine	10 mg	Nausées	Association aux triptans
Indoramine	50 mg	Somnolence, congestion nasale, sécheresse buccale, troubles de l'éjaculation	Hypersensibilité à l'un des composants du produits, maladie de Parkinson, insuffisance cardiaque / hépatique / rénale sévère
Candesartan (hors AMM)	8-16 mg	Hypotension artérielle, vertiges	Hypersensibilité, insuffisance hépatique et rénale sévère, 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> trimestre de la grossesse
Venlafaxine (hors AMM)	75-150 mg	Nausées, vertiges, hypersudation, somnolence, nervosité, sécheresse buccale	Hypersensibilité, associations aux IMAO non sélectifs, galactosémie congénitale, allaitement

### **ANNEXE 3 : Médicaments recommandés dans le traitement des céphalées de tension**

Principe actif	Posologie	Niveau de recommandation	Effets indésirables
Ibuprofène	200-800 mg	A	Gastro-intestinal, risque hémorragique
Ketoprofene	25 mg	A	Idem Ibuprofène
Aspirine	500-1000 mg	A	Idem Ibuprofène
Naproxène	375-550 mg	A	Idem Ibuprofène
Diclofenac	12,5-100 mg	A	Idem Ibuprofène
Paracétamol	1000 mg	A	Moins de risque gastro intestinal comparé aux AINS
Combinés caféinés	65-200 mg	B	

### **ANNEXE 4 : Médicaments recommandés dans le traitement de fond des céphalées de tension**

Principe actif	Posologie journalière	Niveau de recommandation
1 <sup>ère</sup> intention		
Amitriptyline	30-75 mg	A
2 <sup>ème</sup> intention :		
Mirtazapine	30 mg	B
Venlafaxine	150 mg	B
3 <sup>ème</sup> intention :		
Clomipramine	75-150 mg	B
Maprotiline	75 mg	B
Miansérine	30-60 mg	B

## **ANNEXE 5** : Questionnaire et lettre distribués pour notre étude

Madame, Monsieur,

Actuellement en fin d'études pour devenir Docteur en Médecine Générale, je réalise une thèse portant sur le comportement des patients lors des maux de tête.

Afin de réaliser au mieux cette thèse, j'ai besoin de votre participation afin de répondre à ce questionnaire. Celui-ci est anonyme. Merci de répondre le plus sincèrement possible.  
La durée pour remplir le questionnaire est de 5 minutes environ.

Attention :

- Ce questionnaire s'adresse aux patients de plus de 18 ans et de moins de 65 ans.
- Si vous avez répondu « Jamais » à la question numéro 5, vous n'avez pas à répondre à la suite du questionnaire.

Si vous ne souhaitez pas remplir ce questionnaire, sachez que cela n'affectera nullement votre prise en charge par le médecin.

En vous remerciant pour votre participation, veuillez agréer, madame, monsieur,  
l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A.GUILLEMAN  
Interne de médecine générale

## **I. Généralités :**

1. Quel âge avez-vous (en années) ?

2. Êtes-vous un homme ou une femme ? (Entourer la réponse)

Homme

Femme

3. Quelle est votre profession ?

4. Quel est votre code postal ?

## **II. Caractéristiques des maux de têtes :**

5. Vous arrive-t-il d'avoir des maux de tête ? (Cocher une case)

Jamais	
Environ 1 jour par mois	
1 à 14 jours par mois	
Plus de 14 jours par mois	

**Ne pas poursuivre le questionnaire si la réponse à la question précédente est : « Jamais ».**

6. Quel est généralement l'intensité de la douleur lors d'un épisode de mal de tête ? (Cocher une case)

Simple inconfort	
Douleur légère, qui peut se faire oublier	
Douleur modérée	
Douleur intense, rendant difficile les activités quotidiennes	
Douleur très intense, rendant impossible toute activité	

7. Combien de temps durent généralement les maux de tête lors d'un épisode ? (Cocher une case)

Moins de 4 heures	
De 4h à 72h	
De 3 à 7 jours	
1 semaine ou plus	

**8. Comment caractérissez-vous vos maux de tête ? (Cocher une ou plusieurs cases)**

La douleur est le plus souvent d'un côté ou de l'autre de la tête	
La douleur est le plus souvent des 2 côtés de la tête	
Les maux de tête s'aggravent avec la montée des escaliers	
Je ressens des battements qui résonnent dans ma tête ou j'ai l'impression que ça tape dans ma tête	
Je ressens une sensation de pression, de bandeau serré autour de ma tête	

**9. Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il ? (Cocher une ou plusieurs cases)**

D'avoir envie de vomir ou de vomir	
D'être gêné par le bruit	
D'être gêné par la lumière	
Aucun des signes précédents	

### **III. Relation médicale**

10. Avez-vous déjà consulté un médecin pour vos maux de tête ? (Entourer la réponse)

Oui

Non

11. Si oui, avez-vous consulté votre médecin pour vos maux de tête ? (Cocher une case)

Une fois	
Plusieurs fois	
A chaque épisode	

12. Si non pourquoi ? (Cocher une case)

Maux de tête pas suffisamment intenses	
Maux de tête pas suffisamment durables	
Maux de tête peu fréquents	
Autre (préciser) :	

13. Si vous avez consulté un médecin, vous a-t-il prescrit des médicaments ? (Cocher une case)

Oui, des médicaments à prendre au moment des épisodes	
Oui, un traitement de fond à prendre même en dehors des épisodes	
Oui, un traitement de fond et un traitement à prendre lors des épisodes	
Non	

14. Si vous avez déjà consulté un médecin, êtes-vous satisfait des conseils ou de la prescription du médecin ?

Oui	
Moyennement	
Pas du tout	

#### **IV. Médicaments**

15. Prenez-vous des médicaments anti-douleurs contre vos maux de tête (prescrits par un médecin ou pas) ? (Entourer la réponse)

Oui

Non

16. Si oui, quel(s) médicament(s) prenez-vous en cas de maux de tête ?

(Cocher une ou plusieurs cases)

PARACETAMOL : Doliprane®, Dafalgan®, Efferalgan® ...	
ANTI-INFLAMMATOIRES NON STEROÏDIENS: IBUPROFENE: Advil®, Antarene®, Spedifen®, Nurofen® ... DICLOFENAC: Voltarene® ... KETOPROFENE: Profenid® ... NAPROXENE : Apranax®, Antalnox® ...	
ACIDE ACETYLSALICYLIQUE : Kardegic®, Aspirine®, Aspro® ...	
PARACETAMOL-CODEINE : Dafalgan-codeine®, Efferalgan codéine®, Codoliprane®, Klipal®, Lindilane® ...	
PARACETAMOL-OPIUM-CAFEINE : Lamaline® ...	
TRAMADOL : Topalgic®, Contramal®, Zamuldol®, Zumalgie® ...	
TRAMADOL-PARACETAMOL : Ixprim®, Zaldiar® ...	
Autres médicaments (préciser) :	

17. Ces médicaments ont-ils été prescrits par un médecin ? (Entourer la réponse)

Oui

Non

18. Si oui, les médicaments ont-ils été prescrits contre les maux de tête ?

(Entourer la réponse)

Oui

Non

19. Etes-vous satisfait de l'efficacité des médicaments : (Entourer la réponse)

Oui

Partiellement

Non

20. Prenez-vous un traitement de fond pour vos maux de tête ?

Oui	
Non	
Si oui, lequel ?	

## **V. Autres thérapeutiques**

21. Avez-vous déjà essayé d'autres thérapeutiques pour soulager vos maux de têtes ?  
(Entourer la réponse)

Oui

Non

22. Si oui, indiquez laquelle (lesquelles) et votre niveau de satisfaction pour l'amélioration des maux de tête :

	Peu satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Très satisfaisant	Non réalisé
Kinésithérapie				
Ostéopathie				
Acupuncture				
Technique de relaxation, sophrologie				
Thérapie cognitivo-comportementale				
Autres (préciser) :				

**Merci beaucoup d'avoir participé !**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. OMS | Céphalées [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/fr/>
2. RASMUSSEN BK, JENSEN R, OLESEN J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health.* août 1992;46(4):443-6.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalgia.* juill 2013;33(9):629-808.
4. STOVNER LJ, ANDREE C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain.* août 2010;11(4):289-99.
5. MOISY M. Prévalence des céphalées à travers l'enquête décennale Santé 2002-2003. Études Résultats. déc 2006;542.
6. DEMARQUAY G, GIRAUD P, Céphalées primaires non migraineuses EMC-Neurologie 2012;9(3):1-13
7. SCHWARTZ BS, STEWART WF, SIMON D, LIPTON RB. Epidemiology of Tension-Type Headache. *JAMA.* 4 févr 1998;279(5):381-3.
8. LATINOVIC R. Headache and migraine in primary care : consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 26 juill 2005;77(3):385-7.
9. LUCAS C, GERAUD G, VALADE D, CHAUTARD MH, LANTERI-MINET M. Recognition and Therapeutic Management of Migraine in 2004, in France: Results of FRAMIG 3, a French Nationwide Population-Based Survey. *Headache:* 2006;46(5):715-25
10. HASSE LA, RITCHIE PN, SMITH R. Predicting the number of headache visits by type of patient seen in family practice. *Headache J Head Face Pain.* 2002;42(8):738-746.
11. LYNGBERG AC, RASMUSSEN BK, JORGENSEN T, JENSEN R. Prognosis of migraine and tension-type headache A population-based follow-up study. *Neurology.* 2005;65(4):580-585.
12. LINDE K, ALLAIS G, BRINKHAUS B, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001218.pub3>
13. SÖDERBERG E, CARLSSON J, STEVNER-VICTORIN E. Chronic tension-type headache treated with acupuncture, physical training and relaxation training. Between-group differences. *Cephalgia.* 2006;26(11):1320-1329.
14. VERHAGEN AP, DAMEN L, BERGER MY, et al. Is any one analgesic superior for episodic tension-type headache? This systematic review suggests good tolerance of any given agent may be the deciding factor. *J Fam Pract.* 2006;55(12):1064-1073.
15. COULOMB A, BAUMELOU A. Situation de l'automedication en France et perspectives d'évolution. Marche, comportements, positions des acteurs. 2006.
16. CORNELY I de M-H. "Automédication" en Europe: état des lieux et enjeux. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/docus/AutomedEurope.pdf>
17. NAÏM RO, ESCHER M. Antalgiques en automédication: quels sont les risques? *Rev Med Suisse.* 2010;6:1338-41.
18. PERROT S, POULAIN P, SERRIE A, et al. Description des prescriptions de traitements pharmacologiques à visée antalgique et de leur observance en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes. *Elsevier-Masson. Douleurs* 2013;14:119-130.

19. PUILLARD J. L'automédication. Rapp Adopté Lors Sess Cons Natl L'Ordre Médecins Février 2001 [cité 23 févr 2017]; Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>
20. ALIAGA C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. 2002; Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/416/1/ip869.pdf>
21. FUMAL A, SCHOENEN J. Tension-type headache: current research and clinical management. Lancet Neurol. janv 2008;7(1):70-83.
22. BENDTSEN L. Review: Drug and nondrug treatment in tension-type headache. Ther Adv Neurol Disord. mai 2009;2(3):155-61.
23. MEIER N, DUNER P, STURZENEGGER M. Les maux de tête au cabinet de médecine de famille. Forum Méd Suisse. 2015;15(18):420-4.
24. CCQ (Céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en charge [Internet]. ANAES services des recommandations professionnelles. 2004. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ccq\\_fiche\\_de\\_synth\\_350se.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ccq_fiche_de_synth_350se.pdf)
25. BENDTSEN L, EVERS S, LINDE M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - Report of an EFNS task force. Eur J Neurol. nov 2010;17(11):1318-25.