



**Recommandations pour la pratique clinique**

**CCQ (Céphalées chroniques quotidiennes) :  
Diagnostic, Rôle de l'abus médicamenteux, Prise en  
charge**

**Recommandations**

**Septembre 2004**

**Service des recommandations professionnelles**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'Anaes est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en septembre 2004. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)

**Service communication**

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2004. Anaes

## SOMMAIRE

---

<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
I.1. Thème et justifications des recommandations .....	4
I.2. Gradation des recommandations .....	4
I.3. Définition des CCQ.....	5
I.4. Retentissement des CCQ .....	6
<b>II. DIAGNOSTIC</b> .....	<b>6</b>
II.1. Diagnostic positif .....	6
II.2. Diagnostic différentiel.....	7
<b>III. FACTEURS ASSOCIÉS AUX CCQ</b> .....	<b>7</b>
III.1. Abus médicamenteux .....	7
III.2. Facteurs psychopathologiques .....	8
III.3. Autres facteurs .....	9
<b>IV. PRISE EN CHARGE DES CCQ</b> .....	<b>9</b>
IV.1. Prise en charge des CCQ avec abus médicamenteux .....	10
IV.2. CCQ sans abus médicamenteux.....	12
<b>V. PRÉVENTION PRIMAIRE DES CCQ</b> .....	<b>12</b>
V.1. Identification et prise en charge des patients à risque de développement d'une CCQ.....	12
V.2. Sensibilisation des patients et des acteurs de santé.....	13
<b>VI. CCQ CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT</b> .....	<b>13</b>
<b>PARTICIPANTS</b> .....	<b>16</b>

## RECOMMANDATIONS

---

### I. INTRODUCTION

#### I.1. Thème et justifications des recommandations

Les présentes recommandations professionnelles concernant les céphalées chroniques quotidiennes (CCQ) ont été élaborées sous l'égide de l'Anaes, à la demande de la Société française d'étude des migraines et des céphalées et de l'Association des neurologues libéraux de langue française. Elles complètent les recommandations professionnelles publiées par l'Anaes en 2002 sur la « Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques ».

Ces recommandations concernent essentiellement les CCQ de l'adulte<sup>1</sup>. La littérature sur les CCQ de l'enfant est plus pauvre. Le groupe de travail a cependant dégagé quelques recommandations concernant la prise en charge des CCQ chez l'enfant et l'adolescent.

Le groupe de travail a répondu aux 5 questions suivantes, proposées par le comité d'organisation :

- définition et diagnostic des CCQ ;
- facteurs associés aux CCQ ;
- prise en charge des CCQ ;
- prévention des CCQ ;
- CCQ chez l'enfant et l'adolescent.

Les cibles professionnelles des recommandations sont :

- tous les médecins, en priorité les médecins généralistes ;
- les pharmaciens ;
- les autres professionnels de santé.

L'actualisation de ces recommandations sera envisagée dans un délai de 5 ans.

#### I.2. Gradation des recommandations

Sur la base de l'analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, et sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve.

---

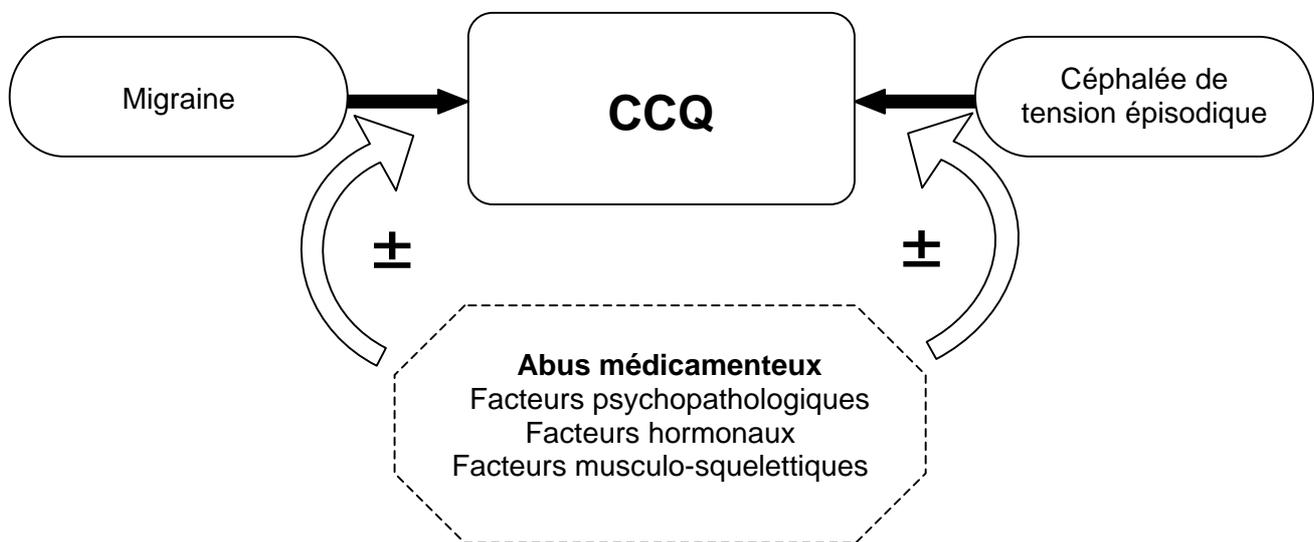
<sup>1</sup> En raison de leur grande rareté, deux formes particulières de CCQ ne sont pas abordées ici : la CCQ *de novo* et l'*hemicrania continua*.

En l'absence de précision, les recommandations proposées reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail et du groupe de lecture.

### I.3. Définition des CCQ

Les CCQ constituent un ensemble hétérogène défini par la présence de céphalées 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 ou symptomatique.

Il s'agit le plus souvent d'une céphalée initialement épisodique – migraine ou céphalée de tension – qui évolue vers une céphalée chronique, sous l'influence notamment d'un abus médicamenteux et de facteurs psychopathologiques (*schéma 1*).



**Schéma 1.** Principaux modes d'évolution vers une CCQ.

Les CCQ sont une **entité nosologique insuffisamment connue** des professionnels de santé et du grand public. Cette méconnaissance induit une insuffisance de diagnostic, qui expose les patients à une prise en charge inadaptée (grade C). La méconnaissance du rôle de l'abus médicamenteux dans la genèse des CCQ fait obstacle à leur prévention efficace et facilite leur apparition.

Les CCQ sont à l'origine d'un handicap important pour le patient, handicap majoré en cas d'abus médicamenteux associé (grade C). Le retentissement socio-économique est lié notamment aux dépenses médicales.

La prise en charge comporte un sevrage en cas d'abus médicamenteux, associé à l'information et à l'éducation du patient concernant sa pathologie.

La prévalence des CCQ en France est tout à fait considérable (3 % chez l'adulte de plus de 15 ans). Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (ratio 3/1) (grade C).

## I.4. Retentissement des CCQ

### I.4.1. Qualité de vie et handicap

La qualité de vie des patients souffrant de CCQ est altérée. Cette altération est encore plus marquée si un abus médicamenteux existe et si la CCQ a des caractéristiques sémiologiques migraineuses (grade C). La qualité de vie peut aussi être altérée par les facteurs psychopathologiques et par les effets iatrogènes directs de l'abus médicamenteux. Le handicap décrit par les patients souffrant de CCQ est plus important que celui des patients migraineux (grade C).

Le retentissement de la CCQ peut être appréhendé au moyen de questions simples (sphères familiale, sociale et professionnelle) et de l'agenda de ses céphalées tenu par le patient.

### I.4.2. Conséquences économiques

Les patients souffrant de CCQ consultent plus fréquemment que les patients migraineux. Les spécialistes le plus fréquemment consultés sont les psychiatres et les ophtalmologistes (grade C).

La consommation médicamenteuse des patients souffrant de CCQ est 6 fois plus importante que celle des patients migraineux. Les antalgiques figurent en première place de cette consommation (grade C).

## II. DIAGNOSTIC

**Chez un patient souffrant d'une CCQ, la première consultation permet d'analyser la céphalée initiale et la céphalée actuelle, de rechercher un abus médicamenteux, d'évaluer les facteurs psychopathologiques et le retentissement de la CCQ.**

### II.1. Diagnostic positif

La céphalée doit :

- être présente plus de 15 jours par mois ;
- évoluer depuis plus de 3 mois ;
- avoir une durée quotidienne supérieure à 4 heures sans traitement.

**Lors de la première 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. Cet agenda, rapporté lors de la consultation suivante, permet de confirmer le diagnostic de CCQ (cf. modèle en fin de recommandations).**

Trois tableaux cliniques différents sont possibles :

- les céphalées ont les caractéristiques sémiologiques de la migraine (*tableau 1*) ;
- les céphalées ont les caractéristiques sémiologiques de céphalées de tension (*tableau 1*) ;
- il existe un fond céphalalgique permanent auquel s'ajoutent des crises d'allure migraineuse.

Ces 3 tableaux cliniques peuvent être ou non associés à un abus médicamenteux.

**Tableau 1.** Comment distinguer une migraine d'une céphalée de tension, d'après la classification de l'*International Headache Society* – IHS - (2<sup>e</sup> édition).

	Migraine typique	Céphalée de tension
Topographie de la douleur	Hémicranie	Bilatérale
Type de la céphalée	Pulsatile	Pression, étou
Intensité	Modérée à sévère	Légère à modérée
Aggravée à l'effort	+	0
Nausées/vomissements	+	0
Photophobie	+	0/+*
Phonophobie	+	+ / 0*
Durée de la crise	de 4 à 72 heures	30 minutes à 7 jours

\* Dans la céphalée de tension, photophobie ou phonophobie peuvent être présentes, mais pas les 2 ensemble.

**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.**

## II.2. Diagnostic différentiel

Pour éliminer une CCQ symptomatique, 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'1 an** (proposition du groupe) d'une CCQ chez un sujet antérieurement céphalalgique ou non ;
- découverte d'une anomalie à l'examen neurologique ou général.

Les céphalées quotidiennes dont la durée est inférieure à 4 heures sans traitement sont exclues du cadre des CCQ.

## III. FACTEURS ASSOCIÉS AUX CCQ

### III.1. Abus médicamenteux

#### III.1.1. Définition, nature

Les critères IHS actuels des céphalées définissent cet abus de médicaments de la façon suivante :

1. la prise médicamenteuse est **régulière** et dure depuis **plus de 3 mois** ;
2. elle est présente :
  - plus de 15 jours par mois pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens - AINS),
  - plus de 10 jours par mois pour les autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, spécialités antalgiques associant plusieurs principes actifs).

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

**Tous les traitements de crise peuvent être en cause.** Les molécules actuellement les plus utilisées en cas de CCQ par abus médicamenteux sont : le paracétamol, la caféine, la codéine et les triptans. Le paracétamol, la caféine, la codéine sont souvent utilisés sous

forme de spécialités associant plusieurs principes actifs (grade C). D'autres abus peuvent être associés, notamment un abus en hypnotiques et tranquillisants (benzodiazépines) (grade C).

Plusieurs facteurs influent sur la nature de l'abus médicamenteux :

- l'effet psychotrope de certaines molécules (caféine, codéine, dextropropoxyphène, tramadol) ;
- l'automédication et la facilité pour se procurer le traitement ;
- la susceptibilité individuelle au développement d'une addiction.

### III.1.2. Fréquence de l'abus médicamenteux

Dans les populations issues de consultations spécialisées dans la prise en charge des céphalées, 60 à 80 % des patients souffrant de CCQ ont un abus médicamenteux (grade C). Dans la population générale, l'abus est moins fréquent, évalué à 1/3 des patients souffrant de CCQ (grade C).

### III.1.3. Place de l'abus médicamenteux dans les CCQ

Seule l'efficacité du sevrage permet d'affirmer le rôle causal de l'abus dans l'entretien de la CCQ. Une fois l'abus installé, les tentatives du patient pour cesser sa consommation peuvent entraîner une céphalée de rebond qui renforce son besoin de poursuivre sa consommation. Chez des sujets non céphalalgiques, l'usage abusif d'antalgiques pour des douleurs chroniques autres que des céphalées n'entraîne pas de CCQ (grade C).

## III.2. Facteurs psychopathologiques

### III.2.1. Troubles anxieux et dépressifs

Les troubles anxieux et dépressifs doivent être systématiquement recherchés, en raison de leur fréquence élevée chez les patients souffrant de CCQ : un trouble anxieux existe chez 1 patient sur 2, et un trouble de l'humeur chez 1 patient sur 2 ou sur 3, dans la population des consultations spécialisées. Il est probable que les patients souffrant de CCQ en population générale sont moins souvent anxieux et dépressifs.

Les CCQ issues de migraines et les CCQ par abus médicamenteux sont associées plus souvent que les autres types de CCQ à des troubles anxieux et dépressifs (grade C).

La présence d'un trouble anxieux ou dépressif a un impact important sur le handicap, la qualité de vie et le pronostic (grade C).

### III.2.2. Addiction

Le terme d'addiction regroupe tous les comportements pathologiques de consommation de substances, caractérisés par :

- la perte de contrôle de la consommation ;
- la poursuite de la consommation en dépit de la connaissance de ses conséquences néfastes.

L'abus médicamenteux des patients ayant des CCQ comporte souvent ces 2 aspects et peut alors être considéré comme une addiction, d'autant que les produits utilisés contiennent des substances à effet psychotrope : caféine (très souvent associée aux antalgiques), opioïdes (la codéine est souvent utilisée par les céphalalgiques).

Chez les patients ayant des CCQ par abus médicamenteux, il faut rechercher une addiction à un autre médicament (en particulier les benzodiazépines), au café, au tabac, à l'alcool, aux drogues.

### III.2.3. Trouble de la personnalité

Certains patients souffrant de CCQ ont un trouble de la personnalité (2 patients sur 3 vus en consultation spécialisée). Ces troubles sont le plus souvent de nature névrotique.

### III.2.4. Événements de vie

Les événements de vie sont souvent à l'origine de l'évolution vers la CCQ et de la demande de soins des CCQ. Ces événements sont souvent négatifs (deuils, divorce), mais peuvent aussi être positifs (promotion professionnelle, mariage, etc.).

## III.3. Autres facteurs

### III.3.1. Facteurs hormonaux : la ménopause

Une maladie migraineuse et des céphalées de tension peuvent s'aggraver à l'occasion de la ménopause (grade C), mais l'hétérogénéité méthodologique des études réalisées jusqu'ici explique qu'on ne puisse pas encore déterminer :

- le pourcentage de migraines ou céphalées de tension s'aggravant à la ménopause ;
- l'influence de l'origine spontanée ou chirurgicale de la ménopause sur l'évolution d'une céphalée épisodique vers une CCQ ;
- l'influence de la prise d'un traitement hormonal substitutif sur cette évolution.

L'influence de la ménopause sur l'évolution d'une céphalée épisodique vers une CCQ peut être liée à l'intrication de facteurs hormonaux et neurobiologiques, mais aussi psychologiques et culturels (grade C).

### III.3.2. Facteurs musculo-squelettiques

Des tensions musculaires peuvent être un facteur d'entretien des CCQ. La palpation des muscles du scalp, de la face et de la musculature cervicale permet de mettre en évidence ces tensions. Si de telles tensions musculaires existent, plusieurs facteurs étiologiques méritent d'être recherchés : facteurs posturaux notamment professionnels, facteurs traumatiques, dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, etc.

Les facteurs psychopathologiques tels que l'anxiété, en augmentant le tonus musculaire, favorisent également l'évolution chronique de ces facteurs musculo-squelettiques (grade C).

## IV. PRISE EN CHARGE DES CCQ

**L'évaluation constitue un préalable indispensable pour la prise en charge du patient. Elle nécessite une implication relationnelle du soignant. Elle comprend :**

- **une évaluation et une quantification de l'abus médicamenteux s'il existe ;**
- **une évaluation des facteurs psychopathologiques ;**
- **une évaluation des facteurs musculo-squelettiques ;**
- **une évaluation du handicap dans ses 3 dimensions : professionnelle, familiale et sociale.**

## IV.1. Prise en charge des CCQ avec abus médicamenteux

### IV.1.1. Modalités de sevrage

La prise en charge des CCQ par abus médicamenteux doit comporter un sevrage (grade C).

- Le sevrage peut se faire en ambulatoire ou en hospitalisation (grade C). Il est préférable de proposer une hospitalisation en cas :
  - d'abus multiples et sévères ;
  - d'abus associé de psychotrope ;
  - de comorbidité psychiatrique sévère ;
  - d'environnement familial défavorable.

La durée de l'hospitalisation est en général de 5 à 10 jours.

- Le syndrome de sevrage peut comporter : des céphalées de rebond, des troubles digestifs (nausées et/ou vomissements), une hyperesthésie sensorielle, des troubles du sommeil, une exacerbation de l'anxiété avec irritabilité. La sévérité et la durée du syndrome de sevrage varient en fonction du patient et de la molécule incriminée. Le syndrome de sevrage est plus long dans le cas d'un abus d'antalgique, plus court dans le cas d'un abus de triptan (grade C).
- Le sevrage hospitalier doit être intégré dans une prise en charge pluridisciplinaire (grade C). Il doit comporter des mesures d'accompagnement médicamenteuses ou non médicamenteuses, visant à atténuer le syndrome de sevrage (grade C).
- Induction du sevrage :
  - en cas de sevrage hospitalier, l'arrêt de l'abus est effectif dès le premier jour ;
  - le sevrage ambulatoire peut être complet d'emblée ou progressif. Des auteurs ont proposé une diminution de 10 % des traitements par semaine.

### IV.1.2. Mesures d'accompagnement possibles

#### — Pharmacologiques

Elles ne sont pas systématiques. La plupart des études pharmacologiques ont été réalisées sur de petits échantillons. Leur méthodologie et leur puissance statistique ne permettent pas de privilégier une famille médicamenteuse.

- **Accompagnement pharmacologique du sevrage hospitalier**  
Il n'y a pas d'argument fort dans la littérature en faveur d'une molécule en particulier. Le groupe propose l'utilisation de l'amitriptyline en première intention (25 à 100 mg/j), par voie veineuse (IV). D'autres options thérapeutiques peuvent être envisagées, notamment en cas d'intolérance ou de contre-indication à l'amitriptyline, telles que le valproate de sodium ; d'autres anticomitiaux sont en cours d'évaluation.
- **Accompagnement pharmacologique du sevrage ambulatoire**  
Le groupe propose l'utilisation de l'amitriptyline en première intention (25 à 100 mg/j *per os*).

- **Prise en charge de la céphalée de rebond**  
Il est recommandé d'utiliser des moyens non médicamenteux. Les traitements médicamenteux doivent être réservés aux céphalées de rebond d'allure migraineuse particulièrement intenses. Dans ce cas, les recommandations de l'Anaes publiées en 2002 (« Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques ») pour le traitement de la crise migraineuse (AINS, triptan) sont appliquées, et la période de sevrage est prolongée d'autant.

— *Psychothérapeutiques*

La prise en charge psychothérapeutique est nécessaire en particulier lorsque le rôle des facteurs psychopathologiques est important : présence de troubles anxieux, dépressifs, ou de troubles de la personnalité, ou de facteurs de stress important.

Quatre types de prise en charge psychothérapeutique peuvent être proposés :

- soutien : il consiste en des entretiens comprenant une écoute des difficultés rencontrées par le patient et un encouragement bienveillant. Il est toujours utile :
  - pendant le sevrage,
  - après le sevrage pour éviter une rechute précoce ;
- relaxation (grade C) ;
- prise en charge de type cognitivo-comportementale. Elle comprend :
  1. éducation au problème de l'abus d'antalgiques,
  2. auto-observation par la tenue d'un agenda,
  3. relaxation avec ou sans biofeedback,
  4. gestion du stress,
  5. gestion de l'utilisation des médicaments.L'efficacité à court et à long terme de ce type de prise en charge est étayée par des études randomisées (grade B). L'efficacité est meilleure chez les patients n'ayant pas de céphalées permanentes ;
- psychothérapie d'inspiration analytique qui peut être conseillée dans certains cas.

— *Autres techniques d'accompagnement*

À condition d'être couplées à un sevrage et à la mise en place d'un traitement de fond de la céphalée préexistante, d'autres techniques sont utilisées :

- neurostimulation acupuncturale (grade C) ;
- physiothérapie (grade C) ;
- acupuncture ;
- thérapies manuelles.

IV.1.3. Modalités de suivi et prévention des rechutes de la surconsommation médicamenteuse

L'**agenda** permettant au patient de comptabiliser conjointement les céphalées et les prises médicamenteuses est un outil indispensable pour le suivi après sevrage.

— *Rythme du suivi*

La première consultation de suivi doit être réalisée dans les 2 à 6 semaines après le sevrage hospitalier. Elle est plus rapide en cas de sevrage ambulatoire. Un suivi régulier en consultation est ensuite assuré, tout particulièrement durant les 6 premiers mois qui suivent le sevrage, période la plus à risque pour la rechute (grade C). Il est utile que le patient ait la possibilité d'avoir un contact téléphonique avec le ou les soignants.

— *Nature du suivi*

▪ **Médicamenteux**

En cas de maladie migraineuse préexistante, un traitement prophylactique antimigraineux est débuté à la fin du sevrage. Le patient bénéficie d'une éducation concernant la gestion de ses crises de migraine. Elle comporte notamment l'éducation quant à l'utilisation du traitement des crises : l'ordonnance délivrée à la fin du sevrage doit préciser la nécessité de ne pas dépasser régulièrement 2 prises par semaine, le patient étant aidé pour cela par l'utilisation de moyens non médicamenteux, à privilégier pour les crises légères (vessie de glace, etc.).

▪ **Psychothérapeutique**

Parallèlement, la prise en charge de la comorbidité psychiatrique est poursuivie, si elle se justifie.

▪ **Musculo-squelettique**

Si des tensions musculaires existent, les moyens précités peuvent être proposés.

#### **IV.2. CCQ sans abus médicamenteux**

La prise en charge passe par :

- le traitement de fond de la migraine ou de la céphalée de tension. Le groupe propose en première intention les antidépresseurs tricycliques : amitriptyline 25 à 100 mg/j *per os* (grade A pour les céphalées de tension chroniques) ;
- le traitement des facteurs associés, psychopathologiques et musculo-squelettiques, selon les modalités précitées (thérapie cognitivo-comportementale : grade B).

### **V. PRÉVENTION PRIMAIRE DES CCQ**

#### **V.1. Identification et prise en charge des patients à risque de développement d'une CCQ**

En présence d'une maladie migraineuse ou de céphalées de tension épisodiques, les situations laissant craindre le développement d'une CCQ sont les suivantes :

- augmentation de la fréquence des céphalées ;
- surconsommation de traitements de crise ;
- inefficacité successive de plusieurs traitements prophylactiques de la migraine ;
- facteurs psychopathologiques, notamment événements de vie à forte composante émotionnelle ;
- association de migraines ou céphalées de tension avec une comorbidité psychiatrique ;
- association de céphalées chroniques avec d'autres douleurs chroniques, notamment des douleurs musculo-squelettiques, localisées ou diffuses (grade C) ;
- troubles du sommeil.

La tenue par le patient d'un agenda (avec notification des céphalées et des prises médicamenteuses) permet d'objectiver le nombre de jours avec céphalée (cf. recommandations de l'Anaes publiées en 2002 sur la « Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques »).

En présence de céphalées mixtes (migraine + céphalées de tension), la prévention de la CCQ passe par le diagnostic de chacune des céphalées en présence et par l'association de leurs traitements respectifs.

**Dans tous les cas, le patient souffrant d'une migraine, d'une céphalée de tension ou des deux, bénéficie d'une éducation concernant la gestion du traitement de ses crises. L'ordonnance doit préciser la nécessité de ne pas dépasser 2 prises par semaine de façon régulière.**

## **V.2. Sensibilisation des patients et des acteurs de santé**

### V.2.1. Sensibilisation des patients

Le groupe suggère les actions suivantes :

- confection d'affiches et de plaquettes destinées à sensibiliser les usagers ;
- collaboration avec les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire pour la diffusion de plaquettes d'information.

Rôle des acteurs de santé :

- les pharmaciens peuvent identifier les patients céphalalgiques consommateurs récurrents d'antalgiques en vente libre et leur conseiller de consulter à ce sujet ;
- les acteurs de soins primaires (et en premier lieu les pharmaciens) peuvent sensibiliser au moyen d'affiches les personnes qui consomment plus de 2 à 3 traitements de crise par semaine pour des céphalées et leur conseiller de consulter à ce sujet.

### V.2.2. Sensibilisation des acteurs de santé

L'insuffisance d'information sur les CCQ et leur rapport à l'abus médicamenteux justifie une communication spécifiquement dirigée vers les professionnels les plus à même de sensibiliser les patients : **les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes**. Les spécialistes médicaux souvent consultés par les patients souffrant de CCQ (neurologues, psychiatres, ophtalmologistes, ORL, urgentistes) doivent également être sensibilisés.

## **VI. CCQ CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT**

La définition des CCQ chez l'enfant et l'adolescent est la même que chez l'adulte. En population générale, la prévalence des CCQ chez l'enfant n'est pas connue. En consultation spécialisée, une prépondérance féminine est retrouvée comme chez l'adulte (grade C). Les CCQ constituent 40 % des motifs de consultation dans les centres pédiatriques spécialisés dans la prise en charge des céphalées. Les CCQ *de novo*, c'est-à-dire des céphalées ayant débuté d'emblée sur le mode chronique, sont plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte (grade C).

L'âge moyen au moment de la prise en charge dans les structures spécialisées est de 12 ans. Une maladie migraineuse sous-jacente est diagnostiquée dans 80 % des cas (grade C).

Comme chez l'adulte, les CCQ peuvent être des céphalées par abus médicamenteux. Dans ce cas, les principes actifs le plus fréquemment incriminés sont : le paracétamol (largement prédominant), les AINS, les spécialités associant plusieurs principes actifs (grade C). L'abus de caféine sous forme de sodas doit être recherché (grade C).

Le retentissement scolaire doit être évalué.

La prise en charge repose sur :

- le sevrage quand existe un abus médicamenteux ;
- l'instauration d'un traitement de la crise et d'un traitement prophylactique de la migraine quand elle existe, **à posologie efficace** (cf. les recommandations de l'Anaes publiées

en 2002 sur la « Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques ») ;

- la recherche et l'éviction des facteurs déclenchants (alimentation, activités sportives, hypoglycémie, etc.) ;
- une meilleure hygiène de vie ;
- **une prise en charge comportementale pour l'enfant et les parents, notamment en matière d'utilisation des traitements de crise ;**
- les techniques de relaxation ;
- la prise en charge psychiatrique ou psychologique lorsqu'elle est nécessaire.

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
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

## **PARTICIPANTS**

---

**Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :**

Société française de neurologie  
Association des neurologues libéraux de langue française  
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé  
Société française d'étude des migraines et des céphalées  
Société d'étude et de traitement de la douleur  
Société nationale française de médecine interne  
Conseil de l'ordre des pharmaciens

---

## **COMITÉ D'ORGANISATION**

---

P<sup>f</sup> Alain Autret, neurologue, Tours  
D<sup>r</sup> Frédérique Brudon, neurologue, Villeurbanne  
D<sup>r</sup> Nathalie Dumarcet, Afssaps, Saint-Denis  
P<sup>f</sup> Gilles Géraud, neurologue, Toulouse  
D<sup>r</sup> Michel Lantéri-Minet, algologue, Nice

P<sup>f</sup> Claire Le Jeune, interniste, Paris  
M<sup>me</sup> Claire Sevin, pharmacien d'officine, Clamart  
D<sup>r</sup> Philippe Blanchard, chef de projet, Anaes, Saint-Denis La Plaine

---

## **GROUPE DE TRAVAIL**

---

P<sup>f</sup> Gilles Géraud, neurologue, Toulouse - président du groupe de travail  
D<sup>r</sup> Virginie Dousset, neurologue, Bordeaux - chargée de projet  
D<sup>r</sup> Philippe Blanchard, chef de projet, Anaes, Saint-Denis La Plaine

P<sup>f</sup> Alain Autret, neurologue, Tours  
M<sup>me</sup> Gisèle Bauguil Sogno, pharmacien, Saint-Maurice-sur-Dargoire  
D<sup>r</sup> Jean-Christophe Cuvellier, neuropédiatre, Lille

D<sup>r</sup> Samira Djezzar, pharmacologue, addictologue, Paris  
D<sup>r</sup> Augusto Fernandez, Afssaps, Saint-Denis  
D<sup>r</sup> Jean-Pierre Lacoste, médecin généraliste, Paris  
D<sup>r</sup> Michel Lantéri-Minet, algologue, Nice  
D<sup>r</sup> Jacques Monière, rhumatologue, Tours  
D<sup>r</sup> Serge Perrot, rhumatologue, Paris  
D<sup>r</sup> Françoise Radat, psychiatre, Bordeaux  
D<sup>r</sup> Thierry Sauquet, médecin généraliste, Périgueux  
D<sup>r</sup> Dominique Valade, neurologue, Paris  
D<sup>r</sup> Jean-Marc Visy, neurologue, Reims

---

## **GROUPE DE LECTURE**

---

D<sup>r</sup> Francis Abramovici, médecin généraliste, Lagny-sur-Marne  
D<sup>r</sup> Daniel Annequin, psychiatre, Paris

M. Sylvain Bailleux, kinésithérapeute, Clamart

---

D<sup>r</sup> Laurent Balp, anesthésiste réanimateur, Lons-le-Saunier  
P<sup>r</sup> Régis Bordet, pharmacologue, Lille  
D<sup>r</sup> Pauline Boulan-Predseil, neurologue, Issy-les-Moulineaux  
D<sup>r</sup> François Boureau, algologue, Paris  
D<sup>r</sup> Jean-Gabriel Buisson, médecin généraliste, Aix-sur-Vienne  
D<sup>r</sup> Jean-Marie Cazauban, pédiatre, Périgueux  
D<sup>r</sup> Geneviève Cornaille-Lafage, rhumatologue, Paris  
D<sup>r</sup> Christelle Créac'h, neurologue, Saint-Étienne  
D<sup>r</sup> Hubert Dechy, neurologue, Versailles  
P<sup>r</sup> Claude Dreux, pharmacien, Paris  
D<sup>r</sup> Jean-Claude Farasse, rhumatologue, Cambrai – Membre du Conseil scientifique de l'Anaes  
D<sup>r</sup> Alain Garnier, psychiatre, Chambéry  
D<sup>r</sup> Philippe Giffard, médecin généraliste, Vénissieux  
D<sup>r</sup> Philippe Girard-Madoux, neurologue, Villefranche-sur-Saône  
D<sup>r</sup> Saad Kassnasrallah, neurologue, Montpellier  
D<sup>r</sup> Lucette Lacomblez, pharmacologue, Paris  
M. François Lafragette, pharmacien, Paris  
P<sup>r</sup> Claire Le Jeune, interniste, Paris  
D<sup>r</sup> Christian Lucas, neurologue, Lille  
D<sup>r</sup> Gérard Mick, neurologue, Voiron

M<sup>me</sup> Sylvaine Monin, infirmière, Paris  
D<sup>r</sup> Jean-Louis Moulin, médecin généraliste, Saint-Junien  
D<sup>r</sup> Philippe Nicot, médecin généraliste, Panazol  
D<sup>r</sup> Philippe Pariser, neurologue, Paris  
D<sup>r</sup> Pierre Pédeutour, odontologue, Cagnes-sur-Mer  
D<sup>r</sup> Patrick Pochet, médecin généraliste, Clermont-Ferrand  
P<sup>r</sup> André Pradalier, interniste, Colombes  
D<sup>r</sup> Robert Pujol, pharmacien, Saint-Béat  
D<sup>r</sup> Loïc Rambaud, neurologue, Saint-Genis-Laval  
D<sup>r</sup> Pierre Requier, médecine physique et réadaptation, Aix-en-Provence  
D<sup>r</sup> Anne Revol, neurologue, Caluire  
D<sup>r</sup> Carole Sereni, neurologue, Paris  
D<sup>r</sup> Eric Serra, psychiatre, Amiens  
D<sup>r</sup> Alain Serrié, anesthésiste réanimateur, Paris  
M<sup>me</sup> Claire Sevin, pharmacien d'officine, Clamart  
D<sup>r</sup> Claude Sichel, médecin généraliste, Carnoux-en-Provence  
D<sup>r</sup> Marcel Tobelem, médecin généraliste, Choisy-le-Roi  
D<sup>r</sup> Jean-Michel Verret, neurologue, Le Mans  
D<sup>r</sup> Jean-Eric Werner, neurologue, Nancy

## Fiche descriptive

<b>TITRE</b>	<b>CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge</b>
<b>Type de document</b>	Recommandation pour la pratique clinique
<b>Date de validation</b>	Septembre 2004
<b>Objectif(s)</b>	L'objet de ce travail est d'établir des recommandations à l'usage des médecins et des pharmaciens, de telle sorte que soient améliorés le diagnostic et la prise en charge des CCQ. Les CCQ par abus médicamenteux sont l'objet d'une attention particulière en raison de leur fréquence, de leur méconnaissance et des particularités de leur prise en charge (nécessité d'un sevrage).
<b>Professionnel(s) de santé concerné(s)</b>	Médecins généralistes, pédiatres, urgentistes, neurologues, spécialistes des céphalées et de la douleur, psychiatres, ophtalmologistes, ORL et pharmaciens d'officine.
<b>Demandeur</b>	Société française d'étude des migraines et des céphalées et Association des neurologues libéraux de langue française
<b>Promoteur</b>	Anaes – service des recommandations professionnelles
<b>Pilotage du projet</b>	Coordination : Dr Philippe Blanchard, chef de projet du service des recommandations professionnelles (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Catherine Solomon-Alexander Recherche documentaire : Marie Georget, avec l'aide de Sylvie Lascols (chef de service : Rabia Bazi)
<b>Participants</b>	Sociétés savantes Comité d'organisation Groupe de travail (président : Pr Gilles Géraud, neurologue, Toulouse) Groupe de lecture cf. liste des participants
<b>Recherche documentaire</b>	Recherche documentaire effectuée par le service de documentation de l'Anaes (Juillet 2003-Juillet 2004)
<b>Auteurs de l'argumentaire</b>	Chargé de projet : Dr Virginie Dousset, neurologue, Toulouse Dr Philippe Blanchard, chef de projet du service des recommandations professionnelles de l'Anaes
<b>Auteurs des recommandations</b>	Groupe de travail, accord du groupe de lecture
<b>Validation</b>	Validation par le conseil scientifique de l'Anaes en septembre 2004.
<b>Autres formats</b>	Fiche de synthèse et argumentaire des recommandations téléchargeables gratuitement sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>