

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Samantha PLISZCZAK

Le 3 octobre 2024

**EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES CEPHALEES DE TENSION PAR LES
MEDECINS GENERALISTES EN MIDI-PYRENEES**

Directeur de thèse : Dr Amandine TERRET

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER

Madame le Docteur Amandine TERRET

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elle	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur FRAYSSE Bernard
 Professeur LANG Thierry

Professeur LAROCHE Michel
 Professeur LAUQUE Dominique
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur MESTHE Pierre

Professeur MONTASTRUC Jean-Louis
 Professeur PARINI Angelo
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur ROQUES LATRILLE Christian
 Professeur SERRE Guy

Professeur SIZUN Jacques
 Professeur VIRENQUE Christian
 Professeur VINEL Jean-Pierre

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologique	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Leila
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MALAUAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRAON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

REMERCIEMENTS

A mon jury :

Au **Professeur MESTHE Pierre** : un grand merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. C'est un honneur pour moi de vous avoir pour clôturer ma formation.

Au **Professeur POUTRAIN Jean-Christophe** : merci d'avoir accepté de juger mon travail et merci de m'avoir aidé lors de la réalisation de celui-ci.

Au **Docteur BOUSSIER Nathalie** : merci à toi pour ton accompagnement depuis ma première année d'internat jusqu'à l'évaluation de ce travail finissant mon parcours. Tu m'as bien aidé à évoluer et être ta tutoree aura été un réel plaisir. PS : merci de m'avoir montré que l'on pouvait consulter avec son chien, je ne dis pas que je ne te piquerai pas le concept un jour 😊

Au **Docteur TERRET Amandine** : comment te remercier suffisamment. Merci de m'avoir accompagnée et lancée sur ce travail, sans toi je serais restée sans projet de thèse jusqu'à la fin de mon internat. Et surtout merci pour ce SASPAS très formateur avec les meilleurs debriefs spritz que l'on puisse imaginer. Si j'arrive un jour à être un médecin comme toi je pourrais être fière. Pardon pour toutes les fautes d'orthographe, encore une raison pour laquelle je ne pouvais imaginer meilleure directrice de thèse 😊

A ceux qui m'ont formé tous au long de mes études :

Au **Pr HAMIDOU Mohamed** : je ne pouvais faire des remerciements sans vous citer pour la transmission de votre dévouement à la médecine et de votre vision de cette dernière. Vous avez été un modèle pour moi. Je rêve de pouvoir atteindre un jour votre pratique de la médecine si humble et pointilleuse à la fois. Merci de m'avoir fait découvrir les joies de la Médecine Interne à la « Dr House ».

Aux équipes des **urgences de Montauban et Moissac** : merci pour ce semestre riche en émotions. On aura vécu les débuts du Covid ensemble et ça restera inoubliable. A tous ces moments de joies et de galères. Je me souviendrai de cette dernière nuit de garde où vous m'avez réveillé toutes les 30 minutes pour savoir si je faisais de beaux rêves... Un premier semestre riche en émotions.

Au **Dr GAILLARD Antoine** : un grand merci pour ce semestre à la découverte de la médecine générale et de la médecine du sport sans oublier les bons repas du jeudi midi. Et désolée mais je ne signerai toujours pas de contrat pour venir m'installer à Caussade ... 😊 Exercer avec toi aura été un plaisir même si le réveil matinal des jeudis n'était pas plus mon plus grand bonheur ^^ Je suis très touchée que tu viennes pour ce jour important pour moi.

Au **Dr ERHEL Cécile** : Merci pour ta douceur, ton accueil et ton encadrement.

Aux différents services du **CH de Saint-Gaudens** :

- Au **SSR** et à son équipe incroyable. **Dr MECHAIN Catherine**, notre binôme était incroyable, ta relation aux patients est magique et j'ai beaucoup appris à tes côtés. Un stage au top, tu sais partager ta passion avec enthousiasme et j'ai adoré partager ta vision de la médecine en rééducation. Nos pauses cigarettes me manqueront.
- Au service de **Gériatrie**, que je n'ai connu que sous l'étiquette "service covid" : des moments intenses et des moments de fou rires indispensables pour supporter l'atmosphère environnante. Au **Dr MONTASTIER Philippe** et au **Dr MARTIN ZUBIETA Nadège** qui ont toujours été disponibles et bienveillants dans cette période.
- Au service de **médecine polyvalente** : et à son équipe qui m'a accompagné dans la prise en charge de toutes ces fins de vie... ce qui m'a valu le surnom de « la faucheuse ». ^^ Réussir à apporter du confort à ces patients aura été une grande expérience pour moi et votre aide fut indispensable. Au **Dr LARRIBEAU Philippe** qui aura toujours su me faire sourire dans cette période, une vision philosophique de la médecine qui est bienvenue. Au **Dr ROSENFELD Nathalie**, tu m'impressionnes par tes prises en charges globales et complètes des patients, ton discernement des problèmes est d'une rapidité stupéfiante.

Au **Dr BALLENGHIEN Isabelle** : merci pour ton accueil chaleureux et pour ce semestre riche en découverte. Tu es la définition même du médecin de campagne qui vit son travail avec passion. Et Merci pour la découverte des recoins de la campagne gersoise.

Au **Dr SELINGE Laurence** : merci de m'avoir accueilli en supplément même si cela n'était pas prévu initialement. J'ai énormément appris sur la pédiatrie grâce à toi et ce fût un réel plaisir de réaliser ces consultations avec toi.

Au **Dr BOSC Hervé** : merci de ta confiance pour ce SASPAS, je me suis sentie intégrée à part entière et j'ai pu nouer une relation avec les différents patients en tant que médecin généraliste et non en tant qu'interne.

Au **Dr CHABARDES Arnaud** et **GREZY-CHABARDES Claire**, au dévouement dont vous faites preuve pour vos patients. Un grand merci de ce que vous avez fait pour aider mes parents.

Et merci à tous les différents professionnels de santé qui ont participé à ma formation et qui ont contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A ma famille :

A toi **Mamounette**, à ton soutien indéfectible depuis toujours, depuis les plats préparés en P1 jusqu'au gardiennage de Titi pendant mes multiples voyages. J'aimerais toujours autant ces soirées en mode "noyel" accompagnées de Zizi Boubou ou de Francis 😊 A toutes ces expériences que tu m'as fait vivre. Je ne serais pas la femme que je suis aujourd'hui sans toi. Même si tu peux l'oublier parfois tu es une femme forte, n'en doute pas. Je t'aime jusqu'à la Lune et...

A toi **Papouni**, mon super héros. A toutes nos aventures depuis les sauvetages de canaris, le concert de Tokio Hotel, aux expériences d'apprentis agriculteurs. Tu peux/sais tout faire et c'est une chance. Parfois il faut juste appuyer sur le bouton pause, s'autoriser à ne pas tout faire soi-même et te rendre compte de ce que tu as accompli pour pouvoir en profiter. Tu le mérites. Achbi achbi, JTM 444

Merci à **Thomas** d'être un ami présent pour toi et merci pour ma cuisine et ma piscine 😊

A **Julien**, merci d'être là et de supporter notre famille de dérangés depuis si longtemps. Désolée de t'informer que depuis le temps tu en fais partie maintenant. Toi qui as eu l'honneur de vivre ma super crise d'ado... Heureusement qu'il y a les chats (et la bière) pour t'encourager à rester ^^ Merci pour tout ce que tu fais pour nous, hâte de profiter d'une bière bien fraîche dans la piscine moi je te le dis 😊

A **Brigitte et Bruno**, merci pour votre bonne humeur et pour tous ces longs repas partagés. Avec vous, que ce soit dans les moments joyeux ou dans les moments difficiles la famille est synonyme de partage est c'est le principal.

A **Diane, Renaud, Aurore, Rémi et Mélanie** et à tous ces moments de jeux partagés que ce soit dans les vignes ou sur nos longues parties de Destin. Quand je vois ce qu'on est tous devenus je me dis qu'on a tous gagné à ce jeu.

A **Muriel, Jean-Marc, Marine et Quentin**, à toutes nos vacances à Maubuisson et à tous ces noëls du mois de juillet. Vous m'aurez appris à toujours prévoir un parapluie ou un k-way en vacances 😊

A Mamie Colette et à tonton Philippe.

Aux amis et aux rencontres de ces années passées :

A **Mélissa**, et à toutes nos aventures passées et à venir. Tu es la seule qui m'aurait fait faire du stop en Turquie pour monter sur un scooter à 3 avec un chien à lunettes de soleil... la seule qui me suivra en voiture dans les haies non taillées parce que le GPS a dit que l'accès au centre équestre se faisait par-là... la seule qui me fera marcher 21km en sandales sur une journée pour visiter Lisbonne ou encore passer une partie de mes vacances d'été en Bretagne avec une combinaison de surf d'hiver pour pouvoir me baigner... Même si tu es à l'autre bout de la France la Blonde aura toujours besoin de la Brune 😊

A **Mimi**, et à nos fous rires que ce soit pendant les cours de maths ou 15ans plus tard. Même si l'on ne se voit pas pendant longtemps on aura toujours cette connexion et nos retrouvailles seront toujours comme si on s'était vu la veille. Je suis fière que tu te sois construit la vie dont tu rêvais déjà au lycée.

A **Elsa**, mon binôme de l'externat. Que de bons moments passés ensemble : depuis la panne de la Kalos, aux vaches qui t'embrochent sur la plage, sans oublier notre soirée dégustation de liqueurs maisons perdues au fin fond de la Croatie. Venir te voir dans ta vie à la Réunion a été un vrai plaisir et j'ai hâte que tu t'installés à Tahiti pour avoir une excuse de nouveau voyage 😊

A **Lucile**, dire que depuis plus de 13ans on s'est suivies dans notre parcours. Quelle évolution ... On partage principes, valeurs et foutu caractères 😊 Pouvoir partager tous nos projets de vie, que ce soit de nos achats d'appartements, des week-ends entre copains, à la réalisation du mémoire et de la thèse, pour moi c'est cela qui constitue une vraie amitié. Savoir que je peux compter sur toi est une chance incroyable. Et je dirai même que les autres peuvent te remercier car ils auraient pu avoir des remerciements du type « A la populace qui m'entoure, vous êtes de bien loyaux sujets, bien à vous, votre reine vénérée » 😊 Encore mille mercis pour la correction de mon mémoire et de ce travail !

A ma **team des blancs-culs montalbanais** : « nous ne nous sommes pas choisis mais nous nous sommes bien trouvés »

- A **Maëlle** et à nos 2 années d'internat passées comme cul et chemise, tu resteras toujours la seule pige chihuahua
- A **Guigui**, à ton énergie débordante et à tous nos karaokés ou nos parties de Skyjo jusqu'à 5h du mat. A notre tour des marchés de Noël suisses et à nos discussions interminables. Tu es une personne incroyable ne l'oublie jamais. Promis, il y aura toujours une Kro rien que pour toi dans le frigo
- A **Marie**, et à nos danses endiablées sur le dancefloor et toutes ses soirées à chanter ou à « beugler » sur nos chansons fétiches
- A **Ivanne**, notre globe-trotteuse qui nous fait rêver par ses voyages et qui fait tache parmi les « blancs-culs ». La seule avec qui je peux dire qu'on aura mis 20minutes à réussir à faire un ECG et ce en y mettant nos 2 cerveaux dessus 😊
- A **Antoine**, et à tous ces trajets retours interminables à pied, à vélos ou en rampant... On aura bien rigolé et je serais toujours là pour te ramener sain et sauf (si l'on peut dire) à la maison. Ta détermination, ton travail et ton sérieux (en dehors de ces moments-là) m'impressionneront toujours. Quin-Quin-Quin-Quin-Quin !

A mes colocs de Saint-Gaudens et à ce semestre de folie (covid – confinement – cyberattaque, toujours plus) :

- A **Jonathan** et à tous ces résultats de bilans biologiques de l'extrême
- A **Céline**, notre mariée, la douceur incarnée
- A **Boris** et à sa chanson insupportable que je suis sûre d'entendre au moins une fois par an à nos week-ends de retrouvailles...
- A **Nadia**, celle qui fait qu'en rentrant du travail tu sens l'odeur des gâteaux de Noël tout juste sortis du four... Même si nos plannings de ministres sont difficilement compatibles, je suis heureuse d'avoir une personne comme toi dans mes amis.
- A **Pierre**, notre spécialiste de l'Amox. Le roi des férias et un binôme de choc pour faire Confessions nocturnes. Celui avec qui regarder les étoiles peut se terminer en face à face avec un sanglier...
- A **Amé** et à notre coloc qui a continué dans nos appart respectifs (pratique d'être à 200m ^^). A tous ces apéros et à toutes ces discussions interminables. Tu es la seule de mes amis qui s'est fait le croisé pour venir faire les supers séances de kiné avec moi et ça ce n'est pas rien ^^ Toujours comme Tic et Tac.

A **Théo**, à nos apéros dans le Gers et à ce repas dans ta coloc de filles 😊 Ta gentillesse et tes voyages de l'extrême font que c'est toujours un plaisir de te revoir. Bon courage pour tes travaux !

A ma 2^{ème} coloc du Comminges :

- A **Charles**, le pire des colocs mais je n'aurais pas pu plus rigoler avec quelqu'un d'autre. Petite pensée au pot de fromage blanc 😊
- A **Mélanie et Léa**, à notre sapin géantissime et à nos soirées films de Noël.

A tout ceux rencontrés au fil des événements de l'internat :

A **Gilet'**, tu es une personne en or, c'est toujours un plaisir de te voir et cela me rappellera toujours notre week-end d'accueil 😊

A **Maud**, une super rencontre, ravie de continuer à te croiser à la régulation et de pouvoir râler sur leur manque d'organisation avec toi ^^

A ma **Flo**, à tous ces moments de rigolades que ce soit en faisant du tracteur tondeuse ou en passant par Londres ou par la Suisse. Promis je viendrai faire une randonnée avec toi dans les Pyrénées mais soit indulgente avec mes genoux d'handicapée 😊 Et peut-être même qu'un jour tu réussiras à me faire assister au tour de France qui sait... Ta présence compte énormément pour moi et l'amitié avec toi est quelque chose de facile. Hâte de nos prochains voyages et notamment de venir voir l'Autriche !

Au trio **JoJo, Paulo et Paulo Paulo** : une équipe de choc ! Chaque moment avec vous est synonyme de fous rires. Vous êtes géniaux, ne changez rien. Les « Paulos » ou ceux avec qui on peut se retrouver à faire la fête dans une église désacralisée à Edimbourg ou assister à un combat de moutons en pleine nature. J'étais ravie de faire ce voyage avec vous. **Alex**,

une super rencontre, toi qui réussis à tempérer le sacré Jojo. A défaut de pouvoir venir à vos thèses cela m'a fait plaisir de pouvoir prendre ce verre avec vous à la Réunion.

Léonie et Guilhem, notre couple de sportifs de l'extrême. C'est toujours un plaisir d'aller voir un match de rugby avec vous et de se retrouver pour un bon repas.

A **Julien**, à ces moments de rire et de partage.

A ma **Paupau**, tu es un rayon de soleil depuis l'Ecosse jusqu'à la Réunion. Une rencontre incroyable, une énergie débordante et des vocaux d'anthologie de 6 minutes dont toi seule a le secret. Hâte de suivre toutes tes aventures à venir.

A **JM**, toi qui sais rendre ma Lulu heureuse, je suis ravie de t'avoir rencontré et de te revoir dans ces week-ends. Même si j'ai toujours eu du mal avec les profs de sport on va dire que tu es l'exception qui confirme la règle 😊

Ravie de poursuivre nos supers week-end tous ensemble !

A **Benji**, une super rencontre grâce à Amé. Depuis le temps que tu l'as attendu cette thèse : elle est là 😊

A **Serena**, et à toutes ses soirées pailletées (ou soirée EHPAD en couches) où le déguisement est toujours à son maximum. Je ne dirai qu'une chose : Les Totally spies et leurs folles aventures !

A **Eva**, toujours un plaisir de te voir, ta joie de vivre est communicative. Hâte de suivre la suite de la série "les aventures d'Eva" et de voir les variantes des jingles qu'on peut lui trouver ^^

Et bien sûr à mon **Titi**, la petite (ou grosse) boule de poil qui a eu l'honneur et le courage d'être à mes côtés depuis la P1. Toujours présente à mes côtés, voir même à essayer de se mettre sur l'ordinateur pendant ces heures de travail... Ta tête de Krok mou me fera toujours fondre.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“ Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”

ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IHCD-3 : 3^{ème} édition de l'International Classification of Headache Disorders

PIB : Produit Intérieur Brut

UE : Union Européenne

HAS : Haute Autorité de Santé

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

IRS : Antidépresseurs Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine

IRSNa : Antidépresseurs Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

EFNS : European Federation of Neurological Societies

Biofeedback EMG : biofeedback électromyographique

Table des matières

INTRODUCTION	3
1 - EPIDEMIOLOGIE	3
1.1 - Prévalence.....	3
1.2 – Impact socio-économique.....	4
2 - DEFINITIONS.....	4
2.1 – Critères diagnostiques	4
2.2 – Diagnostics différentiels.....	6
2.3 – Comorbidités	7
2.4 – Difficultés au diagnostic.....	7
3 – PHYSIOPATHOLOGIE	8
3.1 – Générale	8
3.2 – Sensibilisation nociceptive	9
3.3 – Zones gâchettes	10
4 - SYNTHÈSE	11
MATERIEL ET METHODE	12
1 – SCHEMA DE L’ETUDE	12
2 – OBJECTIFS DE L’ETUDE	12
3 – POPULATION CIBLE	12
4 – ELABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	13
5 – RECUEIL DES DONNEES	13
6 – ANALYSE	13
RESULTATS	14
1 – NOMBRE DE REPONSES	14
2 – CARACTERISTIQUES DES REpondANTS	14
2.1 – Sexe	14
2.2 – L’âge	14
2.3 – Mode d’exercice.....	15
2.4 – Lieu d’exercice.....	15
3 – DIAGNOSTIC ET EPIDEMIOLOGIE.....	16
3.1 – Epidémiologie	16
3.2 – Critères diagnostiques	17
3.3 - Diagnostic différentiel	19
4 – PRISE EN CHARGE	19
4.1 – Céphalées de tension épisodiques peu fréquentes.....	19
4.2 – Céphalées de tension épisodiques fréquentes.....	22
4.3 – Céphalées de tension chroniques.....	24

DISCUSSION	27
PARTIE 1 : Traitement médicamenteux	27
1- TRAITEMENT AIGU	27
1.1 - Antalgiques	27
1.2 - Anxiolytiques.....	30
2- TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE	30
2.1 - Antidépresseurs.....	30
2.2 - Anti épileptiques	32
2.3 - Autres.....	32
PARTIE 2 : Traitement non pharmacologique.....	33
1 – PRESCRIPTION PARAMEDICALE.....	33
1.1 - Kinésithérapie	33
1.2 - TENS	37
1.3 - Psychothérapie	37
1.4 – Combinaison des prises en charge.....	38
2 - CONSEILS	38
2.1- Acupuncture.....	38
2.2 – Activité physique.....	39
2.3 - Yoga.....	39
2.4 – Auto-gestion / Relaxation / Méditation.....	39
2.5 – Manipulation ostéopathique	40
2.6 – Huile essentielle de menthe poivrée.....	40
3 – SYNTHÈSE	40
4 – FORCES ET LIMITES	42
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE :.....	45
ANNEXE :.....	50

INTRODUCTION

1 - EPIDEMIOLOGIE

1.1 - Prévalence

La céphalée est l'un des 10 principaux motifs de consultations en médecine générale. (1,2)
C'est un symptôme qui touche tous les âges, toutes les ethnies, tous les niveaux sociaux et toutes les zones géographiques sans distinction. (1)

Il est estimé qu'entre 50% et 72% de la population adulte a au moins eu une céphalée au cours de l'année écoulée. Or ces dernières sont sous-estimées, sous diagnostiquées et sous traitées dans le monde entier. En effet, selon l'OMS seul 40% des personnes ayant des céphalées de tension ou des migraines seraient diagnostiquées et seul 10% des personnes ayant des céphalées de manière générale. (1,3)

Les céphalées sont divisées en céphalées primaires qui ne sont pas en lien avec une autre pathologie, et en céphalées secondaires qui, elles, sont provoquées par une cause autre (pathologie, malformation ou traumatisme). (4)

Parmi les céphalées primaires, les plus courantes sont les céphalées de tension qui représenteraient la 2^{ème} maladie la plus fréquente chez l'Homme après les caries dentaires. Ainsi environ 80% de la population générale souffrira un jour dans sa vie d'une céphalée de tension. (1,2,5-7)

La prévalence des céphalées de tension a ainsi été estimée entre 20,1% et 42% selon les études. A titre de comparaison, la prévalence de la migraine dans ces mêmes études était estimée entre 14,7% et 20%. Nous pouvons relever qu'une étude a retrouvé une prévalence de 7,6% de patients ayant une migraine avec une céphalée de tension concomitante. (3,7,8)

Les céphalées de tension surviennent le plus souvent entre 20 et 30ans et il a été retrouvé une prédominance féminine, avec des chiffres variants de 3 femmes pour 1 homme atteint à 5 femmes pour 2 hommes atteints en fonction des études. (1,7,9)

Comme nous le verrons par la suite, l'IHCD-3 distingue 3 types de céphalées de tension : les céphalées de tension épisodiques peu fréquentes, les céphalées de tension épisodiques fréquentes et les céphalées de tension chroniques. (10,11)

Si l'on regarde les prévalences des différents types de céphalées de tension : environ 70 à 80% de la population mondiale souffre ou souffrira de céphalées de tension épisodiques et 1 à 3% de céphalées de tension chroniques. (1,5,9,10)

1.2 – Impact socio-économique

Les céphalées (tous types confondus) ont un impact socio-économique important, avec une estimation de coûts financiers majeurs en Europe. En effet, les céphalées, et en particulier les céphalées de tension et la migraine, entraîneraient un handicap important en altérant la qualité de vie, en nuisant à la productivité et en réduisant considérablement le PIB tout en imposant de nombreux coûts financiers aux personnes et aux sociétés. (7,8)

Une enquête transversale d'estimation des coûts liés aux céphalées dans le cadre du projet Eurolight réalisée en 2008 au Royaume-Uni, en Italie, en Espagne, en Allemagne, en Autriche et en France, retrouvait un coût moyen annuel des céphalées de tension par personne dans tous les pays de 303 euros. Si l'on détaille ce coût moyen : 92% de ce montant concernait les coûts indirects parmi lesquels la baisse de productivité (173 euros) qui était plus importante que l'absentéisme (105 euros). En ce qui concerne les coûts directs, les soins ambulatoires (11 euros) étaient suivis par les investigations (6 euros), l'hospitalisation (5 euros) et les médicaments aigus (3 euros). La contribution de la prophylaxie était quant à elle très faible. (12)

Dans l'ensemble des pays de l'UE, le coût total des céphalées de tension chez les adultes a été estimé à 21 milliards d'euros soit 12% de l'ensemble des dépenses liées aux céphalées de manière générale. (12)

Comme nous avons pu le voir précédemment, les céphalées de tension ont une prévalence élevée ce qui fait que l'invalidité qu'elles peuvent causer et leur coût global dépassent ceux de la migraine. Malgré cela, les recherches concernant les céphalées de tension sont beaucoup moins nombreuses que celles concernant la migraine. Or il paraît nécessaire d'améliorer leur prise en charge, qu'elle soit pharmacologique ou non, afin de réduire cet impact socio-économique. (5–8)

2 - DEFINITIONS

2.1 – Critères diagnostiques

Les céphalées de tension font partie des céphalées primaires avec notamment les migraines et les céphalées trigémino-autonomiques (algies vasculaires de la face). (10)

Elles sont classées en 3 sous-types en fonction de la fréquence des épisodes : (9,10)

- ❖ Céphalées épisodiques peu fréquentes
- ❖ Céphalées épisodiques fréquentes
- ❖ Céphalées chroniques

Les critères diagnostiques des céphalées de tension sont selon l'IHCD-3 : (10)

A – la fréquence selon le type de céphalées de tension :

- Céphalées de tension épisodiques peu fréquentes si ≥ 10 épisodes de céphalées < 1 jour par mois en moyenne (< 12 jours par an) et répondants aux critères B-D
- Céphalées de tension épisodiques fréquentes si ≥ 10 épisodes de céphalées de 1 à 14 jour(s) par mois en moyenne pendant plus de 3 mois et répondants aux critères B-D
- Céphalées de tension chroniques si ≥ 15 jours par mois pendant plus de 3 mois et répondants aux critères B-D

B – durant de 30 minutes à 7 jours

C - ≥ 2 caractéristiques suivantes :

- Bilatérales
- A type de pression ou serrement (non pulsatile)
- Intensité légère à modérée
- Non aggravées par l'activité physique de routine (montée des escaliers)

D – et ayant les 2 caractéristiques suivantes :

- Pas de nausées ni vomissements (nausées légères possible en cas de céphalées de tension chroniques)
- Photophobie ou phonophobie possible mais pas les deux

E - qui ne sont pas mieux expliquées par un autre diagnostic de l'IHCD-3

Les céphalées de tension épisodiques fréquentes sont souvent coexistantes avec une migraine sans aura. La réalisation d'un agenda des céphalées sur au moins 4 semaines permettra d'en faire la distinction. Il permet également d'évaluer leur retentissement, les potentiels facteurs déclenchants et/ou une surconsommation médicamenteuse, ainsi que l'efficacité des différents traitements utilisés en servant de base de référence pour la suite. (4,9–11)

Les céphalées de tension chroniques sont une évolution des céphalées épisodiques fréquentes avec des épisodes quotidiens ou très fréquents. Les aspects autonomes de la douleur peuvent expliquer les nausées potentielles qui peuvent les accompagner. (5,10)

L'IHCD-3 divise chaque sous-groupe de céphalées de tension en céphalées avec ou sans sensibilité péri crânienne accrue. Cette dernière est détectée par la réalisation d'une palpation manuelle en réalisant un mouvement de rotation avec l'index et le majeur associé à une pression ferme. La recherche de sensibilité péri crânienne est à réaliser au niveau des muscles frontaux, temporaux, masséters, ptérygoïdiens, sterno-cléido-mastoïdiens, splénus et trapèzes. (10)

Le diagnostic de céphalées de tension probables correspond à des céphalées dont l'une des caractéristiques requises est manquante et qui ne répondent pas aux critères d'une autre céphalée dans l'IHCD-3. (10)

2.2 – Diagnostics différentiels

En cas de céphalée de tension *de novo*, il convient de rechercher en priorité une céphalée secondaire. (5,10)

Ainsi, devant des caractéristiques de céphalées atypiques ou une modification de l'évolution des crises de céphalées ou encore en cas d'anomalies de l'examen neurologique, il conviendra de réaliser un examen d'imagerie cérébrale dans l'objectif d'éliminer une céphalée secondaire. (9,11)

2.2.1 – Migraines

Au sein des céphalées primaires, le principal diagnostic différentiel est la migraine légère sans aura. Il faut d'ailleurs rappeler que l'association des 2 pathologies est possible. (10)

	Migraine typique	Céphalée de tension
Topographie de la douleur	Hémicranie	Bilatérale
Type de la céphalée	Pulsatile	Pression, étai
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.

Tableau 1 : Comment distinguer une migraine d'une céphalée de tension selon les critères de l'IHCD-3. D'après les recommandations de la HAS concernant les céphalées chroniques quotidiennes. (11)

2.2.2 – Céphalées cervicogéniques

Si la céphalée est unilatérale, il faut alors envisager le diagnostic controversé de céphalée cervicogénique avec laquelle il existe un chevauchement symptomatique considérable (9)

L'IHCD-3 définit les céphalées cervicogéniques comme étant « causées par un trouble de la colonne cervicale et de ses éléments constitutifs osseux, discaux et/ou des tissus mous, habituellement, mais pas invariablement, accompagnée de douleurs cervicales ». (10)

2.2.3 – Céphalées chroniques quotidiennes autres

Les céphalées chroniques quotidiennes sont une entité nosologique à part entière. Elles sont définies par des céphalées survenant plus de 15 jours par mois, durant plus de 4 heures sans traitement et qui évoluent depuis plus de 3 mois sans cause lésionnelle. (11)

La HAS a formulé des recommandations de bonnes pratiques concernant ces dernières contrairement aux céphalées de tension. (11)

En cas de surconsommation médicamenteuse cela peut entraîner des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux. Il convient alors de les diagnostiquer et de les prévenir systématiquement en éduquant les patients. (10)

L'abus médicamenteux est défini comme étant la prise régulière de médicaments pendant plus de 3 mois : (11)

- > 15 jours par mois pour les antalgiques non opioïdes (paracétamol, AINS, aspirine)
- > 10 jours par mois pour les autres traitements de crise (opioïdes, ergotés, triptans, associations d'antalgiques)

Le plus souvent, l'abus médicamenteux concerne le paracétamol, la caféine, la codéine et les triptans. Lors des consultations spécialisées de céphalées chroniques quotidiennes 60 à 80% des patients présentent un abus médicamenteux. (11)

2.3 – Comorbidités

Outre l'abus médicamenteux, lors d'un diagnostic de céphalées de tension il convient également de rechercher des facteurs psychopathologiques associés, des facteurs musculosquelettiques, un handicap professionnel, social et familial. (11)

Une comorbidité significative tel que l'anxiété ou la dépression doit être identifiée et traitée en parallèle. (9,11)

2.4 – Difficultés au diagnostic

Le grand obstacle à l'étude des céphalées de tension est l'absence d'une caractéristique clinique ou biologique unique, spécifique et fiable permettant de définir le trouble. (13)

Une enquête mondiale de l'OMS auprès des prestataires de soins de santé a identifié le manque de formation au diagnostic et à la prise en charge des céphalées comme l'une des principales raisons de l'insuffisance des soins pour ces dernières. Une meilleure formation des professionnels a été rapportée comme étant le changement le plus nécessaire. (8)

De plus, malgré l'impact ictal et interictal élevé chez les patients souffrant de céphalées de tension et au sein de leur entourage seulement environ 20% des patients souffrant de céphalées de tension chroniques consultent un médecin pour leurs céphalées ce qui n'aide pas à poser le diagnostic. (8,14)

3 – PHYSIOPATHOLOGIE

3.1 – Générale

Initialement considérées comme étant principalement d'origine psychologique, les céphalées de tension ont par la suite été attribuées à une contraction accrue des muscles de la tête et du cou associée à une ischémie. Depuis l'IHCD-1, datant de 1988, certaines études suggèrent une base neurobiologique. (10,15)

Le mécanisme des céphalées de tension peut être lié au stress ou à des problèmes musculosquelettiques au niveau du cou qui sont eux-mêmes favorisés par l'anxiété. (1,11)

Les patients souffrant de céphalées de tension ont souvent une posture stéréotypée avec les épaules levées et la tête fléchie vers l'avant. Il a été retrouvé que les céphalées de tension chroniques sont associées à des altérations de la colonne cervicale : restriction d'amplitude des mouvements, diminution de l'endurance des muscles fléchisseurs du cou et posture plus avancée de la tête avec des différences significatives de l'angle C7-tragus retrouvées entre le groupe des céphalées de tension chroniques et le groupe témoin. (5,16,17)

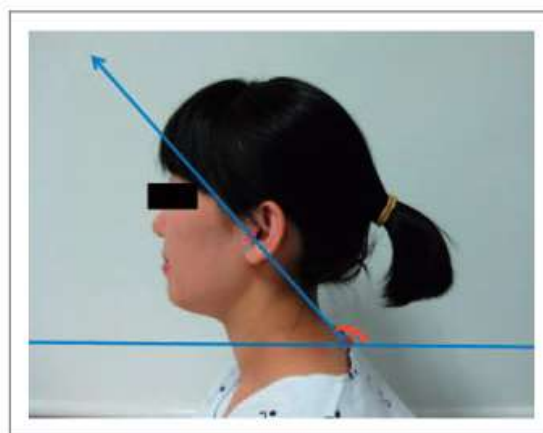


Figure 1 : Angle C7-tragus, tirée de (16)

Les facteurs déclenchants les plus fréquemment rapportés sont le stress (mental ou physique), les repas irréguliers ou inappropriés, la consommation élevée ou l'arrêt du café et d'autres boissons contenant de la caféine, la déshydratation, les troubles du sommeil, l'exercice physique réduit ou inapproprié, les problèmes psycho comportementaux ainsi que les variations au cours du cycle menstruel féminin et la substitution hormonale. (9)

Les tensions musculaires jouent un rôle dans la genèse et le maintien des céphalées de tension. Il a été retrouvé que les personnes qui ont été exposées à un travail statique ou répétitif pendant une longue période développent couramment des zones sensibles dans les

muscles péri-crâniens ainsi que des céphalées de tension. Il faut rechercher des facteurs posturaux (professionnels), des facteurs traumatiques, des dysfonctionnements de l'articulation temporo-mandibulaire... (11,18)

Le modèle biomécanique des céphalées de tension chroniques estime qu'un dysfonctionnement cervical entraîne des céphalées via des mécanismes douloureux périphériques et centraux. La pérennisation des dysfonctionnements, notamment concernant la mobilité cervicale, peut s'expliquer par des comportements kinésiophobes quotidiens ou quasi-quotidiens dans le cas des céphalées de tension chroniques. (16,17)

3.2 – Sensibilisation nociceptive

Les mécanismes physiopathologiques exacts sont inconnus mais la compréhension relativement récente de la présence d'une sensibilisation périphérique et centrale, ainsi que d'un apport nociceptif myogénique périphérique, a donné un nouvel élan à la recherche. Ce n'est que récemment qu'elle a commencé à bénéficier aux patients ayant des céphalées de tension. Les céphalées de tension épisodiques relèvent probablement d'un mécanisme de douleur périphérique tandis que les céphalées de tension chroniques relèveraient des mécanismes centraux de la douleur. (5,9,10)

La sensibilisation des voies de la douleur correspond à une surstimulation initiale entraînant par la suite une transduction d'un message douloureux par les voies de la douleur sans nécessité d'un stimuli douloureux persistant.

Les connaissances actuelles suggèrent que les stimuli douloureux prolongés provenant du tissu myofascial péri crânien entraîneraient une sensibilisation du système nerveux central au niveau de la corne dorsale spinale, du noyau trigéminal et secondairement au niveau supra-spinal pour les céphalées de tension fréquentes ou chroniques. En revanche, le traitement central de la douleur semble être normale chez les personnes souffrant de céphalées de tension épisodiques peu fréquentes. (5,15,19)

La sensibilisation au niveau central est associée à la diminution de l'activité antinociceptive des structures supra-spinales. En effet, il a été mis en évidence un déficit du contrôle inhibiteur diffus de la douleur dans les céphalées de tension chroniques. Ainsi, plusieurs études retrouvent une diminution généralisée étendue et non spécifique des seuils de détection de la douleur chez les patients ayant des céphalées de tension épisodiques fréquentes et chroniques ce qui suggère une sensibilisation des neurones supra-spinaux. (15,16) (*Schéma Sensibilisation Nociceptive*)

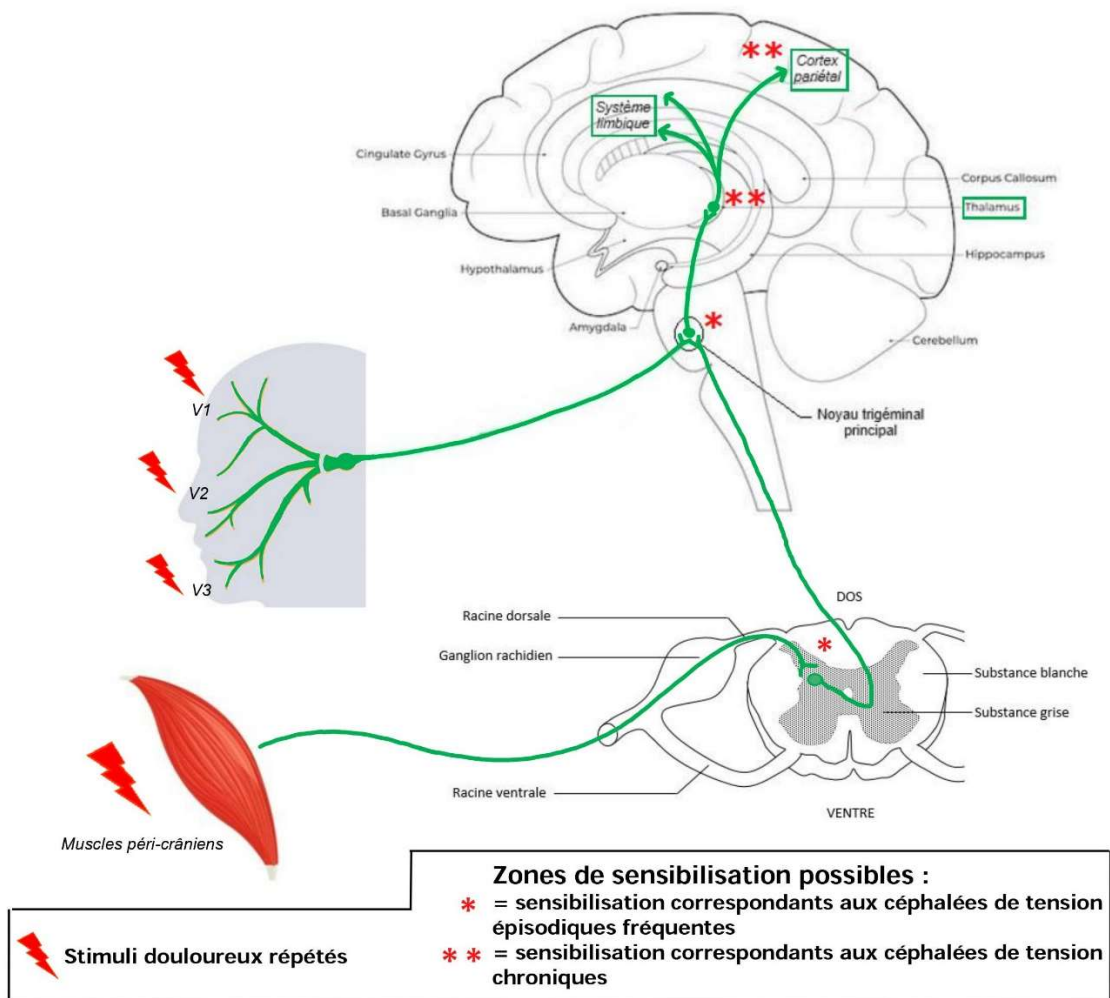


Schéma Sensibilisation Nociceptive

Concernant les facteurs périphériques : la sensibilité à la douleur myofasciale péri crânienne est accrue chez les patients atteints de céphalées de tension et il a été retrouvé qu'elle était positivement associée à l'intensité et à la fréquence des épisodes. (15,19)

3.3 – Zones gâchettes

Les zones gâchettes sont des points hypersensibles à l'intérieur d'une bande tendue palpable. Elles correspondent à une zone de contraction locale provoquée par la palpation. Il convient de les rechercher au niveau de la partie supérieure du trapèze, des muscles sous-occipitaux, des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. (15)

On différencie les zones gâchettes actives, qui sont une cause de douleur référée reproduisant la douleur des céphalées de tension, des zones gâchettes inactives/latentes qui peuvent ne pas être la source de la douleur. (19–21)

En revanche, il n'a pas été retrouvé de différence significative au niveau des seuils de pression étant ressentis comme douloureux entre les zones gâchettes actives ou latentes. (21)

Le nombre de zones gâchettes, qu'elles soient actives ou latentes, était significativement plus élevé dans les groupes ayant des céphalées de tension que dans le groupe témoin. Le nombre de zones gâchettes latentes n'était pas différent entre le groupe de céphalées de tension épisodiques et le groupe de céphalées de tension chroniques. Le nombre de zones gâchettes actives était quant à lui significativement plus élevé dans le groupe des céphalées de tension chroniques. (16)

Nous pouvons noter que la fréquence et la durée des céphalées étaient positivement corrélées au nombre de zones gâchettes actives retrouvées. (16)

Ces notions confirment l'hypothèse selon laquelle les zones gâchettes des muscles de la tête, du cou et des épaules jouent un rôle important dans l'étiologie des céphalées de tension. (16)

4 - SYNTHÈSE

On peut expliquer au patient que les douleurs musculaires peuvent être transmises à la tête et perçues comme une céphalée. Si ces dernières deviennent très fréquentes, elles peuvent entraîner une perturbation des mécanismes cérébraux de modulation de la douleur. (19)

La localisation, le degré de sensibilité myofasciale péri crânienne et les points gâchettes doivent être examinés par palpation manuelle afin de mettre en évidence les sources possibles de la douleur. Une éducation du patient intégrant cette démonstration physique de l'importance des facteurs musculaires peut aider pour l'adhérence aux traitements non pharmacologiques suggérés par la suite. (19)

En théorie, un traitement optimal des céphalées de tension épisodiques permet d'éviter la sensibilisation centrale et ainsi d'éviter la chronicisation des céphalées. (19)

Malheureusement il n'y a pas de recommandation de bonne pratique clairement établie concernant les céphalées de tension malgré le fait qu'elles représentent un enjeu majeur de santé publique. Or, il apparaît qu'une prise en charge précoce permettrait d'éviter une chronicisation des céphalées, amenant ainsi à une amélioration considérable de la qualité de vie des patients et à une diminution des coûts directs et indirects induits par les céphalées de tension.

Ce travail a pour but de faire un état des lieux des différentes pratiques réalisées par les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées pour la prise en charge des céphalées de tension.

MATERIEL ET METHODE

1 – SCHEMA DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive transversale quantitative réalisée à l'aide d'un questionnaire s'adressant aux médecins généralistes exerçant en Midi-Pyrénées.

Le questionnaire a été élaboré après étude de la littérature.

Ce dernier comprenait notamment un rappel sur les critères diagnostiques des céphalées de tension afin d'être sûr que l'évaluation des prises en charge ne serait pas impactée par une potentielle différence de diagnostic initial.

2 – OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude était de faire un état des lieux des différentes prises en charge des céphalées de tension réalisées par les médecins généralistes en région Midi-Pyrénées.

Les objectifs secondaires étaient premièrement d'évaluer les connaissances sur les critères diagnostiques des céphalées de tension par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées.

Deuxièmement, d'objectiver la place donnée aux prises en charge non médicamenteuses dans les céphalées de tension.

Et enfin, d'évaluer les choix de prescriptions médicamenteuses lors des prises en charge des céphalées de tension par les médecins généralistes.

3 – POPULATION CIBLE

La population cible de cette étude était les médecins généralistes exerçant en région Midi-Pyrénées qu'ils soient installés ou remplaçants.

La diffusion du questionnaire a été réalisée en plusieurs temps :

- 8/12/2023 : envoi du questionnaire par mail aux différents responsables départementaux du DUMG et via les groupes Facebook de plusieurs promotions d'internes et de remplacement
- 13/01/2024 : relance du questionnaire par les différents groupes Facebook
- 17 et 18/01/2024 : Devant l'absence de réponse de médecins généralistes d'Ariège, une dizaine de cabinets médicaux ont directement été contactés par téléphone et ceux ayant accepté de transmettre leur adresse mail ont été contactés par mail pour répondre au questionnaire

- 1/02/2024 : envoi du questionnaire aux différentes CPTS et CDOM de la région
- 20/02/2024 : envoi par mail du questionnaire aux différents médecins généralistes d'Ariège
- 23/02/2024 : renvoi par mail du questionnaire aux conseil de l'ordre des médecins du Lot, du Tarn, du Tarn et Garonne, des Hautes-Pyrénées, du Gers et de l'Aveyron.
- 1/03/2024 : envoi par mail aux différents mails de médecins généralistes récupérés par les listes de stages (Haute-Garonne, Tarn et Garonne, Gers, Aveyron)
- 12/03/2024 : renvoi du questionnaire par mail au CDOM du Lot pour diffusion devant le peu de réponses provenant du département
- Clôture du questionnaire le 16/04/2024

4 – ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été réalisé à l'aide du site SurveyMonkey.

Il était composé de 27 questions divisées en 3 parties :

- Partie 1 : pour mieux vous connaître (de la question 1 à 4)
- Partie 2 : diagnostic des céphalées de tension (de la question 5 à 11)
- Partie 3 : prise en charge des céphalées de tension (de la question 12 à 27)

Le questionnaire comportait au total 13 questions à choix unique, 13 questions à choix multiples et 1 question ouverte en fin de questionnaire pour les remarques éventuelles.

Le questionnaire complet est disponible en Annexe 1.

5 – RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données a eu lieu du 8/12/2023 au 16/04/2024.

6 – ANALYSE

Les analyses des données anonymes de types descriptives ont été réalisés à l'aide du site SurveyMonkey.

RESULTATS

1 – NOMBRE DE REPONSES

Sur la période de recueil des données allant de décembre 2023 à avril 2024 il a été obtenu 146 réponses.

Parmi ces 146 réponses, 61 ont été obtenues en décembre 2023, 23 en janvier 2024, 30 en février 2024, 31 en mars 2024 et 1 supplémentaire en avril 2024.

Sur les 146 questionnaires remplis, 30 n'ont pas été terminés. Au sein de ces 30 questionnaires, 16 ont répondu uniquement à la première partie portant sur les caractéristiques du répondeur et les 14 autres ont répondu jusqu'à la partie traitant du diagnostic des céphalées de tension. Aucun d'entre eux n'ayant répondu à une question portant sur la prise en charge de ces dernières, qui est l'objectif principal de ce travail, il a été décidé de ne pas les intégrer à notre analyse.

L'analyse a ainsi été réalisée uniquement sur les questionnaires complets soit 116 au total.

2 – CARACTERISTIQUES DES REpondANTS

2.1 – Sexe

Parmi ces 116 personnes 45 étaient des hommes (38,79%) et 71 (61,21%) étaient des femmes, soit un Sex Ratio de 0,63.

2.2 – L'âge

Une majorité des répondants a entre 25 et 35 ans : ainsi 51,72% des questionnaires ont été remplis par des personnes de cette tranche d'âge ce qui représente 60 répondeurs.

23,28% des réponses proviennent de participants entre 35 et 45ans (27 questionnaires).

12,07% des réponses proviennent de participants ayant entre 45 et 55 ans (14 questionnaires).

10,34% des réponses proviennent de participants entre 55 et 65 ans (12 questionnaires).

Et pour finir 2,59% des réponses obtenues proviennent de participants âgés de plus de 65ans (3 questionnaires).

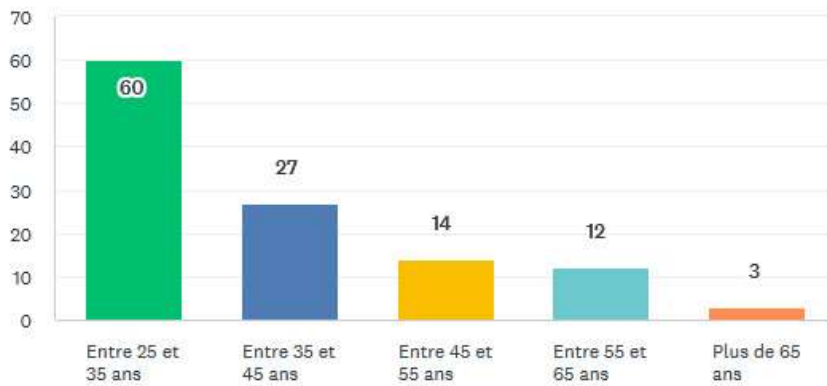


Figure 1 : Tranche d'âge des participants

2.3 – Mode d'exercice

71 des médecins répondants sont installés, soit une proportion de 61,21%.

Les remplaçants représentent quant à eux 45 questionnaires remplis soit 38,79%.

2.4 – Lieu d'exercice

Nous avons obtenu 41 réponses de médecins exerçant en Haute-Garonne soit 35,34% des réponses.

21 réponses ont été obtenues de médecins exerçant dans le Tarn ce qui correspond à 18,10% des réponses.

19 provenaient de médecins exerçant en Tarn et Garonne soit 16,38% des participants.

17 médecins travaillent en Hautes-Pyrénées soit 14,66% des participants.

13 médecins exercent dans le Gers correspondant à 11,21% des participants.

Un même nombre de réponses a été obtenu provenant de médecins exerçant dans l'Ariège ou dans l'Aveyron soit 12 participants pour chaque département ce qui représente 10,34% des participants.

Et enfin, 3 médecins répondants exercent dans le Lot soit 2,59% des participants.

A noter que les participants avaient la possibilité de mentionner leur exercice dans plusieurs départements différents : ainsi, cela concernait uniquement des médecins remplaçants qui furent au nombre de 15 à indiquer de 2 à 4 départements différents en lieu d'exercice.

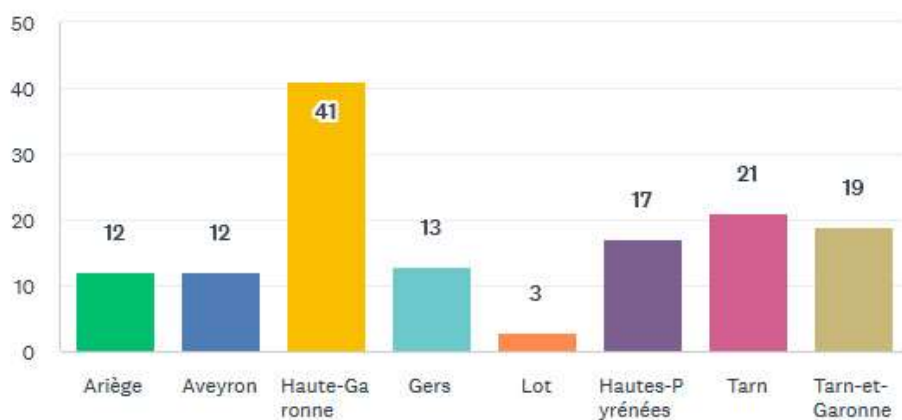


Figure 2 : Lieu d'exercice des participants

3 – DIAGNOSTIC ET EPIDEMIOLOGIE

74 (63,79%) des participants ont déclaré se sentir à l'aise avec le diagnostic de céphalées de tension. Contrairement à 42 d'entre eux (36,21%) qui ont déclaré ne pas être à l'aise avec ce diagnostic.

3.1 – Epidémiologie

111 (95,69%) des médecins répondants ont rapporté penser avoir des patients atteints de céphalées de tension dans leur patientèle. 5 médecins (soit 4,31%) ne pensent pas en avoir au sein de leur patientèle.

82 participants (70,69%) rapportent avoir diagnostiqué entre 1 et 10 cas de céphalées de tension dans leur patientèle au cours des 6 derniers mois.

19 (16,38%) en auraient diagnostiquées entre 10 et 20 tandis que 10 (8,62%) n'en ont diagnostiquées aucune.

3 (2,59%) rapportent en avoir diagnostiquées entre 20 et 30 alors que 2 (1,72%) rapportent en avoir diagnostiquées plus de 30.

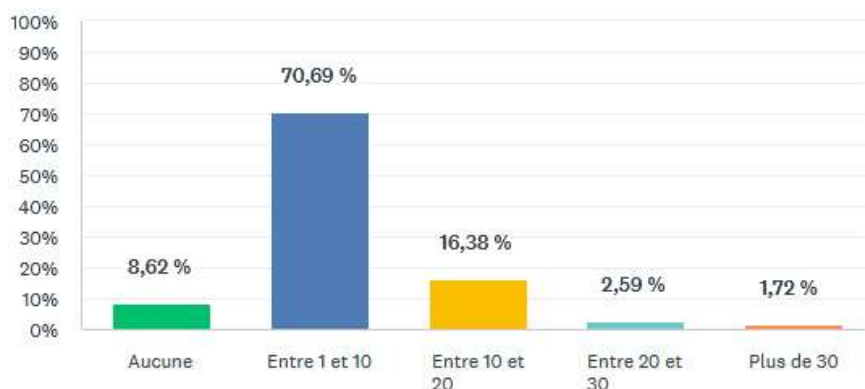


Figure 3 : Répartition du nombre de diagnostics de céphalées de tension réalisés par les médecins au cours des 6 derniers mois.

3.2 – Critères diagnostiques

Une majorité des médecins, à savoir 101 d'entre eux (87,07%), ont répondu ne pas savoir le nombre de catégories de céphalées de tension définies par l'ICHD-3.

5 (4,31%) ont répondu à juste titre qu'il existait 3 catégories de céphalées de tension selon l'ICHD 3 et 10 (7,76%) ont répondu de façon erronée.

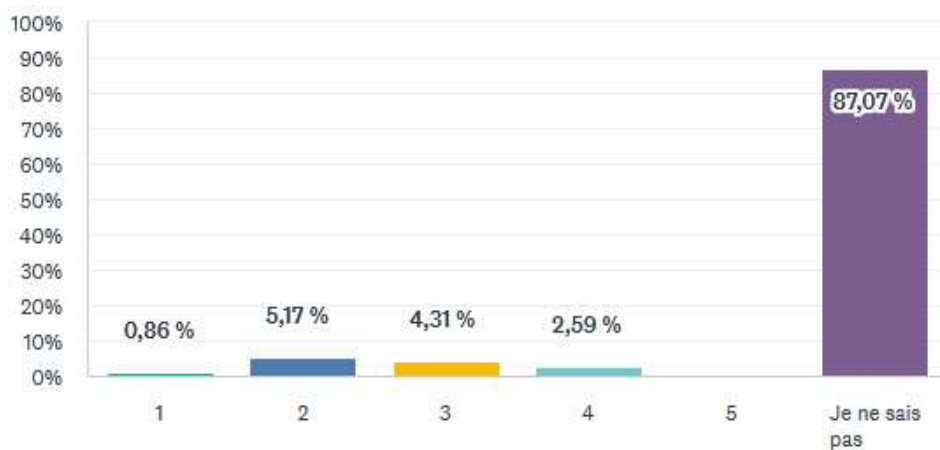


Figure 4 :
Nombre de types de céphalées de tension existantes selon l'ICHD-3 selon les médecins

3% ont répondu correctement à l'ensemble des symptômes pouvant évoquer une céphalée de tension.

Au niveau des erreurs retrouvées :

- 33 (28,45%) ont répondu que les céphalées de tension étaient aggravées par l'activité physique de routine
- 10 (8,62%) que c'était une douleur pulsatile
- 9 (7,76%) qu'il s'agit d'une céphalée unilatérale

Seulement 8 (6,80%) ont indiqué que la photo ou phonophobie pouvait évoquer une céphalée de tension.

104 (89,66%) ont bien identifié la douleur à type de serrement / pression / étouffement comme symptôme évoquant une céphalée de tension. 101 (87,07%) ont répondu que la douleur était d'intensité légère à modérée et 85 (73,28%) ont marqué l'absence de nausées comme étant évocateur d'une céphalée de tension.

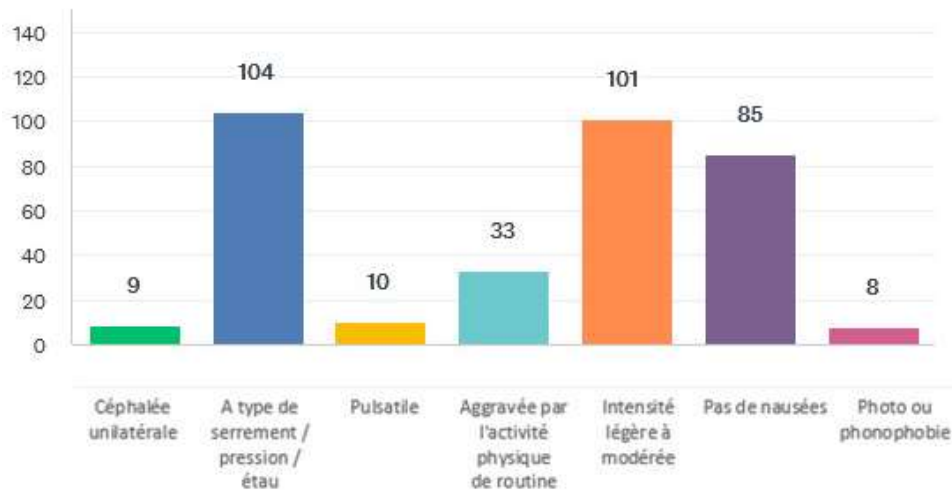


Figure 5 :
Symptômes évocateurs d'une céphalée de tension selon les médecins

16% des participants ont répondu correctement aux critères de fréquence définissant les 3 types de céphalées de tension.

Ainsi, 22 (19,13%) ont répondu à raison que les céphalées de tension étaient considérées comme peu fréquentes en cas de plus de 10 épisodes survenant moins d'une fois par mois en moyenne. En ce qui concerne les céphalées de tension fréquentes, 65 (56,52%) des participants ont bien retrouvé la définition correspondant à plus de 10 épisodes survenant de 1 à 14 jour(s) par mois en moyenne pendant plus de 3 mois. Et pour finir, 82 (71,30%) des médecins ont bien défini les céphalées de tension chroniques comme étant des céphalées survenant plus de 15 jours par mois depuis plus de 3 mois.

La principale erreur est donc au niveau de la définition des céphalées de tension peu fréquentes où 82 participants soit 71,30% ont coché à tort la proposition évoquant la survenue de moins de 10 épisodes et moins d'une fois par trimestre en moyenne.

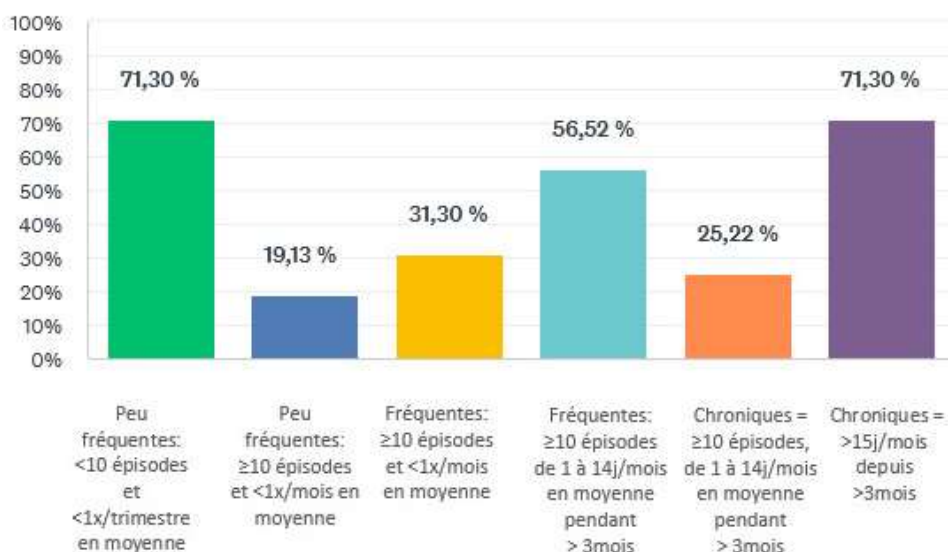


Figure 6 :
Critères des différents types de céphalées de tension selon les médecins

3.3 - Diagnostic différentiel

23% ont répondu correctement aux critères différenciant une céphalée de tension d'une migraine.

Dans l'ensemble, les 2 propositions les moins retenues à tort étaient :

- L'intensité de la douleur : légère à modérée vs modérée à sévère qui a été cochée par 60 participants (51,72%).
- Le critère non aggravé à l'effort vs aggravé à l'effort qui a été retenu par 61 participants (52,59%).

Les 6 propositions étant correctes, le score moyen calculé était de 4,1/6 avec un écart-type à 1,36.

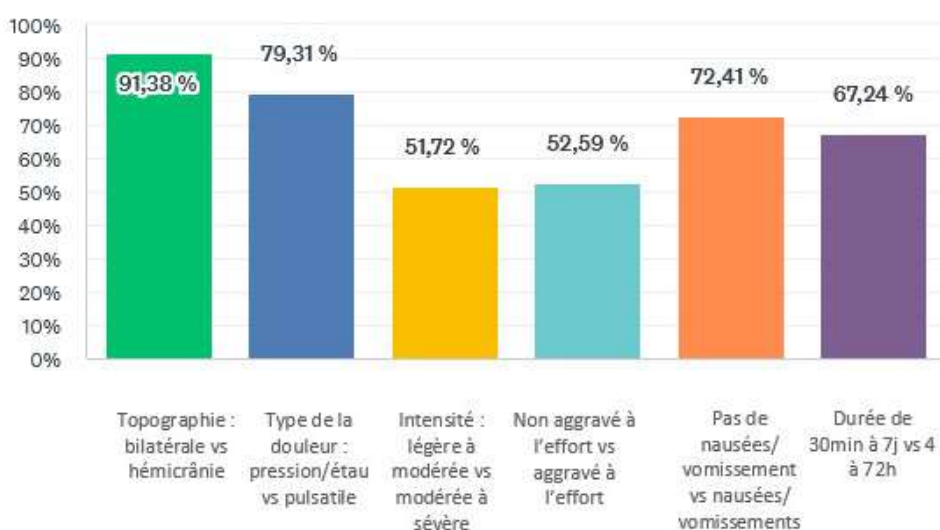


Figure 7 :
Critères permettant de différencier les céphalées de tension des migraines selon les médecins

4 – PRISE EN CHARGE

4.1 – Céphalées de tension épisodiques peu fréquentes

Dans ce cas de figure, 78,45% (91) des médecins font une prescription contre 21,55% (25) qui n'en font pas.

Parmi les prescriptions : 38 (41,30%) prescrivent des traitements médicamenteux, 5 (5,43%) prescrivent des thérapeutiques non médicamenteuses et 49 (53,26%) font des prescriptions comportant les 2.

Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses, les principales prescriptions rapportées sont :

- 20 (37,74%) prescrivent de la kinésithérapie : massage cervical
- 18 (33,96%) prescrivent de l'APA (activité physique adaptée)
- 12 (22,64%) prescrivent de la kinésithérapie : travail postural
- 12 (22,64%) prescrivent de la kinésithérapie : physiothérapie
- 11 (20,75%) prescrivent de la kinésithérapie : massage axé sur les points gâchettes



Figure 8 : Contenu des prescriptions non médicamenteuses réalisées en cas de céphalées de tension épisodiques peu fréquentes

A : Aucun des éléments ci-dessus

B : Kinésithérapie sans mention précise

C : Kinésithérapie : massage cervical

D : Kinésithérapie : massage axé sur les points gâchettes

E : Kinésithérapie : travail postural

F : Kinésithérapie : thérapie manuelle

G : Kinésithérapie : renforcement des fléchisseurs cervicaux

H : Kinésithérapie : physiothérapie

I : Kinésithérapie : Biofeedback EMG

J : Psychothérapie sans mention précise

K : Psychothérapie avec TCC

L : TENS
M : APA (activité physique adaptée)

Concernant les traitements médicamenteux :

- 79 (86,81%) prescrivent du paracétamol
- 56 (61,54%) prescrivent des AINS
- 6 (6,59%) prescrivent des antalgiques avec association contenant de la caféine
- 2 (2,20%) prescrivent des antidépresseurs tricycliques
- 2 (2,20%) prescrivent des anxiolytiques
- 2 (2,20%) ont répondu aucun des éléments ci-dessus

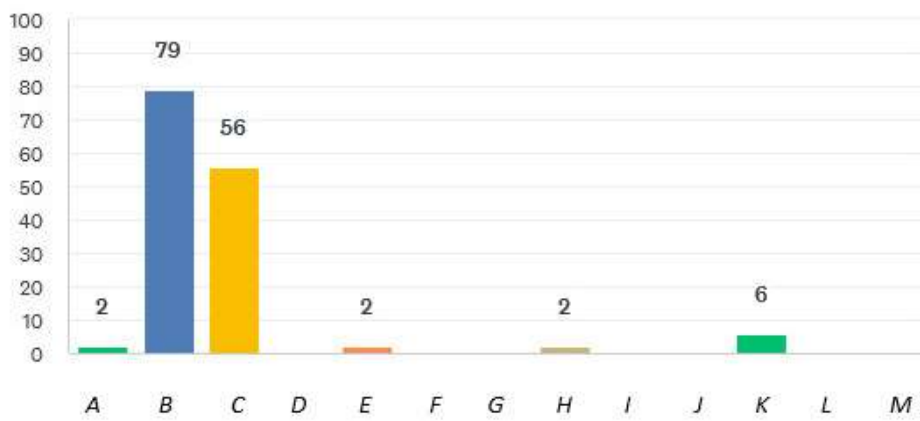


Figure 9 :
Contenu des prescriptions médicamenteuses en cas de céphalées de tension épisodiques peu fréquentes

A : Aucun des éléments ci-dessous E : Anxiolytiques J : Triptans
 B : Paracétamol F : Antidépresseurs IRS K : Antalgiques avec association contenant de la caféine
 C : AINS G : Antidépresseurs IRSNA L : Analgésiques opioïdes
 D : Aspirine H : Antidépresseurs tricycliques M : Antiépileptiques
 I : Neuroleptiques

Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses conseillées :

- 66 (56,90%) conseillent la sophrologie
- 52 (44,83%) conseillent la méditation
- 51 (43,97%) conseillent le massage cervical doux
- 45 (38,79%) conseillent le yoga
- 29 (25%) conseillent la thérapie manuelle par un ostéopathe
- 28 (24,14%) ont répondu aucun des éléments ci-dessus

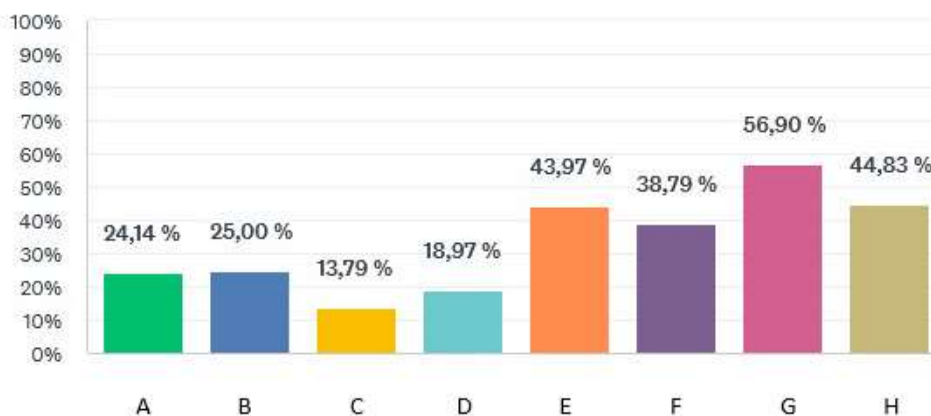


Figure 10 :
Thérapeutiques non médicamenteuses conseillées par les médecins en cas de céphalées de tension épisodiques peu fréquentes

A : Aucun des éléments ci-dessus E : Massage cervical doux
 B : Thérapie manuelle par ostéopathe F : Yoga
 C : Huile essentielle de menthe poivrée G : Sophrologie
 D : Acupuncture H : Méditation

4.2 – Céphalées de tension épisodiques fréquentes

112 médecins répondeurs (96,55%) font une prescription contre seulement 4 des participants (soit 3,45%) qui ne font pas de prescription.

Parmi les prescriptions : 23 (20,54%) prescrivent des traitements médicamenteux, 7 (6,25%) prescrivent des thérapeutiques non médicamenteuses et 82 (73,21%) prescrivent les 2.

Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses :

- 38 (42,70%) prescrivent de la kinésithérapie : massage cervical
- 29 (32,58%) prescrivent de l'APA (activité physique adaptée)
- 27 (30,34%) prescrivent de la kinésithérapie : travail postural
- 23 (25,84%) prescrivent de la kinésithérapie : physiothérapie
- 20 (22,47%) prescrivent de la kinésithérapie : massage axé sur les points gâchettes
- 20 (22,47%) prescrivent une psychothérapie sans mention précise
- 18 (20,22%) prescrivent de la kinésithérapie sans mention précise
- 18 (20,22%) prescrivent une psychothérapie avec TCC

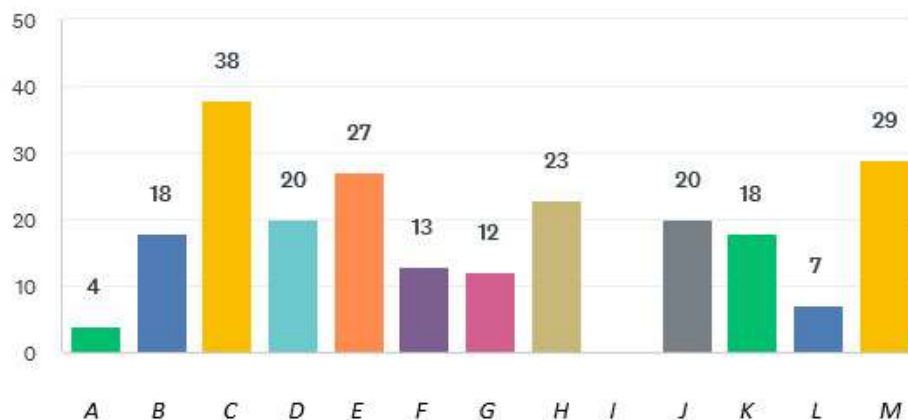


Figure 11 :
Contenu des prescriptions non médicamenteuses réalisées en cas de céphalées de tension épisodiques fréquentes

A : Aucun des éléments ci-dessous

B : Kinésithérapie sans mention précise

C : Kinésithérapie : massage cervical

D : Kinésithérapie : massage axé sur les points gâchettes

E : Kinésithérapie : travail postural

F : Kinésithérapie : thérapie manuelle

G : Kinésithérapie : renforcement des fléchisseurs cervicaux

H : Kinésithérapie : physiothérapie

I : Kinésithérapie : Biofeedback EMG

J : Psychothérapie sans mention précise

K : Psychothérapie avec TCC

L : TENS

M : APA (activité physique adaptée)

Concernant les thérapeutiques médicamenteuses :

- 98 (87,50%) prescrivent du paracétamol
- 85 (75,89%) prescrivent des AINS
- 25 (22,32%) prescrivent des antalgiques avec association contenant de la caféine
- 6 (5,36%) prescrivent des analgésiques opioïdes
- 6 (5,36%) prescrivent des antidépresseurs tricycliques
- 4 (3,57%) prescrivent des antidépresseurs IRS
- 4 (3,57%) prescrivent des triptans

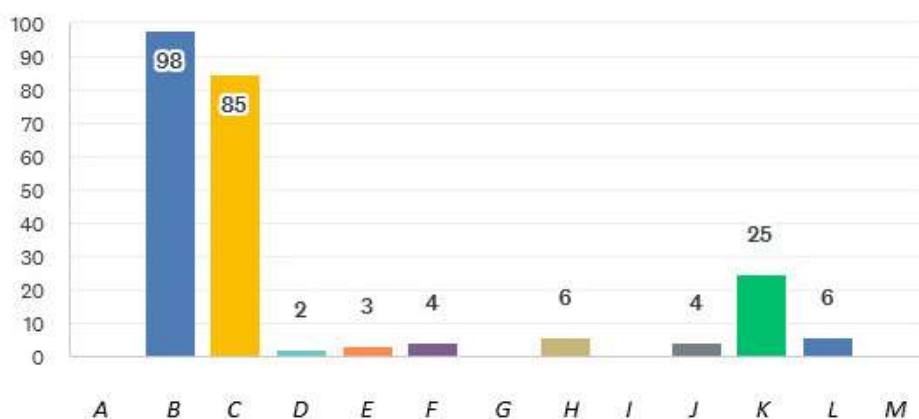


Figure 12 :
Prescriptions
médicamenteuses
en cas de
céphalées de
tension
épisodiques
fréquentes

- | | | |
|--|---|---|
| <i>A : Aucun des éléments ci-dessous</i> | <i>E : Anxiolytiques</i> | <i>J : Triptans</i> |
| <i>B : Paracétamol</i> | <i>F : Antidépresseurs IRS</i> | <i>K : Antalgiques avec association</i> |
| <i>C : AINS</i> | <i>G : Antidépresseurs IRSNA</i> | <i>contenant de la caféine</i> |
| <i>D : Aspirine</i> | <i>H : Antidépresseurs tricycliques</i> | <i>L : Analgésiques opioïdes</i> |
| | <i>I : Neuroleptiques</i> | <i>M : Antiépileptiques</i> |

Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses conseillées :

- 77 (67,54%) conseillent la sophrologie
- 60 (52,63%) conseillent le yoga
- 59 (51,75%) conseillent la méditation
- 59 (51,75%) conseillent le massage cervical doux
- 35 (30,70%) conseillent la thérapie manuelle par un ostéopathe
- 30 (26,32%) conseillent l'acupuncture
- 16 (14,04%) ont répondu aucun des éléments ci-dessus
- 15 (13,16%) conseillent l'utilisation d'huile essentielle de menthe poivrée

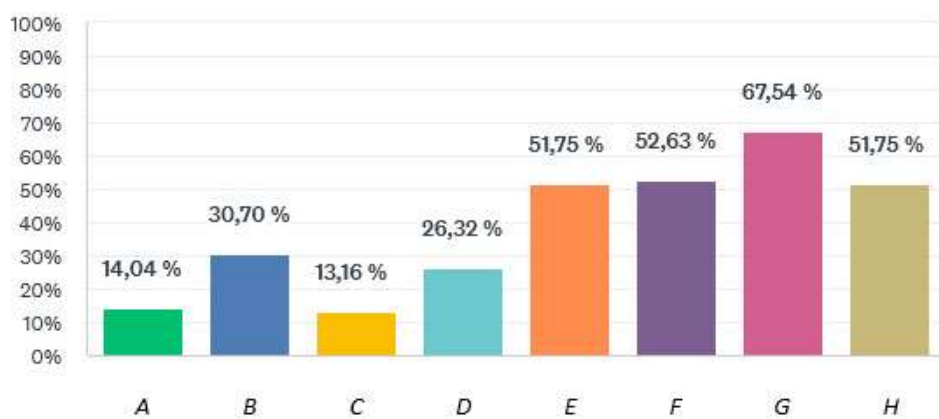


Figure 13 :
Thérapeutiques
non
médicamenteuses
conseillées par les
médecins en cas de
céphalées de
tension épisodiques
fréquentes

A : Aucun des éléments ci-dessous

C : Huile essentielle de menthe poivrée

F : Yoga

B : Thérapie manuelle par ostéopathe

D : Acupuncture

G : Sophrologie

E : Massage cervical doux

H : Méditation

4.3 – Céphalées de tension chroniques

111 participants (95,69%) font une prescription.

Parmi les prescriptions : 13 (11,71%) comportent un ou des traitements médicamenteux, 7 (6,31%) comportent une ou des thérapies non médicamenteuses et 91 (81,98%) comportent les deux.

Concernant les thérapies non médicamenteuses :

- 50 (51,02%) prescrivent de la kinésithérapie : massage cervical
- 38 (38,78%) prescrivent de la kinésithérapie : travail postural
- 37 (37,76%) prescrivent de l'APA (activité physique adaptée)
- 35 (35,71%) prescrivent une psychothérapie avec TCC
- 34 (34,69%) prescrivent une psychothérapie sans mention précise
- 29 (29,59%) prescrivent de la kinésithérapie : physiothérapie
- 26 (26,53%) prescrivent de la kinésithérapie : massage axé sur les points gâchettes
- 22 (22,45%) prescrivent de la kinésithérapie sans mention précise

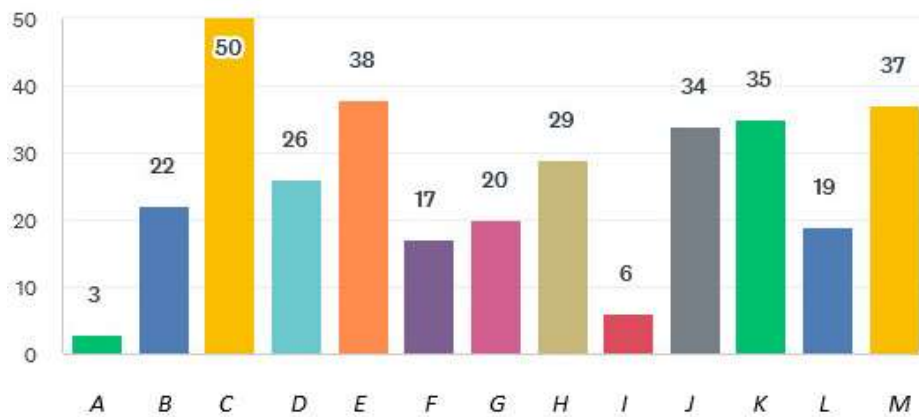


Figure 14 :
Contenu des prescriptions non médicamenteuses réalisées en cas de céphalées de tension chroniques

A : Aucun des éléments ci-dessous

B : Kinésithérapie sans mention précise

C : Kinésithérapie : massage cervical

D : Kinésithérapie : massage axé sur les points gâchettes

E : Kinésithérapie : travail postural

F : Kinésithérapie : thérapie manuelle

G : Kinésithérapie : renforcement des fléchisseurs cervicaux

H : Kinésithérapie : physiothérapie

I : Kinésithérapie : Biofeedback EMG

J : Psychothérapie sans mention précise

K : Psychothérapie avec TCC

L : TENS

M : APA (activité physique adaptée)

Concernant les thérapeutiques médicamenteuses :

- 86 (78,18%) prescrivent du paracétamol
- 76 (69,09%) prescrivent des AINS
- 27 (24,55%) prescrivent des antidépresseurs IRS
- 26 (23,64%) prescrivent des analgésiques avec association contenant de la caféine
- 22 (20%) prescrivent des antidépresseurs tricycliques
- 16 (14,55%) prescrivent des anxiolytiques
- 11 (10%) prescrivent des analgésiques opioïdes

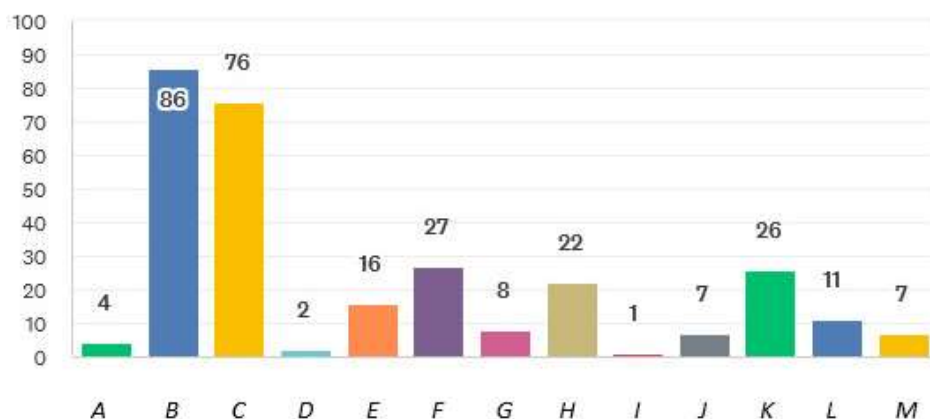


Figure 15 :
Contenu des prescriptions médicamenteuses en cas de céphalées de tension chroniques

A : Aucun des éléments ci-dessous

B : Paracétamol

C : AINS

D : Aspirine

E : Anxiolytiques

F : Antidépresseurs IRS

G : Antidépresseurs IRSNA

H : Antidépresseurs tricycliques

I : Neuroleptiques

J : Triptans

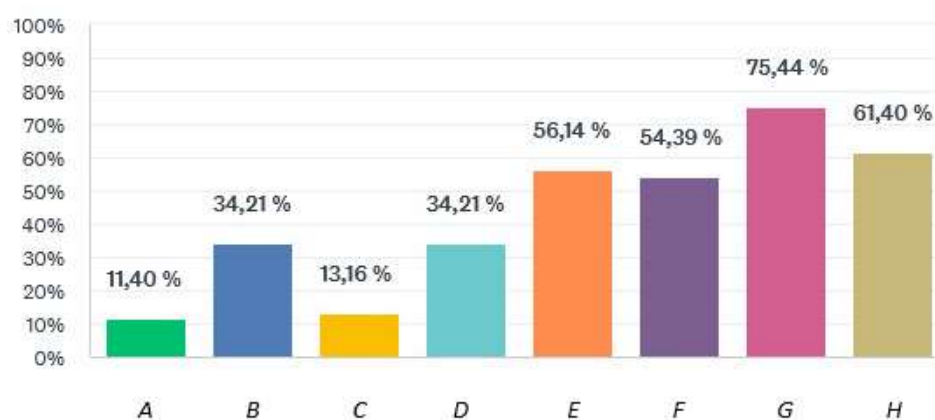
K : Antalgiques avec association contenant de la caféine

L : Analgésiques opioïdes

M : Antiépileptiques

Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses conseillées :

- 86 (75,44%) conseillent la sophrologie
- 70 (61,40%) conseillent la méditation
- 64 (56,14%) conseillent le massage cervical doux
- 62 (54,39%) conseillent le yoga
- 39 (34,21%) conseillent l'acupuncture
- 39 (34,21%) conseillent la thérapie manuelle par un ostéopathe
- 15 (13,16%) conseillent l'utilisation d'huile essentielle de menthe poivrée
- 13 (11,40%) ont répondu aucun des éléments ce dessus



*Figure 16 :
Thérapeutiques
non
médicamenteuses
conseillées par les
médecins en cas
de céphalées de
tension chroniques*

A : Aucun des éléments ci-dessous

B : Thérapie manuelle par ostéopathe

C : Huile essentielle de menthe poivrée

D : Acupuncture

E : Massage cervical doux

F : Yoga

G : Sophrologie

H : Méditation

DISCUSSION

Comme nous avons pu le voir, les céphalées de tension sont très fréquentes, concernant jusqu'à 80% de la population mondiale, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique. (1,5,9,10)

Malgré la grande majorité de nos médecins généralistes participants déclarant se sentir à l'aise avec ce diagnostic, nous pouvons noter que seulement 5 (4,31%) ont su répondre correctement au nombre de types de céphalées de tension défini par l'IHCD-3. De plus, seulement 3% ont répondu correctement aux symptômes évocateurs de céphalées de tension, une grande majorité oubliant la possibilité d'une photophobie ou d'une phonophobie car cela a été coché par seulement 8 participants (6,90%). Le diagnostic initial de céphalées de tension semble donc être l'une des premières limites à sa prise en charge optimale qui pourrait être améliorée par la diffusion de rappel des critères diagnostiques tel que proposé par des sites comme Céphaléeclik.fr. (22)

Notre étude permet d'objectiver les variabilités de prise en charge des céphalées de tension parmi les médecins généralistes en partant d'un échantillon de répondants de Midi-Pyrénées.

PARTIE 1 : Traitement médicamenteux

De manière générale, la prise en charge des céphalées de tension épisodiques repose plutôt sur l'utilisation de traitement aigu alors que dans le cadre de la prise en charge des céphalées de tension chroniques, il est de mise d'envisager un traitement prophylactique. Les céphalées de tension épisodiques fréquentes sont quant à elles à la frontière entre ces 2 prises en charge. (9,23,24)

1- TRAITEMENT AIGU

1.1 - Antalgiques

1.1.1 Paracétamol et AINS

Au sein de notre étude, lorsqu'il était introduit une prescription médicamenteuse, les médecins répondants ont prescrit principalement une antalgie par paracétamol et AINS, et ce dans les 3 types de céphalées de tension.

En effet, le paracétamol et les AINS sont les piliers du traitement aigu des céphalées de tension. Il est d'ailleurs souvent retrouvé une automédication par les patients eux-mêmes avec ces thérapeutiques. (9,24)

La Revue Cochrane de 2016 retrouve un léger avantage du paracétamol par rapport au placebo mais la signification clinique est difficile à établir. (25)

Si on compare l'efficacité antalgique du paracétamol à celle des AINS, la méta analyse de Yoon et al. réalisée sur les publications parues jusqu'au 27 juillet 2010 n'a pas retrouvé de différence significative. (26)

En effet, sur le critère de mesure primaire de l'efficacité défini par l'IHCD-3, soit « l'absence de douleur à 2h du traitement », il n'a pas été retrouvé de différence significative entre le paracétamol, le kétoprofène 25mg ou l'ibuprofène 400mg. A noter qu'une légère différence au niveau de l'intensité de la douleur a été retrouvée à 4h de la prise en faveur de l'ibuprofène 400mg. Les études ne sont cependant pas suffisamment nombreuses pour les différentes molécules ou les doses plus élevées ce qui ne permet pas de formuler des recommandations solides. (23,25)

1.1.2 Aspirine

La revue Cochrane de 2017 a conclu quant à l'aspirine 1000mg qu'elle pouvait soulager la douleur en cas de céphalées de tension épisodiques fréquentes mais les preuves restent très faibles. Ils n'ont pu tirer de leur revue aucune information de son efficacité sur les céphalées épisodiques peu fréquentes. (24)

Ceci est en adéquation avec sa faible utilisation retrouvée dans notre étude.

Cependant, au sein de leur revue de la littérature réalisée en 2016, Bendsten et al. mentionnent qu'il est très probable mais non prouvé que l'aspirine 1000mg (à l'instar de l'ibuprofène 400mg et du kétoprofène 25mg) soit plus efficace que le paracétamol 1000mg pour la gestion de la douleur. Ils recommandent l'ibuprofène 400mg et l'aspirine 1000mg comme médicaments de premier choix sur la base de l'effet du traitement, du profil de sécurité et des coûts pour les céphalées de tension épisodiques. (19)

1.1.3 Antalgiques en association avec de la caféine

Une analyse de 2014 synthétisant 4 essais cliniques randomisés datant de 1986 a retrouvé que les antalgiques contenant une association fixe d'acide acétylsalicylique, de paracétamol et de caféine étaient bien tolérés, efficaces et significativement supérieurs au paracétamol seul pour le critère d'absence de douleur à 2h et concernant la capacité à reprendre les activités. Résultats que l'on retrouve également mentionnés par le guide de l'EFNS de 2014. (9,27)

Cette triple association apparaît donc comme étant une alternative importante quand le paracétamol seul est insuffisamment efficace. (27)

On note dans notre étude que le taux de prescription d'antalgiques associés à la caféine augmente avec la fréquence des céphalées de tension ce qui tend à montrer une utilisation plutôt adaptée en pratique.

Bien qu'elle semble être plus efficace que les analgésiques simples, cette association est également plus susceptible d'entraîner des céphalées par abus médicamenteux. C'est la raison pour laquelle au cours de leur revue narrative de la littérature en 2016, Bendtsen et al., recommandaient son utilisation en 2^{ème} intention à l'instar des recommandations de l'EFNS établit en 2010. (9,19)

On peut noter cependant que les lignes directrices des sociétés allemandes, suisses et autrichiennes recommandent l'association fixe d'aspirine, de paracétamol et de caféine comme étant un traitement de 1^{ère} intention. (19)

1.1.4. Triptans

Les lignes directrices de l'EFNS de 2010 ainsi que la revue narrative de la littérature de Bendtsen et al. datant de 2016 rapportent que les triptans n'ont a priori pas une efficacité cliniquement pertinente pour la prise en charge des céphalées de tension et ne recommandent pas leur utilisation. (9,19)

Malgré le fait que leur utilisation ne soit pas recommandée, nous avons retrouvé une utilisation de ses derniers dans notre étude. Certes celle-ci reste faible mais semble nous indiquer une méconnaissance de leur absence d'efficacité sur les céphalées de tension.

1.1.5 Opiïdes

Les différentes études ayant abordé l'utilisation des antalgiques opioïdes dans les céphalées de tension ont toutes mentionné qu'au-delà du risque de dépendance, le risque de céphalées par abus médicamenteux que cela entraînait ne permettait pas de recommander leur utilisation. (5,9,13,19)

En comparaison aux résultats de notre étude retrouvant une utilisation de ces derniers à hauteur de 10% en cas de céphalées de tension chroniques il nous apparaît que la prescription des opioïdes pourrait être un point d'action majeur à modifier dans les prises en charge.

1.2 - Anxiolytiques

Gary W. et al rapportent que, par son effet GABAergique au niveau de la moëlle épinière favorisant le relâchement musculaire, l'utilisation de Clonazépam à une posologie de 0,25mg à 1mg sur la nuit pouvait être utile dans la prise en charge des céphalées de tension chroniques. (5)

Cependant, aucune preuve d'efficacité des différentes benzodiazépines n'a été retrouvée et il faut garder à l'esprit que ces dernières exposent à des risques d'effets indésirables graves (de type accident de la voie publique, chute, fracture, empoisonnement, dépression, trouble cognitif, confusion, amnésie) associés à un fort risque de dépendance. (13,19)

Il apparaît donc que leur utilisation doit être envisagée en fonction de la balance bénéfice-risque qu'ils peuvent apporter et cette dernière doit être évaluée pour chaque patient de façon individuelle. En cas d'anxiété associée aux céphalées de tension, leur introduction semble indiquée.

Notre étude n'évaluant pas la présence ou non d'une anxiété concomitante et ne précisant pas le moment de prescription des anxiolytiques cela ne nous permet pas de conclure si leur utilisation est adaptée ou non.

2- TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

L'EFNS indique que la pharmacothérapie prophylactique doit être envisagée pour les céphalées de tension chroniques et peut l'être pour les céphalées de tension épisodiques fréquentes. (9)

2.1 - Antidépresseurs

Barbanti et al. dans leur article de revue déclarent que les antidépresseurs sont le traitement de 1^{er} choix pour prévenir les céphalées de tension. (6)

Les traitements de référence parmi les antidépresseurs vont être les tricycliques ou les IRS. (5)

2.1.1 Antidépresseurs tricycliques

L'EFNS et la HAS recommandent en 1^{ère} intention l'utilisation de l'Amitriptyline. (9,11)

L'EFNS recommande son utilisation à la posologie de 30 à 75mg par jour. Elle doit être débutée à faible dose, entre 10 et 25mg par jour, puis augmentée progressivement de 10 à 25 mg par semaine jusqu'à l'obtention d'un effet thérapeutique sans effets indésirables. (6,9)

La HAS propose quant à elle un traitement de fond des céphalées de tension chroniques avec une posologie d'Amitriptyline de 25 à 100mg/j per os avec une preuve de grade A. (11)

Nous pouvons noter avec surprise que, dans notre étude les antidépresseurs tricycliques sont très peu prescrits par les médecins généralistes et seulement 20% des participants à notre étude ont déclaré en introduire pour les céphalées de tension chroniques. S'agissant de la seule prise en charge qui est mentionnée dans les recommandations de la HAS, il nous apparaît que celle-ci est méconnue des médecins généralistes en pratique.

L'efficacité du traitement peut être observée dès la première semaine d'utilisation thérapeutique selon l'EFNS. Son utilisation dans le contexte de céphalées de tension chroniques a permis de mettre en évidence un effet prophylactique cliniquement pertinent sur la durée et la fréquence des céphalées ainsi qu'une diminution des sensibilités myofasciales péri-crâniennes associée qui pourrait suggérer un effet sur la sensibilisation centrale renforcée par une majoration de l'inhibition descendante noradrénergique ou sérotoninergique. (9,13,15)

Il convient d'informer le patient que l'Amitriptyline a un effet propre sur la douleur en dehors de son caractère antidépresseur et ainsi que son efficacité n'est pas liée à la présence concomitante d'une dépression. (9)

Le principal effet secondaire de l'Amitriptyline est un effet sédatif, ce qui permet de recommander sa prise le soir, environ 1 à 2h avant le coucher. En cas d'inefficacité après 4 semaines à la dose d'entretien il est conseillé de changer de traitement prophylactique. (5,9)

2.1.2 Antidépresseurs sérotoninergiques

L'utilisation des IRS a été évaluée par la revue Cochrane de 2015 et il n'a pas été démontré d'efficacité dans la prise en charge des céphalées de tension. De plus, ils semblent moins efficaces que l'Amitriptyline concernant la consommation de traitements analgésiques. Leur utilisation n'est donc pas étayée par des preuves scientifiques significatives. (13,28)

Les résultats de notre étude montrent une utilisation des IRS importante, allant jusqu'à 24,55% soit une prescription supérieure à celle des antidépresseurs tricycliques qui sont recommandés en 1^{ère} intention. Il serait intéressant de savoir si cette utilisation préférentielle

des IRS rentre dans le cadre du traitement d'une dépression supposée sous-jacente aux céphalées de tension.

2.2 - Anti épileptiques

Dans leur étude, Ghadiri et al. n'ont retrouvé que des preuves de très faible qualité qui laissent à penser qu'ils seraient plus efficaces que le placebo pour diminuer la fréquence des céphalées, mais aucune efficacité n'a été retrouvée concernant l'intensité des céphalées .
(13)

En accord avec ses résultats, leur utilisation est restée minime dans notre étude.

2.3 - Autres

La Venlafaxine 150mg et la Mirtazapine 30mg sont probablement plus efficaces que le placebo pour diminuer la fréquence, l'intensité et la durée des céphalées et peuvent être utilisées en cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance de l'Amitriptyline. (9,13)

L'EFNS recommande donc l'utilisation d'Amitriptyline en 1^{ère} intention pour la prise en charge des céphalées de tension chroniques, la Mirtazapine et la Venlafaxine étant des traitements utilisables en 2^{ème} intention. (9)

Quel que soit le traitement prophylactique instauré, l'EFNS rappelle que l'arrêt du traitement doit être envisagé tous les 6 à 12 mois. De plus, il ne faut pas oublier que l'efficacité des traitements préventifs reste modeste et que cette dernière doit être supérieure aux effets indésirables induits. (9)

Nous pouvons constater que dans notre étude, seulement 8 des médecins participants (7,27%) à notre questionnaire introduisaient un traitement par antidépresseurs IRSNa en cas de céphalées de tension chroniques.

Il convient de mentionner qu'il a été omis de rajouter une proposition « autres antidépresseurs » dans notre questionnaire, sachant que la Mirtazapine qui est recommandée en 2^{ème} intention en fait partie. Cependant, du fait qu'aucune des remarques en fin de questionnaire ne le mentionne, cela ne semble pas avoir manqué à un participant.

A noter que 4 des participants (3,64%) ont répondu introduire aucun des traitements mentionnés dans la liste des thérapeutiques proposées mais sans apporter de précision dans la partie remarque qui était disponible à la fin du questionnaire.

PARTIE 2 : Traitement non pharmacologique

Les traitements non pharmacologiques comprennent l'information, la réassurance, l'identification des facteurs déclenchants et les thérapeutiques non médicamenteuses. (9)

Même si les preuves scientifiques évaluant leur efficacité sont rares, du fait de la difficulté à concevoir des études de grande qualité de par des difficultés de mise en place d'un aveuglement adéquat, il convient de toujours envisager leur mise en place pour la prise en charge des céphalées de tension. (9,19)

En fonction des études, il est recommandé soit de débiter la prise en charge des céphalées de tension épisodiques fréquentes ou chroniques par les stratégies non-pharmacologiques seules puis d'introduire un traitement par Amitriptyline en second temps, soit de débiter les 2 thérapeutiques de façon concomitante afin de réduire la sensibilisation centrale. (15,29)

Concernant les traitements non pharmacologiques, il doit être envisagé d'utiliser ceux visant les composantes musculaires périphériques tel que le biofeedback EMG, la kinésithérapie, l'entraînement physique, la relaxation et le travail postural. (15,19)

1 – PRESCRIPTION PARAMEDICALE

Dans notre étude, une majorité des participants utilisent les prescriptions de soins non pharmacologiques et ceci de façon croissante en fonction de la fréquence des céphalées de tension.

1.1 - Kinésithérapie

Le traitement non pharmacologique le plus utilisé en cas de céphalées de tension est la kinésithérapie. Les soins de kinésithérapie comprennent le travail postural, la relaxation, des programmes d'exercices, les ultrasons, la stimulation électrique, le biofeedback EMG, la physiothérapie, les massages etc... (19,29)

Si nous le comparons à notre étude, la prescription de kinésithérapie est effectivement largement utilisée par les médecins généralistes. De par notre division en différentes mentions précisées sur l'ordonnance en complément cela peut expliquer les pourcentages moyennement élevés pour chacune des catégories.

A noter que l'utilisation de la kinésithérapie, bien que semblant efficace et très utilisée, n'a été étudiée que sur des céphalées de tension épisodiques fréquentes ou chroniques. Il n'a été retrouvé aucune étude concernant les céphalées de tension épisodiques peu fréquentes.

1.1.1 Massage cervical

Dans l'essai clinique randomisé de Moraska et al. ils ont retrouvé que la massothérapie permettait de diminuer la fréquence des céphalées de tension qu'elles soient épisodiques ou chroniques mais sans différence significative par rapport au placebo. (30)

Lors de l'auto-évaluation du changement clinique perçu, il avait été retrouvé une amélioration plus importante dans le groupe de massage par rapport au placebo. Cependant, aucune différence n'a été retrouvée sur l'intensité, la durée ou la consommation d'antalgiques hebdomadaire. (30)

Malgré l'absence de preuves scientifiques retrouvées dans la littérature, nous pouvons constater grâce à notre étude qu'en pratique la prescription de massage cervical par des kinésithérapeutes est la thérapeutique paramédicale la plus prescrite par les médecins généralistes pour la prise en charge des céphalées de tension.

1.1.2 Massage axé sur les points gâchettes

Les massages axés sur les points gâchettes permettent une augmentation du seuil de stimulation douloureuse de ces dernières et ce dès les 48 heures suivant le traitement. Il existe un gain supplémentaire même après plusieurs séances de massages. La diminution du seuil de pression douloureuse est obtenue dès la 1^{ère} séance de traitement mais, du fait de son amélioration supplémentaire au fur et à mesure de la répétition des séances, le soulagement des céphalées de tension peut nécessiter plusieurs séances de traitement. (21,30)

Cette utilisation de la massothérapie axée sur les points gâchettes est retrouvée dans notre étude à hauteur de 20,75% jusqu'à 26,55% des prescripteurs de thérapeutiques non médicamenteuses, ce qui nous suggère une bonne compréhension de leur importance sur le plan physiopathologique.

1.1.3 Travail postural

La correction posturale est souvent intégrée dans la thérapie manuelle. (17)

En sa faveur, il a été retrouvé une corrélation significative entre le changement de position de la tête et la fréquence des céphalées de tension et ce principalement pour les céphalées de tension chroniques. Cependant, il était noté une réapparition du mauvais positionnement à 2 semaines. (31–33)

Pour Sohn et al. du fait de la relation entre les céphalées de tension chroniques et la mauvaise posture crano-cervicale, la prise en charge de cette dernière par correction et rééducation posturale doit faire partie de leur traitement mais également de leur prévention, ce qui suggère de les utiliser dès les céphalées de tension épisodiques fréquentes. (16)

Notre étude semble retrouver une pratique en accord avec ces résultats, le travail postural étant la 2^{ème} ou 3^{ème} thérapeutique non médicamenteuse la plus fréquemment utilisée par nos médecins généralistes.

1.1.4 Thérapie manuelle

Il a été retrouvé une diminution significative de la fréquence, de la durée, de l'intensité et de l'impact des céphalées lors de l'utilisation de thérapies manuelles. Une amélioration de la qualité de vie, y compris au travail, a même été suggérée. Les effets retrouvés étant variables selon les méthodes utilisées. (34–38)

La méta-analyse de Mesa-Jimenez et al. s'étalant jusqu'en 2014 a conclu que la thérapie manuelle est plus efficace que les soins médicaux pharmacologiques pour la diminution de la fréquence et de la durée des céphalées immédiatement après l'intervention. (39)

Castien et al. n'ont pourtant pas retrouvé d'impact sur la consommation de médicaments. (14)

La principale difficulté d'homogénéisation, de généralisation des pratiques et le désaccord potentiel de différentes méta-analyses repose sur le fait qu'il y a une importante hétérogénéité des modèles, des mesures, des durées, de la fréquence des traitements appliqués en thérapie manuelle et des groupes de comparaison. (34,39)

Au sein de notre étude, nous avons retrouvé un faible pourcentage de son utilisation par rapport à ces résultats prometteurs. Cela peut être du au fait que la thérapie manuelle fait partie inhérente des soins de kinésithérapie et que sa précision sur les ordonnances n'est probablement pas ressentie comme étant une nécessité.

1.1.5 Renforcement des fléchisseurs cervicaux

L'entraînement isométrique des fléchisseurs du cou semble prometteur dans le traitement des céphalées de tension. Il a été retrouvé une corrélation négative significative entre le seuil de pression douloureuse et la force isométrique des fléchisseurs du cou, ceci à court et long terme. De plus, cela permettrait une diminution significative de fréquence des céphalées de

tension ainsi qu'une diminution de leur intensité et de leur durée y compris à distance du traitement par exercice crânio-cervicaux. (2,17,32,33,40)

Il a été retrouvé une diminution de 60% de la consommation d'antalgiques lors de l'évaluation à distance d'un programme d'entraînement crânio-facial. (2)

Nos participants l'ont intégré à la prise en charge à hauteur de 20,41% des prescriptions au maximum. Devant le nombre d'études en faveur de son efficacité, il nous semble que son utilisation devrait être encouragée.

1.1.6 Physiothérapie

La physiothérapie inclut différentes techniques dont les plus utilisées dans le traitement des céphalées de tension sont les mobilisations articulaires, les exercices thérapeutiques, les massages et les stimulations électriques. (41,42)

Sa mention était fréquemment rajoutée par nos médecins généralistes lors de leur prescription de kinésithérapie.

En effet, la physiothérapie semble être une possibilité thérapeutique efficace dans la gestion des céphalées de tension mais ses modalités et la preuve de son efficacité ne sont pas encore définies. Un effet antalgique a notamment été suggéré lors de l'utilisation de la diathermie (application de chaleur par des ondes électromagnétiques) du fait de l'augmentation retrouvée des seuils de pression douloureuse sur les zones gâchettes. (41,43,44)

1.1.7 Biofeedback EMG

Aucun de nos médecins participants n'introduisait de kinésithérapie avec biofeedback EMG pour la prise en charge des céphalées de tension épisodiques, 6 d'entre eux (soit 6,12% des médecins prescripteurs de thérapeutiques non médicamenteuses) le prescrivait pour les céphalées de tension chroniques.

Ceci alors qu'il existe un effet documenté du biofeedback EMG dans la prise en charge des céphalées de tension selon l'EFNS et que celui-ci aiderait à soulager les céphalées de tension en contrôlant notamment l'hyperactivité musculaire et en maintenant la correction posturale sur l'évaluation à distance. (6,9,31)

Nous pouvons nous interroger sur la cause de cette discordance entre les résultats favorables et sa très faible utilisation en pratique, peut-être qu'une diffusion de ses effets sur les céphalées de tension pourrait augmenter sa prescription par les médecins généralistes.

1.2 - TENS

Le TENS est une méthode thérapeutique qui est connue pour son efficacité dans le cadre des céphalées chroniques peu importe leur étiologie. Il a été retrouvé un effet immédiat sur l'intensité des céphalées de tension et une amélioration de leur fréquence. (42,45,46)

Le TENS semble bénéfique mais les preuves de son efficacité ne sont cependant pas suffisantes selon l'European Headache Federation. (6,47)

Son utilisation restant mitigée en fonction des céphalées dans notre étude cela semble appuyer la nécessité de preuves supplémentaires de son efficacité pour les céphalées de tension. De plus, il convient de rappeler que son utilisation par les kinésithérapeutes peut être prescrite par les médecins généralistes mais que la prescription de l'appareil au patient est du ressort de l'algologue.

1.3 - Psychothérapie

La prise en charge des troubles comorbides tel que l'anxiété ou la dépression doit être systématique car ces derniers peuvent entraîner une chronicisation des céphalées de tension. Cependant, même en l'absence de ces comorbidités, les techniques de libération émotionnelle (gestion du stress) permettent de diminuer la fréquence et la sévérité des céphalées de tension en complément de la diminution des symptômes de stress. (15,48)

En accord avec ces notions, la psychothérapie était fréquemment mentionnée dans notre étude et ce d'autant plus en y ajoutant la mention TCC.

Les preuves de l'efficacité de la TCC sont cependant trop faibles pour pouvoir lui définir un rôle dans le traitement des céphalées de tension chroniques, son efficacité n'ayant été retrouvé que chez certains patients. (6,9,13,49)

La TCC a pour but d'apprendre au patient à identifier ses pensées et ses croyances qui génèrent du stress et qui sont responsables d'une aggravation des céphalées afin de mettre en place des stratégies d'adaptation. L'EFNS conseille d'envisager son application chez des patients ayant des problèmes psycho-comportementaux et chez lesquels la détresse affective joue un rôle central car ils sont les plus à même d'en obtenir un effet bénéfique. (9)

Il est intéressant de noter que les prises en charge psychothérapeutiques (tel que la relaxation, la TCC ou les psychothérapies analytiques) sont recommandées par la HAS pour la prise en charge des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux. (11)

1.4 – Combinaison des prises en charge

La combinaison de différentes techniques ou prises en charge semble plus efficace que leur utilisation isolée ou la non intervention. Dans la majorité des études, les groupes suivant une thérapie combinée obtenaient une plus grande amélioration que lors de l'utilisation des différentes techniques de façon isolée. Cela suggère que la prise en charge la plus efficace consisterait en une association de techniques des tissus mous, de techniques structurelles et de renforcement musculaire des fléchisseurs du cou et ceci en alternative ou en complément des autres traitements administrés. (14,35,37,41,42)

2 - CONSEILS

Nous pouvons relever que la HAS recommande les prises en charge non pharmacologiques telle que la physiothérapie, les thérapies manuelles ou même encore l'acupuncture pour la prise en charge des céphalées chroniques quotidiennes. Cependant, il convient de rester prudent devant des preuves scientifiques de faible qualité du fait de biais majeurs et d'incertitudes. (11,49)

2.1- Acupuncture

Il a été retrouvé une diminution faible mais significative de la fréquence et de l'intensité des céphalées de tension en faveur de l'acupuncture sur une période de 6 mois. Son utilisation ayant un impact positif sur la dépression et l'anxiété, qui sont des comorbidités fréquemment associées aux céphalées de tension, cela pourrait expliquer son influence possible sur la fréquence des céphalées. De plus, il est apparu que la combinaison de l'acupuncture avec les exercices de renforcements musculaires entraînait un effet additif de leur efficacité respective sur l'intensité et la fréquence des céphalées. (50–53)

En revanche, il n'a pas été retrouvé de différence entre l'acupuncture et la physiothérapie de type massage, la relaxation ou l'exercice physique. De plus, il n'y a pas eu d'étude réalisée sur ses effets à long terme. (50,51)

Devant un potentiel effet positif sur la fréquence des céphalées et la qualité de vie des patients, son utilisation pourrait être envisagée pour les céphalées de tension épisodiques fréquentes et chroniques mais la réalisation d'autres études paraît nécessaire ce qui fait que cela reste une recommandation faible. Une des difficultés de son évaluation provient du fait que l'acupuncture est une thérapie qui est appliquée de manière variable selon les pays. En effet, le mode de stimulation, la durée de conservation de l'aiguille et la fréquence du traitement seraient des facteurs influençant l'effet de l'acupuncture. (6,9,13,49–51,54,55) .

Même si son utilisation est de recommandation faible, l'acupuncture était largement conseillée par les médecins généralistes dans notre étude (jusqu'à plus d'un tiers des participants), qui semblent donc convaincus de l'intérêt de cette technique en pratique.

2.2 – Activité physique

L'activité physique adaptée est arrivée dans notre étude en 2^{ème} ou 3^{ème} position pour les traitements non médicamenteux introduits par les médecins généralistes.

En accord avec cette fréquence de prescription, Sertel et al. ont retrouvé que la réalisation d'exercices anaérobiques diminuait la sévérité, la fréquence et les incapacités liées aux céphalées de tension ainsi que l'utilisation des antalgiques. (56)

La revue systématique de Krøll et al. a conclu que l'activité physique supervisée pouvait être utilisée pour la prise en charge des céphalées de tension, ceci restant une recommandation faible du fait du peu d'études retrouvées et de leur manque de puissance. (49)

2.3 - Yoga

Une majorité des médecins généralistes de notre étude conseillent la pratique du yoga ce qui est concordant avec les résultats d'Anheyer et al. qui ont retrouvé que le yoga avait un effet significatif sur la fréquence, la durée et l'intensité des céphalées de tension à court terme. A noter que son utilisation dans la prise en charge des migraines n'a pas retrouvé d'efficacité significative. Cependant ces preuves sont de très faible qualité du fait d'un risque de biais important. De plus, il n'y a pas eu d'étude portant sur l'évaluation à distance, sur l'adhésion des patients ou encore sur la survenue d'effets indésirables ou de leur absence. (57)

Malgré cela, Barbanti et al. recommandent l'utilisation du yoga en traitement non pharmacologique même en l'absence de preuve d'efficacité suffisante. (6)

2.4 – Auto-gestion / Relaxation / Méditation

La grande majorité des médecins généralistes de notre étude (jusqu'à 61,40%) conseillent les techniques d'auto-gestion, de relaxation et de méditation.

Effectivement, il a été retrouvé que les thérapies de prise de conscience du corps et d'autogestion permettent de diminuer significativement l'intensité et les incapacités liées à la douleur provenant des céphalées de tension ainsi que la consommation d'antalgiques. L'entraînement à la relaxation permet d'apprendre à réduire de manière consciente la tension musculaire et l'excitation autonome qui peuvent induire ou découler des céphalées de tension. (19,56,58,59)

2.5 – Manipulation ostéopathique

Il apparaît que la manipulation ostéopathique pourrait être une option thérapeutique potentiellement moins pourvoyeuse d'effets secondaires que le traitement conventionnel, notamment pour les patients ne respectant pas les schémas thérapeutiques médicamenteux ou ayant des contre-indications à ces derniers. Elle reste de recommandation faible mais peut constituer un complément de prise en charge. Son utilisation permettrait une diminution de la fréquence des céphalées (allant jusqu'à environ 33% supplémentaires par rapport au placebo dans l'étude pilote de Rolle et al.) et semblerait être plus efficace que l'utilisation d'une technique des tissus mous concernant la fréquence, l'intensité des céphalées et le seuil de pression douloureuse des muscles temporaux. (38,49,60)

Même si les résultats suggèrent qu'elle pourrait s'avérer efficace dans la prise en charge des céphalées de tension, les preuves sont peu concluantes et les études peu nombreuses ce qui fait que des recherches supplémentaires semblent nécessaires. (61)

2.6 – Huile essentielle de menthe poivrée

L'utilisation d'huile essentielle de menthe poivrée a été conseillée de façon stable par 15 ou 16 participants (13,16% à 13,79%) dans notre étude et ceci qu'importe le type de céphalées de tension concerné.

Il n'a été retrouvé, au cours de notre recherche bibliographique, qu'un seul article concernant l'utilisation de l'huile essentielle de menthe poivrée dans la prise en charge des céphalées de tension, son évaluation reste donc discutable.

L'effet analgésique de l'huile essentielle de menthe poivrée pourrait être lié à la stimulation des récepteurs au froid entraînant un rétrocontrôle inhibiteur. Dans la prise en charge des céphalées, son utilisation passe par une application d'huile sur une grande surface du front et des tempes à 2 reprises. (62)

On peut remarquer que l'utilisation de l'huile essentielle de menthe poivrée est recommandée pour le traitement aigu des céphalées en Allemagne. (62)

3 – SYNTHÈSE

Il ressort de notre étude une grande variabilité des prises en charge des céphalées de tension que cela soit sur le plan pharmacologique ou sur l'utilisation des prises en charge paramédicales.

Les médecins répondeurs utilisent majoritairement les antalgiques recommandés en première intention que sont le paracétamol et les AINS.

Cependant, l'utilisation des traitements pharmacologiques prophylactiques restait faible surtout quand on retrouve que 37% d'entre eux (43 participants) ne prescrivent que des traitements antalgiques.

A noter que les triptans et les opioïdes ont été utilisés jusqu'à respectivement 6,36% et 10% de nos répondeurs pour les céphalées de tension chroniques alors qu'ils n'ont aucune place dans les thérapeutiques à envisager pour la prise en charge des céphalées de tension. Il convient de rappeler que les céphalées de tension sont d'intensité légère à modérée ce qui ne nécessite pas l'utilisation d'antalgiques opioïdes et que les triptans sont à utiliser pour la prise en charge des migraines mais n'ont aucune efficacité sur les céphalées de tension, leur physiopathologie étant différente.

L'utilisation des thérapeutiques paramédicales sur prescription s'est avérée très variable avec une légère prédominance du massage cervical kinésithérapeutique et de l'activité physique adaptée pour les céphalées de tension épisodiques peu fréquentes et fréquentes qui sont légèrement rattrapées par le travail postural et la psychothérapie pour les céphalées de tension chroniques.

Concernant les conseils proposés dans notre étude pour la gestion des céphalées de tension, devant des céphalées épisodiques il a été retrouvé une utilisation majoritaire des massages cervicaux doux, du yoga, de la sophrologie et de la méditation. La sophrologie et la méditation sont les 2 conseils étant également retrouvés comme majoritaires pour les céphalées de tension chroniques.

Cette étude nous a permis de constater, qu'y compris après un rappel des critères diagnostiques afin d'éviter une discordance de diagnostic initial, les prises en charge des céphalées de tension sont très variables d'un médecin à l'autre ce que nous pouvons justifier par l'absence de recommandations clairement établies.

Il a été retrouvé différentes propositions complémentaires rapportées dans la question libre finale de notre questionnaire. Ainsi certains rapportaient demander « un bilan orthoptique si besoin » ainsi qu'un « bilan ophtalmologique ». Cela tend à nous montrer que la catégorie des céphalées de tension, qui sont des céphalées primaires donc non liées à un élément organique, y compris d'ordre visuel, représente une vaste entité qui aurait tendance à regrouper toutes les céphalées inexplicées pour les médecins généralistes.

Un médecin participant a mentionné qu'il « ne prescrit pas de traitement non médicamenteux ». Les céphalées de tension étant une entité où les thérapeutiques pharmacologiques ont une efficacité modeste et devant le risque de développement des céphalées par abus médicamenteux, l'utilisation des prises en charge paramédicales et leur association aux prises en charge pharmacologiques semble pourtant essentielle.

Il convient de noter que l'on n'a pas demandé à quel moment l'adressage aux spécialistes était envisagé car nous souhaitons évaluer la prise en charge par les médecins généralistes mais un participant nous a mentionné qu'il avait souvent recours aux spécialistes et notamment en cas de doute diagnostique. Un autre participant nous a rapporté ne pas se sentir en capacité d'introduire un traitement de fond et adresser le patient au neurologue pour la suite de la prise en charge. Le diagnostic des céphalées de tension nécessitant l'élimination d'autres diagnostics potentiels, il paraît opportun effectivement, en cas de nécessité, d'envisager un avis spécialisé afin d'étayer le diagnostic et de guider la prise en charge.

L'exploration d'un trouble de santé mentale a été rapportée comme étant à envisager au cas par cas selon un participant.

Plusieurs participants ont insisté sur les corrections posturales, d'épargnes y compris sur les anomalies occlusales et sur l'activité physique régulière ou les étirements musculaires.

Enfin, 2 participants ont mentionné que les céphalées de tension étaient une « entité méconnue » dont le rappel des symptômes avait été utile et qu'une synthèse sur les recommandations serait appréciée. Cela montre bien que les médecins sont en demande d'élaboration de recommandations pour uniformiser les pratiques et leur servir de guide. Mais comme nous avons pu le constater, la principale difficulté réside dans la complexité à effectuer des études de bonne qualité pour pouvoir isoler une thérapeutique ayant une efficacité prouvée et ce d'autant plus pour les prises en charge paramédicales.

4 – FORCES ET LIMITES

Une des forces de cette étude est l'originalité de notre sujet. En effet, beaucoup d'études sur les céphalées de tension ciblent une thérapeutique mais il n'en a pas été retrouvé qui évaluent les différentes pratiques des médecins généralistes.

De plus, nous avons constitué notre éventail de propositions thérapeutiques en intégrant la plupart des prises en charge évaluées dans le cadre des céphalées de tension lors d'études préalables afin de permettre l'intégration d'un maximum de possibilités thérapeutiques existantes.

Troisièmement, notre échantillon de répondeur était varié et du fait de nos multiples relances nous avons pu recueillir un nombre suffisant de répondeurs pour pouvoir réaliser des pourcentages représentatifs.

Les principales limites de cette étude sont premièrement du fait que notre échantillon de participants reste modeste par rapport à l'ensemble des médecins généralistes et nous avons ciblé les médecins généralistes exerçant en Midi-Pyrénées, une généralisation des résultats semble donc délicate.

Notre étude étant une étude quantitative transversale il existe un biais de mémorisation inhérent à notre méthode de recueil de données.

De plus, nous avons utilisé un questionnaire à réponses fermées ce qui peut orienter les réponses ou induire une perte d'information. Nous avons tenté de palier à ce biais en ajoutant la question libre à la fin du questionnaire pour les remarques éventuelles.

Il serait intéressant d'avoir une évaluation des prises en charge des céphalées de tension par les médecins généralistes réalisée par des questions ouvertes diminuant ainsi le risque d'influencer les réponses des participants par le listing des propositions.

CONCLUSION

Ainsi comme nous avons pu le voir, les céphalées de tension sont une pathologie fréquente ayant un impact majeur sur la qualité de vie et sur le plan socio-économique.

Notre étude nous a permis d'objectiver la grande variabilité des prises en charge des céphalées de tension par les médecins généralistes qui peut s'expliquer par l'absence de recommandations clairement établies. Les médecins généralistes semblent majoritairement enclins à utiliser des thérapeutiques médicamenteuses en association avec des thérapeutiques non médicamenteuses ce qui semble en accord avec la littérature.

Concernant nos objectifs secondaires, nous avons pu montrer que les médecins se sentaient majoritairement à l'aise avec le diagnostic de céphalées de tension et que dans l'ensemble les symptômes de ces dernières sont connus. Nous pouvons noter qu'il nous a été mentionné que le rappel des critères diagnostiques avait été apprécié, ce qui suggère que la possibilité d'y accéder facilement, comme via le site Céphaléeclik.fr, peut être utile dans la pratique.


En ce qui concerne l'utilisation des prises en charge non médicamenteuses, elles sont majoritairement utilisées par nos médecins généralistes. Nous avons retrouvé que l'utilisation de la kinésithérapie pour des massages cervicaux ou du travail postural et la prescription d'APA ressortaient majoritairement. Et si l'on considère les conseils donnés aux patients, ces derniers étaient souvent orientés vers la pratique du yoga, de la méditation, de la sophrologie et vers les massages cervicaux doux. Il existe de multiples études dans la littérature concernant les prises en charges paramédicales, la principale difficulté pour déterminer des recommandations claires réside dans la complexité de réalisation d'une étude de qualité pour évaluer les effets des différentes interventions.

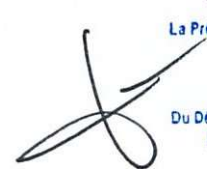
Pour finir, si l'on regarde les prescriptions médicamenteuses, l'antalgie est, à juste titre, recherchée par l'utilisation de paracétamol et d'AINS. Cependant, les médecins semblaient plus divisés sur le traitement prophylactique alors que l'EFNS recommande l'utilisation de l'Amitriptyline en première intention puis de la Mirtazapine ou de la Venlafaxine si besoin. Nous avons même retrouvé une utilisation de traitements pouvant induire des céphalées par abus médicamenteux à long terme.

Il semble qu'une recommandation ciblée concernant la prise en charge médicamenteuse des céphalées de tension serait bénéfique pour uniformiser les pratiques.

Toulouse le 04/09/2024

Toulouse, le 09/09/2024
Vu, permis d'imprimer


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale


La Présidente de l'Université Toulouse III Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation
Le Doyen - Directeur
Du Département Médecine, Maieutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

BIBLIOGRAPHIE :

1. World Health Organization. Migraine and other headache disorders [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
2. Van Ettehoven H, Lucas C. Efficacy of Physiotherapy Including a Craniocervical Training Programme for Tension-Type Headache; A Randomized Clinical Trial. *Cephalgia*. août 2006;26(8):983-91.
3. Hagen K, Åsberg AN, Uhlig BL, Tronvik E, Brenner E, Stjern M, et al. The epidemiology of headache disorders: a face-to-face interview of participants in HUNT4. *J Headache Pain*. 20 mars 2018;19(1):25.
4. Guilleman A. Comportement des patients face à une céphalée et implication sur la prise en charge des céphalées de tension [Médecine humaine et pathologie]. 2017.
5. Gary W. J. Primary Headache Disorders- Part 2: Tension-type headache and medication overuse headache. *Dis--Mon DM* [Internet]. déc 2017 [cité 25 janv 2023];63(12). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28886861/>
6. Barbanti P, Egeo G, Aurilia C, Fofi L. Treatment of tension-type headache: from old myths to modern concepts. *Neurol Sci*. mai 2014;35(S1):17-21.
7. Steiner TJ, Stovner LJ, Katsarava Z, Lainez JM, Lampl C, Lantéri-Minet M, et al. The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *J Headache Pain*. 21 mai 2014;15(1):31.
8. Saylor D, Steiner TJ. The Global Burden of Headache. *Semin Neurol*. avr 2018;38(2):182-90.
9. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – Report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2010;17(11):1318-25.
10. Olesen J, Bendtsen L. ICHD-3. 2018. IHCD-3. Tension-type headache (TTH). Disponible sur: <https://ichd-3.org/2-tension-type-headache/>
11. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2004. CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272365/fr/ccq-cephalees-chroniques-quotidiennes-diagnostic-role-de-l-abus-medicamenteux-prise-en-charge
12. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol*. mai 2012;19(5):703-11.
13. Ghadiri-Sani M, Silver N. Headache (chronic tension-type). *BMJ Clin Evid*. 5 févr 2016;2016:1205.
14. Castien RF, van der Windt DA, Grooten A, Dekker J. Effectiveness of manual therapy for chronic tension-type headache: A pragmatic, randomised, clinical trial. *Cephalgia*. 1 janv 2011;31(2):133-43.
15. Bendtsen L, Fernández-de-la-Peñas C. The Role of Muscles in Tension-Type Headache. *Curr Pain Headache Rep*. 1 déc 2011;15(6):451-8.

16. Sohn JH, Choi HC, Lee SM, Jun AY. Differences in cervical musculoskeletal impairment between episodic and chronic tension-type headache [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0333102410375724>
17. Castien R, Blankenstein A, van der Windt D, Heymans MW, Dekker J. The working mechanism of manual therapy in participants with chronic tension-type headache. *J Orthop Sports Phys Ther.* oct 2013;43(10):693-9.
18. Ashina M. Neurobiology of Chronic Tension-Type Headache. *Cephalalgia.* mars 2004;24(3):161-72.
19. Bendtsen L, Ashina S, Moore A, Steiner TJ. Muscles and their role in episodic tension-type headache: implications for treatment. *Eur J Pain Lond Engl.* févr 2016;20(2):166-75.
20. Gildir S, Tüzün EH, Eroğlu G, Eker L. A randomized trial of trigger point dry needling versus sham needling for chronic tension-type headache. *Medicine (Baltimore).* févr 2019;98(8):e14520.
21. Moraska AF, Schmiede SJ, Mann JD, Butryn N, Krutsch JP. Responsiveness of Myofascial Trigger Points to Single and Multiple Trigger Point Release Massages: A Randomized, Placebo Controlled Trial. *Am J Phys Med Rehabil.* sept 2017;96(9):639-45.
22. Raclot V. Céphalée de tension | CéphaléeClic [Internet]. 2022. Disponible sur: https://cephaleeclic.fr/p/cephalee_de_tension
23. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA, Bendtsen L. Ibuprofen for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 31 juill 2015;2015(7):CD011474.
24. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 13 janv 2017;1(1):CD011888.
25. Stephens G, Derry S, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 16 juin 2016;2016(6):CD011889.
26. Yoon YJ, Kim JH, Kim SY, Hwang IH, Kim MR. A Comparison of Efficacy and Safety of Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs versus Acetaminophen in the Treatment of Episodic Tension-type Headache: A Meta-analysis of Randomized Placebo-controlled Trial Studies. *Korean J Fam Med.* sept 2012;33(5):262-71.
27. Diener HC, Gold M, Hagen M. Use of a fixed combination of acetylsalicylic acid, acetaminophen and caffeine compared with acetaminophen alone in episodic tension-type headache: meta-analysis of four randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover studies. *J Headache Pain.* 19 nov 2014;15(1):76.
28. Banzi R, Cusi C, Randazzo C, Sterzi R, Tedesco D, Moja L. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2015;(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011681/full>
29. Jensen RH. Tension-Type Headache - The Normal and Most Prevalent Headache. *Headache.* févr 2018;58(2):339-45.
30. Moraska AF, Stenerson L, Butryn N, Krutsch JP, Schmiede SJ, Mann JD. Myofascial trigger point-focused head and neck massage for recurrent tension-type headache: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Clin J Pain.* févr 2015;31(2):159-68.

31. Lee E, Lee S. Impact of Cervical Sensory Feedback for Forward Head Posture on Headache Severity and Physiological Factors in Patients with Tension-type Headache: A Randomized, Single-Blind, Controlled Trial. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 15 déc 2019;25:9572-84.
32. Madsen BK, Sjøgaard K, Andersen LL, Tornøe B, Jensen RH. Efficacy of strength training on tension-type headache: A randomised controlled study. *Cephalalgia Int J Headache.* mai 2018;38(6):1071-80.
33. Álvarez-Melcón AC, Valero-Alcaide R, Atín-Arratibel MA, Melcón-Álvarez A, Beneit-Montesinos JV. Effects of physical therapy and relaxation techniques on the parameters of pain in university students with tension-type headache: A randomised controlled clinical trial. *Neurol Barc Spain.* mai 2018;33(4):233-43.
34. Lozano López C, Mesa Jiménez J, de la Hoz Aizpurúa JL, Pareja Grande J, Fernández de Las Peñas C. Efficacy of manual therapy in the treatment of tension-type headache. A systematic review from 2000-2013. *Neurol Barc Spain.* 2016;31(6):357-69.
35. Cumplido-Trasmonte C, Fernández-González P, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F. Manual therapy in adults with tension-type headache: A systematic review. *Neurol Barc Spain.* sept 2021;36(7):537-47.
36. Monzani L, Espí-López GV, Zurriaga R, Andersen LL. Manual therapy for tension-type headache related to quality of work life and work presenteeism: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* avr 2016;25:86-91.
37. Gemma V. EL, Antonia GC. Efficacy of Manual and Manipulative Therapy in the Perception of Pain and Cervical Motion in Patients With Tension-Type Headache: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Chiropr Med.* mars 2014;13(1):4-13.
38. Corum M, Aydin T, Medin Ceylan C, Kesiktas FN. The comparative effects of spinal manipulation, myofascial release and exercise in tension-type headache patients with neck pain: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract.* mai 2021;43:101319.
39. Mesa-Jiménez JA, Lozano-López C, Angulo-Díaz-Parreño S, Rodríguez-Fernández ÁL, De-la-Hoz-Aizpurua JL, Fernández-de-Las-Peñas C. Multimodal manual therapy vs. pharmacological care for management of tension type headache: A meta-analysis of randomized trials. *Cephalalgia Int J Headache.* déc 2015;35(14):1323-32.
40. Castien R, Blankenstein A, De Hertogh W. Pressure pain and isometric strength of neck flexors are related in chronic tension-type headache. *Pain Physician.* 2015;18(2):E201-205.
41. Del Blanco Muñiz JA, Zaballo Laso A. [Tension-type headache. Narrative review of physiotherapy treatment]. *An Sist Sanit Navar.* 26 déc 2018;41(3):371-80.
42. Jung A, Eschke RC, Struss J, Taucher W, Luedtke K. Effectiveness of physiotherapy interventions on headache intensity, frequency, duration and quality of life of patients with tension-type headache. A systematic review and network meta-analysis. *Cephalalgia Int J Headache.* août 2022;42(9):944-65.
43. Irimia P, Martínez-Vila E. [Physiotherapy in tension type headaches. Should it be recommended?]. *An Sist Sanit Navar.* 25 avr 2019;42(1):119-20.
44. Georgoudis G, Felah B, Nikolaidis P, Damigos D. The effect of myofascial release and microwave diathermy combined with acupuncture versus acupuncture therapy in tension-type headache patients: A pragmatic randomized controlled trial. *Physiother Res Int J Res Clin Phys Ther.* avr 2018;23(2):e1700.

45. Mousavi SA, Mirbod SM, Khorvash F. Comparison between efficacy of imipramine and transcutaneous electrical nerve stimulation in the prophylaxis of chronic tension-type headache: a randomized controlled clinical trial. *J Res Med Sci.* 16(7).
46. Mattoo B, Tanwar S, Bhatia R, Tripathi M, Bhatia R. Repetitive transcranial magnetic stimulation in chronic tension-type headache: A pilot study. *Indian J Med Res.* juill 2019;150(1):73-80.
47. Martelletti P, Jensen RH, Antal A, Arcioni R, Brighina F, De Tommaso M, et al. Neuromodulation of chronic headaches: position statement from the European Headache Federation. *J Headache Pain.* déc 2013;14(1):86.
48. Bougea AM, Spandideas N, Alexopoulos EC, Thomaidis T, Chrousos GP, Darviri C. Effect of the emotional freedom technique on perceived stress, quality of life, and cortisol salivary levels in tension-type headache sufferers: a randomized controlled trial. *Explore N Y N.* 2013;9(2):91-9.
49. Krøll LS, Callesen HE, Carlsen LN, Birkefoss K, Beier D, Christensen HW, et al. Manual joint mobilisation techniques, supervised physical activity, psychological treatment, acupuncture and patient education for patients with tension-type headache. A systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain.* 21 août 2021;22(1):96.
50. Liu Y, Yu S. Acupuncture may be considered to be an effective tool for patients with frequent episodic or chronic tension-type headache. *Evid Based Med.* oct 2016;21(5):183.
51. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Shin BC, et al. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Cochrane Database Syst Rev.* 19 avr 2016;4(4):CD007587.
52. Schiller J, Niederer D, Kellner T, Eckhardt I, Egen C, Zheng W, et al. Effects of acupuncture and medical training therapy on depression, anxiety, and quality of life in patients with frequent tension-type headache: A randomized controlled study. *Cephalalgia Int J Headache.* janv 2023;43(1):3331024221132800.
53. Schiller J, Karst M, Kellner T, Zheng W, Niederer D, Vogt L, et al. Combination of acupuncture and medical training therapy on tension type headache: Results of a randomised controlled pilot study. *Cephalalgia Int J Headache.* juill 2021;41(8):879-93.
54. Nielsen A. Acupuncture for the Prevention of Tension-Type Headache (2016). *Explore N Y N.* 2017;13(3):228-31.
55. Hao XA, Xue CC, Dong L, Zheng Z. Factors associated with conflicting findings on acupuncture for tension-type headache: qualitative and quantitative analyses. *J Altern Complement Med N Y N.* avr 2013;19(4):285-97.
56. Sertel M, Bakar Y, Şimşek TT. THE EFFECT OF BODY AWARENESS THERAPY AND AEROBIC EXERCISES ON PAIN AND QUALITY OF LIFE IN THE PATIENTS WITH TENSION TYPE HEADACHE. *Afr J Tradit Complement Altern Med AJTCAM.* 2017;14(2):288-310.
57. Anheyer D, Klose P, Lauche R, Saha FJ, Cramer H. Yoga for Treating Headaches: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med.* mars 2020;35(3):846-54.
58. Probyn K, Bowers H, Mistry D, Caldwell F, Underwood M, Patel S, et al. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open.* 11 août 2017;7(8):e016670.
59. Kiran, Girgla KK, Chalana H, Singh H. Effect of rajyoga meditation on chronic tension headache. *Indian J Physiol Pharmacol.* 2014;58(2):157-61.

60. Rolle G, Tremolizzo L, Somalvico F, Ferrarese C, Bressan LC. Pilot trial of osteopathic manipulative therapy for patients with frequent episodic tension-type headache. *J Am Osteopath Assoc.* sept 2014;114(9):678-85.
61. Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for tension-type headaches: A systematic review of randomized controlled trials. *Complement Ther Med.* 1 août 2012;20(4):232-9.
62. Göbel H, Heinze A, Heinze-Kuhn K, Göbel A, Göbel C. [Peppermint oil in the acute treatment of tension-type headache]. *Schmerz Berl Ger.* juin 2016;30(3):295-310.

ANNEXE :

Annexe 1 : Questionnaire

Évaluation des prises en charge des céphalées de tension par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées

Bonjour à tous, je m'appelle Samantha PLISZCZAK, je suis actuellement médecin généraliste remplaçante et je réalise ma thèse sous la direction du Dr Amandine TERRET.

Ce travail a pour but de faire une évaluation des différentes prises en charge des céphalées de tension par les médecins généralistes en région Midi-Pyrénées.

En effet, les céphalées sont un motif de recours des plus fréquent en consultation de médecine générale.

Parmi les nombreuses étiologies possible les céphalées de tension en représentent une part importante mais leur prise en charge reste sans recommandations formelles ce qui peut amener à une variabilité de ces dernières des plus importante. Les différentes pratiques des médecins généralistes (qu'ils soient installés ou remplaçants) exerçant dans la région Midi-Pyrénées sont donc l'objet de ma recherche dans ce travail.

Afin de pouvoir réaliser ma thèse je vous remercie par avance de répondre à ce questionnaire qui vous prendra environ 5 minutes. Les réponses resteront anonymes évidemment.

Partie 1 : pour mieux vous connaître

* 1. Vous êtes :

- un homme
- une femme

* 2. Vous avez :

- Entre 25 et 35 ans
- Entre 35 et 45 ans
- Entre 45 et 55 ans
- Entre 55 et 65 ans
- Plus de 65 ans

* 3. Vous êtes :

- Médecin généraliste installé(e)
- Médecin généraliste remplaçant(e)

* 4. Dans quel(s) département(s) exercez-vous ? (*Réponses multiples possible*)

- Ariège
- Aveyron
- Haute-Garonne
- Gers
- Lot
- Hautes-Pyrénées
- Tarn
- Tarn-et-Garonne

Partie 2 : diagnostic des céphalées de tension

* 5. Vous sentez vous à l'aise avec le diagnostic de céphalée de tension ?

- Oui
- Non

* 6. Pensez-vous avoir dans votre patientèle des patients sujets à des céphalées de tension ?

- Oui
- Non

7. Au cours des 6 derniers mois combien de céphalées de tension avez-vous diagnostiqué dans votre patientèle ?

- Aucune
- Entre 1 et 10
- Entre 10 et 20
- Entre 20 et 30
- Plus de 30

* 8. Combien de catégories de céphalées de tension existe-t-il selon l'ICHD-3 (The International Classification of Headaches Disorders) ?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Je ne sais pas

9. Quels sont les symptômes qui vous évoquent des céphalées de tension ? (*Réponses multiples possible*)

- Céphalée unilatérale
- A type de serrement / pression / étai
- Pulsatile
- Aggravée par l'activité physique de routine
- Intensité légère à modérée
- Pas de nausées
- Photo ou phonophobie

10. L'ICHD-3 différencie les céphalées de tension épisodiques peu fréquentes, les céphalées de tension épisodiques fréquentes et les céphalées de tension chronique. Quelles sont leurs critères ? (*Réponses multiples possible*)

- Peu fréquentes = <10 épisodes et <1x/trimestre en moyenne
- Peu fréquentes = ≥10 épisodes et <1x/mois en moyenne
- Fréquentes = ≥10 épisodes et <1x/mois en moyenne
- Fréquentes = ≥10 épisodes, de 1 à 14j/mois en moyenne pendant > 3mois
- Chroniques = ≥10 épisodes, de 1 à 14j/mois en moyenne pendant > 3mois
- Chroniques = >15j/mois depuis >3mois

11. Les migraines sans aura sont le principal diagnostic différentiel des céphalées de tension. Parmi les propositions suivantes, lesquelles correspondent aux critères pouvant différencier une céphalée de tension d'une migraine sans aura ? (*Réponses multiples possibles*)

- Topographie : bilatérale vs hémicrânie
- Type de la douleur : pression/étai vs pulsatile
- Intensité : légère à modérée vs modérée à sévère
- Non aggravé à l'effort vs aggravé à l'effort
- Pas de nausées/vomissement vs nausées/vomissements
- Durée de 30min à 7j vs 4 à 72h

Les céphalées de tension sont des céphalées bilatérales, à type de serrement/pression d'intensité légère à modérée et qui ne sont pas aggravée par l'activité physique de routine.

Il n'existe pas de nausées/vomissements associés mais une photo ou phonophobie est possible.

Elles peuvent durer de 30minutes à 7jours.

Le diagnostic de céphalées de tension de novo doit toujours être porté après exclusion des céphalées secondaires et exclusion du principal diagnostic différentiel qu'est la migraine.

L'ICHD- III (The International Classification of Headache Disorders) différencie 3 types de céphalées de tension :

- **Les céphalées de tension épisodiques peu fréquentes (>10 épisodes mais <1jour/mois ou <12jours par an)**
- **Les céphalées de tension épisodiques fréquentes (>10 épisodes de 1 à 14 jours / mois pendant plus de 3 mois)**
- **Les céphalées de tension chroniques (15 jours ou plus /mois pendant plus de 3 mois)**

Partie 3 : Prise en charge des céphalées de tension

I/ En cas de céphalées de tension épisodiques peu fréquentes

12. Faites-vous une prescription ?

- Oui
 Non

I/ En cas de céphalées de tension épisodiques peu fréquentes

13. Votre prescription comporte :

- Un ou des traitements médicamenteux
 Une ou des thérapeutiques non médicamenteuses
 Les deux

I/ En cas de céphalées de tension épisodiques peu fréquentes

14. Quelles thérapeutiques non médicamenteuses prescrivez-vous ? (Réponses multiples possible)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie sans mention précise | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : Biofeedback EMG |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : massage cervical | <input type="checkbox"/> Psychothérapie sans mention précise |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : massage axé sur les points gâchettes | <input type="checkbox"/> Psychothérapie avec TCC |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : travail postural | <input type="checkbox"/> TENS |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : thérapie manuelle | <input type="checkbox"/> APA (activité physique adaptée) |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : renforcement des fléchisseurs cervicaux | <input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : physiothérapie | |

15. Quels traitements médicamenteux introduisez-vous ? (Réponses multiples possible)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paracétamol | <input type="checkbox"/> Neuroleptiques |
| <input type="checkbox"/> AINS | <input type="checkbox"/> Triptans |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Antalgiques avec association contenant de la caféine |
| <input type="checkbox"/> Anxiolytiques | <input type="checkbox"/> Analgésiques opioïdes |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs IRS | <input type="checkbox"/> Antiépileptiques |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs IRSNA | <input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs tricycliques | |

16. Quelles thérapeutiques non médicamenteuses conseillez-vous ? (Réponses multiples possible)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle par ostéopathe | <input type="checkbox"/> Yoga |
| <input type="checkbox"/> Huile essentielle de menthe poivrée | <input type="checkbox"/> Sophrologie |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Méditation |
| <input type="checkbox"/> Massage cervical doux | <input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus |

II/ En cas de céphalées de tension épisodiques fréquentes

17. Faites-vous une prescription ?

- Oui
 Non

II/ En cas de céphalées de tension épisodiques fréquentes

18. Votre prescription comporte :

- Un ou des traitements médicamenteux
 Une ou des thérapeutiques non médicamenteuses
 Les deux

II/ En cas de céphalées de tension épisodiques fréquentes

19. Quelles thérapeutiques non médicamenteuses prescrivez-vous ? (Réponses multiples possible)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie sans mention précise | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : Biofeedback EMG |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : massage cervical | <input type="checkbox"/> Psychothérapie sans mention précise |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : massage axé sur les points gâchettes | <input type="checkbox"/> Psychothérapie avec TCC |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : travail postural | <input type="checkbox"/> TENS |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : thérapie manuelle | <input type="checkbox"/> APA (activité physique adaptée) |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : renforcement des fléchisseurs cervicaux | <input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : physiothérapie | |

20. Quels traitements médicamenteux introduisez-vous ? (Réponses multiples possible)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paracétamol | <input type="checkbox"/> Neuroleptiques |
| <input type="checkbox"/> AINS | <input type="checkbox"/> Triptans |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Antalgiques avec association contenant de la caféine |
| <input type="checkbox"/> Anxiolytiques | <input type="checkbox"/> Analgésiques opioïdes |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs IRS | <input type="checkbox"/> Antiépileptiques |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs IRSNA | <input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs tricycliques | |

21. Quelles thérapeutiques non médicamenteuses conseillez-vous ? (Réponses multiples possible)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle par ostéopathe | <input type="checkbox"/> Yoga |
| <input type="checkbox"/> Huile essentielle de menthe poivrée | <input type="checkbox"/> Sophrologie |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Méditation |
| <input type="checkbox"/> Massage cervical doux | <input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus |

III/ En cas de céphalées de tension chronique

22. Faites-vous une prescription ?

- Oui
 Non

III/ En cas de céphalées de tension chronique

23. Votre prescription comporte :

- Un ou des traitements médicamenteux
 Une ou des thérapeutiques non médicamenteuses
 Les deux

III/ En cas de céphalées de tension chronique

24. Quelles thérapeutiques non médicamenteuses prescrivez-vous ? (Réponses multiples possible)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie sans mention précise | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : Biofeedback EMG |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : massage cervical | <input type="checkbox"/> Psychothérapie sans mention précise |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : massage axé sur les points gâchettes | <input type="checkbox"/> Psychothérapie avec TCC |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : travail postural | <input type="checkbox"/> TENS |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : thérapie manuelle | <input type="checkbox"/> APA (activité physique adaptée) |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : renforcement des fléchisseurs cervicaux | <input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie : physiothérapie | |

25. Quels traitements médicamenteux introduisez-vous ? (Réponses multiples possible)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paracétamol | <input type="checkbox"/> Neuroleptiques |
| <input type="checkbox"/> AINS | <input type="checkbox"/> Triptans |
| <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Antalgiques avec association contenant de la caféine |
| <input type="checkbox"/> Anxiolytiques | <input type="checkbox"/> Analgésiques opioïdes |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs IRS | <input type="checkbox"/> Antiépileptiques |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs IRSNA | <input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus |
| <input type="checkbox"/> Antidépresseurs tricycliques | |

26. Quelles thérapeutiques non médicamenteuses conseillez-vous ? (Réponses multiples possible)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thérapie manuelle par ostéopathe | <input type="checkbox"/> Yoga |
| <input type="checkbox"/> Huile essentielle de menthe poivrée | <input type="checkbox"/> Sophrologie |
| <input type="checkbox"/> Acupuncture | <input type="checkbox"/> Méditation |
| <input type="checkbox"/> Massage cervical doux | <input type="checkbox"/> Aucun des éléments ci-dessus |

27. Merci pour votre participation, avez-vous des remarques ?

Evaluation de la prise en charge des céphalées de tension par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées

Introduction : Les céphalées de tension concernent ou concerneront jusqu'à 80% de la population mondiale ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique. Les céphalées de tension restent un diagnostic d'élimination et le médecin généraliste est au cœur de leur repérage. Elles sont divisées par l'IHCD-3 en céphalées de tension épisodiques peu fréquentes, céphalées de tension épisodiques fréquentes et céphalées de tension chroniques. Leur physiopathologie exacte n'étant pas connue il est complexe de déterminer une prise en charge unique pour les soulager. Nous nous sommes intéressés à évaluer les différentes prises en charge utilisées par les médecins généralistes en région Midi-Pyrénées.

Méthodologie : Nous avons réalisé un questionnaire s'adressant aux médecins généralistes exerçant en Midi-Pyrénées qu'ils soient installés ou remplaçants sur la période de décembre 2023 à avril 2024.

Résultats : Nous avons recueilli 116 réponses complètes. L'ensemble de nos propositions thérapeutiques ont été cochées au moins une fois chacune, ce qui représente la grande variabilité des prises en charge. 78,45% de nos participants (91) réalisent une prescription pour les céphalées de tension épisodiques peu fréquentes, 96,55% (112) en font en cas de céphalées de tension épisodiques fréquentes et 95,69% (111) en cas de céphalées de tension chroniques. Dans les trois types de céphalées de tension, la majorité des prescripteurs réalisent des prescriptions thérapeutiques médicamenteuses en association à des thérapeutiques non médicamenteuses.

Conclusion : Les céphalées de tension sont une entité fréquente devant lesquelles la variabilité des prises en charge est majeure. La réalisation d'une recommandation de bonne pratique semble être une nécessité pour uniformiser les pratiques mais le manque d'études scientifiques de qualité est un frein majeur à sa réalisation.

Evaluation of the management of tension-type headaches by general practitioners in Midi-Pyrénées

Introduction : Tension-type headaches affect or will affect up to 80% of the world's population, making them a major public health issue. Tension-type headaches remain a diagnosis of elimination and the general practitioner is at the heart of their detection. They are divided by the IHCD-3 into infrequent episodic tension-type headache, frequent episodic tension-type headache and chronic tension-type headache. As their exact pathophysiology is not known, it is difficult to determine a single treatment for relieving them. We were interested in evaluating the different treatments used by general practitioners in the Midi-Pyrénées region.

Methodology : We carried out a questionnaire aimed at GPs practising in the Midi-Pyrénées region, whether they were practising GPs or locums, over the period December 2023 to April 2024.

Results : We received 116 complete responses. All of our therapeutic proposals were ticked at least once each, representing the great variability of management. 78.45% of our participants (91) prescribed for infrequent episodic tension-type headaches, 96.55% (112) for frequent episodic tension-type headaches and 95.69% (111) for chronic tension-type headaches. In all three types of tension headache, the majority of prescribers prescribed drug therapies in combination with non-drug therapies.

Conclusion : Tension-type headaches are a frequent entity, with major variability in management. A recommendation for good practice would appear to be necessary in order to standardise practices, but the lack of high-quality scientific studies is a major obstacle to its implementation.

Mots-Clés : Céphalées de tension – Prise en charge - Médecine générale

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE