

Université des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako (USTTB)



Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie

Année universitaire : 2022-2023

N °...../

MÉMOIRE DE FIN SPECIALITE

**EVALUATION DU FARDEAU DES CEPHALEES A
BONGOR (REGION DU MAYO KEBBI EST)
REPUBLIQUE DU TCHAD**

Présenté et soutenu le 09 / 03/ 2023

Par :

Dr NDERBE MELOM Christelle

**Pour l'obtention du Diplôme d'études spécialisées (DES)
En Neurologie**

JURY

Président : Professeur Youssoufa M. MAIGA

Membre : Professeur Thomas COULIBALY

Co-directeur : Docteur Foksouna SAKADI

Directeur : Professeur Seybou Hassane DIALLO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicace spéciale à toi Père Celeste, Dieu Supreme, l'Alpha et l'Omega j'ai jamais douté d'arrivé au bout de ce chemin car je savais que j'avancais avec toi. Tu m'as dit

« NE T'INQUIETE DE RIEN, ET N'AIE AUCUNE CRAINTE

LA JOIE VIENT LE MATIN, LES PROBLEMES NE DURENT QU'UN TEMPS

CAR IL Y'A UN AMI NOMME JESUS, QUI ESSUIERA TOUTES TES LARMES

ET MEME SI TON CŒUR EST BRISE, LEVE LES MAINS ET DECLARE : JE SAIS QUE JE REUSSIRAIS, JE SAIS QUE JE RESISTERAIS

QUELQUES SOIT CE QUI ARRIVERA, MA VIE EST ENTRE SES MAINS AVEC JESUS JE LE PEUX, AVEC LUI JE LE FERAI »

Merci pour ce miracle PERE CELESTE. Soit loué A JAMAIS ; Fais de moi un instrument de BENEDICTION autour de moi au sortie de ce parcours je te prie AU NOM PUISSANT DE TON FILS JESUS CHRIST.

A tata Séverine : beneum ce travail est le pur fruit de ton bon cœur ta générosité ta reconnaissance ; sache que j'ai compris le message que tu m'as passé. Je t'aime.

A la famille NDERBE, ma raison de vivre qu'est-ce que vous n'avez pas pris sur vous pour moi. Votre fierté est ma source de motivation et votre amour mon essence de fonctionnement. Vous remerciez serait un pléonasme. Dieu soit loué de m'accorder une famille si exceptionnelle. Chéri, je n'ai pas la chance cette fois ci de lire sur ton visage l'expression de la fierté que tu portes toujours à mon égard mais je sais combien tu danse là-haut en mon honneur mon coach personnel. Je me demande parfois si tu n'es pas plus content que moi quand je réussis une étape de vie.

A maman Elysa, Dieu a répondu a tes pleurs et supplications, tes nuits blanches. Quelle mère exceptionnelle tu es pour moi maman ! Dieu te bénisse richement

A mon cher époux : ma source de joie, de bonheur, ta patience a payé chéri. Ces épaules que tu m’as accordé toutes ces années Dieu te le rendra au centuple. Que Dieu nous accorde longue vie ensemble pour profiter à suffisance du fruit de nos souffrances mains dans la main.

A mes chéris Baba Dass et yaya Ro merci de vos soutiens multiformes.

A ma tata chérie Caroline : femme de cœur, **Merci pour tes bénédictions, pour tes prières, ton soutien. A travers toi je voudrais remercier toutes mes papas femmes sans oublie beneum Sabine et beneum Françoise Je suis si contente de vous rendre fier. Merci pour vos bénédictions**

A ma belle-famille et particulièrement à **maman Clémence**, merci pour vos prières et vos encouragements.

Merci à mes chers(res) cousins et cousines pour votre soutien plus particulièrement **yaya Na chérie** pour ta confiance (ca me touche énormément), la valorisation que tu m’accorde au-delà du soutien et **yaya Dje** d’être toujours là pour moi et de renforcer ma confiance en moi.

A mon grand AK tu m’as été d’un soutien indéfectible a Bamako pendant cette période je t’en remercierai jamais assez.

A mes éléments Fatime, Gadji, Hyacinthe Dieu vous bénisse abondamment pour tous chers cadets. J’ai hâte d’être à vos jours.

Zita, ma meilleure merci de ton soutien indéfectible. Merci d’exister

Koroh hassane, Un homme généreux serviable, tu sais donne sans compter ni rien attendre en retour. Que Dieu te bénisse. Merci

A mon équipe de choc la STN, voyez en ce travail le fruit de notre engouement et dévouement dans le travail d’équipe. Merci de m’offrir ce climat familial de travail qui ne peut que me rendre fructueuse.

A mes **Crazy's girls (Mimou, Mah, Oumy)**, **ma Tafou chérie** la distance n'enterre pas l'amour vous resterez graver en moi. Merci

A **maman Kani**, mère merveilleuse que Dieu te bénisse, merci a toi **ma voisine chou**

A mes **brillantes neurologues (Kankou, Fallonne, Maimouna)** ça y est les filles on a pu tenir jusqu'au bout qu'est-ce que je peux bien vous dire? Ce travail est littéralement le vôtre. Merci pour tout

A **ma promotion** vous avez rendus ces années plus agréables à vivre et contribuer à mon épanouissement neurologique. Merci

A mes acolytes **Dr Émile Dembele Dr Dicko Dr Oumar Maiga, Dr Ingrid** des amis pas comme les autres. Merci

A **toi ma petite Chimène KOTCHENE**, tu ne sais pas le bien que tu me fais. Dieu te bénisse chérie.

Merci A mon ami **Serge Bogo** merci et merci encore.

A **maman Nata** mon sang, tu as été d'un grand soutien pour moi. Merci

Merci A toute **l'équipe neurologique du point G et de Gabriel Touré**. Dieu vous bénisse

A **tous mes encadreurs de la neuro au Mali**, et particulièrement à notre cher papy **Pr GUINTO, koroh Zou, Dr Landoure Dr Awa, Dr Diallo Salimata, Dr Toumany**, je ne sais comment vous remercier. Que Dieu vous bénisse.

A **l'église de Bamako Koura** plus précisément au Pasteur Pierre DACKO merci du soutien que vous avez été pour moi sans le savoir.

A **ma communauté chrétienne tchadienne de Bamako Koura**, merci d'avoir été là et merci pour ces beaux moments.

Mes kamikazes, merci pour tout.

CETSS, Merci d'être une famille pour moi.

Famille Dorio, merci pour cet amour que vous me porter, merci de tant vous soucier de mon avenir, cela me booste. Avec **Grand Madjingaye et yaya Olivier** vous avez été mon pilier pendant mon séjour en formation à vos côtés.

Merci particulièrement à toi **nana** et à toi **ma mamoune Solal chérie** de continuer à veiller sur moi-même de loin. Je vous aime. Merci à tous.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

À notre Maître et président :

Professeur titulaire Youssoufa Mamadou MAÏGA

- **Neurologue ; Neurobiologiste ;**
- **Professeur titulaire de Neurologie du CAMES (FMOS/USTTB) ;**
- **Titulaire d'un doctorat d'université (PhD) en Neurologie en Neurosciences et Médecine de la Douleur de l'université de Nantes ;**
- **Titulaire d'un doctorat d'université (PhD) en Neurologie et en Neurosciences de l'université des sciences des techniques et de la technologie de Bamako (USTTB) ;**
- **Formateur à l'académie Européenne de l'Epilepsie (EUREPA);**
- **Titulaire d'un diplôme de pédagogie et de communication Médicale ;**
- **Membre de la commission Africaine de la Ligue Internationale contre l'épilepsie ;**
- **Secrétaire général de la ligue Malienne contre l'épilepsie (LMCE);**
- **Membre de la société Française de Neurologie ;**
- **Chef de service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Neurologie ;**

Cher Maître,

Vous n'épargnez ni votre temps ni vos forces pour donner à vos étudiants cette instruction solide et une éducation rationnelle qui feront d'eux de bons médecins.

Vous m'avez appris qu'on n'a pas besoin d'avoir le même sang qu'une personne pour être son parent. Un simple merci ne suffirait jamais.

Vivez donc longtemps, cher maître, pour cette jeunesse que vous savez si bien former à la science et préparer à la vie. Avec nos sentiments les plus affectueux, nous comptons sur vous comme vous êtes en droit de compter sur notre absolu dévouement et notre profonde reconnaissance.

Que le Seigneur qui voit toute chose même les plus cachées vous le rende au-delà de vos attentes.

Cher maître sachez que votre souvenir restera éternellement gravé dans la mémoire et dans le cœur de votre élève dévouée ! merci.

À notre Maître et membre du jury

Pr Thomas COULIBALY

- **Spécialiste en Neurologie,**
- **Maitre de conférences (CAMES/FMOS)**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G,**
- **Neuro-oncologue,**
- **Membre de la société Malienne de Neurosciences**

Cher Maître,

Votre présence dans ce jury est une grande marque d'intérêt pour ce travail. Nous sommes honorés que vous ayez accepté spontanément de le juger. L'humilité, la simplicité sont des vertus bien rares, que nous avons beaucoup appréciée en vous. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, ont force notre admiration et font de vous un exemple à suivre.

Nous ne savons guère vous exprimer toute la joie que nous éprouvons à vous adresser, nos sentiments de profonde gratitude.

À notre Maître et co-directeur de thèse

Dr SAKADI Foksouna

- **Médecin Neurologue au Centre Hospitalo-Universitaire de Référence National de N'Djamena**
- **Maitre-assistant en neurologie au CAMES**
- **Neurophysiologiste,**

Cher Maître,

C'est un grand honneur et privilège que vous nous accorder de travailler à vos côtés dans l'histoire de l'écriture de la neurologie tchadienne.

Plus qu'un mentor vous êtes pour nous un grand frère

Votre simplicité, et votre dévouement au travail bien fait, sont quelques-unes de vos qualités que nous avons beaucoup admirées. Nous saisissons cette occasion pour vous témoigner notre profond respect.

A Notre Maître et Directeur de Thèse,

Pr Seybou DIALLO

- **Pr agrégé au CAMES (FMOS/USTTB)**
- **Membre de la société de neurologie du Mali**
- **Membre de la ligue malienne de lutte contre l'épilepsie**
- **Membre de la société de neurologie Ivoirienne**
- **Membre du consortium H3Africa**
- **Membre de la société européenne et africaine de génétique humaine**
- **Titulaire d'un DIU de céphalée et migraine de l'université de Paris VII**

Cher Maître,

Homme de grande simplicité, nous sommes flattées d'avoir appris à vos côtés. Nous vous remercions cher maître pour la patience dont vous avez fait preuve à notre égard durant toute notre formation. Vous nous avez appris le sens de la rigueur dans le travail. Votre générosité, votre disponibilité ainsi que vos qualités intellectuelles nous honorent.

Pour le privilège d'avoir bénéficié de votre enseignement et de vos conseils si précieux, pour votre disponibilité veuillez accepter cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS :

AINS = Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

AVF = Algie Vasculaire de la Face

ACG = Artérite de Cellule Géante

CDT = Céphalées De Tension

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

FMOS = Faculté de Médecine d'Odomto-Stomatologie

GABA = Acide Gamma Aminobiturique

HIS = International Headache Society

HIT-6 = Headache Impact Test

ICHD-3 = International Classification of Headache Disorders, 3eédition

IRM = Imagerie par résonance magnétique

LCS = Liquide Cérébro-Spinal

MHF = Migraine hémiplégique familiale

STV = Système Trigémino-Vasculaire

SUNCT = Short Lasting Unilateral Neuralgiform pain with Conjunctival
Injection and Tearing

ORL = Otorhinolaryngologiste

TEP = Tomographie par émission de positrons

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel

Liste des tableaux

Tableau II: Repartions de la population en fonction des données	53
Tableau III : La population ayant eu les céphalées au cours des 12 derniers mois	55
Tableau IV: Répartition des céphalées en fonction de la survenue par jour, mois, année.....	56
Tableau V : Répartition des céphalalgiques en fonction des céphalées le plus gênante.....	56
Tableau VI : Répartition des céphalées tous du même type en fonction de la survenue par jour/mois	57
Tableau VII : Répartition des céphalalgiques en fonction de la durée des céphalées de plus du même type	57
Tableau VIII : Répartition des céphalées de plus d'un type selon les caractéristiques cliniques.....	58
Tableau IX : Répartition des céphalalgiques selon le type de céphalée retrouve	60
Tableau X : répartition des céphalalgiques en fonction des premiers soins	60
Tableau XI: Répartition des céphalalgiques ayant eu des conseils de professionnels au cours des 12 derniers mois	61
Tableau XII : Répartition des céphalalgiques en fonction des médicaments utilisés pour traite les céphalées	62
Tableau XIII : Répartition des céphalalgiques en fonction des plantes médicinales utilisé pour traiter les maux de tête	Erreur ! Signet non défini.
Tableau XIV: Répartition des céphalalgiques en fonction des examens complémentaires réalisés au cours des 12 derniers mois	62
Tableau XV : Répartition des céphalalgiques ayant été hospitalisée au cours des 12 derniers mois	63
Tableau XVI : Répartition des céphalalgiques en fonction du nombre de jours de prise des médicaments.....	63

Tableau XVII : Répartition des céphalalgiques en fonction de l'utilisation d'un traitement traditionnel pour les céphalées.....**Erreur ! Signet non défini.**

Tableau XVIII: Montant que les céphalalgiques sont disposés à payer pour le traitement de leurs céphalées..... 64

Liste des figures

Figure 1: Géolocalisation de la ville de bongor sur la carte du tchad..... 47

Figure 2 : Hôpital provincial de bongor..... 48

Figure 3 : Carte de la région du mayo kebbi est avec géolocalisation de la ville de bongor..... 48

Figure 4: Répartition de la population en fonction des données sociodémographiques..... 55

Figure 5 : Répartition des céphalalgiques en fonction du nombre des jours perdus à cause des céphalées. Figure et non tableau..... 65

Figure 6: Evaluation de la qualité de vie..... 66

Table des matières

I. INTRODUCTION :	2
II. OBJECTIFS :	5
1. Objectif général :	5
2. Objectifs spécifiques :	5
III. GENERALITES :	7
1. Définition :	7
2. Epidémiologie des céphalées :	7
3. Rappel anatomique :	13
4. Physiopathologie des céphalées :	13
5. Classification internationale des céphalées (ICHD-3) 3è édition (2019)	21
6. TRAITEMENT DES CEPHALEES	33
7. Critères d’hospitalisation et d’appel aux spécialistes :	42
IV. METHODOLOGIE.....	46
1. Cadre d’étude	46
2. Critères :	49
3. Conception de l'étude :	49
V. RESULTATS	53
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	68
CONCLUSION	73
RECOMMANDATIONS :	75
RÉFÉRENCES	78
Annexes	80

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Les céphalées, constituent les dix premières causes d'incapacité dans le monde entier. Elles représentent une charge pour la personne et la société se traduisant par des douleurs, des incapacités, une détérioration de la qualité de vie et des coûts financiers. (1)

Ces pathologies font partie des dix causes les plus fréquentes de consultation dans une pratique de médecine générale et sont responsables de 20% des causes d'absentéisme (1 jour d'absence/ année/employé) (2)

À l'échelle mondiale, les céphalées constituent un problème majeur de santé publique et touche les personnes de tout âge, de toute race, de tout niveau de revenu et de toute zone géographique La prévalence chez l'adulte est d'environ 50%. (3)

La prise en charge des céphalées peut avoir un coût financier très élevé. Évidemment, il n'y a pas que le fardeau socioéconomique mais aussi les souffrances personnelles au niveau de la vie familiale, la relation de couple, les activités sociales, la performance au travail ou aux études, et la qualité de vie en générale. Les efforts sur le long terme pour vivre avec des céphalées chroniques peuvent aussi prédisposer le sujet à d'autres maladies, par exemple la dépression.(4)

Aux Etats Unis, la prévalence des migraines est élevée, affectant environ 1 Américain sur 7 chaque année, et reste relativement stable avec 112 millions de journées de travail manquées par années en raison de la douleur associée à la migraine. (5) (13)

Le coût total de la prise en charge de migraine en Europe était estimé à 579 euros par patient soit 27 milliards d'euros pour les 41 millions de patients âgés de 18 à 65 ans, près de 90% étaient des coûts indirects. (6)

Environ 20 % des Français souffrent de migraines, ce qui est à l'origine de conséquences importantes, à la fois physiques et psychologiques, qui peuvent fortement altérer la qualité de vie des patients migraineux. (6)

En Afrique sub-saharienne jusqu'à une période récente, peu d'études avaient porté spécifiquement sur la prévalence des céphalées qui étaient très disparates. Toutefois l'utilisation rigoureuse des critères de l'International Headache Society (IHS) a permis de stabiliser la prévalence des différentes études.

En Zambie, une étude utilisant cette méthodologie a permis de noter une prévalence annuelle des céphalées de 61,6%, avec 22,9% des migraines et 22,8% des céphalées de type tension (TTH) (2)

En Ethiopie, les auteurs ont retrouvé une prévalence de 20, 6% pour la céphalée de tension et 17,7% pour la migraine.(7)

Au Mali plusieurs études ont été réalisé avec une prévalence globale des céphalées qui était de 20% dont 17,3% de migraine en 2017(7).

A la lumière de ces travaux, les céphalées apparaissent en Afrique, comme un problème majeur de santé publique avec des conséquences négatives sur la qualité de vie et un coût socio-économique considérable, avec des lacunes qui persistent à nos connaissances sur cette pathologie fréquente et handicapante.

Les données actuelles restent d'une part ancienne et d'autres parts parcellaires portant essentiellement sur des sous-groupes de populations. Toutefois des larges études épidémiologiques ont été menées dans différents pays, mais non au Tchad. Dans ce contexte, une étude épidémiologique devenait nécessaire d'où notre travail qui a pour objectif d'étudier le fardeau des céphalées dans le district sanitaire de Bongor, la région du Mayo Kébbi Est du Tchad.

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS :

1. Objectif général :

- Evaluer le fardeau des céphalées dans la région du mayo kébbi Est au Tchad

2. Objectifs spécifiques :

- 1) Estimer le coût socio-économique des céphalées dans le district sanitaire de Bongor.
- 2) Etudier la prévalence de la migraine, de la céphalée de tension, ainsi que de la répartition avec l'âge et le sexe.
- 3) Evaluer les facteurs associés aux céphalées.
- 4) Identifier l'itinéraire thérapeutique d'un céphalalgique.

GENERALITES

III.GENERALITES :

1. Définition :

Une céphalée (ou céphalalgie) est un symptôme subjectif défini par des douleurs ressenties au niveau de la boîte crânienne ou de la tête. La classification internationale des céphalées de l'International Headache Society en 2004 ne définit pas le terme de céphalée bien qu'il y ait des différences culturelles dans l'appréciation d'une douleur, en particulier de son seuil, et que ce terme puisse avoir des connotations différentes selon les langues des différents pays. (8)

2. Epidémiologie des céphalées :

Les céphalées sont très fréquentes. Globalement, la prévalence est égale à 52 % des femmes et 37 % des hommes, avec une nette diminution après 60 ans pour les deux sexes. Il y a une forte variabilité selon les pays. Par exemple, pour la migraine, la prévalence varie de 1 % dans une étude à Hong Kong, à 27,5 % dans une étude en Allemagne. En Europe, on trouve une prévalence des céphalées chez les adultes égale à 61 % chez les femmes et 45 % chez les hommes. Ces résultats souffrent du manque de définition de la céphalée. Chez les adolescents, il n'y a pas de lien entre leur consommation de media électroniques (télévision, jeux vidéo, téléphone mobile, ordinateur) et la survenue de céphalées, sauf pour l'écoute de la musique (odd ratio [OR] entre 1,8 et 2,1 selon la durée d'écoute quotidienne). La météorologie semble avoir un impact sur le nombre de patients se plaignant de céphalées dans les services d'urgences, de même que la pollution atmosphérique. (8)

Les céphalées font partie des dix causes les plus fréquentes de consultation dans une pratique de médecine générale. Elles sont le cinquième motif de recours aux urgences aux États-Unis (2,2 % des patients) et sont responsables de 20% des causes d'absentéisme (1 jour d'absence/année/employé) ; 10-12% de la population souffre de migraines (6% des hommes et 15-18% des femmes). Dans la population générale, 90 à 95 % des céphalées sont, après investigations, des céphalées primaires, essentiellement des céphalées de tension ou des migraines,

alors que dans les services d'urgence, près d'un patient sur trois présente des signes de gravité faisant redouter une céphalée secondaire grave. En raison de leur caractère bénin les céphalées primaires sont sous-diagnostiquées et insuffisamment traitées. Bien que plus de 95% des patients vus en pratique de médecine générale présentent une cause bénigne de céphalées, une investigation soigneuse à la recherche d'une étiologie secondaire est indispensable..[(2) (8)]

Le fardeau associé aux céphalées est un problème de santé publique majeur, dont l'ampleur est réelle et n'a pas été pleinement reconnue jusqu'à présent. A l'échelle mondiale, le pourcentage de la population adulte souffrant d'un trouble actif des céphalées est de 47% pour les céphalées en général, de 10% pour la migraine , de 38% pour les céphalées de tension et de 3% pour les céphalées chroniques qui durent plus de 15 jours par mois. (6)

On comprend ainsi donc que les céphalées sont loin d'être rares. Les céphalées représentent en fait le désordre neurologique le plus fréquent. D'ailleurs, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il semblerait que les céphalées soient le plus fréquent motif de consultation en neurologie, avec près du tiers. (9)

Prévalence et incidence des céphalées primaires

La prévalence ponctuelle et globale des céphalées est de 47 % faisant qu'à un moment donné, près d'un sujet sur deux souffre d'une céphalée dans la population générale. Ce niveau de prévalence explique que la céphalée est l'un des motifs les plus fréquents de consultation médicale. Cette prévalence est en fait très variable selon le type de céphalée primaire considérée. La suite de ce chapitre précise les données épidémiologiques descriptives de quatre entités nosographiques :

- migraine ;
- céphalée de tension ;
- céphalée chronique quotidienne ;
- algie vasculaire de la face.

Prévalence et incidence de la migraine

La migraine est une céphalée primitive, très vraisemblablement à base génétique. Elle apparaît d'ordinaire à la puberté et touche surtout les personnes de 35 à 45 ans mais elle peut affecter des personnes beaucoup plus jeunes, et notamment des enfants. (10) Il s'agit d'une céphalée primaire fréquente et invalidante. De nombreuses études épidémiologiques ont documenté sa prévalence élevée et son important impact socio-économique et personnel. Dans l'étude Global Burden of Disease Study 2010 (GBD2010), elle a été classée comme la troisième maladie la plus répandue au monde. Dans l'étude GBD2015, elle a été classée comme la troisième cause d'invalidité dans le monde chez les hommes et les femmes de moins de 50 ans et peut affecter les domaines académique, social, familial et personnel de la vie. [(11) (12)]

La migraine est courante et touche environ 12 % de la population américaine dans son ensemble, 18 % des femmes et 6 % d'hommes chaque année. Les estimations mondiales sont généralement plus élevées. (11)

Des études européennes et américaines ont montré que 6-8% des hommes et 15-18% des femmes souffrent de migraine chaque année. Les chiffres sont comparables en Amérique centrale et en Amérique du Sud. A Porto Rico, par exemple, des chercheurs ont calculé que 6% des hommes et 17% des femmes souffraient de migraine. Une enquête réalisée en Turquie a fait état d'une prévalence encore supérieure dans ce pays : 10% chez les hommes et 22% chez les femmes. Les taux plus élevés observés partout chez les femmes (2-3 fois supérieurs aux taux masculins) ont une cause hormonale. (10)

La migraine représentant la 9^{ème} condition sur la liste des désordres neurologiques les plus coûteux, et la 3^{ème} lorsque l'on considère seulement le sexe féminin, aux États-Unis, le coût annuel de sa prise en charge est estimé à approximativement 14 milliards de dollars, où 1 milliard est lié à des coûts médicaux alors que le reste est associé aux coûts indirects en lien avec les journées de travail perdues ou à une efficacité réduite avec 112 millions de

journées de travail manquées par années, ce qui représente 300000 personnes par jour qui doivent rester à la maison. (13)

A Genève en 2010, la migraine représente environ 15% des causes de céphalées primaires. Elle touche 15% de la population, plus fréquemment les femmes que les hommes (rapport 3/1). La prévalence est de 25% chez la femme de 40 ans. La majorité (80%) des patients migraineux présente leurs premières crises avant l'âge de 30 ans. La fréquence des crises est très variable, elle diminue classiquement avec l'âge et la grossesse induit une rémission transitoire dans 70% des cas. (2)

La prévalence de la migraine en France, chez les sujets de plus de 15 ans, est d'environ 12 %. Elle touche principalement les femmes (17 % des femmes sont concernées) et le pic de prévalence se situe entre 30 et 50 ans. Chez l'enfant, sa prévalence est estimée entre 3 et 10 %. Son impact socio-économique est majeur. En effet, les dépenses de santé concernant l'ensemble des individus de plus de 15 ans souffrant de migraine en France ont été estimées à 1044 millions d'euros dans la « GRIM-2 study ». (14)

Bien qu'apparemment de prévalence inférieure, la migraine n'en demeure pas moins courante en Asie (3% des hommes et 10% des femmes) et en Afrique (3-7% selon des études en communauté). Des études approfondies restent à faire. Mais en Inde, par exemple, des données empiriques laissent penser que la fréquence de la migraine y est comparable. (10)

Prévalence et incidence de la céphalée de tension :

Les **céphalées de tension** (CT) se manifestent par une céphalée décrite comme une sensation de pression ou de serrement, classiquement non pulsatile, de localisation fréquemment bilatérale, d'intensité légère à modérée, la durée des céphalées étant extrêmement variable, estimée à une durée de 30 minutes à sept jours. Elles sont classées en deux grandes catégories : les CT épisodiques (< 15 jours de céphalées tensives par mois) et les CT chroniques (> 15 jours de céphalées tensives par mois depuis au moins trois mois). (15)

La Céphalée de tension est très fréquente, avec une prévalence au cours de la vie en population générale estimée entre 30% et 78%, selon les différentes études. Elle a un impact socio-économique élevé.

Les céphalées dites de tension et les céphalées chroniques quotidiennes ont un coût financier cumulé à la perte de 25 millions de journées de travail ou de scolarité par an. (3)

Les céphalées de tension apparaissent souvent à l'adolescence, affectant trois femmes pour deux hommes, et elles atteignent leur pic à la trentaine. Les céphalées de tension épisodiques, signalées par plus de 70% de certaines populations, sont les céphalalgies les plus répandues. Leur prévalence oscille considérablement. Des études en communauté réalisées en Afrique indiquent, par exemple, que la population affectée ne représente guère plus de 1,7% mais ce résultat peut être en grande partie attribué à une attitude culturelle concernant la déclaration d'une affection relativement mineure. Les céphalées de tension chroniques affectent 1-3% des adultes. (10)

Dans les pays industrialisés, les céphalées de tension affectent à elles seules les deux tiers des hommes adultes et plus de 80% des femmes. En extrapolant à partir des données de la prévalence de la migraine et de l'incidence des crises de migraine, on obtient le chiffre de 3000 crises quotidiennes par million dans la population générale. (10)

Prévalence et incidence de la céphalée chronique quotidienne :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de 1,7 à 4% de la population adulte mondiale est affectée par une céphalée pendant au moins 15 jours par mois. C'est énorme et c'est ce qu'on appelle la céphalée chronique ! (3)

La céphalée chronique quotidienne n'est pas individualisée en tant qu'entité nosologique dans la classification internationale des céphalées, mais elle est unanimement définie par la présence d'au moins 15 jours de céphalée par mois depuis au moins 3 mois. Problème majeur en pratique clinique, elle a récemment bénéficié de l'approche épidémiologique descriptive. Ainsi, de nombreuses

études ont permis d'estimer sa prévalence entre 3 et 4 %. La France est l'un des pays où ce taux a été mis en évidence dans une étude qui a par ailleurs montré que les deux tiers des sujets présentant une céphalée chronique quotidienne décrivaient une sémiologie migraineuse mettant en exergue le fait que les sujets souffrant de céphalée chronique quotidienne constituent un groupe hétérogène comprenant des sujets souffrant d'une céphalée plutôt d'origine migraineuse et d'autres souffrant d'une céphalée plutôt de nature tensive. Cette même étude a montré que les sujets en céphalée chronique migraineuse avec une sémiologie migraineuse avaient une consommation médicamenteuse 6 fois supérieure aux sujets souffrant de migraine épisodique faisant ressortir le possible abus médicamenteux qui est fréquemment associé à la céphalée chronique quotidienne. Ces dernières années, l'épidémiologie de la céphalée chronique quotidienne a particulièrement concerné la migraine chronique dont la prévalence a été estimée entre 1,4 et 2,2 %. Par ailleurs, l'incidence annuelle de l'apparition d'une céphalée chronique quotidienne chez les migraineux a été estimé à 2,5 %. (16)

Prévalence et incidence de l'algie vasculaire de la face

L'AVF (cluster headache ou littéralement « céphalées en grappe ») est la plus fréquente des céphalées trigémino-autonomiques avec une prévalence estimée à 1/1000. L'AVF a la particularité d'affecter principalement les sujets jeunes (âge de début moyen entre 20 et 40 ans) de sexe masculin (sex-ratio homme femme : 3 à 4) avec une prédominance masculine plus nette dans l'AVF chronique. La prédominance masculine est toutefois moins importante ces dernières années. Il existe une association statistique positive avec le tabagisme, observée dans plus de 80 % des cas. Une association significative avec la consommation du cannabis ou de la cocaïne chez les patients souffrant d'AVF a également été mise en évidence.(7)

3. Rappel anatomique :

Toutes les structures cérébrales ne sont pas sensibles à la douleur. Paradoxalement, bien que toutes les douleurs soient ressenties dans le cerveau, le parenchyme cérébral lui-même n'est pas sensible à la douleur. L'arachnoïde, l'épendyme et la dure-mère (à l'exception des régions proches des vaisseaux) ne sont pas non plus sensibles. Cependant, les nerfs crâniens V, VII, IX et X, le polygone de WILLIS et ses prolongations immédiates, les artères méningées, les gros vaisseaux du cerveau et de la dure-mère et les structures à l'extérieur du crâne (y compris le cuir chevelu et les muscles cervicaux, les nerfs cutanés et la peau, la muqueuse des sinus de la face, les dents, les nerfs cervicaux et leurs racines, et les artères carotides et leurs branches) sont sensibles à la douleur. L'ICHD-3 est publiée en tant que premier numéro de Cephalalgia en 2018, exactement 30 ans après la première édition de l'International Classification of Headache Disorders, l'ICHD-I comme nous l'appelons maintenant. Cette première version était basée principalement sur des avis d'experts, mais s'est néanmoins avérée largement valable. L'ICHD-II, publiée en 2004, comportait un certain nombre de changements motivés d'une part, par de nouveaux éléments de preuve et d'autre part, par les avis révisés des experts. Les nouvelles preuves scientifiques ont joué un rôle relativement plus important dans les changements opérés dans la version bêta de l'ICHD-3, et toutes les nouvelles modifications incluses dans l'ICHD-3 sont basées sur de telles preuves. Ainsi, la Classification des Céphalées est dorénavant et pour toutes les éditions futures, entièrement dirigée par la recherche. (7)

4. Physiopathologie des céphalées :

Les bases de nos connaissances sur l'anatomie fonctionnelle des céphalées reposent sur les travaux de Penfield, Ray et Wolff en 1940, réalisés sur des patients en cours d'intervention chirurgicale à crâne ouvert et sous anesthésie locale. On a pu déterminer les structures allogènes intracrâniennes ainsi que les zones de projection de la douleur : Une stimulation électrique des vaisseaux de

la dure-mère, artères et veines, provoque une douleur ipsilatérale, sévère de la région front temporale, alors que la même stimulation de la dure-mère à distance des vaisseaux ou une stimulation du parenchyme cérébral sont totalement indolores. Plus récemment on a montré que la distension par ballonnets gonflables des segments proximaux des grosses artères, carotide, vertébrale et tronc basilaire provoquait une douleur projetée dans le territoire ophtalmique du nerf trijumeau. Étant donné que les vaisseaux intracrâniens sont la seule source de la douleur intracrânienne et en particulier de la douleur projetée, la connaissance de l'innervation de ces vaisseaux est un prérequis indispensable à la compréhension des mécanismes des céphalées. Il faut annoncer la figure dans le texte

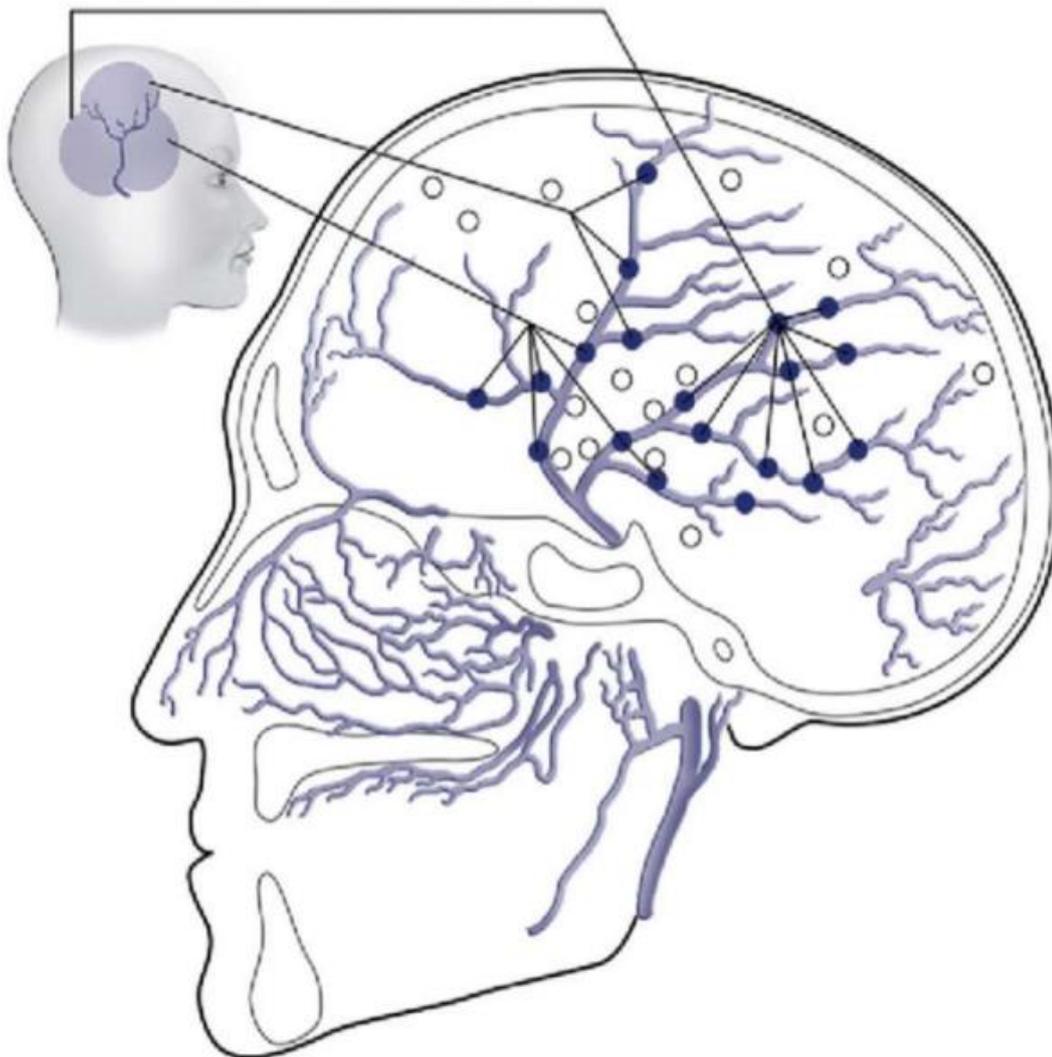


Figure 1 : Stimulation électrique de la dure-mère en cours d'intervention chirurgicale à crâne ouvert et sous anesthésie locale. La stimulation électrique de la partie proximale des artères dures et corticales déclenche une douleur projetée sur la région fronto-temporale ipsilatérale (ronds bleus), alors que la même stimulation sur la dure-mère voisine est indolore (ronds vides)

4.1. Innervation des vaisseaux intracrâniens : Les vaisseaux intracrâniens sont innervés par des fibres nerveuses afférentes sensibles issues du système trigémino-vasculaire et par des fibres efférentes sympathiques et parasympathiques qui contrôlent la vasomotricité et la sécrétion glandulaire. De plus, ils reçoivent des fibres provenant du cerveau lui-même, constituant donc une innervation intrinsèque.

4.2. Système trigémino-vasculaire (STV) : Les gros vaisseaux de la base du cerveau, les vaisseaux méningés de la pie-mère et de la dure-mère, les sinus veineux sont entourés d'un plexus de fibres nerveuses issues du ganglion de Gasser, principalement de sa première branche de division, et pour la fosse postérieure, issues des ganglions des deux premières racines postérieures cervicales. La distribution majoritairement unilatérale de ces fibres nerveuses peut expliquer l'unilatéralité de la céphalée migraineuse et de la plupart des autres céphalées primaires (hémicrânie).

Ces fibres nociceptives sont de trois types :

- fibres C non myélinisées, de petit calibre → composante lente de la douleur ;
- fibres A delta de conduction plus rapide → composante initiale plus aiguë de la douleur ;
- certaines fibres C, appelées « nocicepteurs silencieux », ne s'activent que pour des stimulations nociceptives de haute intensité. Ces neurones afférents primaires transmettent l'information nociceptive aux neurones secondaires (*second order neuron*) situés dans la partie caudale du noyau du trijumeau et dans les cornes dorsales des deux premiers segments cervicaux. Cet ensemble constituant un continuum fonctionnel est désigné par le terme « complexe trigéminocervical ». L'activation de ce système par stimulation électrique du ganglion trijumeau provoque chez le rat la libération de neuropeptides CGRP (calcitonin generelated peptide), substance P, neurokinine A, responsable d'une inflammation neurogène stérile avec vasodilatation des vaisseaux méningés, extravasation des protéines plasmatiques, dégranulation des mastocytes, activation des plaquettes dans les capillaires.

4.3. Fibres efférentes parasympathiques :

4.3.1. Les fibres extrinsèques parasympathiques empruntent deux voies :

- certaines proviennent du ganglion otique et suivent le trajet de l'artère carotide interne pour se distribuer aux vaisseaux de la base du cerveau ;

• d'autres proviennent du ganglion sphéno-palatin et du nerf facial (via le grand nerf pétreux superficiel). Ces fibres cholinergiques, qui contiennent également du VIP (vasoactive intestinal peptide), ont une relation anatomique étroite avec les fibres sympathiques, ce qui laisse présager qu'un type de fibres peut moduler les effets de l'autre. La stimulation électrique de l'innervation parasympathique a un profond effet vasodilatateur sur les vaisseaux et les artérioles de la base, mais ces réactions vasomotrices ne s'accompagnent pas d'augmentation parallèle du métabolisme cérébral. La consommation locale de glucose reste basse. On parle de vasodilatation neurogène. La section de ces mêmes voies n'altère pas le DSC, ni ne modifie les capacités d'autorégulation. La vasodilatation induite par la stimulation du ganglion sphéno-palatin n'est pas atténuée par les agents anticholinergiques comme l'atropine et la scopolamine. Elle ne serait donc pas due à l'acétylcholine elle-même mais plutôt à d'autres agents cosécrétés avec l'acétylcholine. Du fait de la Comédiation acétylcholineVIP, le VIP peut être le neuromédiateur de la vasodilatation neurogène. D'une part, l'action vasodilatatrice de l'acétylcholine passe par le monoxyde d'azote (NO). La vasodilatation est en effet annulée par les inhibiteurs de la NO synthétase (NOS). Une colocalisation de récepteurs muscariniques et de récepteurs de la NOS a été mise en évidence au niveau des couches II et III du cortex frontal. D'autre part, des fibres nerveuses non cholinergiques provenant du ganglion sphéno-palatin et innervant les cellules endothéliales des vaisseaux de la base contiennent de la NOS ; une certaine proportion d'entre elles (30 % environ) contiennent à la fois de la NOS et du VIP. Ces éléments suggèrent que, dans certaines circonstances, l'acétylcholine, le NO et le VIP peuvent être sécrétés en même temps dans un territoire cérébral. La vasodilatation neurogène passe par le VIP et le NO plutôt que par l'acétylcholine.

4.3.2. Innervation intrinsèque :

On a démontré l'existence de systèmes neuronaux intrinsèques noradrénergiques (locuscoeruleus), sérotoninergiques (raphé médian), cholinergiques (noyau fastigial du cervelet et noyau basal de Meynert) et dopaminergiques, se projetant sur les vaisseaux cérébraux et pouvant jouer un rôle important dans la régulation du DSC, indépendamment de la régulation métabolique ; ainsi la stimulation du noyau fastigial (cholinergique) augmente le débit sanguin cérébral, la stimulation du noyau dorsal du raphé (sérotoninergique) le diminue, sans changement significatif de la consommation de glucose (découplage débitmétabolisme). Après sympathectomie cervicale bilatérale, des vésicules adrénérgiques persistent dans certaines fibres périvasculaires, ce qui démontre l'existence d'une innervation adrénérgique centrale. Cette innervation centrale des artérioles intraparenchymateuses semble être localisée principalement au niveau des branches de division vasculaire, une situation stratégique pour le contrôle du débit sanguin local. Le locus coeruleus est la source exclusive des terminaisons nerveuses noradrénergiques périvasculaires corticales. Sa stimulation chez le chat ou le singe provoque une diminution du débit sanguin cérébral qui est maximale au niveau du cortex occipital

4.3.3. L'innervation sérotoninergique :

En provenance des noyaux du raphé intéresse l'ensemble des vaisseaux pénétrants intra parenchymateux, jusqu'aux artérioles, capillaires et veinules, quelle que soit leur taille. Ce contrôle du tonus de la microcirculation cérébrale par des neurones situés dans le tronc cérébral constitue une base anatomique essentielle pour la compréhension des mécanismes physiopathologiques de la crise migraineuse et des autres céphalées primaires.(17)

La physiopathologie de la migraine reste incomplètement comprise. L'activation du complexe trigémino-cervical est au centre de la douleur migraineuse. Ce complexe est formé par le noyau du trijumeau et les cornes dorsales des deux

premiers segments cervicaux qui reçoivent les influx nociceptifs de l'ensemble des structures céphaliques (vaisseaux, dure-mère, peau). Des études récentes suggèrent l'implication de structures centrales en tant que générateur de l'activation de ce complexe trigémino-cervical. Le substrat physiopathologique de l'aura est la dépression corticale propagée, qui débute par une hyperactivité neuronale avec augmentation du débit sanguin cérébral. À ce stade, elle serait responsable des phénomènes positifs de l'aura. Puis elle serait suivie d'une inactivation neuronale avec diminution du débit sanguin cérébral responsable des phénomènes négatifs. Le lien entre la dépression corticale propagée et l'activation du système trigémino-vasculaire est encore débattu. (14)

Malgré leur prévalence importante, les mécanismes physiopathologiques des CT restent encore mal connus. Les mécanismes douloureux des CT ont été évalués par différentes techniques : étude de la sensibilité péri-crânienne, des seuils de perception de la douleur et de tolérance à la douleur et, plus récemment, étude du contrôle inhibiteur diffus nociceptif. Ces études montrent que deux mécanismes, non exclusifs, semblent jouer un rôle majeur dans le développement des CT, à savoir une sensibilisation périphérique et une sensibilisation centrale. Les arguments en faveur d'une implication périphérique dans la CT proviennent des travaux évaluant la sensibilité des muscles péri-crâniens. Il a été montré que les patients avec CT présentent une augmentation de la sensibilité péri-crânienne suggérant un mécanisme de sensibilisation périphérique. Celle-ci pourrait se compliquer secondairement d'une sensibilisation centrale avec, comme conséquence, le développement et le maintien de CT chroniques. La sensibilité des muscles péri-crâniens n'est pas associée à une augmentation de l'activité musculaire évaluée par électromyographie (EMG). Des mécanismes impliquant une altération des mécanismes centraux de contrôle de la douleur sont également discutés dans la physiopathologie des CT, notamment en cas de CT chroniques. Cette sensibilisation centrale se manifeste par une diminution des seuils de détection

et de tolérance à la douleur au niveau de l'extrémité céphalique mais également au niveau de sites extra-céphaliques comme les membres supérieurs et inférieurs. Ces études suggèrent une sensibilisation de localisation supraspinale thalamique ou corticale. Une altération des systèmes de contrôle de la douleur, plus particulièrement du contrôle inhibiteur diffus nociceptif, est également suggérée chez les patients souffrant de CT épisodiques. Dans les deux cas (sensibilisation centrale et/ou périphérique), le stress est une cause importante de CT, à rechercher de façon systématique. (15)

Pour les céphalées trigémino-autonomiques représentées par l'algie vasculaire de la face (AVF), les mécanismes impliquent une activation du système trigémino-vasculaire, une mise en jeu du système végétatif à destinée céphalique (hyperactivité parasympathique et hypoactivité sympathique) et une implication de l'hypothalamus.

5. Classification internationale des céphalées (ICHD-3) 3^e édition (2019)

Code ICHD-3	Diagnostic
1.	Migraine
1.1	Migraine sans aura
1.2	Migraine avec aura
1.2.1	Migraine avec aura typique
1.2.1.1	Aura typique avec céphalée
1.2.1.2	Aura typique sans céphalée
1.2.2	Migraine avec aura du tronc cérébral
1.2.3	Migraine hémiplégique
1.2.3.1	Migraine hémiplégique familiale (MHF)
1.2.3.1.1	Migraine hémiplégique familiale de type 1 (MHF1)
1.2.3.1.2	Migraine hémiplégique familiale de type 2 (MHF2)
1.2.3.1.3	Migraine hémiplégique familiale de type 3 (MHF3)
1.2.3.1.4	Migraine hémiplégique familiale, autres loci
1.2.3.2	Migraine hémiplégique sporadique (MHS)
1.2.4	Migraine rétinienne
1.3	Migraine chronique
1.4	Complications de la migraine
1.4.1	État de mal migraineux
1.4.2	Aura persistante sans infarctus
1.4.3	Infarctus migraineux
1.4.4	Crise épileptique déclenchée par une aura migraineuse
1.5	Migraine probable
1.5.1	Migraine sans aura probable
1.5.2	Migraine avec aura probable
1.6	Syndromes épisodiques pouvant être associés à la migraine
1.6.1	Trouble gastro-intestinal récurrent
1.6.1.1	Syndrome des vomissements cycliques
1.6.1.2	Migraine abdominale
1.6.2	Vertige paroxystique bénin
1.6.3	Torticolis paroxystique bénin
2.	Céphalée de tension
2.1	Céphalée de tension épisodique peu fréquente
2.1.1	Céphalée de tension épisodique peu fréquente associée à une sensibilité péricrânienne
2.1.2	Céphalée de tension épisodique peu fréquente non

- associée à une sensibilité péricrânienne
- 2.2 Céphalée de tension épisodique fréquente
 - 2.2.1 Céphalée de tension épisodique fréquente associée à une sensibilité péricrânienne
 - 2.2.2 Céphalée de tension épisodique fréquente non associée à une sensibilité péricrânienne
- 2.3 Céphalée de tension chronique
 - 2.3.1 Céphalée de tension chronique associée à une sensibilité péricrânienne
 - 2.3.2 Céphalée de tension chronique non associée à une sensibilité péricrânienne
- 2.4 Céphalée de tension probable
 - 2.4.1 Céphalée de tension épisodique peu fréquente probable
 - 2.4.2 Céphalée de tension épisodique fréquente probable
 - 2.4.3 Céphalée de tension chronique probable

3. Céphalées trigémino-autonomiques (CTA)

- 3.1 Algie vasculaire de la face
 - 3.1.1 Algie vasculaire de la face épisodique
 - 3.1.2 Algie vasculaire de la face chronique
- 3.2 Hémicrânie paroxystique
 - 3.2.1 Hémicrânie paroxystique épisodique
 - 3.2.2 Hémicrânie paroxystique chronique
- 3.3 Crises d'allure névralgique unilatérales de courte durée
 - 3.3.1 SUNCT Crises d'allure névralgique unilatérales de courte durée avec injection conjonctivale et larmoiement
 - 3.3.1.1 SUNCT épisodique
 - 3.3.1.2 SUNCT chronique
 - 3.3.2 SUNA Crises d'allure névralgique unilatérales de courte durée avec signes autonomiques crâniens
 - 3.3.2.1 SUNA épisodique
 - 3.3.2.2 SUNA chronique
- 3.4 Hemicrania continua
 - 3.4.1 Hemicrania continua avec rémission
 - 3.4.2 Hemicrania continua sans rémission
- 3.5 Céphalée trigémino-autonomique probable
 - 3.5.1 Algie vasculaire de la face probable
 - 3.5.2 Hémicrânie paroxystique probable
 - 3.5.3 SUNCT probable
 - 3.5.4 Hemicrania continua probable

- 4. Autres céphalées primaires**
- 4.1 Céphalée primaire induite par la toux
 - 4.1.1 Céphalée primaire induite par la toux probable
 - 4.2 Céphalée primaire d'effort
 - 4.2.1 Céphalée primaire d'effort probable
 - 4.3 Céphalée primaire liée à l'activité sexuelle
 - 4.3.1 Céphalée primaire liée à l'activité sexuelle probable
 - 4.4 Céphalée primaire en coup de tonnerre
 - 4.5 Céphalée induite par le froid
 - 4.5.1 Céphalée attribuée à l'application externe d'un stimulus froid
 - 4.5.2 Céphalée attribuée à l'ingestion ou l'inhalation d'un stimulus froid
 - 4.5.3 Céphalée induite par le froid probable
 - 4.5.3.1 Céphalée attribuée à l'application externe d'un stimulus froid probable
 - 4.5.3.2 Céphalée attribuée à l'ingestion ou l'inhalation d'un stimulus froid probable
 - 4.6 Céphalée induite par une pression externe
 - 4.6.1 Céphalée liée à une compression externe
 - 4.6.2 Céphalée liée à une traction externe
 - 4.6.3 Céphalée induite par une pression externe probable
 - 4.6.3.1 Céphalée liée à une compression externe probable
 - 4.6.3.2 Céphalée liée à une traction externe probable
 - 4.7 Céphalée primaire en coup de poignard
 - 4.7.1 Céphalée primaire en coup de poignard probable
 - 4.8 Céphalée nummulaire
 - 4.8.1 Céphalée nummulaire probable
 - 4.9 Céphalée hypnique
 - 4.9.1 Céphalée hypnique probable
 - 4.10 Céphalée chronique persistante de novo
 - 4.10.1 Céphalée chronique persistante de novo probable
- 5. Céphalée attribuée à un traumatisme crânien et/ou cervical**
- 5.1 Céphalée aiguë attribuée à un traumatisme crânien
 - 5.1.1 Céphalée aiguë attribuée à un traumatisme crânien modéré ou sévère
 - 5.1.2 Céphalée aiguë attribuée à un traumatisme crânien mineur
 - 5.2 Céphalée persistante attribuée à un traumatisme

- crânien
 - 5.2.1 Céphalée persistante attribuée à un traumatisme crânien modéré ou sévère
 - 5.2.2 Céphalée persistante attribuée à un traumatisme crânien mineur
- 5.3 Céphalée aiguë attribuée à un coup du lapin
- 5.4 Céphalée persistante attribuée à un coup du lapin
- 5.5 Céphalée aiguë attribuée à une craniotomie
- 5.6 Céphalée persistante attribuée à une craniotomie
- 6. Céphalée attribuée à une affection vasculaire crânienne et/ou cervicale**
 - 6.1 Céphalée attribuée à une ischémie cérébrale
 - 6.1.1 Céphalée attribuée à un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique (infarctus cérébral)
 - 6.1.1.1 Céphalée aiguë attribuée à un AVC ischémique (infarctus cérébral)
 - 6.1.1.2 Céphalée persistante attribuée à un antécédent d'AVC ischémique (infarctus cérébral)
 - 6.1.2 Céphalée attribuée à un accident ischémique transitoire (AIT)
 - 6.2 Céphalée attribuée à une hémorragie intracrânienne non traumatique
 - 6.2.1 Céphalée aiguë attribuée à une hémorragie intracérébrale non traumatique
 - 6.2.2 Céphalée aiguë attribuée à une hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) non traumatique
 - 6.2.3 Céphalée aiguë attribuée à un hématome sous-dural aigu (HSDA) non traumatique
 - 6.2.4 Céphalée persistante attribuée à un antécédent d'hémorragie intracrânienne non traumatique
 - 6.2.4.1 Céphalée persistante attribuée à un antécédent d'hémorragie intracérébrale non traumatique
 - 6.2.4.2 Céphalée persistante attribuée à un antécédent d'hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) non traumatique
 - 6.2.4.3 Céphalée persistante attribuée à un antécédent d'hématome sous-dural aigu (HSDA) non traumatique
 - 6.3 Céphalée attribuée à une malformation vasculaire non rompue
 - 6.3.1 Céphalée attribuée à un anévrisme sacculaire non rompu
 - 6.3.2 Céphalée attribuée à une malformation

- 6.3.3 artérioveineuse (MAV)
Céphalée attribuée à une fistule durale artérioveineuse (FDAV)
- 6.3.4 Céphalée attribuée à un cavernome
- 6.3.5 Céphalée attribuée à une angiomatose encéphalotrigémينية (syndrome de Sturge Weber)
- 6.4 Céphalée attribuée à une artérite
 - 6.4.1 Céphalée attribuée à une artérite à cellules géantes
 - 6.4.2 Céphalée attribuée à une angéite primitive du système nerveux central (APSNC)
 - 6.4.3 Céphalée attribuée à une angéite secondaire du système nerveux central (ASSNC)
- 6.5 Céphalée attribuée à une affection artérielle cervicale carotidienne ou vertébrale
 - 6.5.1 Céphalée ou douleur faciale ou cervicale attribuée à une dissection artérielle cervicale carotidienne ou vertébrale
 - 6.5.1.1 Céphalée ou douleur faciale ou cervicale aiguë attribuée à une dissection artérielle cervicale carotidienne ou vertébrale
 - 6.5.1.2 Céphalée ou douleur faciale ou cervicale persistante attribuée à un antécédent de dissection artérielle cervicale carotidienne ou vertébrale
 - 6.5.2 Céphalée post-endarterectomie
 - 6.5.3 Céphalée attribuée à une angioplastie ou un stenting carotidien ou vertébral
- 6.6 Céphalée attribuée à affection veineuse intracrânienne
 - 6.6.1 Céphalée attribuée à une thrombose veineuse cérébrale (TVC)
 - 6.6.2 Céphalée attribuée au stenting d'un sinus veineux intracrânien
- 6.7 Céphalée attribuée à une autre affection artérielle intracrânienne aiguë
 - 6.7.1 Céphalée attribuée à une procédure intraartérielle intracrânienne
 - 6.7.2 Céphalée de l'angiographie
 - 6.7.3 Céphalée attribuée à un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (SVCR)
 - 6.7.3.1 Céphalée aiguë attribuée à un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (SVCR)
 - 6.7.3.2 Céphalée aiguë probablement attribuée à un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (SVCR)
 - 6.7.3.3 Céphalée persistante attribuée à un antécédent de syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (SVCR)

- 6.7.4 Céphalée attribuée à une dissection artérielle intracrânienne
- 6.8 Céphalée et/ou aura d'allure migraineuse attribuée à une vasculopathie intracrânienne chronique
 - 6.8.1 Céphalée attribuée au CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy)
 - 6.8.2 Céphalée attribuée au syndrome MELAS (Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes)
 - 6.8.3 Céphalée attribuée à une angiopathie Moyamoya
 - 6.8.4 Aura d'allure migraineuse attribuée à une angiopathie amyloïde cérébrale (AAC)
 - 6.8.5 Céphalée attribuée au syndrome de vasculopathie rétinienne avec leucoencéphalopathie cérébrale et manifestations systémiques (RVCLSM)
 - 6.8.6 Céphalée attribuée à une autre vasculopathie intracrânienne chronique
- 6.9 Céphalée attribuée à une apoplexie pituitaire
- 7. Céphalée attribuée à une affection intracrânienne non vasculaire**
 - 7.1 Céphalée attribuée à une augmentation de la pression du liquide cébrospinal (LCS)
 - 7.1.1 Céphalée attribuée à une hypertension intracrânienne idiopathique (HII)
 - 7.1.2 Céphalée attribuée à une hypertension intracrânienne secondaire à des causes métaboliques, toxiques ou hormonales
 - 7.1.3 Céphalée attribuée à une hypertension intracrânienne secondaire à une anomalie chromosomique
 - 7.1.4 Céphalée attribuée à une hypertension intracrânienne secondaire à une hydrocéphalie
 - 7.2 Céphalée attribuée à une hypotension du liquide cébrospinal (LCS)
 - 7.2.1 Céphalée post ponction durale
 - 7.2.2 Céphalée par fistule du LCS
 - 7.2.3 Céphalée attribuée à une hypotension intracrânienne spontanée
 - 7.3 Céphalée attribuée à une pathologie inflammatoire non infectieuse intracrânienne
 - 7.3.1 Céphalée attribuée à une neurosarcoïdose
 - 7.3.2 Céphalée attribuée à une méningite aseptique (non infectieuse)
 - 7.3.3 Céphalée attribuée à une autre maladie inflammatoire

- non infectieuse intracrânienne
 - 7.3.4 Céphalée attribuée à une hypophysite lymphocytaire
 - 7.3.5 Syndrome de céphalée et déficits neurologiques transitoires avec lymphocytose du LCS
 - 7.4 Céphalée attribuée à une pathologie tumorale intracrânienne
 - 7.4.1 Céphalée attribuée à une tumeur intracrânienne
 - 7.4.1.1 Céphalée attribuée à un kyste colloïde du troisième ventricule
 - 7.4.2 Céphalée attribuée à une méningite carcinomateuse
 - 7.4.3 Céphalée attribuée à une hyper- ou hyposécrétion hypothalamique ou hypophysaire
 - 7.5 Céphalée attribuée à une injection intrathécale
 - 7.6 Céphalée attribuée à une crise d'épilepsie
 - 7.6.1 Céphalée épileptique per-critique
 - 7.6.2 Céphalée postcritique
 - 7.7 Céphalée attribuée à une malformation de Chiari type I
 - 7.8 Céphalée attribuée à une autre affection intracrânienne non-vasculaire
- 8. Céphalée attribuée à une substance ou son sevrage**
 - 8.1 Céphalée attribuée à l'utilisation ou l'exposition à une substance
 - 8.1.1 Céphalée induite par les donneurs d'oxyde nitrique (NO)
 - 8.1.1.1 Céphalée immédiate induite par les donneurs d'oxyde nitrique
 - 8.1.1.2 Céphalée différée induite par les donneurs d'oxyde nitrique
 - 8.1.2 Céphalée induite par les inhibiteurs de la phosphodiesterase
 - 8.1.3 Céphalée induite par le monoxyde de carbone (CO)
 - 8.1.4 Céphalée induite par l'alcool
 - 8.1.4.1 Céphalée immédiate induite par l'alcool
 - 8.1.4.2 Céphalée différée induite par l'alcool
 - 8.1.5 Céphalée induite par la cocaïne
 - 8.1.6 Céphalée induite par l'histamine
 - 8.1.6.1 Céphalée immédiate induite par l'histamine
 - 8.1.6.2 Céphalée différée induite par l'histamine
 - 8.1.7 Céphalée induite par le peptide relié au gène de la calcitonine (CGRP)
 - 8.1.7.1 Céphalée immédiate induite par le CGRP
 - 8.1.7.2 Céphalée différée induite par le CGRP

- 8.1.8 Céphalée attribuée un agent vasopresseur exogène
- 8.1.9 Céphalée attribuée à l'utilisation occasionnelle d'un médicament (non pris pour céphalée)
- 8.1.10 Céphalée attribuée à l'utilisation au long cours d'un médicament (non pris pour céphalée)
- 8.1.11 Céphalée attribuée à l'utilisation ou l'exposition à d'autres substances
- 8.2 Céphalée par abus médicamenteux
 - 8.2.1 Céphalée par abus d'ergotamine
 - 8.2.2 Céphalée par abus de triptan
 - 8.2.3 Céphalée par abus d'antalgique simple
 - 8.2.3.1 Céphalée par abus de paracétamol (acétaminophène)
 - 8.2.3.2 Céphalée par abus d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
 - 8.2.3.2.1 Céphalée par abus d'acide acétylsalicylique
 - 8.2.3.3 Autre céphalée par abus d'analgésiques non-opioïdes
 - 8.2.4 Céphalée par abus d'opioïdes
 - 8.2.5 Céphalée par abus d'antalgiques combinés
 - 8.2.6 Céphalée par abus de plusieurs classes médicamenteuses non surconsommées individuellement
 - 8.2.7 Céphalée par abus invérifiable de plusieurs classes médicamenteuses
 - 8.2.8 Céphalée par abus d'autres traitements
- 8.3 Céphalée attribuée à un sevrage d'une substance
 - 8.3.1 Céphalée par sevrage en caféine
 - 8.3.2 Céphalée par sevrage en opioïde
 - 8.3.3 Céphalée par sevrage en œstrogène
 - 8.3.4 Céphalée attribuée au sevrage d'autres substances utilisées de façon chronique
- 9. Céphalée attribuée à une infection**
 - 9.1 Céphalée attribuée à une infection intracrânienne
 - 9.1.1 Céphalée attribuée à une méningite ou une méningoencéphalite bactérienne
 - 9.1.1.1 Céphalée aiguë attribuée à une méningite ou une méningoencéphalite bactérienne
 - 9.1.1.2 Céphalée chronique attribuée à une méningite ou une méningo-encéphalite bactérienne
 - 9.1.1.3 Céphalée persistante attribuée à une méningite ou une méningoencéphalite bactérienne résolutive
 - 9.1.2 Céphalée attribuée à une méningite ou une méningo-encéphalite virale

- 9.1.2.1 Céphalée attribuée à une méningite virale
- 9.1.2.2 Céphalée attribuée à une encéphalite virale
- 9.1.3 Céphalée attribuée à une mycose ou autre infection parasitaire intracrânienne
 - 9.1.3.1 Céphalée aiguë attribuée à une mycose ou autre infection parasitaire intracrânienne
 - 9.1.3.2 Céphalée chronique attribuée à une mycose ou autre infection parasitaire intracrânienne
- 9.1.4 Céphalée attribuée à une infection cérébrale localisée
- 9.2 Céphalées attribuées à une infection systémique
 - 9.2.1 Céphalée attribuée à une infection systémique bactérienne
 - 9.2.1.1 Céphalée aiguë attribuée à une infection systémique bactérienne
 - 9.2.1.2 Céphalée chronique attribuée à une infection systémique bactérienne
 - 9.2.2 Céphalée attribuée à une infection systémique virale
 - 9.2.2.1 Céphalée aiguë attribuée à une infection systémique virale
 - 9.2.2.2 Céphalée chronique attribuée à une infection systémique virale
 - 9.2.3 Céphalée attribuée à une infection systémique autre
 - 9.2.3.1 Céphalée aiguë attribuée à une infection systémique autre
 - 9.2.3.2 Céphalée chronique attribuée à une infection systémique autre

10. Céphalées attribuées à un trouble de l'homéostasie

- 10.1 Céphalée attribuée à l'hypoxie et/ou l'hypercapnie
 - 10.1.1 Céphalée de la haute altitude
 - 10.1.2 Céphalée attribuée au voyage en avion
 - 10.1.3 Céphalée de la plongée
 - 10.1.4 Céphalée de l'apnée du sommeil
- 10.2 Céphalée de la dialyse
- 10.3 Céphalée attribuée à l'hypertension artérielle
 - 10.3.1 Céphalée attribuée à un phéochromocytome
 - 10.3.2 Céphalée attribuée à une crise hypertensive sans encéphalopathie hypertensive
 - 10.3.3 Céphalée attribuée à une encéphalopathie hypertensive
 - 10.3.4 Céphalée attribuée à une prééclampsie ou une éclampsie
 - 10.3.5 Céphalée attribuée à une dysautonomie
- 10.4 Céphalée attribuée à une hypothyroïdie

- 10.5 Céphalée attribuée au jeûne
- 10.6 Céphalée cardiaque
- 10.7 Céphalée attribuée à un autre désordre de l'homéostasie

- 11. Céphalée ou douleur faciale attribuée à une affection du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'autres structures faciales ou cervicales**
- 11.1 Céphalée attribuée à des pathologies osseuses crâniennes
- 11.2 Céphalée attribuée à une anomalie du cou
 - 11.2.1 Céphalée cervicogénique
 - 11.2.2 Céphalée attribuée à une tendinite rétropharyngée
 - 11.2.3 Céphalée attribuée à une dystonie craniocervicale
- 11.3 Céphalée attribuée à une anomalie des yeux
 - 11.3.1 Céphalée attribuée au glaucome aigu par fermeture de l'angle
 - 11.3.2 Céphalée attribuée à un trouble de la réfraction
 - 11.3.3 Céphalée attribuée à une maladie inflammatoire oculaire
 - 11.3.4 Céphalée trochléaire
- 11.4 Céphalée attribuée à une pathologie des oreilles
- 11.5 Céphalée attribuée à une pathologie du nez ou des sinus faciaux
 - 11.5.1 Céphalée attribuée à une sinusite aiguë
 - 11.5.2 Céphalée attribuée à une sinusite chronique ou récurrente
- 11.6 Céphalée attribuée à une pathologie des dents
- 11.7 Céphalée attribuée à une pathologie de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)
- 11.8 Céphalée ou douleur faciale attribuée à une inflammation du ligament stylo-hyoïdien
- 11.9 Céphalée ou douleur faciale attribuée à une autre pathologie du crâne, du cou, des yeux, des oreilles, du nez, des sinus, des dents, de la bouche ou d'autres structures faciales ou cervicales

- 12. Céphalées attribuées à des troubles psychiatriques**
- 12.1 Céphalée attribuée à un trouble de somatisation

- 12.2 Céphalée attribuée à un trouble psychotique
- 13 Neuropathies crâniennes douloureuses et autres douleurs faciales**
- 13.1 Douleur attribuée à une lésion ou une pathologie du nerf trijumeau
 - 13.1.1 Névralgie du trijumeau
 - 13.1.1.1 Névralgie du trijumeau classique
 - 13.1.1.1.1 Névralgie du trijumeau classique purement paroxystique
 - 13.1.1.1.2 Névralgie du trijumeau classique avec fond douloureux continu
 - 13.1.1.2 Névralgie du trijumeau secondaire
 - 13.1.1.2.1 Névralgie du trijumeau attribuée à une sclérose en plaque (SEP)
 - 13.1.1.2.2 Névralgie du trijumeau attribuée à une lésion occupant de l'espace
 - 13.1.1.2.3 Névralgie du trijumeau attribuée à une autre cause
 - 13.1.1.3 Névralgie du trijumeau idiopathique
 - 13.1.1.3.1 Névralgie du trijumeau idiopathique purement paroxystique
 - 13.1.1.3.2 Névralgie du trijumeau idiopathique avec fond douloureux continu
 - 13.1.2 Neuropathie trigéminal douloureuse
 - 13.1.2.1 Neuropathie trigéminal douloureuse attribuée au zona
 - 13.1.2.2 Névralgie du trijumeau post-zostérienne
 - 13.1.2.3 Neuropathie trigéminal douloureuse post-traumatique
 - 13.1.2.4 Neuropathie trigéminal douloureuse attribuée à une autre cause
 - 13.1.2.5 Neuropathie trigéminal douloureuse idiopathique
- 13.2 Douleur attribuée à une lésion ou une pathologie du nerf glossopharyngien
 - 13.2.1 Névralgie du glossopharyngien
 - 13.2.1.1 Névralgie du glossopharyngien classique
 - 13.2.1.2 Névralgie du glossopharyngien secondaire
 - 13.2.1.3 Névralgie du glossopharyngien idiopathique
 - 13.2.2 Neuropathie glossopharyngée douloureuse
 - 13.2.2.1 Neuropathie glossopharyngée douloureuse attribuée à une cause identifiée
 - 13.2.2.2 Neuropathie glossopharyngée douloureuse idiopathique
- 13.3 Douleur attribuée à une lésion ou une pathologie du nerf

- intermédiaire (VII bis)
- 13.3.1 Névralgie du nerf intermédiaire
 - 13.3.1.1 Névralgie intermédiaire classique
 - 13.3.1.2 Névralgie intermédiaire secondaire
 - 13.3.1.3 Névralgie intermédiaire idiopathique
- 13.3.2 Neuropathie intermédiaire douloureuse
 - 13.3.2.1 Neuropathie intermédiaire douloureuse attribuée au zona
 - 13.3.2.2 Neuropathie intermédiaire douloureuse post-herpétique
 - 13.3.2.3 Neuropathie intermédiaire douloureuse attribuée à une autre cause
 - 13.3.2.4 Neuropathie intermédiaire douloureuse idiopathique
- 13.4 Névralgie occipitale
- 13.5 Syndrome cou-langue
- 13.6 Névrite optique douloureuse
- 13.7 Céphalée attribuée à une paralysie d'un nerf oculomoteur d'origine ischémique
- 13.8 Syndrome de Tolosa-Hunt
- 13.9 Syndrome paratrigéminal oculosympathique (syndrome de Raeder)
- 13.10 Neuropathie ophtalmoplégique douloureuse récurrente
- 13.11 Syndrome de la bouche brûlante (BMS)
- 13.12 Douleur faciale idiopathique persistante (PIFP)
- 13.13 Douleur neuropathique centrale
 - 13.13.1 Douleur neuropathique centrale attribuée à une sclérose en plaque (SEP)
 - 13.13.2 Douleur centrale post-accident vasculaire cérébral
- 14. Autres céphalées**
 - 14.1 Céphalée non classée ailleurs
 - 14.2 Céphalée non spécifiée

6. TRAITEMENT DES CEPHALEES

Traitement de la migraine :

Traitement de la crise :

La mise sur le marché du sumatriptan au début des années 1990 a constitué une avancée majeure dans le traitement abortif de la migraine. Le sumatriptan a été le premier traitement disponible sur le marché à être spécifiquement conçu pour traiter la migraine. Pour de nombreux patients, l'accès à un médicament abortif spécifique à la migraine a changé leur vie et leur a permis de réduire considérablement la douleur et l'incapacité liées à la migraine.

Concernant les triptans (5-HT_{1B/1D} agonistes), il faut considérer leur utilisation si les traitements classiques ont échoué, chez les migraineux présentant des crises intenses s'installant rapidement et si les patients ne présentent pas de contre-indication (hypersensibilité, interactions médicamenteuses avec des IMAO ou des dérivés de l'ergotamine, facteurs de risque cardio-vasculaires ou atteinte de la circulation cardiovasculaire, grossesse/allaitement). A souligner également que les triptans ne devraient pas être utilisés plus de 9 jours/mois afin de prévenir le développement d'une céphalée chronique médicamenteuse. Ils ne doivent pas non plus être utilisés lors d'une aura migraineuse sans céphalée.(2)

En cas de crise, le repos dans une pièce calme, à l'abri de la lumière, permet de soulager en partie les symptômes et doit être associé au traitement médicamenteux. Le traitement médicamenteux est d'autant plus efficace qu'il est pris tôt. Les traitements de première ligne sont l'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :

- Ibuprofen 400 mg voie oral.
- Ketoprofen 150 mg voie oral.
- Acide acétylsalicylique 900 mg associé au métoclopramide 10 mg per os.

En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance, les traitements de seconde ligne sont les triptans :

- Almotriptan 12,5 mg per os.

- Elétriptan 40 mg per os.
- Sumatriptan 100 mg per os.
- Rizatriptan 10 mg per os.
- Zolmitriptan 2,5 mg per os.
- Naratriptan 2,5 mg per os.
- Fovatriptan 2,5 mg per os.

De par leur effet vasoconstricteur, ils sont contre-indiqués en cas d'insuffisance coronarienne, d'accident vasculaire cérébral (AVC), de pathologie vasculaire périphérique ou d'hypertension artérielle (HTA) mal contrôlée. Il faut informer le patient de possibles effets indésirables transitoires à type de pesanteur thoracique, d'oppression dans les mâchoires, de nausées et vertiges pouvant survenir transitoirement dans les suites de la prise et qui ne sont pas le témoin d'une insuffisance coronarienne. Enfin, bien que rarement utilisés, la dihydroergotamine en spray nasal et le gynergène caféiné ont également l'AMM et peuvent être une alternative chez les patients résistant aux triptans. (14)

A noter que selon les études récentes (2022) malgré les croyances antérieures, la vasodilatation n'est qu'un phénomène secondaire et la vasoconstriction n'est pas essentielle à l'efficacité antimigraineuse. La prise en charge comprend des analgésiques ou des AINS pour les attaques légères et, pour les attaques modérées ou graves, des triptans ou des agonistes des récepteurs 5HT_{1B/1D}. En raison de problèmes de sécurité cardiovasculaire, d'efficacité peu fiable et de problèmes de tolérabilité, l'utilisation d'ergots pour avorter les crises a presque disparu dans la plupart des pays. Les antagonistes des récepteurs du CGRP (gepants) et le lasmiditan, un agoniste sélectif des récepteurs 5HT_{1F}, sont apparus comme des traitements aigus efficaces. L'onabotulinumtoxinA intramusculaire peut être utile dans la migraine chronique (migraine sur ≥ 15 jours par mois) et les anticorps monoclonaux ciblant le CGRP ou son récepteur, ainsi que deux gepants, se sont révélés efficaces et bien tolérés pour le traitement préventif de la migraine. Plusieurs modalités de neuromodulation ont

été approuvées pour le traitement aigu et/ou préventif de la migraine. L'émergence de nouvelles cibles thérapeutiques et thérapies illustre l'avenir prometteur de la prise en charge de la migraine.(18)

Traitement de fond :

Il n'y a pas d'indication stricte pour débiter un traitement de fond. Le traitement se discute avec le patient selon le retentissement des migraines sur sa vie personnelle ou professionnelle. En général, il n'est proposé que lorsque le sujet présente un minimum de trois crises par mois. L'objectif du traitement de fond est de réduire la fréquence des crises, mais il permet également de réduire la sévérité des crises et d'améliorer la réponse au traitement de crise. Sa prescription peut donc être justifiée chez les sujets présentant des crises sévères et longues, une fois par mois, pour lesquelles le traitement de crise est peu efficace. Enfin, le traitement de fond permet d'éviter l'abus médicamenteux et doit donc être discuté lorsque la prise médicamenteuse dépasse deux comprimés par semaine. Il est indispensable d'associer ce traitement de fond aux mesures non pharmacologiques décrites dans le chapitre « Principes généraux ». Les différents traitements de fond ayant une AMM en France sont :

- les bêtabloquants : propranolol, métoprolol;
- les antiépileptiques : topiramate;
- les antagonistes calciques : flunarizine ;
- les antisérotoninergiques : pizotifène, oxétorone

D'autres traitements peuvent être utilisés mais n'ont pas l'AMM :

- le valproate de sodium;
- le candésartan;
- les antidépresseurs : amitriptyline, venlafaxine

Les traitements de fond de la migraine n'ont pas été comparés entre eux. Il est donc difficile d'établir des recommandations. La prescription doit être décidée au cas par cas, selon le profil du patient et la tolérance du traitement. En

pratique, les traitements de première intention sont les mieux tolérés (métoprolol, propranolol, oxétorone et amitriptyline). (14)

Traitement des céphalées de tension

Malgré la fréquence des CT, le traitement de ce type de céphalée est encore mal codifié et, en pratique, parfois difficile. Les traitements sont schématiquement classés en traitements des crises et en traitements préventifs médicamenteux et non médicamenteux.

- **Traitement des accès douloureux :** Les traitements des crises sont essentiellement de nature pharmacologique et comprennent les antalgiques simples non opioïdes et les AINS. Les études thérapeutiques versus placebo montrent une efficacité de l'aspirine (posologie unitaire de 500 à 1000 mg), de l'ibuprofène, du kétoprofène, du naproxène sodique et du diclofénac. Le paracétamol a une efficacité supérieure au placebo à la posologie de 1000. Les associations médicamenteuses comprenant l'adjonction de la caféine à l'aspirine, paracétamol ou ibuprofène sont également efficaces mais exposent au risque d'abus médicamenteux. Pour cela, ces associations médicamenteuses ne sont pas recommandées en première intention. La prescription d'un traitement de crise doit dans tous les cas être associée à une information sur le risque d'abus médicamenteux qui risque d'aggraver et d'entretenir les céphalées chroniques.

- **Traitements prophylactiques des céphalées de tension :** Les médicaments prophylactiques médicamenteux des CT reposent essentiellement sur les antidépresseurs tricycliques, plus particulièrement l'amitriptyline. Ce traitement recommandé en première intention doit être débuté de façon progressive (10 à 25 mg/j) le soir et être augmenté progressivement jusqu'à une posologie moyenne de 30 à 75 mg. D'autres traitements antidépresseurs tricycliques comme la clomipramine pourraient être intéressants dans le traitement des CT, de même que certains antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine et noradrénaline comme la venlafaxine. Les traitements non médicamenteux sont

recommandés chez les patients souffrant de CT bien que l'efficacité de ces techniques soit plus difficile à attester. La prise en charge repose essentiellement sur le biofeedback, la relaxation, l'hypnose et les thérapies cognitivo-comportementales. Une prise en charge spécifique des comorbidités doit également être proposée : prise en charge de troubles musculosquelettiques, syndrome anxiodépressif, tableau douloureux diffus, abus médicamenteux.

Traitement des céphalées en grappe :

Traitements de crise : La durée des crises douloureuses (15 à 180 minutes) justifie l'emploi de traitements à action rapide. Les traitements de crise sont représentés par le sumatriptan par voie sous-cutanée (6 mg) et l'oxygénothérapie.

La posologie est d'une à deux injections sous-cutanées par jour. La prescription doit être réalisée sur une ordonnance d'exception. L'oxygénothérapie normobare au masque à haute concentration est l'alternative de choix ou peut être associée en cas de crises fréquentes. Il est recommandé de prescrire de l'oxygénothérapie à un débit de 12 à 15 l/min au masque pendant 15 à 20 min. (15)

- **Traitements prophylactiques :** Les recommandations françaises proposent de débiter le vérapamil à la posologie de 240 mg/j (soit 120 mg deux fois par jour) puis d'augmenter progressivement de 120 mg/j tous les deux à sept jours. La majorité des patients souffrant d'AVF épisodique répondent à des posologies comprises entre 240 et 480 mg/j. Plus rarement, il est nécessaire d'augmenter en l'absence de contre-indication et d'effet indésirable à des posologies de 720 mg et même en cas d'AVF chronique jusqu'à 960 mg/j si nécessaire. En cas d'AVF épisodique, le traitement préventif est proposé lors des périodes douloureuses puis arrêté lors des périodes de rémission.

En cas d'AVF réfractaire, une alternative chirurgicale peut être discutée en centre tertiaire. La neurostimulation bilatérale du nerf grand occipital est habituellement le traitement proposé en première intention. Compte tenu de son

caractère invasif, la stimulation de l'hypothalamus postérieur est une technique de dernière intention. (15)

Traitement de l'hémicrânie paroxystique :

L'indométacine (Indocid®) à la dose de 150 mg/j, en 3 ou 4 prises (demi-vie courte) fait disparaître la céphalée en quelques heures ou quelques jours. Il est prudent de commencer par 25 mg, 3 fois par jour et d'augmenter à 50 mg, 3 fois par jour au bout d'une semaine s'il n'y a pas eu de réponse. Le vérapamil, l'acétazolamide, le piroxicam (AINS) et l'aspirine peuvent être efficaces. Le bloc anesthésique du nerf d'Arnold peut être essayé.

Traitement du SUNCT (Short lasting Unilateral Neuralgiform pain with Conjunctival injection and Tearing) :

La plupart des médicaments actifs dans l'AVF, la névralgie du trijumeau et d'autres syndromes douloureux ont été essayés sans succès dans le SUNCT. Le vérapamil peut l'aggraver. Les antalgiques périphériques, les dérivés ergotés, le sumatriptan, les corticoïdes, le méthysergide, le propranolol, le lithium, l'amitriptyline, la carbamazépine, la lignocaïne, l'infiltration du nerf occipital sont inefficaces. Parmi tous les médicaments essayés, la lamotrigine (Lamictal®) est le plus efficace. D'autres options thérapeutiques sont la gabapentine, le topiramate, la lidocaïne IV et la phénytoïne

Autres céphalées primaires :

Cet ensemble hétérogène de céphalées comprend :

- Les céphalées primaires en coup de poignard ;
- Les céphalées primaires de la toux ;
- Les céphalées primaires de l'effort ;
- Les céphalées primaires associées à l'activité sexuelle ;
- Les céphalées hypniques ;
- Les céphalées en coup de tonnerre primaire ;
- L'hemicrania continua ;
- Les céphalées chroniques quotidiennes de novo

1. Céphalées primaires de la toux :

Les céphalées primaires de la toux répondent à l'indométacine de manière prophylactique à des doses entre 25 et 150 mg/j. Le mécanisme d'action est inconnu. Une réponse positive à ce médicament a également été rapportée dans quelques cas symptomatiques.

2. Céphalées primaires de l'effort :

Cette céphalée étant habituellement spontanément résolutive au bout d'un certain temps, il faut pendant cette période limiter l'exercice physique ou respecter une période d'échauffement. Divers médicaments préventifs sont proposés : bêtabloquants, indométacine (25 à 150 mg/j). Avant l'exercice physique, des médicaments tels qu'antalgique, AINS, ergotamine ou triptan peuvent également être pris

3. Céphalées primaires associées à l'activité sexuelle :

Des techniques non médicamenteuses (relaxation, biofeedback). Si nécessaire, il est parfois proposé un traitement de fond par bêtabloquants (propranolol) ou inhibiteur calcique (diltiazem). La prise d'ergotamine ou d'indométacine 30 minutes avant l'activité sexuelle pourrait être aussi efficace.

4. Céphalée hypnique :

Sur le plan thérapeutique, il est proposé le lithium (300 à 600 mg au coucher), l'indométacine, la caféine, la flunarizine.

5. Hemicrania continua :

La réponse à l'indométacine permet de faire la différence. En effet, la plupart des patients répondent en quelques heures avec des doses de 75 à 150 mg/j. Il faut ensuite essayer de trouver la dose la plus faible possible.

6. Céphalée chronique quotidienne de novo :

Une forme d'évolution spontanément régressive, durant plusieurs mois et disparaissant sans traitement ; Une forme réfractaire résistant à tout traitement

Traitement des céphalées secondaires :

Il est symptomatique d'une cause locale (neurologique, ORL, ophtalmologique) ou générale. Les causes possibles sont multiples et parfois très graves (hémorragie sous-arachnoïdienne, méningite), nécessitant une prise en charge urgente avec des examens complémentaires systématiques ; Le bilan initial doit permettre de rechercher une céphalée secondaire, il doit également préciser le cadre diagnostique en cas des céphalées. En effet, le traitement des céphalées secondaires doit être étiologique, associé à une prise en charge symptomatique de la douleur. La prise en charge symptomatique Un traitement symptomatique par antalgique non spécifique peut être administré (paracétamol 1 g, néfopam [Acupan"] 20 mg) associé à un traitement antiémétique. Un traitement IV est à préférer en cas de nausées et/ou de vomissements associés. Il est préférable en l'absence de certitude diagnostique d'éviter l'aspirine et les AINS susceptibles d'aggraver une hémorragie et les sédatifs susceptibles de masquer l'émergence de troubles de la conscience. Le traitement étiologique : Il dépend de la cause identifiée par les examens complémentaires : Une embolisation ou exérèse chirurgicale d'un anévrisme rompu, antibiothérapie d'une méningite bactérienne, corticothérapie dans les artérites temporales, héparinothérapie dans les thromboses veineuses cérébrales, dérivation ventriculaire lors d'une hydrocéphalie aiguë ; citer la figure dans le texte

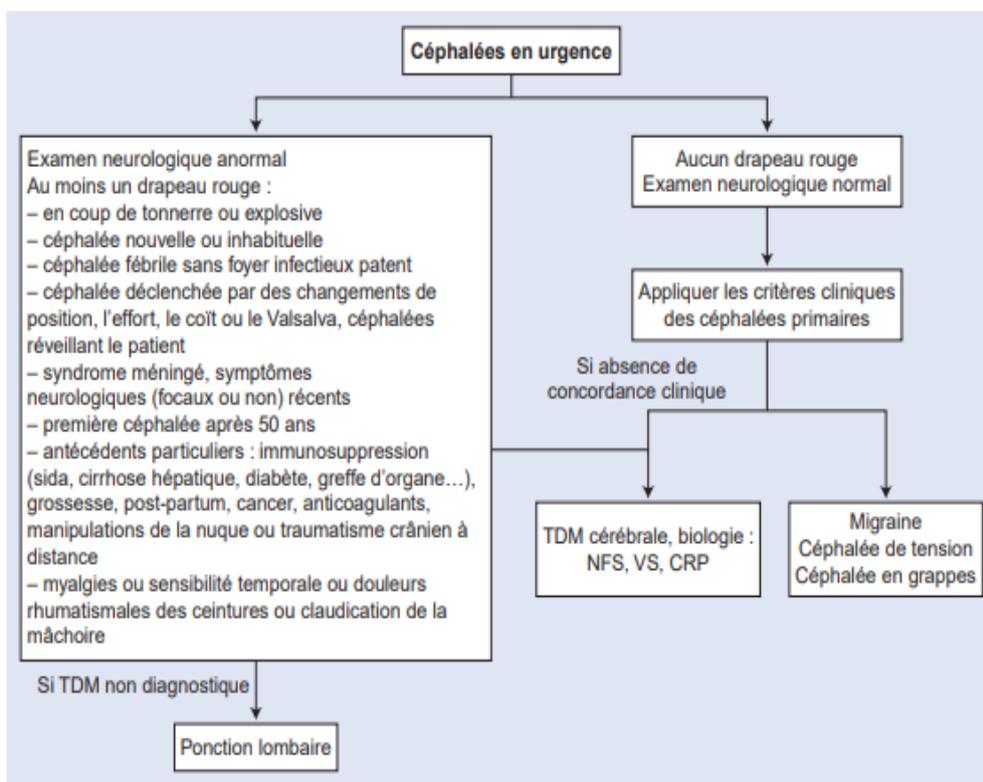


Figure 2. Arbre décisionnel. Prise en charge des céphalées non traumatiques de l'adulte. TDM: tomodensitométrie; NFS: numération formule sanguine; VS: vitesse de sédimentation; CRP: c reactive protein.

Figure 2 : Arbre décisionnel. Prise en charge des céphalées non traumatiques de l'adulte. TDM : tomodensitométrie ; NFS : numération formule sanguine ; VS : vitesse de sédimentation ; CRP : c reactive protein.

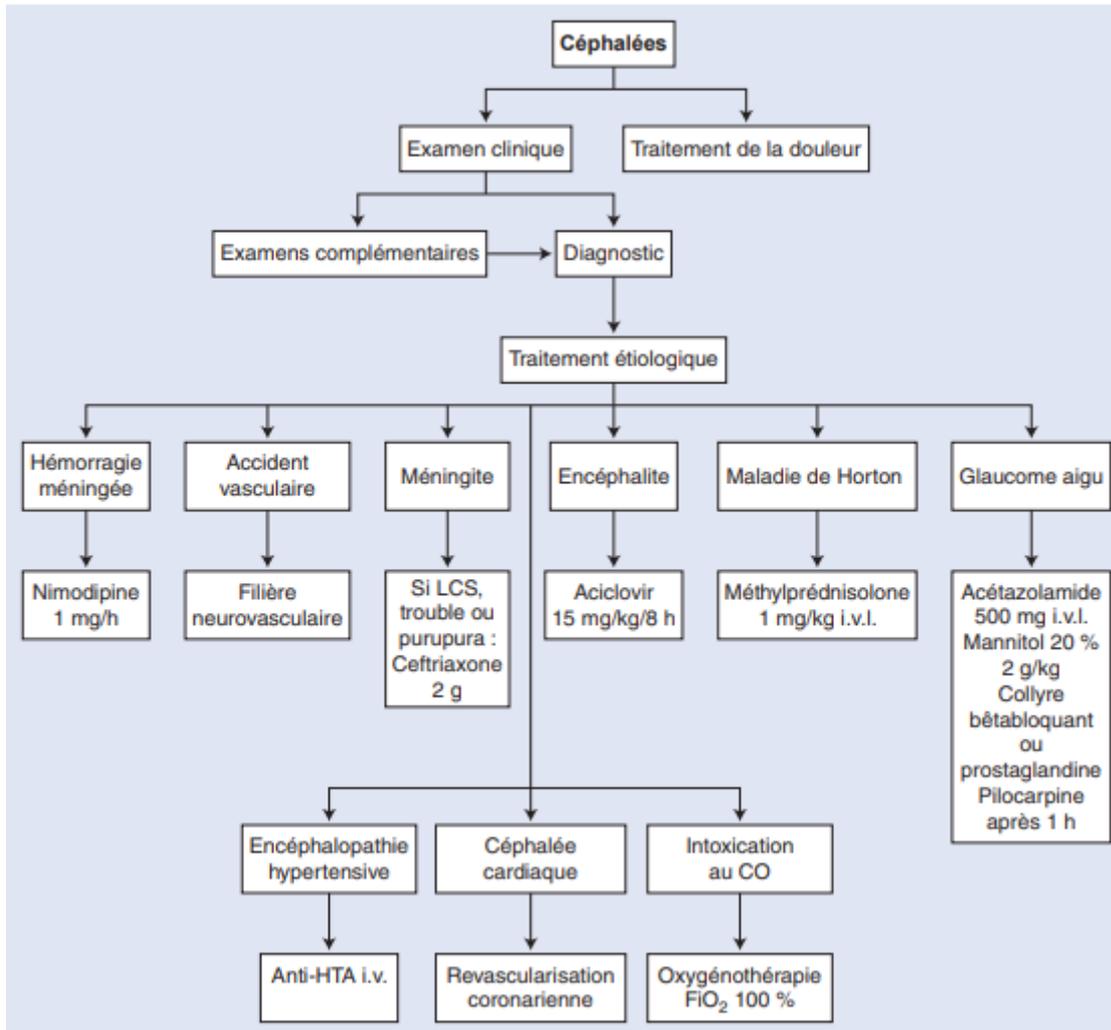


Figure 3: numéro de la figure : Arbre décisionnel. Stratégie de prise en charge des céphalées en urgence : traitement étiologique des céphalées secondaires urgentes. LCS : liquide cébrospinal ; i.v.l. : injection intraveineuse lente ; CO : monoxyde de carbone, HTA : hypertension artérielle, FiO₂ : fraction inspiratoire en oxygène.

7. Critères d'hospitalisation et d'appel aux spécialistes :

➤ Critères pour considérer une hospitalisation

- Céphalées secondaires dont la pathologie sous-jacente nécessite une investigation urgente et/ou une surveillance rapprochée (disponibilité 24h/24 d'un CT et/ou IRM, service avec surveillance continue)
- Etat de mal migraineux
- Migraine avec aura inhabituelle ou non résolue

- Persistance de céphalées, de toute origine, malgré un traitement médicamenteux adéquat

➤ **Quand appeler le neurologue ?**

- Présence de signes d'alarme ou de red flags
- Céphalée secondaire à une atteinte neurologique sous-jacente
- Traitement de céphalées aiguës primaires insuffisamment efficace pour permettre un retour à domicile
- Pour l'indication et les modalités d'un sevrage médicamenteux
- Céphalées inhabituelles (durée, intensité, réponse aux traitements notamment)

➤ **Quand appeler le neurochirurgien ?**

- Notion de traumatisme crânio-cérébral
- Recherche d'un hématome intra crânien ou autre pathologie expansive

➤ **Quand adresser le patient à une consultation multidisciplinaire de la douleur ?**

- En cas d'échec des traitements proposés et avec l'accord du thérapeute qui suit le patient au long cours (principe de la coopération étroite avec le médecin traitant pour limiter la polymédication, les errances médicales, renforcer l'alliance thérapeutique, impliquer le patient dans la prise en charge proposée)
- Pour orienter les situations non-aiguës requérant des besoins spécifiques (consilium interdisciplinaire avec pharmacologue clinique, neurologue, rhumatologue, anesthésistes et psychiatre ou psychologues spécialisés dans la prise en charge de la douleur chronique)
- Pour l'indication et les modalités d'un sevrage médicamenteux si la situation est complexe

➤ **Quand appeler le gynécologue ?**

- Pour discuter de la prise en charge d'une migraine cataméniale (migraine survenant de deux jours avant jusqu'à trois jours après le début des règles)
- Pour des recommandations concernant la contraception d'une patiente migraineuse (à éviter si migraine avec aura)

- En cas de suspicion d'éclampsie
 - Pour coordonner l'indication et la prescription des traitements chez une femme enceinte ou allaitante
- **Quand appeler l'ophtalmologue**
- En cas de suspicion de glaucome (2)

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

L'hôpital provincial de Bongor a servi de cadre à la mise en œuvre de cette étude.

Bongor est la 9e ville du Tchad par le nombre d'habitants (20 357 au recensement de 1993) situé à 235 km de N'Djamena la capitale du Tchad. Elle est le chef-lieu de la région du Mayo-Kebbi Est et du département du Mayo-Boneye.

L'hôpital provincial de Bongor est un établissement public de référence provincial pour les neufs districts sanitaires fonctionnels du Mayo-Kebbi Est à savoir Fianga, Gounou-Gaya, Guelendeng, Koyom, Moulkou, Gam, Youé, Katawa et Pont Carol.



Figure 1: Géolocalisation de la ville de bongor sur la carte du tchad



Figure 2 : Hôpital provincial de bongor



Figure 3 : Carte de la région du mayo kebbi est avec géolocalisation de la ville de bongor

1.1 Lieu et population d'étude :

1.1.1 Lieu :

Notre étude s'est déroulée dans l'hôpital provincial de Bongor

1.1.2 Population à l'étude

Notre étude a concerné les adultes et adolescent âgés de 15 à 75 ans.

2. Critères :

2.1 Critères d'inclusion et de non-inclusion de la population.

2.1.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude :

- Toutes personnes âgées de 15-75 ans au moment de notre étude ;
- Résident tchadien dans la ville de Bongor et environnants
- Consentant à participer.

2.1.2. Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion à l'étude sont les suivants :

- Défaut de compliance du participant à l'étude, malgré l'information des enquêteurs.
- Participants incapables de comprendre le questionnaire, c'est-à-dire n'ayant pas de capacité suffisante pour comprendre les questions administrées.

3. Conception de l'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale à l'échelle de l'hôpital provincial de Bongor, menée auprès de la population adulte et adolescente âgée de 15 à 75 ans. Elle comportait une enquête individuelle au moyen d'un questionnaire sur papier structuré. L'étude a suivi les méthodes établies utilisées dans les études précédentes de la Campagne mondiale de lutte contre les céphalées à quelques détails près.

L'étude s'est déroulée en 48h du 29 au 30 septembre 2022 à l'occasion d'une caravane de consultation gratuite organisée par la Société Tchadienne de Neurologie (STN) à l'hôpital provincial de Bongor dans le cadre des activités de la feuille de route annuelle de cette dernière.

Le questionnaire a été structuré de la façon suivante : informations sociodémographiques, diagnostic des céphalées primaires selon l'ICHD, des informations sur le fardeau des céphalées, les connaissances, attitudes et pratiques par rapport aux céphalées, parcours thérapeutiques des céphalalgiques.

3.1 La collecte des données :

Nous avons utilisé une collecte de données sur une fiche de questionnaire structuré appliquant les critères de diagnostic de la Classification internationale des céphalées (ICHD) pour les céphalées primaires élaboré par l'International Headache Society dans le cadre de la campagne mondiale contre les céphalées du *Lifting The Burden* utilisé dans plusieurs études. [(17) (19) (3) (20) (7) (2)]

3.2. Gestion et analyse des données :

Toutes les données ont été recueillies à travers une fiche d'enquête sur papier puis saisies et analysées à l'aide de SPSS Statistics 29.0.0.0 et Excel 2019.

Les effectifs et les fréquences ont été calculés pour toutes les variables qualitatives pertinentes.

3.3 : Les critères de diagnostics des céphalées concernés par l'étude :

- Il a été défini comme migraine toutes céphalées répondant aux critères de diagnostic de la migraine selon l'ICHD-3.
- Il a été défini comme céphalée de tension toutes céphalées répondant aux critères de diagnostic de la céphalée de tension selon l'ICHD-3.
- Il a été défini comme céphalée chronique quotidiennes toute céphalée survenant tous les jours ou supérieure ou égale à 15 jours mois.
- Il a été défini comme céphalées par abus médicamenteux toutes céphalées répondant aux critères de diagnostic de l'ICHD-3 de Céphalées par abus médicamenteux.
- Il a été classé comme autre céphalée toute Céphalée non classée ailleurs et Céphalée non spécifiée.

3.4 Les variables prisent en compte dans l'élaboration de la fiche d'enquête

- Données sociodémographiques : âge, sexe, ethnie, religion, état civil, Niveau d'éducation, type d'emploi, revenue par mois ;
- Données diagnostiques et thérapeutiques : Les caractéristiques cliniques de la céphalée, consultation des douze derniers mois, le traitement habituel, examen complémentaire réalisé ;
- Données socio-culturels et économiques : Cout de prise en charge par mois, évaluation de la qualité de vie, Retentissement des céphalées en matière de temps perdu.

RESULTATS

V. RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I: Repartitions de la population en fonction des données Sociodémographiques

Données sociodémographiques	N	%
AGE		
[15-25 ans]	14	22,9
[26-40 ans]	23	37,7
[41-55 ans]	20	32,9
[56-70 ans]	3	4,8
[71-75 ans]	1	1,6
SEXE		
Masculin	31	50,8
Féminin	30	49,2
ETHNIE		
Bedjonde	1	1,6
Foulata	1	1,6
Gabri	1	1,6
Kabalaye	2	3,3
Kera	1	1,6
Kim	1	1,6
Massa	32	52,5
Mbaye	1	1,6
Monsgom	1	1,6
Moudang	3	4,9
Mouroum	1	1,6
Mouseye	8	13,1
Nandjere	4	6,6

Ngambaye	1	1,6
Sara	1	1,6
Toupouri	2	3,3
ETAT CIVIL		
Célibataire	12	19,7
Divorce	1	1,6
Marie	46	75,4
Veuf(ve)	2	3,3
ZONE D'HABITATION		
Rurale	6	9,8
Urbaine	55	90,2

- ☐ On note une prédominance masculine avec un sexe ratio de 1,03
- ☐ La tranche d'âge [**26-40ans**] était majoritaire soit (**37,7%**) avec les extrêmes [15-75 ans]
- ☐ Les Massa étaient majoritaires soit (52,5%) suivi des Moussey 13,1%
- ☐ La majorité de la population était marie soit 75,4%
- ☐ La zone majoritairement représentée était la zone urbaine soit 90,2%

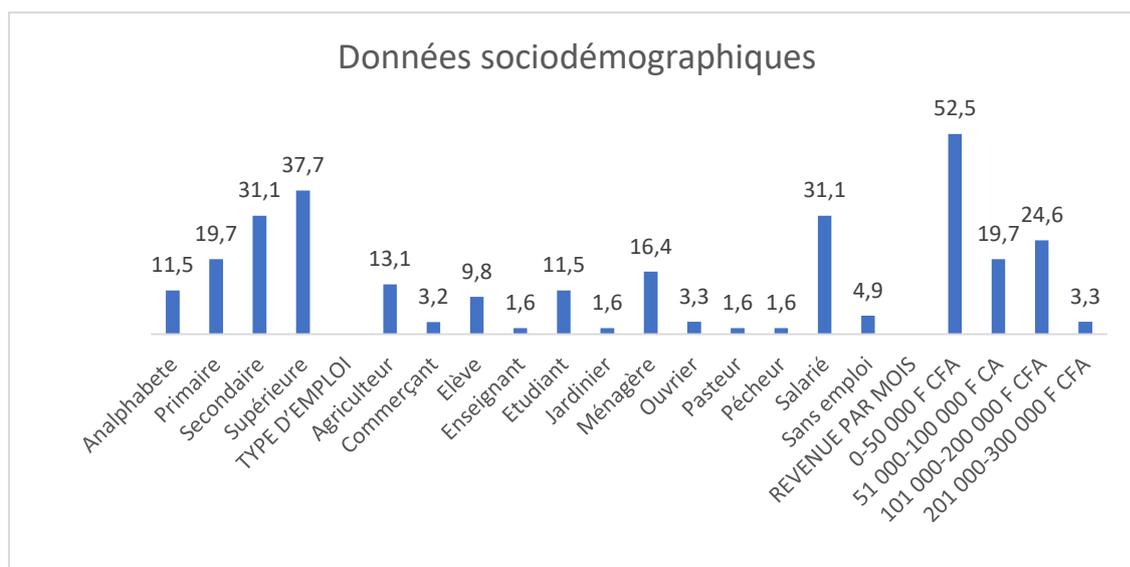


Figure 4: Répartition de la population en fonction des données sociodémographiques.

SMIG : salaire minimum interprofessionnel au Tchad est 60000Fcfca

- La majorité de la population était scolarisée de niveau supérieur soit 37,7%.
- Les salariés étaient majoritaires, soit (31,1%) suivi des ménagères 16,4%
- Plus de la moitié de la population avait un revenu mensuel inférieur au SMIG soit 52,5%

2. Aspects de dépistage

Tableau II : La population ayant eu les céphalées au cours des 12 derniers mois

Céphalées des 12 derniers mois	N	%
Oui	60	98,4
Non	1	1,6
Total	61	100,0

La prévalence des céphalées au cours des 12 derniers mois était de 98,4%

Tableau III: Répartition des céphalées en fonction de la survenue par jour, mois, année

Fréquence des céphalées	N	%
1 à 7 jours par mois	25	41,0
8 0 14 jours par mois	10	16,4
≥ à 15	4	6,6
Tous les jours	22	36,1
Total	61	100,0

☐ La plupart des céphalalgiques avait une survenue des céphalées de 1 à 7 jours/mois soit 41,0%

Tableau IV : Répartition des céphalalgiques en fonction des céphalées le plus gênante

Types de céphalées	N	%
Plus d'un type	22	36,1
Tous du même type	39	63,9
Total	61	100,0

☐ La majorité de la population ayant présentée des céphalées au cours des 12 derniers mois avait des céphalées tous du même type soit 63,9%.

Tableau V : Répartition des céphalées tous du même type en fonction de la survenue par jour/mois

Fréquence des céphalées tous du même type par jour/mois	n	%
1 à 7 jours par mois	27	44,2
8 à 14 jours par mois	9	14,8
≥15 jours par mois	5	8,2
Tous les jours	20	32,8
Total	61	100,0

☒ La majorité de la population ayant présentée des céphalées tous du même type avait une survenue de 1 à 7 jours/mois soit 44,2%.

3. Caractéristiques cliniques des céphalées de plus d'un type

Tableau VI : Répartition des céphalalgiques en fonction de la durée des céphalées de plus du même type

Durée des céphalées de plus d'un type en jour	N	%
Toute la journée	19	31
≤ 1 H	15	26,1
12 H	1	1,6
2 H	6	9,8
3 H	8	13,1
4 H	1	1,6
5 H	8	13,1
6 H	2	3,3
7 H	1	1,6
Total	61	100,0

La majorité de la population ayant présentée des céphalées de plus d'un type avait une durée d'une journée soit **31%**.

Tableau VII : Répartition des céphalées de plus d'un type selon les caractéristiques cliniques.

Caractéristique clinique des céphalées de plus d'un type	N	%
Type de douleur		
Palpitantes	12	54,54
Pressantes, serrantes ou contractantes	10	45,45
Siège des céphalées de plu d'un type		
Un coté	5	22,72
Tous les deux cotés	17	77,27
Facteur aggravant (activités physiques)		
Céphalée aggravé	15	68,18
Céphalée non aggravé	7	31,81
Capacité à faire des activités		
Ne peut pas faire certaines choses	15	68,18
Ne peut rien faire	4	18,18
Signes d'accompagnements	Oui (%)	Non (%)
Nausées	8 (36,36)	14 (63,63)
Photophobies	14 (63,63)	8 (36,36)
Phono-phobies	15 (68 ;18)	7 (31,81)

- ☐ Plus de la moitié de la population ayant présentées des céphalées de plus d'un type avait un caractère de type palpitant soit 54,54%.
- ☐ La majorité de la population ayant présentée les céphalées de plus d'un type avait un siège de tous les deux côtés soit 77,27%.
- ☐ La majorité de la population ayant présentée les céphalées de plus d'un type était aggravé par les activités physiques soit 68,18%

- ☐ 68,18% de la population ayant présentée des céphalées de plus d'un type ne pouvait pas faire certaines activités quotidiennes.
- ☐ Les céphalées n'étaient pas accompagnées de nausées dans 63,63% des cas, En revanche les céphalées étaient accompagnées de phonophobies dans 68 ;18% des cas suivie de photophobies dans 63,63% des cas.

Tableau VIII : Répartition des céphalalgiques selon le type de céphalée retrouvée

Type de céphalées	N	%
Migraine	26	42
Céphalée de Tension	24	39,34
Céphalées par abus médicamenteux	11	18,03

- ☐ La prévalence de la migraine était de 42%
- ☐ La prévalence des céphalées de tension probable était 39,34%
- ☐ La prévalence des céphalées par abus médicamenteux était de 18,03%

Tableau IX : répartition des céphalalgiques en fonction des premiers soins

Consultation des 12 derniers mois	N	%
Oui	39	63,9
Non	22	36,1
Total	61	100,0

Les céphalalgiques en grande partie 63,9% ont consultés un personnel médical et/ou paramédical.

Tableau X: Répartition des céphalalgiques ayant eu des conseils de professionnels au cours des 12 derniers mois

Conseil d'un professionnel	n	%
Aucun	20	32,8
Infirmière	14	23,0
Infirmière et Médecin généraliste	6	9,8
Infirmière, Médecin généraliste et ophtalmologue	1	1,6
Médecin généraliste	16	26,3
Médecin généraliste et Infirmière	1	1,6
Médecin généraliste et Psychiatre	1	1,6
Neurologue	2	3,3
Total	61	100,0

La plupart des céphalalgiques avait consulté un infirmier et ou un médecin généraliste pour conseil professionnel. A noter que seulement 3.3% ont vu un neurologue.

Tableau XI : Répartition des céphalalgiques en fonction des médicaments utilisés pour traite les céphalées

Médicaments	N	%
Paracétamol	40	65,3
Ergotamine/caféine/belladona/paracétamol (Migrétil)	3	4,9
Non déterminé	4	6,6
Opioïdes	5	8
Anti-inflammatoires	18	29,8
Rien	15	24,6
Total	61	100,0

Les médicaments utilisés par les céphalalgiques pour traiter les céphalées étaient dominés le paracétamol (65,3%) et/ou les anti-inflammatoires avec comme chef de fil l'aspirine.

Tableau XII: Répartition des céphalalgiques en fonction des examens complémentaires réalisés au cours des 12 derniers mois

Examens complémentaires	N	%
Rx des sinus paranasaux	1	1,6
Tests sanguins	13	21,3
RIEN	40	65,6
Rx des sinus paranasaux et du cou	1	1,6
Rx des sinus paranasaux et autres Rx de la tête	2	3,3
Rx des sinus paranasaux et tests sanguins	2	3,3
Rx du cou et tests sanguins	1	1,6
Rx du cou, tests sanguins et examen ophtalmologique	1	1,6
Total	61	100,0

L'examen complémentaire qui a été le plus réalisé par les céphalalgiques est le test sanguin soit 21,3%. Cependant la plupart des céphalalgiques n'avait réalisé aucun examen complémentaire, 65,6%

Tableau XIII: Répartition des céphalalgiques ayant été hospitalisée au cours des 12 derniers mois

Hospitalisation	N	%
Population hospitalisée	4	6,6
Population non hospitalisée	57	93,4
Total	61	100,0

Les céphalalgiques qui n'ont pas été hospitalisées au cours des 12 derniers mois étaient majoritaires.

Tableau XIII : Répartition des céphalalgiques en fonction du nombre de jours de prise des médicaments

Nombre de jours de prise des médicaments/MOIS	N	%
1 à 7 jours par mois	26	42,6
Tous les jours	16	26,2
8 à 14 jours par mois	12	19,7
≥15 jours par mois	5	8,2
0 JOURS	2	3,3
Total	61	100,0

La majorité des céphalalgiques prenait les médicaments pendant 1 à 7 jours soit 42,6%.

4. Aspects du fardeau

Tableau XIV: Montant que les céphalalgiques sont disposés à payer pour le traitement de leurs céphalées.

Prêt à payer (XAF)	N	%
Rien	2	3,3
25-500 fcfa	5	8,2
500-2 500 F fcfa	21	34,4
2 525-5 000 fcfa	10	16,4
5 025-10 000 fcfa	6	9,8
10 025-20 000 fcfa	6	9,8
20 025-30 000 fcfa	3	4,9
30 025-50 000 fcfa	6	9,8
PLUS DE 50 000 fcfa	2	3,3
Total	61	100,0

La majorité des céphalalgiques était prêt à payer une somme d'argent allant de 25 à 2500 FCFA en revanche prêt de 10% des céphalalgiques était prêt à payer un montant allant de 30 000 à 50 000fcfa.

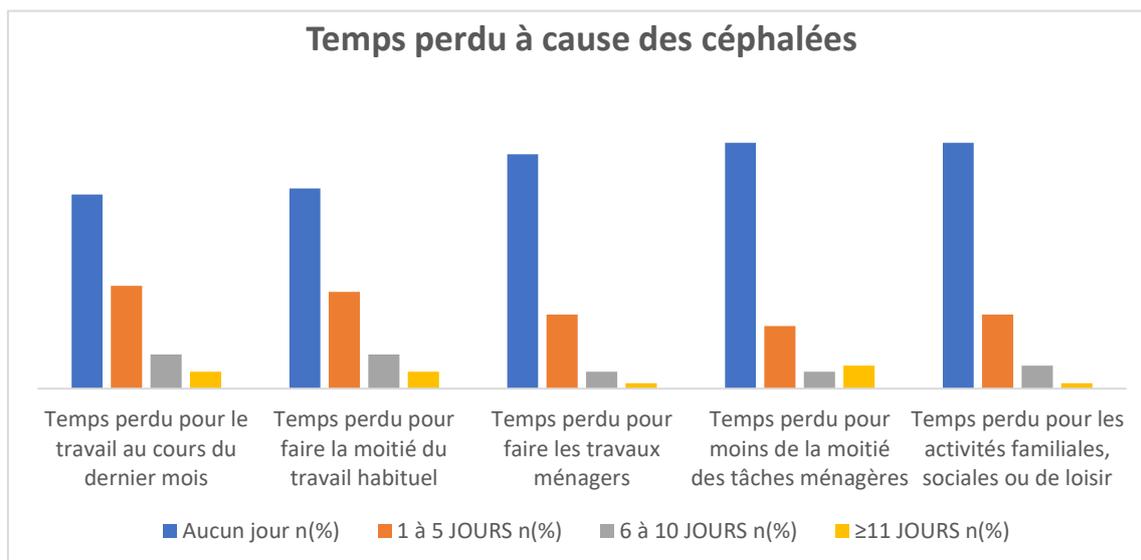


Figure 5 : Répartition des céphalalgiques en fonction du nombre des jours perdus à cause des céphalées. Figure et non tableau

- ☐ Un quart des céphalalgiques avait perdu 1 à 5 jours pour le travail au cours du dernier mois soit 29,5%.
- ☐ La majorité des céphalalgiques n'ont pas perdu des jours pour la moitié du travail habituel au cours du dernier mois cependant un quart des céphalalgiques ont perdu 1 à 5 jours.
- ☐ La majorité des céphalalgiques n'ont pas perdu de jours pour effectuer les travaux ménagers soit 67,2%.
- ☐ La majorité des céphalalgiques n'ont pas perdu des jours pour faire moins de la moitié des tâches ménagères soit 70,5%.
- ☐ La majorité des céphalalgiques n'ont pas perdu des jours pour les activités familiales, sociales ou de loisirs soit 70,5%.

5. Qualité de vie

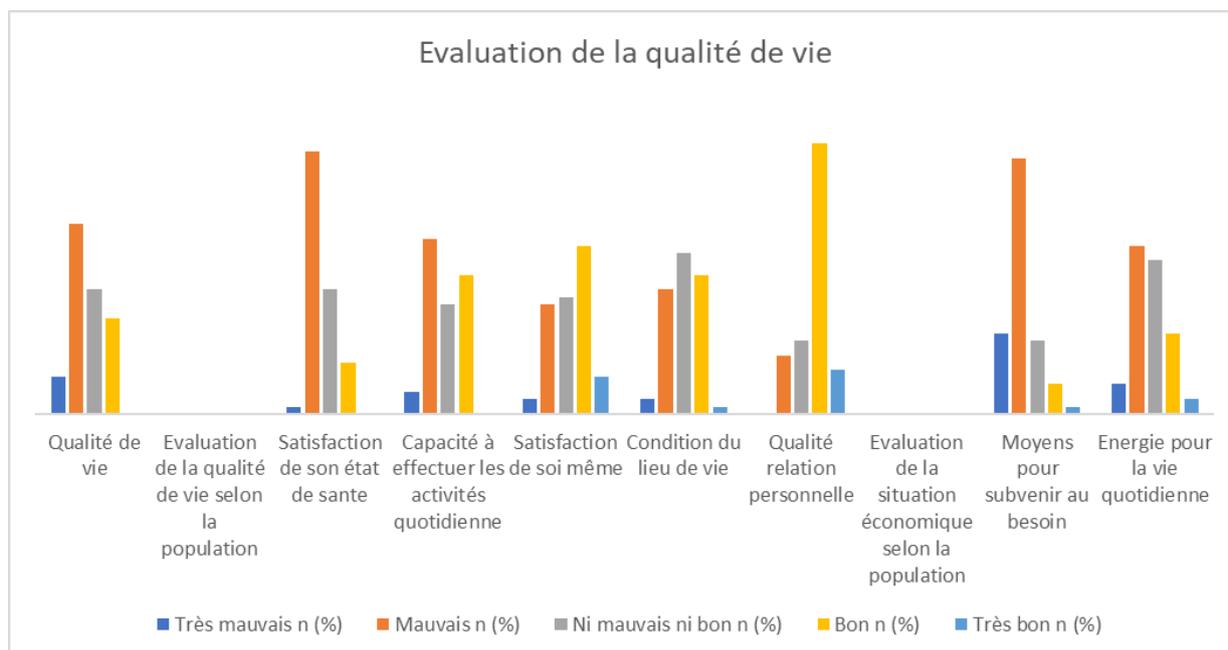


Figure 6: Evaluation de la qualité de vie

- ☐ Moins d'un quart de la population avait un état de santé satisfaisante soit 11,5%.
- ☐ La capacité à effectuer les activités quotidiennes était insatisfaisante chez plus d'un quart de la population 39,3%.
- ☐ Un quart de la population était satisfaite d'elle-même.
- ☐ Les conditions du lieu de vie étaient satisfaisantes chez 31% de la population.
- ☐ La majorité de la population avait une relation personnelle satisfaisante soit 60,7%.
- ☐ Plus de la moitié de la population avait peu de moyens pour subvenir au besoin soit 57,4%.
- ☐ 37,7% de la population n'était pas satisfaite de son énergie pour la vie quotidienne.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Nous avons recensé au cours de cette étude 61 cas de céphalées remontant aux 12 derniers mois à la date de l'étude sur une population de 370 patients consultés lors d'une caravane de consultation gratuite, soit une prévalence de 16,48%

1. Prévalence :

Nous avons observé une prévalence de 98,4% des cas de céphalées au cours des 12 derniers mois. Notre travail comme la plupart dans la littérature a permis de confirmer l'ampleur des céphalées et du fardeaux qu'elles engendrent.

La prévalence est égale à 52 % des femmes et 37 % des hommes, avec une nette diminution après 60 ans pour les deux sexes. (21)

A l'échelle africaine, les études de Edward et al. (21) en Zambie et Diakalia et al. (15) au Mali avaient rapporté respectivement une prévalence annuelle des céphalées de 61,6 %, et 97,1%.

Cependant Togo et al avaient trouvé une prévalence de 9,44% sur 3010 patients vus en consultation externe de neurologie en 2017 au Mali puis une prévalence de 97.1% des cas de céphalées au cours d'une étude réalisée en 2021 par Diakalia et al.

Notre chiffre est légèrement supérieur à celui de Edward et al., en revanche identique à celui du Mali en 2021. Ceci pourrait s'expliquer par les périodes d'étude, mais aussi par la notion de zone reculée dans laquelle notre étude a été réalisée.

2. Données sociodémographiques :

2.1 Sexe ratio et âge :

a. Sexe ratio :

Dans notre étude nous avons noté une prédominance masculine des céphalalgiques avec un sexe ratio de 1,03. Cette proportion est en désaccord avec ce qui est décrit dans la littérature à savoir que les céphalées constituent

une cause fréquente de consultation en neurologie ou en médecine générale chez les sujets de 12 à 40 ans avec une prédominance féminine. (7)

Selon une étude de P. Leveau en 2013 sur l'EMC, la prévalence est égale à 52 % des femmes et 37 % des hommes (21) et selon Sekou BOIGUILE au Mali en 2021 la prédominance féminine était de 63,3%.(19)

Cette différence pourrait s'expliquer culturellement par le déplacement facile vers le centre hospitalier de la gente masculine dans notre zone d'étude ainsi qu'à l'intéressement de ce dernier à écouter les informations radiophoniques, voie de communication utilisée lors de notre caravane de consultation gratuite.

b. Age :

Dans notre étude près de 1/3 des céphalalgiques avait une tranche d'âge de **26-40** ans. Dans une étude similaire en Ethiopie M. Zebenigus et Al notait qu'un peu plus de 1/3 des céphalalgiques avait une tranche d'âge de 26 à 36 ans soit 30,7%. (22). Cette prédominance des céphalées chez l'adulte jeune en âge de procréer, reflète l'impact négatif sur le plan socio- économique de cette pathologie.

2.2 Données socioprofessionnelle :

Toutes les couches sociales étaient représentées dans notre étude. Néanmoins les salariés étaient majoritaires soit 31,1%. Ce qui n'a pas été le cas dans l'étude de M. Zebenigus et al en Éthiopie et de Salimata Dembélé au Mali en 2021(22) qui retrouvaient une prédominance chez les femmes ménagères respectivement de 34.8% et de 42,3%. Ceci pourrait s'expliquer par le niveau d'étude des salaires.

En revanche, plus de la moitié des céphalalgiques avait un niveau de revenu inférieur au SMIG (60 000 f cfa), résultat similaire à celles de Aliou Oumar au Mali.(2)

2.3. Niveau d'instruction et statut marital :

Dans notre étude, plus de $\frac{3}{4}$ des céphalalgiques étaient instruits avec un niveau d'éducation supérieur de 37,7%. En ce qui concerne la situation matrimoniale, la majorité de la population était marié soit 75,4% des cas.

Ces données sont similaires à celles de Aliou Oumar au Mali en 2021 (2) ou les mariés représentaient la majorité soit 65,2%. Ceci pourrait s'expliquer par la charge des responsabilités des mariés.

3. Fardeau des céphalées :

Les céphalées hormis leur importance démographiques, constituent un réel fardeau tant sur le plan socioéconomique que sur le plan psychologique.

Plus de la moitié des céphalalgiques percevaient mensuellement un revenu inférieur au SMIG (60 000 FCFA). Environ $\frac{1}{3}$ étaient prêts à payer une somme d'argent allant de 25 à 2500 FCFA par mois pour traiter leurs céphalées mais seulement 9,8% prêt à payer un montant allant de 5 025-10 000 F CFA ce qui s'explique aisément par leur revenu mensuel. Ces données se rapprochent à celles de Aliou OUMAR et de DJAKALIA au Mali sachant que dans leurs études le seuil était de 50000 FCFA .

Par ailleurs, dans notre étude, les céphalées ont occasionné dans près d' $\frac{1}{3}$ des cas une absence au travail allant de 1 à 5 cinq jours par mois. Ce résultat est comparable à celui de Dre P et al en 2010 ou le taux d'absentéisme était de 20% (1 jour d'absence/année/employé) (8)

Quant à l'évaluation de l'état de santé, 59,0 en étaient insatisfait avec 42,6% des céphalalgiques estimant avoir une mauvaise qualité de vie contrairement à Salimata Dembele au Mali qui rapporte que 59% de la population avait une bonne qualité de vie selon leurs appréciations. (20)

Tout ceci révèle le besoin ardent d'investir dans la santé en Afrique afin de contribuer à un développement durable et une meilleure condition de vie.

4. Données cliniques :

La prévalence des céphalées en général à un an est de 98,4% des cas, celle de la migraine était de 42%, des céphalées de tension probable était 39,34% et des céphalées par abus médicamenteux probable de 18,03%.

Dans notre étude nous n'avons pas noté de risque significatif entre les différents types de céphalée et les facteurs associés (âge, sexe, revenu,).

La migraine, la céphalée de tension et la céphalée par abus médicamenteux dans notre étude avaient un taux nettement supérieur à ceux de Zebenigus et coll qui ont noté respectivement un taux de 17,7%, 20,6%, 0,7% (22) et à ceux de Diakalia au Mali qui ont noté respectivement 5,24%, 1,43%, 1,43%.(7) Ceci pourrait être due à La mise à jour de la classification des céphalées ces dernières années.

5. Traitement suivi :

Globalement, les molécules les plus utilisées étaient le paracétamol (65,3%) et les anti-inflammatoires avec comme chef de file l'Aspirine (29,4%).

Ces résultats sont proches de ceux de Sekou BOIGUILE au Mali où le paracétamol représentait 53,1% du traitement (19) contrairement à ceux de Diakalia au Mali qui a retrouvé un taux bien plus élevé (39,2%). [(7) (19)]

Le taux de recours au traitement traditionnel dans notre étude s'explique par le taux d'instruction de la population.

Nous notons cependant un taux non négligeable de céphalalgiques ne prenant aucun traitement (24,6%). Ceci s'expliquerait par le contexte socioculturel où certaines valeurs traditionnelles pas encore totalement abandonnées considérant l'expression de la douleur comme une faiblesse.

Aucun de nos patients n'a reçu de triptans.

L'absence de ces produits s'explique par l'indisponibilité de ces derniers sur notre marché.

CONCLUSION

CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous retenons que les céphalées primaires sont très fréquentes, avec un cout de PEC non négligeable et une répercussion psychologique conduisant ainsi à un impact socio-économique majeur.

Durant les douze derniers mois 98,4% de nos patients ont présentés des céphalées dont plus de la moitié disposant peu de moyens pour subvenir à leurs besoins soit 57,4%. Cependant les salariés étaient les plus représentés, soit 31,1% avec plus de la moitié de la population ayant un revenu mensuel inférieur au SMIG soit 52,5%. Moins d'un quart de la population avait un état de santé satisfaisante soit 11,5%.et plus d'un quart soit 39,3% une capacité a effectué les activités quotidiennes insatisfaisante.

Le diagnostic des principales céphalées primaires et leur prise en charge optimale sont de réels enjeux de santé publique du fait de leur impact socio-économique et personnel.

La mise en place d'un cadre conceptuel de diagnostic, de prise en charge et d'accompagnement des céphalalgiques s'avère nécessaire pour palier à ce fléau.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS :

1. Aux autorités sanitaires et agents socio-sanitaires :

- ❖ Mettre en place une subvention de prise en charge permettant de mieux investiguer et d'asseoir un diagnostic convenable pour un bon suivi.
- ❖ Promouvoir la formation des spécialistes dans le domaine
- ❖ Assurer une bonne répartition des spécialistes à travers le pays pour une meilleure PEC.
- ❖ S'investir dans la recherche sur les céphalées en subventionnant des initiatives d'enquêtes en population voire créer un centre spécialisé s'occupant des céphalalgiques.
- ❖ Instituer une journée nationale de lutte contre les céphalées
- ❖ Structurer l'exercice de la médecine traditionnelle.
- ❖ Création d'une unité de la prise en charge et de la recherche sur les céphalées.

Aux médecins généralistes :

- ❖ Approfondir leurs connaissances surtout sur la clinique de l'ensemble des céphalées pour éviter les erreurs diagnostiques et les investigations souvent inutiles devant les cas de crises migraineuses typiques et des céphalées de tension.
- ❖ Référer les sujets migraineux aux services spécialisés pour une meilleure prise en charge.
- ❖ Une collaboration étroite entre DTC (Directeur Technique de Centre), agents des infirmeries et pharmaciens

Aux structures sanitaires

- ❖ Organiser des formations continues à l'endroit du personnel médical et paramédical sur les céphalées
- ❖ Sensibiliser la population sur cette pathologie les démarches à faire pour une bonne prise en charge.

Au grand public :

- ❖ Se faire consulter dans le centre de sante le plus proche devant toute sorte de maux de tête.
- ❖ Eviter l'automédication.

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

1. **ElMellakh M, Chraa M, Bakaye MA, Garmane A, Founoun R, Timothy S, et al.** Résultats préliminaires de l'étude pilote sur le fardeau des céphalées chez la population marocaine, vdocuments.site, publié le 12 Septembre 2018,
2. **Guinto CO, Aliou O.** Evaluation du fardeau des céphalées dans le district sanitaire de gao, Thèse de Doctorat, Université des Sciences, de technique et de technologie de Bamako (USTTB), Bamako 2021, N 21M313
3. **Marzieh E.** La céphalée chronique... et son fardeau!. Migraine Québec. 17 mai 2018 [consulté 13 sept 2022]. Disponible sur: <https://migrainequebec.org/la-cephalee-chronique/>
4. **Burch RC, Loder S, Loder E, Smitherman TA.** The Prevalence and Burden of Migraine and Severe Headache in the United States: Updated Statistics From Government Health Surveillance Studies. Headache: The Journal of Head and Face Pain. janv 2015;55(1):21-34.
5. **Rousseau E.** Épidémiologie, La Clinique de la Tête, publié le 22 mars 2020 [consulté le 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://lacliniquedelatete.ca/corpus/2-3-epidemiologie/>
6. **Estelle B.** La migraine sévère : un lourd impact sur la qualité de vie, migraine.fr, publié le 13 juillet 2018 [consulté le 21 sept 2022] Disponible sur : <https://www.migraine.fr/impact-severe-qualite-vie/>
7. **Diakalia C.** évaluation du fardeau des céphalées dans le district sanitaire de Bougouni, Mémoire de spécialisation, Université des Sciences, de technologies et de technologie de Bamako (USTTB)/FMOS, 2021, Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4971>
8. **Delémont, N. Garin, C. Luthy, J-M. Annoni.** les céphalées, Hôpitaux des universités, mis à jour en 2010, [consulté le 8 nov 2022] Disponible sur : [Cephalees_2010\(hug.ch\)](http://Cephalees_2010(hug.ch))
9. **Jensen R, Stovner LJ.** Epidemiology and comorbidity of headache. Lancet Neurology 2008;7:354-61.
10. **OMS,** céphalées. Aide-Mém. mars 2004;(277).

- 11. Burch RC, Buse DC, Lipton RB.** Migraine : epidemiology , burden and comorbidity, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov, nov 2019;37:631-49.
- 12. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).** The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia juill. 3rd edition (beta version. 2013;33(9):629-808.
- 13. Jensen R, Stovner LJ.** Epidemiology and comorbidity of headache. Lancet Neurol. avr 2008;7:354-61.
- 14. Pérès R.** Céphalées primaires. www.em-consulte Elsevier Masson SAS, Doi : 10.1016/S1634-6939(18)51381-8, 12 ju 2018
- 15. Demarquay G. Giraud P.** Céphalées primaires non migraineuses. EMC neurologie, vol 9, n°3, jul 2012
- 16. Cheick O C.** Evaluation du fardeau des céphalées dans le district sanitaire de fana en 2021, Thèse de Doctorat, Université des Sciences, de techniques et de technologie de Bamako (USTTB)/FMOS, 2021, 21M275
- 17. MAHAMOUDOU M A.** Evaluation du fardeau des céphalées dans le district sanitaire de Mopti, , Thèse de Doctorat, Université des Sciences, de techniques et de technologie de Bamako (USTTB)/FMOS, 2021,21M274
- 18. Ferrari MD, Goadsby PJ, Burstein R, Kurth T, Ayata C, Charles A, et al.** Migraine. Nat Rev Dis Primers. 8,2 (13 janv 2022).
- 19. Sekou B.** Evaluation du fardeau des céphalées dans le district sanitaire de selingue, Thèse de Doctorat, Université des Sciences, de techniques et de technologie de Bamako (USTTB)/FMOS, 2021, 21M218
- 20. Dembélé, S.** Evaluation du fardeau des céphalées dans les communes (V et VI) du district sanitaire de Bamako, Thèse de Doctorat, Université des Sciences, de techniques et de technologie de Bamako (USTTB)/FMOS, 2021. 21M349
- 21. P Leveau U.** Céphalées en urgence, EMC neurologie, publié le 22/07/2013, Doi :10.1016/S1959-5182(13)58710-1
- 22. Zebenigus M, Tekle-Haimanot R, Worku DK, Thomas H, Steiner TJ.** The prevalence of primary headache disorders in Ethiopia. J Headache Pain. 2016; 17: 110.

Lifting The Burden

Questionnaire sur le fardeau des céphalées pour une enquête à Bongor au Mayo Kebbi Est au Tchad

Partie administrative		
1	Identifiant unique	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	entrez:	entrez:
	U= Urbain	R=rurale
2	Date d'achèvement	____/____/____
3	Identité de l'enquêteur:	Signature de l'enquêteur (à la fin):
	Langues parlées	

Annexes

Données sociodémographiques du participant																					
Informez le patient et obtenez son consentement avant de continuer.																					
1	<p>Âge (l'âge peut être estimé si la date de naissance est inconnue)</p> <p style="text-align: right;">_____années</p>																				
2	<p>Le sexe (cochez une case)</p> <p style="text-align: center;">masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/></p>																				
3	<p>Ethnie (cochez une case et précisez si nécessaire)</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Massa</td> <td>Mouseye</td> <td>Kera</td> <td>Ngambaye</td> <td>Toupouri</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">(précisez)</td> </tr> <tr> <td>Kim</td> <td>Kado</td> <td>autre</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Massa	Mouseye	Kera	Ngambaye	Toupouri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(précisez)		Kim	Kado	autre	_____					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Massa	Mouseye	Kera	Ngambaye	Toupouri																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(précisez)																		
Kim	Kado	autre	_____																		
4	<p>Religion (cochez une case, et précisez si nécessaire)</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chrétien</td> <td>Musulman</td> <td>Animiste</td> <td>Aucun</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">(précisez)</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chrétien	Musulman	Animiste	Aucun	<input type="checkbox"/>	(précisez)				_____						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Chrétien	Musulman	Animiste	Aucun																		
<input type="checkbox"/>	(précisez)																				

5	<p>État civil (cochez une case)</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>célibataire</td> <td>marié</td> <td>veuf</td> <td>divorcé</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	célibataire	marié	veuf	divorcé												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
célibataire	marié	veuf	divorcé																		
6	<p>Niveau d'éducation (cochez une case)</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>aucun</td> <td>primaire</td> <td>secondaire</td> <td>université</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aucun	primaire	secondaire	université												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
aucun	primaire	secondaire	université																		
7	<p>Nombre d'années d'études (compter à partir du primaire, et entrez le nombre)</p> <p style="text-align: right;">_____années</p>																				

<p>8</p>	<p>Type d'emploi (cochez une case, et précisez si nécessaire)</p> <p>(si chômeur ou retraité depuis moins de 6 mois, indiquez le dernier emploi)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>ménagère (pas d'autre emploi)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>agriculteur</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>autre</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>étudiant</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>actuellement à la recherche d'un emploi – n'a jamais travaillé</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>(précisez)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>emploi à temps plein (salarie)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>au chômage (depuis plus de 6 mois)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>travail à la tâche</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>inapte; arrêt longue maladie</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>indépendar (informel)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>retraité</p>
<p>9</p>	<p>Revenu par mois (de toutes les sources) (cochez une case)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>0-50,000 cfa</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>50,000-100,000 cfa</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>100,000-300,000 cfa</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>plus de 300,00 cfa</p>	

Informez le participant et obtenez son consentement si cela n'a pas déjà été fait.

Questions de dépistage

Ce sont des questions clés. Des fausses réponses négatives perdront le participant de l'enquête.

Script d'introduction :

« Ces questions concernent les céphalées. Quelques personnes n'ont jamais les céphalées, mais la plupart des gens les ont de temps en temps. Certaines personnes les ont très souvent. »

<p>10</p>	<p>Avez-vous déjà eu les céphalées ? (cochez une case)</p> <p>Si non, passez au script d'introduction pour la question 62. Si oui, passez à la question 11.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
<p>11</p>	<p>Avez-vous eu les céphalées au cours des douze (12) derniers mois ? (développez la question si nécessaire, et cochez une case)</p> <p>Si non, passez au script d'introduction pour la question 62. Si oui, passez à la question 12.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
<p>12</p>	<p>À quelle fréquence avez-vous des céphalées ? (Cette question est une question très importante : une réponse incorrecte peut conduire à un diagnostic erroné.)</p> <p>Développez la question si nécessaire, et cochez la case ou entrez le nombre de jours par mois ou par an.)</p> <p>Si la réponse est tous les jours ou ≥ 15 jours/mois, passez aux questions 13 à 16. Sinon, passez directement au script d'introduction pour la question 17.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>tous les jours</p> <p>_____ jours/mois _____ jours/an</p>
<p>Questions sur les céphalées chroniques quotidiennes</p> <p>Script d'introduction :</p> <p>« Vous avez dit que vous aviez des céphalées tous les jours / [indiquez le numéro si ≥ 15] jours par mois. S'il vous plaît, pensez à ces céphalées. »</p>		
<p>13</p>	<p>Combien de temps durent généralement ces céphalées ? (cochez la case ou entrez le nombre d'heures ou de minutes)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>toute la journée _____ heures _____ Minutes</p>
<p>14</p>	<p>Que faites-vous le plus souvent lorsque vous avez ces céphalées ? (développez cette question si nécessaire pour identifier l'action habituelle, et cochez une case)</p> <p>On entend par médicament tout agent ayant une activité pharmacologique : les plantes médicinales ou les « traitements traditionnels » ayant une activité pharmacologique identifiable doivent être classés dans la catégorie des médicaments.</p> <p>Si la réponse est de prendre un médicament, passez à la question 15. Sinon, passez directement au script d'introduction pour la question 17.</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>prendre des médicaments utiliser des traitements traditionnels (sans activité pharmacologique identifiable)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>repos rien (continuer comme d'habitude)</p>

15	<p>En moyenne, à quelle fréquence prenez-vous des médicaments pour traiter ces céphalées ?</p> <p>(Cette question est une question très importante : une réponse incorrecte peut conduire à un diagnostic erroné.)</p> <p>Développez la question si nécessaire pour obtenir une estimation de l'utilisation totale de médicaments pour les céphalées, et cochez la case ou entrez le nombre de jours par semaine ou par mois.)</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> <p>tous les jours</p> <p>_____</p> <p>jours/semaine jours/mois</p>
-----------	---	---

16	<p>Que prenez-vous habituellement pour traiter ces céphalées?</p>	<p>Énumérez tous les médicaments ici</p>
-----------	---	---

Les céphalées les plus gênantes

Script d'introduction :

« Une personne peut avoir plus d'un type des céphalées. Cela ne signifie pas simplement que certaines céphalées sont plus douloureuses que d'autres. Cela signifie que, chez certaines personnes, les céphalées différentes les affectent de différentes manières, de sorte qu'ils reconnaissent qu'ils ne sont pas du même type de maux de tête. »

17	<p>S'il vous plaît pensez à vos céphalées. Pensez-vous qu'elles sont tous du même type ou plus d'un type ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est « du même type », allez directement à la question 24. Sinon, continuez avec le script d'introduction ci-dessous.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> <p>tous du même type</p> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> <p>plus d'un type</p> </div> </div>
-----------	--	--

Questions de diagnostic

Script d'introduction aux prochaines questions : (utilisez seulement si la réponse à la question 17 était plus d'un type)

« A partir de maintenant, je veux que vous vous concentriez sur le type des céphalées qui vous dérange le plus (c'est-à-dire qui interfère le plus avec votre vie). »

<p>18</p>	<p>À quelle fréquence avez-vous ce type de céphalée ? (cochez la case ou entrez le nombre de jours par mois ou par année)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>tous les jours _____ jours/mois _____ jours/an</p>
<p>19</p>	<p>Sans traitement, combien de temps dure ce type de céphalée ? (expliquez que, même lorsque ces céphalées sont généralement traitées, la réponse requise concerne les céphalées non traitées, et entrez le nombre de minutes, heures ou jours)</p>	<p>_____ minutes, _____ heures ou _____ jours</p>
<p>20</p>	<p>Sans traitement, à quel point ce type de céphalée est-il généralement grave ? (expliquez que, même lorsque ces céphalées sont généralement traitées, la réponse requise concerne les céphalées non traitées, et cochez une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>pas mal un peu mal très mal</p>
<p>21</p>	<p>Il existe de nombreuses façons de décrire une céphalée, mais la plupart sont soit palpitantes (avec le battement de cœur), soit pressantes. En pensant encore à ce type de céphalée, lequel de ces types décrit le mieux la douleur ? (cochez une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>palpitantes pressantes, serrantes ou contractantes</p>
<p>22</p>	<p>La douleur de ce type de céphalée est-elle généralement d'un côté de la tête ou des deux ? (cochez une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>un côté tous les deux</p>
<p>23</p>	<p>L'activité physique (comme marcher ou monter des escaliers) a-t-elle tendance à aggraver ce type de céphalée ? (cochez une case)</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
<p>24</p>	<p>En pensant encore à ce type de céphalée, en quoi cela affecte-t-il votre capacité à faire des activités quotidiennes (tout ce que vous feriez normalement) ? (cochez une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>peut tout faire comme d'habitude ne peut pas faire certaines choses ne peut rien faire</p>

<p>25</p>	<p>Avec cette céphalée, avez-vous habituellement des nausées (comme si vous avez envie de vomir) ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, passez directement à la question 27.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
<p>26</p>	<p>Avec cette céphalée, avez-vous l'habitude de vomir ? (cochez une case)</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
<p>27</p>	<p>Lorsque vous avez ce type de céphalée, la lumière du jour ou un autre éclairage vous dérange-t-il ? En d'autres termes, préférez-vous être dans le noir ? (expliquez qu'il s'agit de niveaux ordinaires de lumière, pas d'un éclairage intense, et cochez une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>non oui, un peu oui beaucoup</p>
<p>28</p>	<p>Lorsque vous avez ce type de céphalée, le bruit vous dérange-t-il ? En d'autres termes, préférez-vous être dans le silence ? (expliquez qu'il s'agit de niveaux ordinaires de bruit, pas de bruit très fort, et cochez une case)</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>non oui, un peu oui beaucoup</p>
<p>Questions de prévalence ponctuelle</p> <p>Script d'introduction :</p> <p>« Les prochaines questions concernent la journée d'hier »</p>		
<p>29</p>	<p>Avez-vous eu les céphalées, mal à la tête hier ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, passez directement au script d'introduction pour la question 35.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
<p>30</p>	<p>Était-ce le même type de céphalée que celui que vous venez de décrire ? (expliquez si nécessaire que cela signifie le mal de tête décrit aux questions 12 à 28, et cochez une case)</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
<p>31</p>	<p>Pensez maintenant au céphalée que vous avez eu hier. Combien de temps cela a-t-elle duré ? (cochez la case, ou entrez le nombre d'heures)</p>	<p><input type="checkbox"/> ou _____ heures</p> <p>toute la journée</p>

<p>32</p>	<p>A quel point cette céphalée vous a-t-elle fait mal hier ? (cochez une case)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> pas mal</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> un peu mal</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> très mal</div> </div>	
<p>33</p>	<p>Comment cette céphalée que vous avez eu hier a-t-elle affecté votre capacité à faire des activités quotidiennes (tout ce que vous auriez normalement fait) ? (cochez une case)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> pourrait tout faire comme d'habitude</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> pourrait faire la plupart des choses - plus de la moitié de la normale</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> pourrait faire certaines choses, mais moins de la moitié de la normale</div> <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ne pouvait rien faire du tout</div> </div>	
<p>34</p>	<p>Quel traitement avez-vous pris pour la céphalée que vous avez eu hier? (développez la question si nécessaire pour identifier tous les traitements [médicamenteux et/ou traitements traditionnels] utilisés pour traiter les maux de tête, et non d'autres maladies, et cochez la case ou indiquez tous les traitements)</p>	<div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> rien</div>	<p>Énumérez tous les traitements ici:</p>
<p>Questions sur l'utilisation des soins de santé</p> <p>Script d'introduction :</p> <p>« J'aimerais savoir si vous avez consulté quelqu'un afin d'obtenir un traitement pour vos céphalées. »</p>			
<p>35</p>	<p>Beaucoup de personnes souffrant de maux de tête se soignent elles-mêmes, mais d'autres ont besoin de conseils de professionnels.</p> <p>Avez-vous vu quelqu'un à propos de vos céphalées au cours des douze (12) derniers mois ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, allez directement à la question 43.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">non <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">oui <input type="checkbox"/></div> </div>	

<p>36</p>	<p>Avez-vous eu des conseils de professionnels sur vos maux de tête au cours des douze (12) derniers mois ?</p> <p>De qui et combien de fois ?</p> <p>Veillez cocher toutes les cases qui s'appliquent, et spécifier si nécessaire.</p> <p>Pour chaque case cochée, entrez le nombre de fois au cours de la dernière année.</p>	<p style="text-align: right;">Nombre d fois</p> <p>Infirmière <input type="checkbox"/></p> <p>Physiothérapeute (physiothérapeute, ostéopathe, chiropraticien) <input type="checkbox"/></p> <p>Médecin généraliste <input type="checkbox"/></p> <p>Neurologue <input type="checkbox"/></p> <p>Oto-rhino-laryngologiste (nez, gorge, oreilles) <input type="checkbox"/></p> <p>Ophtalmologiste <input type="checkbox"/></p> <p>Psychologue <input type="checkbox"/></p> <p>Psychiatre <input type="checkbox"/></p> <p>Aux urgences de l'hôpital <input type="checkbox"/></p> <p>Homéopathe ou guérisseur traditionnel <input type="checkbox"/></p> <p>Guide spirituel <input type="checkbox"/></p> <p>Autre (veuillez préciser) : <input type="checkbox"/></p>
------------------	--	---

<p>37</p>	<p>Médicaments pour traiter les maux de tête</p> <p>Ces questions portent sur les médicaments pour soulager les maux de tête et non sur des mesures prises régulièrement pour les prévenir.</p> <p>De nombreux médicaments peuvent être utilisés avec succès pour traiter les maux de tête.</p> <p>Certains ne sont possible à acquérir que sur ordonnance, alors que d'autres peuvent être achetés en vente libre.</p> <p>S'il vous plaît regardez ces listes. Lequel de ceux-ci avez-vous utilisé le mois dernier ?</p> <p>Veillez cocher la case si vous n'avez rien pris du tout au cours du dernier mois ; sinon, entrez pour chaque médicament le nombre de jours d'utilisation au cours du dernier mois.</p>	<p>Rien du tout <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre d jours</p> <p>Paracétamol _____</p> <p>Aspirine _____</p> <p>Autres AINS _____</p> <p>Combinaisons de AINS + paracétamol _____</p> <p>Combinaisons de codéine et d'autres analgésiques _____</p> <p>Tramadol _____</p> <p>Autres opioïdes _____</p> <p>Dihydroergotamine _____</p> <p>Triptan (suma- ou autre) _____</p> <p>Dompéridone _____</p> <p>Métoclopramide _____</p> <p>Autres anti-émétiques _____</p>
<p>38</p>	<p>Avez-vous utilisé d'autres médicaments pour traiter vos maux de tête au cours du dernier mois ?</p> <p>Veillez cocher la case si vous n'avez rien ; sinon, entrez le nom de chaque autre médicament pour le mal de tête, pas pour d'autres maladies, et, pour chacun d'eux, le nombre de jours d'utilisation du médicament au cours du dernier mois.</p>	<p>Rien <input type="checkbox"/></p> <p>Nom(s) du (des) médicament(s) : _____</p> <p>Nombre c jours</p>
<p>39</p>	<p>Avez-vous utilisé des plantes médicinales pour traiter votre mal de tête le mois dernier ?</p> <p>Veillez cocher la case si vous n'avez rien ; sinon, entrez le nom de chaque phytothérapie pour le mal de tête, pas pour d'autres maladies, et, pour chacun, le nombre de jours d'utilisation au cours du dernier mois.</p>	<p>Rien <input type="checkbox"/></p> <p>Nom(s) du (des) traitement(s) à base de plantes : _____</p> <p>Nombre d jours</p>

<p>40</p>	<p>Les médicaments pour prévenir les maux de tête sont généralement pris quotidiennement. En prenez-vous un actuellement ?</p> <p>Veillez cocher la case si vous n'avez rien pris du tout au cours du dernier mois ; sinon, entrez le nom et indiquez, pour chacun, combien de temps, en semaines ou en mois, vous le prenez (n'oubliez pas de spécifier des semaines ou des mois).</p> <p>En cas de doute, écrivez les noms des médicaments sur autres.</p>	<p>Rien du tout <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps :</p> <p>Bêta-bloquants _____ semaines/mois</p> <p>Valproate ou divalproex _____ semaines/mois</p> <p>Amitriptyline _____ semaines/mois</p> <p>Flunarizine _____ semaines/mois</p> <p>Autre (précisez) _____ semaines/mois</p> <p>_____ semaines/mois</p> <p>Autre (précisez) _____ semaines/mois</p> <p>_____ semaines/mois</p>
<p>41</p>	<p>La plupart des personnes souffrant de maux de tête ne nécessitent aucun examen, mais ces examens sont parfois effectués.</p> <p>À cause de vos maux de tête, avez-vous passé l'un de ces examens complémentaires au cours des douze (12) derniers mois ?</p> <p>(veuillez cocher <u>toutes</u> les réponses qui s'appliquent)</p>	<p>Imagerie cérébrale (Scanner ou IRM) <input type="checkbox"/></p> <p>EEG <input type="checkbox"/></p> <p>Radiographie du cou <input type="checkbox"/></p> <p>Radiographie des sinus paranasaux <input type="checkbox"/></p> <p>Autres radiographies de la tête <input type="checkbox"/></p> <p>Tests de la vue (pour les lunettes) <input type="checkbox"/></p> <p>Tests sanguins <input type="checkbox"/></p>
<p>42</p>	<p>Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous été hospitalisé à cause de vos maux de tête ?</p> <p>(cochez une case et, si oui, indiquez le nombre total de jours d'hospitalisation)</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>nombre total de jours _____</p>

Questions sur fardeau

Script d'introduction :

« Je vais poser des questions sur l'importance de vos céphalées dans votre vie.

« Tout d'abord, je veux que vous imaginiez qu'il existe un traitement que vous pouvez acheter. Si vous le prenez, vos céphalées ne vous dérangeront plus. Je vais vous demander combien vous seriez prêt à payer **chaque mois** pour ce traitement.”

43	<p>Paieriez-vous XAF 2,500 par mois ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, passez à la question 44; si la réponse est oui, passez à la question 47.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p>
44	<p>Paieriez-vous XAF 1,000 par mois ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, passez à la question 45; si la réponse est oui, acceptez un montant compris entre 1,000 et 2,500 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: XAF _____</p>
45	<p>Paieriez-vous XAF 500 par mois ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, passez à la question 46; si la réponse est oui, acceptez un montant compris entre 500 et 1,000 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: XAF _____</p>
46	<p>Paieriez-vous n'importe quel montant ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, passez au texte d'introduction ci-dessous; si la réponse est oui, acceptez un montant compris entre 0 et XAF 500 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: XAF _____</p>
47	<p>Paieriez-vous XAF 5,000 par mois ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est oui, passez à la question 49; si la réponse est non, acceptez un montant compris entre 2,500 et 5,000 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: XAF _____</p>
48	<p>Paieriez-vous XAF 10,000 par mois ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est oui, passez à la question 51; si la réponse est non, acceptez un montant compris entre 5,000 et 10,000 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: XAF _____</p>

49	<p>Paieriez-vous XAF 20,000 par mois ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est oui, passez à la question 52; si la réponse est non, acceptez un montant compris entre 10,000 et 20,000 et passez au texte d'introduction ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: XAF _____</p>
50	<p>Paieriez-vous XAF 50,000 par mois ? (cochez une case)</p> <p>Si la réponse est non, acceptez un montant compris entre 20,000 et 50,000, et continuez ci-dessous; si la réponse est oui, acceptez un montant compris de XAF 50,000 et plus, et continuez ci-dessous.</p>	<p>non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/></p> <p>montant convenu: XAF _____</p>
<p>Indice HALT-30</p> <p>Script d'introduction :</p> <p>« Les cinq prochaines questions portent sur le temps que vous perdez à cause de vos céphalées. Pensez maintenant au mois dernier (4 dernières semaines). »</p>		
51	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien de jours n'avez-vous pas pu aller travailler à cause de vos céphalées ? (entrez le nombre de jours entre 0 et 30)</p>	_____ jours
52	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien de jours avez-vous effectué moins de la moitié de votre travail habituel à cause de vos céphalées ? (Expliquez que les jours comptés à la question 53 ne devraient pas être inclus ici.) (entrez le nombre de jours entre 0 et 30)</p>	_____ jours
53	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien de jours n'avez-vous pas pu faire de travaux ménagers à cause de vos céphalées ? (entrez le nombre de jours entre 0 et 30)</p>	_____ jours
54	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien de jours avez-vous effectué moins de la moitié de vos tâches ménagères à cause de vos céphalées ? (Expliquez que les jours comptés à la question 55 ne doivent pas être inclus ici.) (entrez le nombre de jours entre 0 et 30)</p>	_____ jours
55	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien de jours avez-vous raté des activités familiales, sociales ou de loisirs à cause de vos céphalées ? (entrez le nombre de jours entre 0 et 30)</p>	_____ jours

Qualité de vie (WHOQoL-8)

Script d'introduction :

« Les prochaines questions s'adressent à **tout le monde**, que vous ayez les céphalées ou non. Ils nous aident à comparer les personnes qui ont les céphalées et celles qui n'en ont pas.

« Les questions vous demandent ce que vous pensez de votre vie et de votre santé. Pensez à votre vie au cours **des 4 dernières semaines** et gardez à l'esprit vos espoirs, vos plaisirs et vos préoccupations.

« Chaque question a cinq réponses possibles. Choisissez **celle qui vous semble le mieux**. Si vous n'êtes pas sûr d'une question, la première réponse à laquelle vous pensez est souvent la meilleure. »

Encerclez le numéro correspondant à la réponse donnée à chaque question.

		Très mauvais	Mauvais	Ni mauvais ni bon	Bon	Très bon
56	Comment évalueriez-vous votre qualité de vie?	1	2	3	4	5
		Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
57	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre santé?	1	2	3	4	5
58	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes?	1	2	3	4	5
59	Etes-vous satisfait de vous-même?	1	2	3	4	5
60	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de vos relations personnelles?	1	2	3	4	5
61	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des conditions de votre lieu de vie?	1	2	3	4	5

		Pas du tout	Un peu	Modérément	La plupart du temps	Complètement
62	Avez-vous assez d'énergie pour la vie quotidienne?	1	2	3	4	5
63	Avez-vous assez d'argent pour subvenir à vos besoins?	1	2	3	4	5

Résumé :

Les céphalées sont l'une des affections les plus courantes du système nerveux et plusieurs de leurs sous-types, céphalées de tension, migraines, céphalées en grappe et syndromes de céphalées chroniques quotidiennes - sont à l'origine de handicaps importants. Ces pathologies font partie des dix causes les plus fréquentes de consultation dans une pratique de médecine générale et sont responsables de 20% des causes d'absentéisme (1 jour d'absence/année/employé). À l'échelle mondiale, Les céphalées sont la troisième cause d'invalidité. La prévalence chez l'adulte est d'environ 50%. En Afrique subsaharienne jusqu'à une période récente, peu d'études avaient porté spécifiquement sur la prévalence des céphalées qui étaient très disparates. Cependant à la lumière de ces travaux, les céphalées apparaissent donc en Afrique, comme un problème majeur de santé publique avec des conséquences négatives sur la qualité de vie et un coût socio-économique considérable. En outre, la plupart des études épidémiologiques réalisées jusqu'à présent l'ont été dans d'autres pays qu'au Tchad. Dans ce contexte, une étude épidémiologique devenait une nécessité absolue d'où notre travail qui avait pour objectif d'étudier le fardeau des céphalées dans le district sanitaire de Bongor, la région du Mayo Kébbi Est du Tchad.

Dans le cadre d'une caravane de consultation gratuite organisée par la Société Tchadienne de Neurologie (STN) à l'hôpital provincial de Bongor, une étude transversale à l'échelle de l'hôpital provincial de Bongor a été menée auprès de la population adulte et adolescente âgée de 15 à 75 ans.

Nous avons recensé au cours de cette étude 61 cas des céphalées avec une prévalence de 98,4% des cas de céphalées au cours des 12 derniers mois. Le sexe ratio est de 1,03 avec une tranche d'âge de 26-40 ans. Toutes les couches sociales étaient représentées dans notre étude. Néanmoins les salariés étaient majoritaires soit 31,1%. Par ailleurs, les céphalées ont occasionné dans près d'1/3 des cas d'absence au travail allant de 1 à 5 cinq jours par mois. Globalement, les molécules les plus utilisées étaient le paracétamol (65,3%) et les anti-inflammatoires avec comme chef de file l'Aspirine (29,4%). Les céphalalgiques ont fait recours au traitement traditionnel dans 18% des cas.

Notre travail comme la plupart dans la littérature a permis de confirmer l'ampleur des céphalées et du fardeau qu'elles engendrent. Il apparaît évident que les céphalées sont très fréquentes dans notre contexte et touchent différentes couches de la population à des proportions variées. La bonne maîtrise de la prise en charge des céphalées permettra d'avoir un impact positif sur le coût économique qu'engendre cette pathologie.

Mots clés : Fardeau, Céphalées, Tchad.