

Lignes directrices sur la prise en charge en soins primaires des céphalées chez l'adulte

Werner J. Becker MD FRCP(C) Ted Findlay DO CCFP Carmen Moga MD MSc
N. Ann Scott PhD Christa Harstall MHSA Paul Taenzer PhD RPsych

Résumé

Objectif Accroître l'utilisation d'approches éclairées par des données probantes pour diagnostiquer, investiguer et traiter en soins primaires les céphalées des patients.

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- La céphalée est souvent ce qui motive les patients à consulter leur médecin de famille et son traitement est fréquemment sous-optimal. Le présent article explique l'élaboration par un groupe multidisciplinaire d'un guide de pratique clinique et ses principales recommandations pour aider les professionnels canadiens des soins primaires à dispenser des soins éclairés par des données probantes aux patients souffrant de céphalées.

- La migraine, qui est historiquement sous-diagnostiquée, représente de loin le type le plus courant de céphalée incitant les patients à consulter. La neuroimagerie, l'imagerie par rayons X des sinus ou de la colonne cervicale et les électroencéphalogrammes ne sont pas recommandés pour l'évaluation systématique des patients souffrant de maux de tête. Une anamnèse et les constatations d'un examen physique et neurologique suffisent habituellement pour poser un diagnostic. Une thérapie complète pour la migraine comporte une prise en charge des facteurs déclencheurs et liés au mode de vie, des médicaments pour épisodes aigus et prophylactiques et des stratégies de prise en charge autonome de la migraine. Le guide traite aussi du traitement des céphalées de tension, vasculaires de Horton et dues à une surmédication.



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2015;61:e353-64

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the August 2015 issue on page 670.

Qualité des données Une recherche documentaire exhaustive a été effectuée pour trouver des lignes directrices et des révisions systématiques publiées entre janvier 2000 et mai 2011. La grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique AGREE a servi à l'analyse critique des lignes directrices. Les 6 guides de pratique clinique de la plus grande qualité ont servi de base dans le processus d'adaptation.

Message principal Un groupe d'élaboration multidisciplinaire de professionnels des soins primaires ont formulé 91 recommandations précises à l'aide d'un processus consensuel. Les recommandations portent sur le diagnostic, l'investigation et la prise en charge de la migraine, de la céphalée de tension, de la céphalée due à une surmédication et de la céphalée vasculaire de Horton.

Conclusion Un guide de pratique clinique adapté au contexte des soins de santé au Canada a été produit en suivant un processus d'adaptation de lignes directrices dans le but d'aider les professionnels de toutes les disciplines des soins primaires à dispenser des soins éclairés par des données probantes aux patients souffrant de céphalées.

La céphalée compte parmi les raisons les plus fréquentes qui motivent les patients à consulter leur médecin de famille. Durant une vie, on estime que la prévalence de la céphalée est de 66 % : de 14 à 16 % pour la migraine, de 46 à 78 % pour la céphalée dite de tension et de 0,1 à 0,3 % pour la céphalée vasculaire de Horton¹⁻³. Au Canada, au moins 2,6 millions de femmes adultes et près de 1 million d'hommes souffrent de migraine⁴. Environ 90 % de ceux qui souffrent de migraine signalent une douleur de modérée à grave, notamment 75 % qui rapportent un fonctionnement déficient et 33 % qui ont besoin de se reposer au lit durant une crise⁵. Les répercussions économiques de la céphalée sont aussi considérables. On estime que 20 % des absences au travail sont attribuables à la céphalée⁶.

D'énormes quantités de médicaments sans ordonnance sont prises pour des problèmes de maux de tête et le traitement est souvent sous-optimal^{1,7}. Quoiqu'il y ait un grand nombre de personnes souffrant de migraine qui prennent un traitement de courte durée pour soulager leur céphalée, il y en a aussi beaucoup qui pourraient bénéficier d'une thérapie prophylactique mais qui n'en reçoivent pas. Chez plus de

1 personne sur 4 souffrant de migraine, une thérapie préventive serait indiquée^{5,8}.

Il est essentiel de mieux informer et éduquer les patients et les professionnels de la santé pour améliorer la prise en charge de la céphalée en soins primaires, ce qui permettrait de poser promptement le diagnostic et de la traiter plus efficacement⁹. Pour ce faire, un consortium d'organisations et de cliniciens de l'Alberta ont élaboré un guide de pratique intitulé *Guideline for Primary Care Management of Headache in Adults*¹⁰.

Portée

Les lignes directrices de l'Alberta ont pour but d'aider les professionnels des soins primaires responsables de l'évaluation et de la prise en charge des céphalées chez les adultes. Ce guide de pratique clinique se concentre principalement sur les troubles de céphalées primaires (p. ex. migraine, céphalée de tension et céphalée vasculaire de Horton) et la céphalée due à une surmédication. Certains conseils sont aussi présentés concernant le diagnostic et l'investigation des troubles de céphalées secondaires et la prise en charge de la céphalée cervicogène et du trouble de l'articulation temporomandibulaire. Le guide sera utile à divers professionnels des soins primaires, notamment aux médecins de famille, aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes, aux infirmières, aux infirmières praticiennes, aux pharmaciens, aux psychologues et aux chiropraticiens.

Élaboration

Leadership. Le groupe Toward Optimized Practice (TOP), qui élabore et diffuse des guides de pratique clinique en soins primaires en Alberta, et l'Institute of Health Economics (IHE) étaient les principales organisations impliquées dans l'élaboration des lignes directrices. Ils ont formé 3 comités multidisciplinaires pour coordonner la production du guide.

- Le Comité directeur assurait la supervision opérationnelle.
- L'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique (l'Équipe) a formulé les recommandations et se composait de 9 médecins de famille, 2 neurologues, un ostéopathe, un chiropraticien, 2 physiothérapeutes, un ergothérapeute, une infirmière, un pharmacien, 2 psychologues et un spécialiste de l'évaluation de la technologie de la santé.
- Le Comité consultatif conseillait le Comité directeur concernant les questions stratégiques et était formé de représentants du Collège des médecins de famille de l'Alberta, du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta, des Services de santé de l'Alberta, du ministère de la Santé de l'Alberta, de la Pain Society of Alberta et d'un groupe de défense des intérêts de patients souffrant de douleurs chroniques, ainsi que d'experts en élaboration et en diffusion de guides de pratique clinique.

Une équipe de chercheurs en technologie de la santé ayant une expertise méthodologique venant de l'IHE a aidé le Comité directeur et l'Équipe¹¹.

Recherche documentaire. L'élaboration du guide de pratique clinique de l'Alberta reposait sur un processus d'adaptation de lignes directrices misant sur l'existence de guides de grande qualité et permettant aux élaborateurs de modifier les recommandations tirées des directives de base pour répondre aux besoins locaux du milieu de la santé¹². L'adaptation est une solution de rechange populaire à une élaboration à partir de zéro, étant donné la nécessité de réduire la duplication et de contenir les coûts dans la création de lignes directrices éclairées par des données probantes¹³⁻¹⁵.

Le groupe de recherche a collaboré avec des bibliothécaires médicaux expérimentés pour effectuer une recension systématique des guides de pratique clinique (GPC) existants, publiés entre janvier 2000 et mai 2011. La recherche a permis de cerner 64 GPC, dont 18 ont été jugés pertinents après les avoir soumis à des critères de sélection spécifiques élaborés par le groupe de recherche et des experts en contenu de l'Équipe¹¹. La qualité des lignes directrices a été évaluée séparément par 2 examinateurs (C.M. et N.A.S.) à l'aide de l'instrument AGREE (grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique)^{16,17}, qui a été modifié pour réduire la subjectivité de la notation des éléments et permettre de faire la distinction entre des lignes directrices de bonne ou de mauvaise qualité¹⁸. Quoiqu'on ait publié en mai 2009 une version mise à jour de l'outil AGREE^{19,20}, le groupe de recherche a décidé d'utiliser l'instrument original pour préserver l'uniformité avec les lignes directrices produites antérieurement par TOP et l'IHE. Parmi les 18 guides potentiellement admissibles, 6 ont été jugés de bonne qualité et choisis comme lignes directrices de départ.

Deux examinateurs (C.M. et N.A.S.) ont extrait les renseignements suivants sous forme de tableaux de données probantes : la source du guide, les recommandations, le nombre et le genre d'études utilisées pour créer les recommandations (p. ex. 5 études randomisées contrôlées) et la solidité des recommandations. Au total, 187 recommandations ont été présentées sous forme de tableau et celles qui étaient contradictoires ont été mises en surbrillance.

Recommandations pour la pratique. L'Équipe a passé en revue les 6 guides de départ, leurs documents connexes et les tableaux de données probantes au cours de 13 réunions d'une demi-journée : 1 rencontre en personne et 12 conférences par web au moyen de WebEx (Cisco Systems Inc.), qui permettait à tous les membres de l'Équipe de voir simultanément les documents et d'inscrire leurs préférences à l'aide d'un mode de scrutin en ligne. Les 2 coprésidents (W.J.B. et P.T.) ont dirigé toutes les séances et animé des tables rondes

pour chaque recommandation afin d'assurer que chaque membre de l'Équipe avait une voix au chapitre.

Dans certains cas, l'Équipe a demandé des données factuelles additionnelles pour clarifier des incertitudes ou régler des désaccords concernant l'interprétation des données probantes tirées des guides de base ou lorsque de nouvelles interventions envisagées ne figuraient pas dans les lignes directrices de départ. Ces demandes de « mises de côté » ont déclenché l'examen d'études de recherche individuelles citées dans les guides de base, ainsi que des révisions systématiques additionnelles sur les troubles liés à la céphalée cernées à la suite d'une recension supplémentaire des ouvrages publiés entre janvier 2000 et octobre 2010¹¹. Les éléments mis de côté ont été référés à des sous-comités spéciaux de l'Équipe qui incluaient 1 coprésident ou les 2, un chercheur de l'IHE et au moins 1 bénévole de l'Équipe ayant de l'expertise dans le domaine en cause. Les décisions prises par consensus par les sous-comités ont ensuite été présentées à l'Équipe pour approbation finale. Il est arrivé à l'occasion que de nouvelles recommandations aient été produites à la suite des discussions sur les sujets mis de côté. Un sous-comité spécial, dont faisait partie un neuroradiologiste, a été formé pour produire les recommandations concernant l'imagerie diagnostique. Le processus d'élaboration du guide de pratique clinique a duré 23 mois et a généré 91 ébauches de recommandations.

Chaque recommandation dans le guide de pratique de l'Alberta vient de 1 ou plusieurs lignes directrices de base, est fondée sur des données probantes tirées de révisions systématiques ou semisystématiques, ou a été produite par les membres de l'Équipe qui se sont basés sur leur opinion professionnelle collective et une analyse des données scientifiques pertinentes. Le texte original des recommandations a été préservé autant que possible et des désignations ont été utilisées (p. ex. RS pour révision systématique, SC pour série de cas) pour établir un lien avec les données probantes citées dans les guides de base. Les principes énoncés dans l'outil GuideLine Implementability Appraisal, qui est conçu pour évaluer le caractère pratique des GPC, ont servi à orienter la formulation des recommandations^{21,22}. Les définitions standardisées des types de recommandations présentées dans le GPC de l'Alberta ont été produites à partir des échelles d'évaluation des données probantes utilisées dans les guides de base. Les recommandations se classaient comme suit : à faire lorsque les données probantes étaient favorables à l'intervention, ne pas faire si elles laissaient entendre que l'intervention était inefficace ou nuisible et ne sait pas lorsqu'elles étaient équivoques, conflictuelles ou insuffisantes.

Une série de documents d'accompagnement ont été produits, adaptés ou adoptés à l'appui de la mise en œuvre des lignes directrices. Il s'agit notamment d'un algorithme de

référence rapide, d'un document de synthèse, de fiches d'information destinées aux patients et d'outils pour la pratique (un tableau des médicaments, une fiche pour le bilan des céphalées, un journal de bord à l'intention du patient et une vidéo démontrant l'examen physique du cou)¹⁰.

Le Comité consultatif, un groupe témoin de médecins de soins primaires et les participants à 2 conférences de médecins de l'Alberta ont passé en revue l'ébauche du guide. Les fiches d'information destinées aux patients ont été examinées par un groupe témoin de patients et de gens du public. Les documents finaux tenaient compte des commentaires reçus et ont été approuvés en février 2012 par l'Équipe.

Message principal

La liste des lignes directrices de départ se trouve au **Tableau 1**²³⁻³¹. Les 91 recommandations du guide de l'Alberta sont divisées en 6 sections. Le guide de pratique clinique complet et les documents d'accompagnement sont accessibles sur le site web du groupe TOP¹⁰. Les renseignements contenus dans l'algorithme* de référence rapide sont présentés à la **Figure 1** et aux **Tableaux 2 à 4**¹⁰. À l'**Encadré 1** se trouve un résumé de certaines pratiques générales.

Tableau 1. Guides de départ utilisés pour produire *Guideline for Primary Care Management of Headache in Adults*

GROUPES AUTEURS	DÉTAILS
US Headache Consortium ²³⁻²⁶ , 2000	États-Unis : Neuroimagerie chez les patients ayant des céphalées non aiguës ²³ ; prise en charge pharmacologique des crises de migraine aiguës ²⁴ ; prévention pharmacologique de la migraine ²⁵ ; traitement physique et comportemental de la migraine ²⁶
Fédération européenne des sociétés de neurologie ²⁷ , 2009	Europe : Traitement pharmacologique de la migraine
Société Française d'Étude des Migraines et des Céphalées ²⁸ , 2004	France : Diagnostic et prise en charge de la migraine chez les adultes et les enfants
Scottish Intercollegiate Guidelines Network ²⁹ , 2008	Royaume-Uni : Diagnostic et prise en charge de la céphalée chez les adultes
Fédération européenne des sociétés de neurologie ³⁰ , 2006	Europe : Traitement de la céphalée vasculaire de Horton et d'autres céphalalgies autonome du trijumeau
Fédération européenne des sociétés de neurologie ³¹ , 2010	Europe : Traitement de la céphalée de tension

* **L'algorithme de référence rapide** original en anglais est accessible en format facile à imprimer à www.cfp.ca. Allez au texte intégral de l'article en ligne et cliquez sur **CFPlus** dans le menu du coin supérieur droit de la page.

Figure 1. Algorithme de référence rapide tiré du *Guideline for Primary Care Management of Headache in Adults*

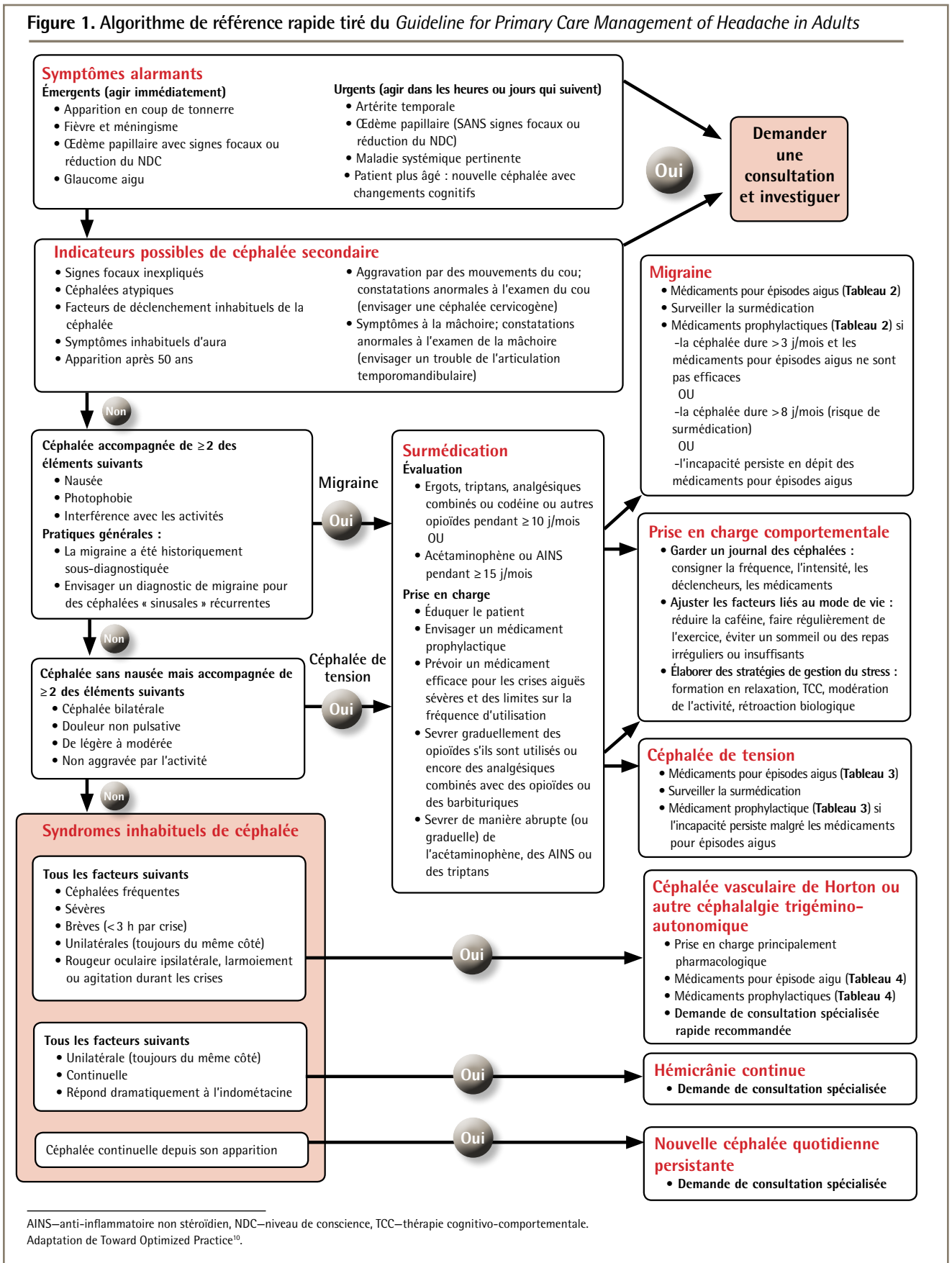


Tableau 2. Médicaments contre la migraine : A) Médicaments contre la migraine aiguë. B) Médicaments prophylactiques contre la migraine.

A)				
TYPE	MÉDICAMENTS CONTRE LA MIGRAINE AIGUË			
De première intention	400 mg d'ibuprofène, 1000 mg d'AAS, 500 à 550 mg de naproxène sodique, 1000 mg d'acétaminophène			
De deuxième intention	Triptans : 100 mg de sumatriptan par voie orale, 10 mg de rizatriptan, 12,5 mg d'almotriptan, 2,5 mg de zolmitriptan, 40 mg d'élétriptan, 2,5 mg de frovatriptan, 2,5 mg de naratriptan <ul style="list-style-type: none"> • 6 mg de sumatriptan sous-cutané si le patient a des vomissements au début de la crise. À envisager pour les crises résistantes aux triptans par voie orale • Pastilles orales : 10 mg de rizatriptan ou 2,5 mg de zolmitriptan si l'ingestion de liquides aggrave la nausée • Vaporisateur nasal : 5 mg de zolmitriptan ou 20 mg de sumatriptan si le patient a la nausée Antiémétiques : 10 mg de dompéridone ou 10 mg de métoclopramide pour la nausée			
De troisième intention	500 à 550 mg de naproxène sodique en combinaison avec un triptan			
De quatrième intention	Combinaison d'analgésiques à dose fixe (avec codéine si nécessaire; non recommandée pour une utilisation régulière)			
B)				
MÉDICAMENTS PROHYLACTIQUES	POSOLOGIE INITIALE	TITRAGE*, AUGMENTATION DE LA DOSE QUOTIDIENNE	DOSE CIBLE OU MARGE THÉRAPEUTIQUE [†]	NOTES
De première intention				
• propranolol	20 mg 2 fois par jour	40 mg par semaine	40 à 120 mg 2 fois par jour	À éviter en cas d'asthme
• métoprolol	50 mg 2 fois par jour	50 mg par semaine	50 à 100 mg 2 fois par jour	À éviter en cas d'asthme
• nadolol	40 mg par jour	20 mg par semaine	80 à 160 mg par jour	À éviter en cas d'asthme
• amitriptyline	10 mg au coucher	10 mg par semaine	10 à 100 mg au coucher	À envisager si le patient souffre de dépression, d'anxiété, d'insomnie ou de céphalée de tension
• nortriptyline	10 mg au coucher	10 mg par semaine	10 à 100 mg au coucher	À envisager si le patient souffre de dépression, d'anxiété, d'insomnie, ou de céphalée de tension
De deuxième intention				
• topiramate	25 mg par jour	25 mg par semaine	50 mg 2 fois par jour	À envisager comme première option si le patient souffre d'embonpoint
• candésartan	8 mg par jour	8 mg par semaine	16 mg par jour	Peu d'effets secondaires; expérience limitée en prophylaxie
• gabapentine	300 mg par jour	300 mg tous les 3 à 7 jours	1200 à 1800 mg par jour divisés en 3 doses	Peu d'interactions médicamenteuses
Autres				
• divalproex	250 mg par jour	250 mg par semaine	750 à 1500 mg par jour divisés en 2 doses	À éviter en cas de grossesse ou lorsqu'une grossesse est possible
• pizotifène	0,5 mg par jour	0,5 mg par semaine	1 à 2 mg 2 fois par jour	Surveiller la somnolence et le gain de poids
• toxine botulique de type A	155 à 195 unités	Pas de titrage nécessaire	155 à 195 unités tous les 3 mois	Pour la migraine chronique seulement (céphalée de ≥ 15 jours/mois)
• flunarizine	5-10 mg au coucher	Pas de titrage nécessaire	10 mg au coucher	À éviter chez les patients qui souffrent de dépression
• venlafaxine	37,5 mg par jour	37,5 mg par semaine	150 mg par jour	À envisager pour soulager la migraine chez les patients souffrant de dépression
En vente libre				
• citrate de magnésium	300 mg 2 fois par jour	Pas de titrage nécessaire	300 mg 2 fois par jour	L'efficacité peut être limitée; peu d'effets secondaires
• riboflavine	400 mg par jour	Pas de titrage nécessaire	400 mg par jour	L'efficacité peut être limitée; peu d'effets secondaires
• pétaskite	75 mg 2 fois par jour	Pas de titrage nécessaire	75 mg 2 fois par jour	L'efficacité peut être limitée; peu d'effets secondaires
• coenzyme Q10	100 mg 3 fois par jour	Pas de titrage nécessaire	100 mg 3 fois par jour	L'efficacité peut être limitée; peu d'effets secondaires

AAS— acide acétylsalicylique.

*La posologie peut être augmentée toutes les 2 semaines pour éviter les effets secondaires. Pour la plupart des médicaments, augmenter lentement la posologie jusqu'à la dose cible; un essai thérapeutique nécessite une durée de plusieurs mois. Le résultat prévu est une réduction et non une élimination des crises.

[†]Si la dose cible n'est pas tolérée, essayer une dose plus faible. Si le traitement est efficace et toléré, le poursuivre pendant au moins 6 mois. Si plusieurs médicaments préventifs n'ont pas fonctionné, envisager une demande de consultation spécialisée.

Adapté de Toward Optimized Practice¹⁰.

Tableau 3. Médicaments pour céphalée de tension

MÉDICAMENTS	POSOLOGIE
Douleur aiguë	
Ibuprofène	400 mg
AAS	1000 mg
Naproxène sodique	500 à 550 mg
Acétaminophène	1000 mg
Prophylactique	
De première intention	
• amitriptyline	10 à 100 mg par jour
• nortriptyline	10 à 100 mg par jour
De deuxième intention	
• mirtazapine	30 mg par jour
• venlafaxine	150 mg par jour

AAS—acide acétylsalicylique.
Adapté de Toward Optimized Practice¹⁰.

Tableau 4. Médicaments pour la céphalée vasculaire de Horton : Envisager une demande rapide de consultation spécialisée.

MÉDICAMENTS	POSOLOGIE
Douleur aiguë	
Sumatriptan sous-cutané	6 mg
Zolmitriptan intranasal	5 mg
Oxygène à 100 %	12 l/min durant 15 min avec masque sans réinspiration
Prophylactique*	
De première intention	
• vérapamil	240 à 480 mg par jour (de plus fortes doses peuvent être nécessaires)
De deuxième intention	
• lithium	900 à 1200 mg par jour
Autres	
• topiramate	100 à 200 mg par jour
• mélatonine	Jusqu'à 10 mg par jour

*Si le patient a plus de 2 crises par jour, envisager la thérapie de transition jusqu'à ce que le vérapamil atteigne la concentration voulue (p. ex. 60 mg de prednisone durant 5 jours, ensuite réduire à 10 mg tous les 2 jours jusqu'à interruption).

Adapté de Toward Optimized Practice¹⁰.

Section 1 : diagnostic et investigation de la céphalée. L'Encadré 2 présente les éléments importants de l'anamnèse des patients qui se présentent avec une première céphalée ou un changement dans les céphalées habituelles. L'Encadré 3 explique une approche à l'examen physique spécifiquement conçue pour les professionnels de soins primaire²⁹. À l'Encadré 4, on présente les symptômes alarmants et d'autres indices possibles de céphalées secondaires²⁹. Le Tableau 5 suggère une stratégie

Encadré 1. Pratiques générales pour la prise en charge des céphalées primaires chez les adultes

Voici des pratiques générales pour la prise en charge de la céphalée primaire chez les adultes :

- Écarter la possibilité d'une céphalée secondaire lorsqu'on diagnostique un trouble lié à une céphalée primaire
- La neuroimagerie n'est pas indiquée pour les patients souffrant de céphalées récurrentes ayant les caractéristiques cliniques d'une migraine, dont les résultats de l'examen neurologique sont normaux et qui n'ont pas de symptômes alarmants.
- La neuroimagerie, les radiographies des sinus ou de la colonne cervicale et les électroencéphalogrammes ne sont pas recommandés pour un examen de routine des patients souffrant de céphalées : les antécédents médicaux et les résultats des examens physiques et neurologiques sont habituellement suffisants pour poser un diagnostic de migraine ou de céphalée de tension
- La migraine est de loin le type de céphalée le plus commun chez les patients qui consultent un médecin pour un mal de tête
- La migraine a tendance à être sous-diagnostiquée et traitée insuffisamment; plusieurs patients souffrant de migraine ne reçoivent pas un diagnostic approprié lorsqu'ils consultent un médecin
- La migraine devrait être envisagée chez les patients souffrant de céphalées récurrentes modérées ou sévères et dont les résultats de l'examen neurologique sont normaux
- Les patients qui consultent pour des céphalées bilatérales nuisant à leurs activités ont plus tendance à avoir une migraine qu'une céphalée de tension et peuvent avoir besoin d'une médication spécifique à la migraine
- Envisager un diagnostic de migraine chez les patients ayant reçu un diagnostic de céphalées récurrentes des sinus
- On considère qu'il y a une surmédication lorsque les patients souffrant de migraine ou de céphalée de tension utilisent une combinaison d'analgésiques, d'opioïdes ou de triptans à raison de ≥ 10 jours par mois ou d'acétaminophène ou d'AINS à raison de ≥ 15 jours par mois
- Un traitement complet de la migraine comprend la prise en charge des facteurs liés au mode de vie et des déclencheurs, une médication pour traiter les douleurs aiguës et un traitement prophylactique, ainsi que des stratégies d'autogestion de la migraine
- Un grand nombre de personnes qui pourraient bénéficier d'une thérapie prophylactique n'en reçoivent pas

AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien.

simplifiée pour diagnostiquer les troubles de céphalées primaires^{32,33}.

Section 2 : migraine. À l'Encadré 5 se trouve un résumé d'une approche exhaustive à la prise en charge de la migraine. La Section 2 du guide comporte des recommandations concernant la prise en charge du mode de vie, le traitement pour épisodes aigus, la prophylaxie, la migraine menstruelle et le traitement de la migraine durant la grossesse. Le guide complet présente un tableau détaillé des médicaments pour la migraine qui inclut les formulations disponibles, les posologies habituelles, les contre-indications relatives et absolues et les événements indésirables. Aux Encadrés 6 et 7, on explique les indications de prescrire des médicaments

Encadré 2. Éléments à considérer dans les antécédents de patients se présentant avec une céphalée pour la première fois ou qui ont observé des changements dans leur type de céphalée

Explorer les éléments importants suivants dans les antécédents de céphalée :

- Apparition de la céphalée (en coup de tonnerre, traumatisme à la tête ou au cou), crises antérieures (progression des symptômes), durée des crises (< 3 heures, > 4 heures, constantes), jours par mois avec une céphalée
- Site de la douleur (unilatéral, bilatéral, douleur associée au cou, etc.)
- Symptômes associés à la céphalée (nausée, vomissement, photophobie, injection conjonctivale, rhinorrhée, etc.)
- Relation entre les crises de céphalée et leurs déclencheurs (stress, posture, toux, effort, tension, mouvement du cou, douleur de la mâchoire, etc.)
- Sévérité de la céphalée et effets de celle-ci sur le travail et les activités familiales
- Médicaments préventifs et pour traiter la douleur aiguë essayés antérieurement, réponse à ces médicaments et effets secondaires
- Présence de conditions coexistantes qui pourraient influencer le choix du traitement (insomnie, dépression, anxiété, hypertension, asthme et antécédents de maladies cardiaques ou d'AVC)

Basé sur l'opinion des experts de l'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique.

Encadré 3. Approche concernant l'examen physique de patients se présentant avec une céphalée pour la première fois ou qui ont observé des changements dans leur type de céphalée

L'examen physique devrait comprendre les éléments suivants :

- Examen neurologique de dépistage
 - évaluation générale de l'état mental
 - examen des nerfs crâniens—examen du fond d'œil, des pupilles, des mouvements des yeux, du champ de vision, évaluation des mouvements faciaux pour détecter les asymétries et les faiblesses
 - évaluation pour détecter une faiblesse unilatérale des membres, une asymétrie des réflexes et la coordination dans les bras
 - évaluation de la démarche, incluant la marche un pied devant l'autre (démarche en tandem)
- Examen du cou
 - posture, amplitude des mouvements et palpation pour détecter des points de fibromyalgie
- Mesure de la tension sanguine
- Si d'autres symptômes ou signes neurologiques l'indiquent lors de l'examen de dépistage, procéder à un examen neurologique ciblé (p. ex. examen du nerf crânien inférieur chez un patient souffrant de dysarthrie ou test de la réponse plantaire chez les patients présentant une asymétrie des réflexes)
- Si le patient se plaint de douleur à la mâchoire, procéder à un examen pour déceler les troubles temporomandibulaires
 - évaluation de l'ouverture de la mâchoire
 - palpation des muscles responsables de la mastication pour détecter des points de fibromyalgie

Basé sur les lignes directrices du Scottish Intercollegiate Guidelines Network²⁹ et l'opinion des experts de l'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique.

prophylactiques pour la migraine et les éléments à prendre en compte^{28,29}. Les médicaments recommandés sont présentés au **Tableau 2**¹⁰.

Section 3 : céphalée due à la tension. Cette section comporte des recommandations sur le mode de vie, la thérapie pour épisodes aigus et prophylactique, de même que la prise en charge des céphalées due à la tension durant la grossesse. La liste des médicaments recommandés se trouve au **Tableau 3**¹⁰.

Section 4 : céphalée due à la surmédication. Ceux qui souffrent de migraine sont particulièrement enclins à développer une céphalée due à la surmédication. Les recommandations relatives au diagnostic et à la prise en charge de la céphalée due à la surmédication sont présentées aux **Encadrés 8** et **9**²⁹.

Section 5 : céphalée vasculaire de Horton. La céphalée vasculaire de Horton est prise en charge au moyen d'un certain nombre de pharmacothérapies qui peuvent être amorcées et surveillées en soins primaires, mais il est recommandé de demander sans délai une consultation chez un spécialiste parce que ce type de céphalée est peu

Encadré 4. Symptômes alarmants et autres indices possibles de céphalées secondaires : Il faudrait envisager une demande de consultation ou une investigation appropriée.

Symptômes alarmants : émergents (agir immédiatement)

- Apparition en coup de tonnerre
- Fièvre et méningisme
- Œdème papillaire avec signes focaux ou réduction du niveau de conscience
- Glaucome aigu

Symptômes alarmants : urgents (agir dans les heures ou jours qui suivent)

- Artérite temporale
- Œdème papillaire sans signes focaux ou réduction du niveau de conscience
- Maladie systémique pertinente
- Patient plus âgé : nouvelle céphalée avec changements cognitifs

Autres indices possibles de céphalée secondaire (moins urgent)

- Signes focaux inexplicables
- Céphalées atypiques (non conformes à une migraine ou à une céphalée de tension)
- Facteurs déclencheurs inhabituels de la céphalée
- Symptômes d'aura inhabituels
- Apparition après 50 ans
- Aggravation par mouvements du cou; constatations anormales à l'examen du cou (envisager une céphalée cervicogène)
- Symptômes à la mâchoire; constatations anormales à l'examen de la mâchoire (envisager un trouble de l'articulation temporomandibulaire)

Basé sur les lignes directrices du Scottish Intercollegiate Guidelines Network²⁹ et l'opinion des experts de l'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique.

commun, incapacitant et difficile à prendre en charge. Les médicaments recommandés se trouvent au **Tableau 4**¹⁰.

Section 6 : autres troubles de céphalées. Cette section du guide insiste sur l'hémicrânie continue, la céphalée cervicogène et la céphalée secondaire à un trouble de l'articulation temporomandibulaire. Le traitement de ces problèmes exigera probablement une demande de consultation auprès d'un thérapeute ou spécialiste formé de manière appropriée.

Plans de mise en œuvre et de mise à jour

Le guide de pratique clinique a été diffusé au moyen de présentations et d'ateliers lors de conférences provinciales, régionales et nationales. Il figure aussi dans l'Infobase de l'AMC³⁵ et il a compté parmi les 10 guides

de pratique clinique les plus téléchargés pendant près de 6 mois. Il se trouve aussi dans le site web du Michael G. DeGroot National Pain Centre³⁵ et est fiché dans la National Guideline Clearing House des États-Unis³⁶. L'Université de Calgary en Alberta entreprend actuellement un projet pilote de présentation du guide par l'intermédiaire de webinaires interactifs.

La base des données probantes sur laquelle repose le GPC de l'Alberta fera annuellement l'objet d'une évaluation et des mises à jour seront apportées lorsque des changements aux recommandations s'imposeront en raison de nouvelles données probantes.

Limitations

L'exercice d'adaptation des guides empêchait de faire une analyse en profondeur de la validité ou une évaluation

Tableau 5. Diagnostic des syndromes de céphalées primaires

DESCRIPTION	SYNDROME DE CÉPHALÉE
Patients souffrant de crises de céphalées récurrentes et ayant des constatations normales à l'examen neurologique (chez certains patients, d'autres symptômes cliniques devraient aussi être pris en compte)*	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de migraine sans aura (ou de migraine avec aura en sa présence) s'ils répondent à au moins 2 des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> -nausée durant la crise -photophobie durant la crise -certaines crises nuisent à leurs activités • Diagnostic de céphalée de tension épisodique[†] si les crises ne sont pas associées à de la nausée et s'ils répondent à au moins 2 des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> -céphalée bilatérale -douleur sans pulsation -intensité de légère à modérée -l'activité n'aggrave pas la céphalée • Diagnostic de céphalée vasculaire de Horton ou autre céphalalgie autonome du trijumeau si les crises répondent à tous les critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> -fréquentes -sévères -brèves (durée < 3 h) -unilatérales -injection conjonctivale ipsilatérale, larmoiement ou agitation durant les crises (présence possible de ptosis ou de myosis à l'examen). Demande de consultation en neurologie recommandée
Patients souffrant de céphalées ≥ 15 j/mois pendant > 3 mois dont les constatations à l'examen neurologique sont normales [‡]	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de migraine chronique si les céphalées répondent aux critères diagnostiques de la migraine (ci-haut) ou sont rapidement soulagées avec des médicaments spécifiques à la migraine (triptans ou ergots) ≥ 8 j/mois -Migraine chronique avec surmédication si le patient prend des ergots, des triptans, des opioïdes ou une combinaison d'analgésiques ≥ 10 j/mois ou utilise des acétaminophènes ou des AINS normaux ≥ 15 j/mois -Migraine chronique sans surmédication si le patient n'utilise pas trop de médicaments selon la définition plus haut • Diagnostic de céphalée chronique de tension si les céphalées répondent aux critères diagnostique d'une céphalée de tension épisodique (ci-haut), sauf qu'une légère nausée peut être présente
Patients souffrant de céphalée quotidienne continue pendant > 3 mois dont les constatations à l'examen neurologique sont normales [§]	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic d'hémicrânie continue (demande de consultation en neurologie recommandée) si la céphalée <ul style="list-style-type: none"> -est strictement unilatérale -est toujours du même côté de la tête (présence possible de ptosis ou de myosis à l'examen) -répond dramatiquement à l'indométacine • Diagnostic de nouvelle céphalée quotidienne continue si la céphalée n'a pas cessé depuis son apparition. Il est important d'envisager une céphalée secondaire chez de tels patients. Une demande de consultation en neurologie est recommandée.

AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien.

*Modification de l'International Classification of Headache Disorders³²; données de Lipton et coll.³³; et basé sur l'opinion des experts de l'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique.

[†]Si les patients ne répondent pas aux critères diagnostiques de la migraine.

[‡]Modification de l'International Classification of Headache Disorders³² et basé sur l'opinion des experts de l'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique.

[§]Modification de l'International Classification of Headache Disorders³² et basé sur l'opinion des experts de l'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique.

^{||}Ce syndrome de céphalée moins courant devrait être envisagé chez des patients souffrant de céphalée continue.

formelle de la force et de la qualité des données empiriques sous-jacentes, ce qui a compliqué la classification de la force et du type des recommandations. Pour régler ce problème, des définitions standardisées ont été produites pour les types de recommandations faites dans le GPC de l'Alberta (p. ex. ce que voulait dire une recommandation *faire* ou *ne pas faire*), à partir des échelles d'évaluation des données probantes utilisées dans les guides de départ qui se chevauchaient. Des désignations étaient utilisées (p. ex. *RS* pour révision systématique) afin d'établir des liens avec les types de données probantes citées en référence par les guides de base à l'appui de leurs recommandations^{10,11}.

Le manque de données scientifiques probantes concernant les investigations des céphalées, leur diagnostic, les symptômes alarmants et les demandes de consultation a fait en sorte que de nombreuses

recommandations dans ces domaines reposaient sur les opinions de l'Équipe ou des experts qui ont élaboré les guides de base. Toutefois, ces problèmes ont été compensés par l'utilisation de guides de base crédibles, d'une liste rigoureuse des types et des sources des données probantes pour toutes les recommandations et d'une documentation précise du processus de contextualisation subjective.

Les processus d'adaptation sont limités par la période de temps écoulée entre la publication des études primaires et leur incorporation dans les lignes directrices, ce qui signifie que les données probantes récemment publiées ne sont pas nécessairement intégrées dans le GPC de l'Alberta et que toutes les options thérapeutiques disponibles ne sont pas couvertes dans les guides de base. Pour y pallier, l'équipe de recherche a mis régulièrement à jour les recensions durant tout l'exercice d'adaptation des lignes directrices de l'Alberta.

Les membres de l'Équipe ont débattu à savoir s'il fallait incorporer de nouveaux traitements pour les céphalées qui n'étaient pas mentionnés dans les guides de base. Ils ont adopté une approche conservatrice selon laquelle une recommandation en faveur d'une intervention émergente n'était incluse que si elle avait fait l'objet d'une évaluation dans une révision systématique.

Aucun des guides de départ n'incluait d'évaluations économiques formelles ou d'analyses de rentabilité ni ne traitait des répercussions économiques des recommandations. En raison de contraintes de temps et de ressources, il n'y a pas eu d'analyse de rentabilité ou d'évaluation économique des répercussions du GPC de l'Alberta. Par ailleurs, si les guides de base mentionnaient

Encadré 5. Prise en charge complète de la migraine

Tenir compte de ce qui suit dans la prise en charge de patients souffrant de migraine :

- Accorder de l'attention au mode de vie et aux déclencheurs spécifiques de la migraine pour réduire la fréquence des crises. Parmi les facteurs liés au mode de vie à éviter figurent les suivants :
 - repas irréguliers ou sautés
 - sommeil irrégulier ou insuffisant
 - style de vie stressant
 - consommation excessive de caféine
 - manque d'exercice
 - obésité
- Utiliser une pharmacothérapie pour épisode aigu à chaque crise de migraine
- Utiliser une pharmacothérapie prophylactique, si elle est indiquée, pour réduire la fréquence des crises
- Utiliser des thérapies non pharmacologiques
- Évaluer et traiter les problèmes médicaux et psychiatriques concomitants
- Encourager les patients à participer activement à leur traitement et à suivre les principes de la prise en charge autonome, notamment les suivants :
 - se surveiller soi-même pour cerner les facteurs qui influencent la migraine
 - gérer efficacement les déclencheurs de migraine
 - modérer ses activités pour éviter de déclencher ou d'exacerber la migraine
 - maintenir un mode de vie qui n'aggrave pas la migraine
 - mettre en pratique des techniques de relaxation
 - avoir une bonne hygiène du sommeil
 - perfectionner ses habiletés en gestion du stress
 - utiliser la restructuration cognitive pour éviter des pensées catastrophiques ou négatives
 - améliorer ses habiletés en communication pour parler efficacement de sa douleur avec la famille et les autres
 - utiliser de manière appropriée les médicaments prophylactiques et pour épisodes aigus

Basé sur l'opinion des experts de l'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique.

Encadré 6. Prophylaxie pharmacologique pour la migraine

Les médicaments prophylactiques sont indiqués dans les circonstances suivantes :

- Les crises de migraine récurrentes causent des incapacités considérables en dépit d'une pharmacothérapie optimale pour épisodes aigus
- La fréquence des médicaments pour céphalée aiguë approche les niveaux susceptibles de mettre à risque le patient de souffrir de céphalée due à la surmédication
 - les médicaments pour usage aigu sont utilisés ≥ 10 j/mois, notamment les triptans, les ergots, les opioïdes et les analgésiques combinés
 - les médicaments pour usage aigu sont utilisés ≥ 15 j/mois dans le cas de l'acétaminophène et des AINS
- Des crises récurrentes avec une aura prolongée se produisent (migraine hémiplegique, de type basilaire, etc.)
- Des contre-indications aux médicaments pour migraine aiguë compliquent le traitement symptomatique des crises de migraine

AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien.

Basé sur l'opinion des experts de l'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique.

Encadré 7. Pharmacothérapie prophylactique pour la migraine

Prendre en compte ce qui suit dans la prescription de médicaments prophylactiques pour la migraine :

- Informer les patients de prendre leur médication chaque jour et de respecter la fréquence et la dose prescrites
- S'assurer que les patients ont des attentes réalistes en ce qui a trait aux bienfaits probables d'une prophylaxie pharmacologique, notamment :
 - Les crises de céphalée ne disparaîtront probablement pas complètement
 - Une réduction de 50 % dans la fréquence des céphalées est habituellement considérée valable et une réussite
 - Il peut falloir de 4 à 8 semaines pour que des bienfaits substantiels se produisent
 - Si le médicament prophylactique procure des bienfaits substantiels durant les 2 premiers mois du traitement, ces bienfaits pourraient augmenter encore davantage au cours de quelques mois additionnels de thérapie
- Évaluer l'efficacité de la thérapie en utilisant un journal de bord du patient dans lequel il consigne la fréquence des céphalées, l'utilisation des médicaments et l'ampleur des incapacités
- Pour la plupart des médicaments prophylactiques, amorcer la thérapie par une faible dose et l'augmenter graduellement pour minimiser les effets secondaires
- Augmenter la dose jusqu'à ce que le médicament soit efficace, que les effets secondaires nécessitant une limite de la dose se manifestent ou que la dose ciblée soit atteinte
- Prévoir une période d'essai suffisante du médicament. À moins que les effets secondaires obligent la discontinuation, continuer le médicament prophylactique pendant au moins 6 à 8 semaines après que le titrage du médicament a été atteint
- Parce que la tendance des crises de migraine fluctue avec le temps, envisager une discontinuation du médicament pour de nombreux patients après 6 à 12 mois de thérapie prophylactique fructueuse, mais les médicaments préventifs peuvent être pris pendant plus longtemps par les patients qui ont vécu des incapacités considérables reliées à la migraine.

Basé sur Géraud et coll.²⁸ et les lignes directrices du Scottish Intercollegiate Guidelines Network²⁹.

Encadré 8. Diagnostic de la céphalée due à la surmédication

Envisager les éléments suivants dans le diagnostic de la céphalée due à la surmédication :

- Envisager un diagnostic de céphalée due à la surmédication chez des patients qui ont des céphalées ≥ 15 j/mois et évaluer les patients pour détecter une surutilisation possible de médicaments (utilisation de triptans, d'ergots, d'analgésiques combinés ou de médicaments contenant des opioïdes pendant ≥ 10 j/mois, ou utilisation d'acétaminophène ou d'AINS ≥ 15 j/mois)
- Lorsqu'on soupçonne une céphalée due aux médicaments, il faudrait aussi évaluer la présence chez le patient de ce qui suit :
 - comorbidité psychiatrique (dépression et anxiété); il faut tenir compte de sa présence dans la planification d'une stratégie complète de traitement
 - dépendances psychologiques et physiques aux médicaments
 - utilisation de stratégies inadéquates de gestion du problème. Plutôt que de se fier aux médicaments comme principale stratégie de prise en charge, les patients chez qui on soupçonne une surmédication pourraient bénéficier d'une formation et d'un perfectionnement concernant des stratégies d'autogestion plus adaptatives (p. ex. cerner et prendre en charge les déclencheurs de la céphalée, exercices de relaxation, habiletés en gestion efficace du stress et modération de l'activité)
- Un journal de bord des céphalées où est consignée avec exactitude la médication pour épisodes aigus est important dans la prévention et le traitement des céphalées dues à une surmédication

AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien.

Basé sur les lignes directrices du Scottish Intercollegiate Guidelines Network²⁹ et l'opinion des experts de l'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique.

Le **D^r Becker** est professeur au Département de neurosciences cliniques de l'Université de Calgary en Alberta. Le **D^r Findlay** est professeur adjoint de clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Calgary. La **D^{re} Moga** et **M^{me} Scott** sont associées de recherche en évaluation de la technologie de la santé à l'Institute of Health Economics à Edmonton, en Alberta. **M^{me} Harstall** est directrice de l'évaluation de la technologie de la santé à l'Institute of Health Economics. Le **D^r Taenzer** est professeur adjoint de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Calgary.

Remerciements

Nous remercions les membres de l'Ambassador Program Guideline Development Group, du Comité consultatif et du Comité directeur de leur engagement et de leur travail diligent. Nous voulons aussi remercier toutes les organisations qui ont offert du soutien durant le processus d'élaboration du guide de pratique clinique, en particulier Toward Optimized Practice pour les conseils prodigués durant les étapes finales du processus et pour avoir affiché en ligne le guide complété. Nous exprimons une gratitude toute particulière au **D^r James N. Scott** (radiologie) et au **D^r Robert Ashforth** (radiologie) pour leurs précieuses contributions dans la composante portant sur l'imagerie diagnostique du guide. Nous remercions aussi **M^{me} Wendy McIndoo** de son aide sur le plan administratif, de même que **M^{me} Liz Dennett** et **M^{me} Dagmara Chojecki** de leur soutien sur le plan des services d'information. Le ministère de la Santé de l'Alberta a financé cette initiative. Les opinions exprimées dans le présent article ne représentent pas nécessairement la politique officielle du Ministère.

Intérêts concurrents

Le **D^r Becker** a agi comme membre au sein de conseils médicaux consultatifs pour AGA Medical, Allergan, Merck et Pfizer; a reçu des honoraires de conférencier d'Allergan, Merck, Pfizer, Serono et Teva; et a reçu du soutien à la recherche dans le cadre d'études cliniques multicentriques (a agi à titre de chercheur principal local) de la part d'AGA Medical, Allergan, Medtronic et Merck. Toutefois, ces intérêts n'ont eu aucune influence sur la conception, l'analyse des données, la formulation ou le contenu du guide. Aucun des autres auteurs n'avait de conflits d'intérêts à déclarer.

des renseignements sur le plan économique, ces derniers ont été relevés dans les documents d'accompagnement¹¹.

Conclusion

La forme et la concision du *Guideline for Primary Care Management of Headache in Adults* reflètent sa raison d'être : offrir aux professionnels des soins primaires canadiens de multiples disciplines un ensemble complet de ressources pour évaluer et prendre en charge les céphalées chez les adultes. Un résumé du guide de pratique clinique, un algorithme, de même que des outils pour la pratique et des fiches d'information destinées aux patients sont fournis pour renforcer la prise en charge complète des céphalées, soutenir l'engagement du patient et l'autogestion des soins, ainsi que favoriser des interventions éclairées par des données probantes.



Encadré 9. Prise en charge de la céphalée due à la surmédication

Les plans thérapeutiques pour les patients dont la céphalée est due à la surmédication devraient comporter ce qui suit :

- L'éducation du patient. Les patients doivent comprendre que
 - l'utilisation excessive de médicaments pour céphalée aiguë peut augmenter sa fréquence
 - quand la surmédication est arrêtée, la céphalée peut empirer temporairement et d'autres symptômes de sevrage peuvent survenir
 - de nombreux patients verront une réduction à long terme de la fréquence des céphalées après l'arrêt de la surmédication
 - les médicaments prophylactiques pourraient devenir plus efficaces
- Une stratégie pour la cessation de la surmédication
 - on devrait conseiller un arrêt abrupt aux patients chez qui on soupçonne une céphalée due à une surmédication avec des analgésiques simples (acétaminophène, AINS) ou des triptans; toutefois, la cessation graduelle est aussi une option
 - on devrait conseiller une cessation graduelle aux patients chez qui on soupçonne une céphalée due à une surmédication causée par des opioïdes et des analgésiques contenant des opioïdes
- L'administration d'un médicament prophylactique pendant que la médication est arrêtée. Même si on utilise de nombreux agents prophylactiques (tricycliques, β -bloqueurs, etc.), les médicaments dont l'efficacité est étayée par les meilleures données probantes pour la migraine chronique due à la surmédication sont
 - la toxine botulique de type A, 155 à 195 unités injectées à 3 mois d'intervalle par des cliniciens expérimentés dans son utilisation pour les céphalées
 - le topiramate avec titrage lent jusqu'à une dose cible de 100 mg/j
- Une stratégie pour le traitement des crises sévères de céphalée qui subsistent avec des limites sur la fréquence d'utilisation (p. ex. un triptan pour les patients ayant une surmédication d'analgésiques, la dihydroergotamine pour les patients ayant une surmédication de triptans, etc.)
- Un suivi du patient et du soutien

AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien.

Basé sur les lignes directrices du Scottish Intercollegiate Guidelines Network²⁹ et l'opinion des experts de l'équipe d'élaboration du guide de pratique clinique.

Correspondance

D^r Werner J. Becker; courriel wbecker@ucalgary.ca

Références

1. Bigal ME, Lipton RB, Stewart WF. The epidemiology and impact of migraine. *Neurol Neurosci Rep* 2004;4(2):98-104.
2. Robbins MS, Lipton RB. The epidemiology of primary headache disorders. *Semin Neurol* 2010;30(2):107-19. Publ. en ligne du 29 mars 2010.
3. Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A et coll. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007;27(3):193-210.
4. Cooke LJ, Becker WJ. Migraine prevalence, treatment and impact: the Canadian Women and Migraine Study. *Can J Neurol Sci* 2010;37(5):580-7.
5. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF et coll. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007;68(5):343-9.
6. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77(3):385-7.
7. Bigal M, Krymchantowski AV, Lipton RB. Barriers to satisfactory migraine outcomes. What have we learned, where do we stand? *Headache* 2009;49(7):1028-41. Publ. en ligne du 6 avr. 2009.
8. Hazard E, Munakata J, Bigal ME, Rupnow MF, Lipton RB. The burden of migraine in the United States: current and emerging perspectives on disease management and economic analysis. *Value Health* 2009;12(1):55-64. Publ. en ligne du 30 juill. 2008.
9. Becker WJ, Gladstone JP, Aube M. Migraine prevalence, diagnosis, and disability. *Can J Neurol Sci* 2007;34(Suppl 4):S3-9.
10. Toward Optimized Practice. *Guideline for primary care management of headache in adults*. Edmonton, AB: Toward Optimized Practice; 2012. Accessible à: www.topalbertadoctors.org/cpgs/10065. Réf. du 26 août 2013.
11. Institute of Health Economics. *Ambassador program guideline for management of primary headache in adults: background document*. Edmonton, AB: Institute of Health Economics; 2013. Accessible à: www.ihe.ca/research-programs/hta/aagap/headache. Réf. du 26 août 2013.
12. Harstall C, Taenzer P, Angus DK, Moga C, Schuller T, Scott NA. Creating a multidisciplinary low back pain guideline: anatomy of a guideline adaptation process. *J Eval Clin Pract* 2011;17(4):693-704. Publ. en ligne du 16 sept. 2010.
13. Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L et coll. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care* 2006;18(3):167-76.
14. Groot P, Hommersom A, Lucas P. Adaptation of clinical practice guidelines. *Stud Health Technol Inform* 2008;139:121-39.
15. Muth C, Gensichen J, Beyer M, Hutchinson A, Gerlach FM. The systematic guideline review: method, rationale, and test on chronic heart failure. *BMC Health Serv Res* 2009;9:74.
16. The AGREE Collaboration. *AGREE instrument*. Londres, RU: The AGREE Collaboration; 2001. Accessible à: www.agreetrust.org/resource-centre/the-original-agree-instrument/the-original-agree-instrument-translations. Réf. du 26 août 2013.
17. The AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003;12(1):18-23.
18. Scott NA, Moga C, Harstall C. Making the AGREE tool more user friendly: the feasibility of a user guide based on Boolean operators. *J Eval Clin Pract* 2009;15(6):1061-73.
19. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G et coll. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ* 2010;182(18):E839-42. Publ. en ligne du 5 juill. 2010.
20. The AGREE Next Steps Consortium. *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*. Londres, RU: The AGREE Next Steps Consortium; 2009. Accessible à: www.agreetrust.org. Réf. du 26 août 2013.
21. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, Essaihi A, Hsiao A, Michel G et coll. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis Mak* 2005;5:23.
22. Yale University. *GuideLine Implementability Appraisal (GLIA)*. New Haven, CT: Yale University; 2005. Accessible à: <http://nutmeg.med.yale.edu/glia/login.htm?jsessionid%20=DFE8740FF9FF152296DD79BFBA723B6>. Réf. du 26 août 2013.
23. Frishberg BM, Rosenberg JH, Matchar DB, McCrory DC, Pietrzak MP, Rozen TD et coll. *Evidence-based guidelines in the primary care setting: neuroimaging in patients with nonacute headache*. St Paul, MN: US Headache Consortium; 2000.
24. Matchar DB, Young WB, Rosenberg JH, Pietrzak MP, Silberstein SD, Lipton RB et coll. *Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management of acute attacks*. St Paul, MN: US Headache Consortium; 2000.
25. Ramadan NM, Silberstein SD, Freitag F, Gilbert TT, Frishberg BM. *Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine*. St Paul, MN: US Headache Consortium; 2000.
26. Campbell JK, Penzien DB, Wall EM. *Evidence-based guidelines for migraine headache: behavioral and physical treatments*. St Paul, MN: US Headache Consortium; 2000.
27. Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A et coll. EFNS guideline on the drug treatment of migraine—revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2009;16(9):968-81.
28. Géraud G, Lantéri-Minet M, Lucas C, Valade D; French Society for the Study of Migraine Headache (SFEMC). French guidelines for the diagnosis and management of migraine in adults and children. *Clin Ther* 2004;26(8):1305-18.
29. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Diagnosis and management of headache in adults. A national clinical guideline. Publication no. 107*. Edinburgh, Écosse: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008. Accessible à: www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/107/index.html. Réf. du 26 août 2013.
30. May A, Leone M, Afra J, Linde M, Sandor PS, Evers S, et coll. EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal-autonomic cephalalgias. *Eur J Neurol* 2006;13(10):1066-77. Accessible à: www.guideline.gov/content.aspx?id=34898. Réf. du 10 juin 2015.
31. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache—report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2010;17(11):1318-25.
32. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2^e édition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):9-160.
33. Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, Kolodner K, Endicott J, Hettiarachchi J et coll. A self-administered screener for migraine in primary care: the ID Migraine validation study. *Neurology* 2003;61(3):375-82.
34. Association médicale canadienne. *CMA Infobase: clinical practice guidelines database. Record ID 13271*. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2013. Accessible à: https://www.cma.ca/en/Pages/cpg-details.aspx?cpgid=13271&la_id=1. Réf. du 26 août 2013.

35. Michael G. DeGroot National Pain Centre [site web]. *Guidelines*. Hamilton, ON: McMaster University; 2013. Accessible à: <http://nationalpain-centre.mcmaster.ca/guidelines.html>. Réf. du 11 juin 2015.

36. National Guideline Clearinghouse [site web]. *Guideline summary*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Accessible à: www.guideline.gov/content.aspx?id=47060&search=guideline+for+primary+care+management+of+headache+in+adults. Réf. du 11 juin 2015.

— * * * —