



# Guide de bonnes pratiques pour le traitement des céphalées chez l'adulte

Disponible en ligne au: [www.chiropracticcanada.ca](http://www.chiropracticcanada.ca)

janvier 2012



THE FEDERATION  
CANADIAN FEDERATION OF CHIROPRACTIC REGULATORY AND  
EDUCATIONAL ACCREDITING BOARDS  
LA FÉDÉRATION  
LA FÉDÉRATION CHIROPRACTIQUE CANADIENNE DES ORGANISMES  
DE RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE ET D'ACCREDITATION DES  
PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT



**THE FEDERATION**  
CANADIAN FEDERATION OF CHIROPRACTIC REGULATORY AND  
EDUCATIONAL ACCREDITING BOARDS  
**LA FÉDÉRATION**  
LA FÉDÉRATION CHIROPRATIQUE CANADIENNE DES ORGANISMES  
DE RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE ET D'AGREMENT DES  
PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT

## Guide de bonnes pratiques pour le traitement des céphalées chez l'adulte

Roland Bryans BA, DC (Président du comité d'élaboration des lignes directrices); Philip Decina DC, FCCS (C); Martin Descarreaux DC, PhD; Mireille Duranleau DC; Henri Marcoux DC, FCCO; Brock Potter, BSc, DC; Rick Ruegg PhD, DC; Lynn Shaw PhD, OT Reg. (Ont.); Robert Watkin BA, LLB; Eleanor White MSc, DC; au nom de l'Association chiropratique canadienne (ACC) et de la Fédération canadienne des organismes de réglementation de la chiropratique (Fédération) dans le cadre de l'Initiative d'élaboration des guides de bonnes pratiques.

# Table des matières

1	Introduction <ul style="list-style-type: none"><li>a. Éléments clés pour les cliniciens</li></ul>
2	Classification des céphalées <ul style="list-style-type: none"><li>a. Céphalées primaires</li><li>b. Céphalées secondaires</li></ul>
3	Diagnostic des céphalées <ul style="list-style-type: none"><li>a. Évaluation chiropratique</li><li>b. Les défis du diagnostic<ul style="list-style-type: none"><li><i>i. Céphalées de tension versus céphalées cervicogènes</i></li><li><i>ii. Céphalées coexistantes</i></li></ul></li></ul> Traitement pharmacologique
5	Recommandations cliniques pour le traitement des patients ayant des migraines  Recommandations cliniques pour le traitement des patients ayant des céphalées de tension  Recommandations cliniques pour le traitement des patients ayant des céphalées cervicogènes
9	Gestion des événements indésirables
10	Foire aux questions
	Bibliographie

# Introduction

Les céphalées sont fréquentes chez l'adulte et perturbent négativement la vie familiale, sociale et professionnelle. Les céphalées constituent, en Amérique du Nord, la troisième condition pour laquelle les personnes consultent les chiropraticiens.<sup>1</sup>

**Ce guide a pour but d'améliorer l'efficacité du traitement chiropratique des patients ayant des céphalées. Il témoigne de l'engagement de la profession à faire progresser la pratique fondée sur les données probantes.**

Ce guide de bonnes pratiques basé sur les données probantes se veut un outil d'accompagnement pour les chiropraticiens et leurs patients. Le guide présente des recommandations de traitement basées sur une revue systématique de la littérature scientifique clinique.<sup>2</sup> Un article scientifique précisant les paramètres et la méthodologie de cette revue de littérature est publié.<sup>2</sup> Les informations concernant le diagnostic des céphalées et la gestion des événements indésirables sont quant à elles partiellement basées sur l'expérience clinique et un consensus du CELD. Son but est d'améliorer l'efficacité des traitements chez les patients atteints de céphalées. La pratique clinique basée sur les données probantes (evidence-based practice) se fonde sur l'évaluation des données générées par la recherche clinique et leur utilisation dans un contexte clinique. Puisque la littérature scientifique actuelle comporte des lacunes,<sup>2</sup> ce guide n'a pas comme objectif d'aborder toutes les approches thérapeutiques chiropratiques pour le traitement des patients atteints de céphalées. De plus, le guide ne présente pas une liste exhaustive des critères cliniques permettant de choisir un traitement plutôt qu'un autre. Si une approche thérapeutique n'est pas citée dans le guide, c'est qu'aucune preuve scientifique valable n'a pu être répertoriée.<sup>2</sup> Ce guide n'établit pas une norme pratique professionnelle.

Le Comité d'élaboration des lignes directrices (CELD) encourage les cliniciens à utiliser leur jugement clinique dans l'établissement d'un diagnostic précis et d'un plan de traitement, et ce, en fonction des particularités cliniques de chaque patient. Chaque patient répondra différemment aux diverses approches thérapeutiques manuelles et physiques utilisées. Les recommandations cliniques pour le traitement des patients atteints de céphalées permettront d'obtenir de meilleurs résultats cliniques tels qu'une diminution de la fréquence des céphalées, de leur intensité ou de leur sévérité, une réduction de la prise de médicaments, l'atténuation rapide des incapacités et invalidités liées aux céphalées et à leurs symptômes. De plus, ces recommandations devraient réduire les coûts associés au traitement des céphalées, par le biais d'une utilisation moins fréquente de traitements inefficaces, de soins plus sécuritaires et d'une plus grande satisfaction des patients et des tiers payeurs.

## Éléments clés pour les cliniciens

- Les types de céphalées présentés dans ce guide sont les suivants: migraines, céphalées de tension et céphalées cervicogènes.
- Dans le but d'uniformiser le diagnostic et le traitement des céphalées, le CELD suggère l'utilisation de la Classification internationale des céphalées.<sup>3</sup>
- La manipulation vertébrale, (définie comme étant une poussée de haute vélocité et de faible amplitude appliquée à la colonne vertébrale) est recommandée pour le traitement des patients ayant des migraines ou des céphalées cervicogènes.
- Les interventions de nature multimodale ou multidisciplinaire incluant la massothérapie semblent être bénéfiques pour les patients aux prises avec des migraines.
- La manipulation vertébrale ne peut pas être recommandée pour le traitement des patients atteints de céphalées de tension épisodiques. Il est présentement impossible de formuler une recommandation pour ou contre l'utilisation de la manipulation vertébrale chez les patients atteints de céphalées de tension chroniques.
- Les mobilisations craniocervicales de faible intensité semblent réduire les symptômes des patients atteints de céphalées de tension.
- Les mobilisations articulaires ou les exercices pour les muscles fléchisseurs profonds du cou pourraient réduire les symptômes des patients atteints de céphalées cervicogènes.
- Ce guide est une ressource dans la prestation des soins chiropratiques prodigués aux patients ayant des céphalées. Il s'agit d'un document en évolution qui sera modifié en fonction de l'avancement des connaissances scientifiques et cliniques. Il ne prétend pas se substituer à l'expérience et aux connaissances cliniques d'un professionnel.

La Classification internationale des céphalées-2 (International Headache Society [IHS] Criteria)<sup>3</sup> est formée d'un ensemble de connaissances mises à jour périodiquement par des spécialistes de la santé. Cette classification, ainsi que les critères d'identification et d'évaluation qu'elle présente sont reconnus internationalement.

Un diagnostic précis des patients ayant des céphalées s'avère un élément clé dans la gestion clinique de cette condition. La Classification internationale des céphalées-2 (ICHD-2)<sup>3</sup> dresse un tableau exhaustif des différents types de céphalées en les regroupant en deux grandes catégories: les céphalées primaires et les céphalées secondaires. Elle peut être utilisée autant dans un contexte clinique que dans un contexte de recherche. Étant donné la nature complexe des céphalées et considérant les particularités cliniques de chaque patient, le chiropraticien devrait établir le diagnostic qui caractérise le mieux les céphalées du patient. S'il s'avérait impossible d'établir un diagnostic définitif, le chiropraticien devrait à tout le moins inclure un diagnostic différentiel tiré de la Classification internationale des céphalées. Cette approche est conforme avec la pratique clinique basée sur les données probantes et favorise une prise de décision clinique centrée sur le patient de la part du chiropraticien.

Dans le cadre de sa pratique, le chiropraticien pourrait faire face à de nombreux types de céphalées. Cependant, les données scientifiques actuelles ne proviennent que d'un groupe restreint de types de céphalées pour lesquelles des recommandations de traitements ont été élaborées.<sup>2</sup> Ces types de céphalées comprennent les migraines, les céphalées de tension et les céphalées cervicogènes.

## Les céphalées primaires

Les céphalées primaires sont par définition idiopathiques puisqu'elles sont d'origine inconnue et ne sont pas la conséquence d'une pathologie ou d'une condition sous-jacente. Les migraines et les céphalées de tension constituent des types fréquents de céphalées primaires. Les céphalées de tension font références à ce qui était dans le passé décrit comme des « maux de tête de tension », des « céphalées causées par des contractions musculaires » ou des « céphalées liées au stress ». Les patients aux prises avec des céphalées de tension présentent typiquement les symptômes suivants: douleur bilatérale caractérisée par une pression ou un serrement (par exemple: de type bandeau) qui n'est pas aggravée par les activités de la vie quotidienne [Figure 1, 3]. Les patients aux prises avec des migraines présentent quant à eux les symptômes suivants: douleur unilatérale de nature pulsatile généralement accompagnée de nausée et/ou vomissement [Figure 1, 2]. Les migraines et les céphalées de tension épisodiques se manifestent moins de 15 jours par mois tandis que leur forme chronique se manifeste plus de 15 jours par mois pour au moins 3 mois (migraine) ou 6 mois (céphalée de tension)<sup>3</sup> [Figure 1].

## Les céphalées secondaires

Les céphalées secondaires ont comme origine une condition clinique affectant le cou ou la tête; condition qui peut aussi être de nature épisodique ou chronique [Figure 1]. Les céphalées cervicogènes constituent un type de céphalée secondaire pour lequel les patients consulteront fréquemment le chiropraticien. Selon la Classification internationale des céphalées, les céphalées cervicogènes se caractérisent par une douleur référée provenant du cou et perçue dans une ou plusieurs régions de la tête ou du visage.<sup>3</sup> Le diagnostic des céphalées cervicogènes est caractérisé par la présence d'une source identifiable de douleur provenant du cou. Les signes cliniques propres à cette condition comprennent l'exacerbation de la douleur provoquée par le mouvement ou la mise en charge, une réduction des amplitudes de mouvement, une sensibilité focale au cou et des points gâchettes provoquant des douleurs référées à la tête. Toujours selon la Classification internationale des céphalées, lorsque les douleurs myofasciales constituent la seule cause de céphalées, sans autre signe clinique, les céphalées devraient être diagnostiquées comme étant des céphalées de tension accompagnées d'une sensibilité péri crânienne.<sup>3</sup>

# Diagnostic des céphalées

Voir la Figure 1

L'établissement d'un diagnostic précis découle d'une anamnèse détaillée et d'un examen physique complet.

## Évaluation chiropratique

- Mener une anamnèse détaillée et un examen physique complet afin d'exclure les pathologies ou conditions graves à l'origine des céphalées.
- Poser des questions détaillées afin de faire ressortir les principales caractéristiques cliniques permettant de différencier les divers types de céphalées.
- Identifier tous les signes et symptômes caractéristiques d'une condition affectant la tête ou le cou et pouvant suggérer un type de céphalée plus grave (par exemple: l'outil SNOOP).
- Les outils suivants sont suggérés afin de faciliter le diagnostic des céphalées, mesurer les incapacités reliées et leurs impacts sur la vie quotidienne. Ils peuvent également être utilisés pour quantifier les résultats cliniques:
  - Headache Diary<sup>4</sup>
  - Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS)<sup>5</sup>
  - ID Migraine<sup>6</sup>
  - Headache Impact Test (HIT)<sup>7</sup>

Chez les patients atteints de céphalées, l'utilisation d'un journal de bord<sup>4</sup> (version papier ou électronique) permettant de caractériser la fréquence, la durée, l'intensité et l'évolution des céphalées, peut être envisagée.

## Les défis du diagnostic

### *Céphalées de tension versus céphalées cervicogènes*

Malgré une meilleure compréhension des céphalées et un raffinement des critères diagnostiques des céphalées de tension et des céphalées cervicogènes, des divergences d'opinion persistent toujours quant à l'étiologie et les indicateurs cliniques de ces types de céphalées. Le CELD reconnaît l'existence de ces disparités. Afin de distinguer les céphalées cervicogènes des céphalées de tension, le CELD propose, dans ses recommandations cliniques, l'utilisation des critères cliniques de la Classification internationale des céphalées afin d'établir le diagnostic et l'étiologie des céphalées.

### *Céphalées coexistantes*

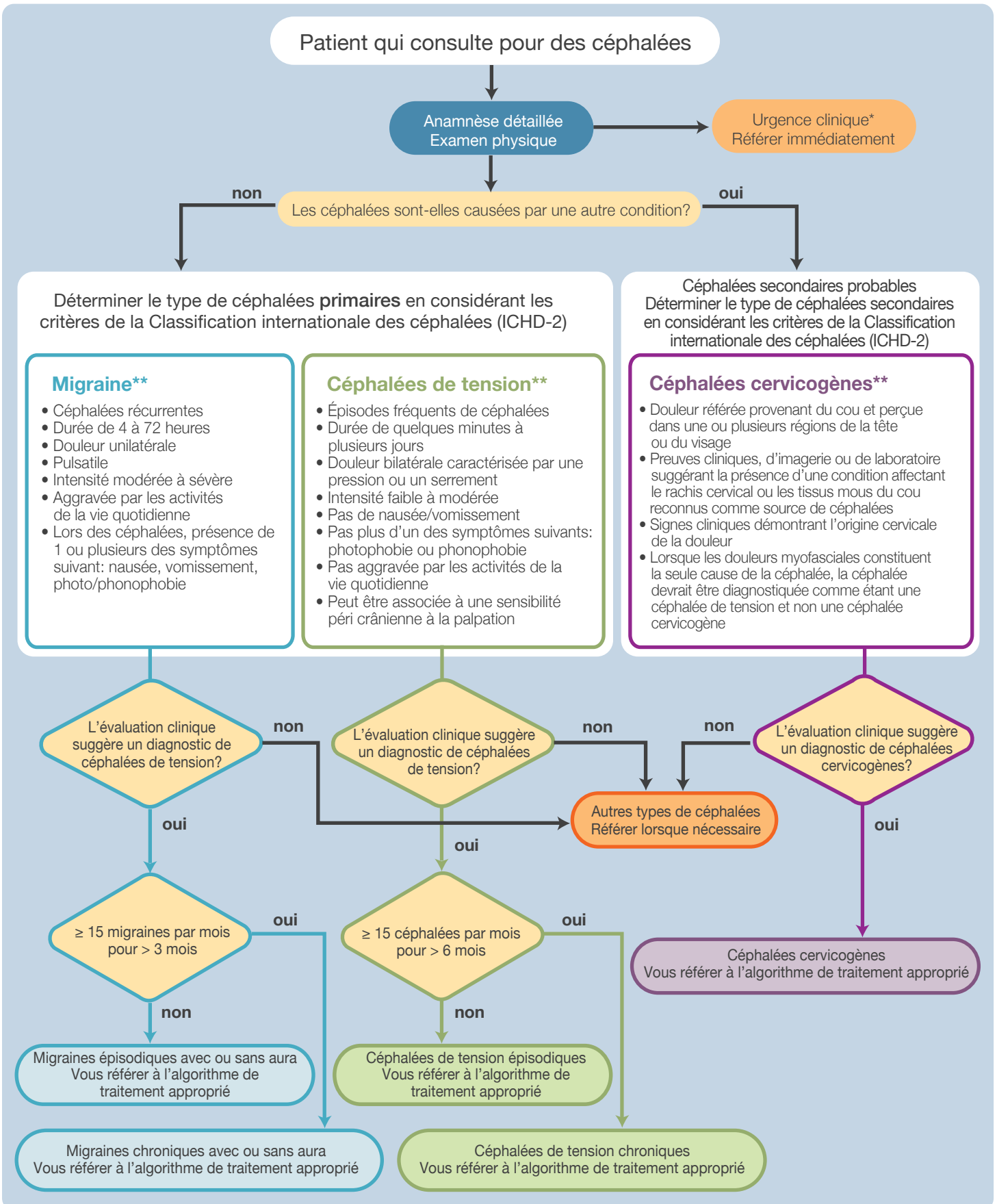
Les patients atteints de céphalées peuvent représenter un défi diagnostique lorsqu'ils ont des symptômes attribuables à plus d'un type de céphalées. Quand un patient présente des symptômes caractéristiques de plus d'un type de céphalées, chaque type de céphalées devrait être diagnostiqué séparément et traité en considérant les recommandations propres à chaque type de céphalées. À ce jour, il n'existe pas de résultat probant provenant d'essais cliniques permettant au CELD de formuler des recommandations cliniques à l'intention des chiropraticiens concernant les céphalées coexistantes.

## Traitement pharmacologique

La littérature scientifique démontre que le traitement chiropratique peut être une alternative ou un complément au traitement pharmacologique.<sup>2</sup> Pour optimiser l'évaluation et le traitement des patients ayant des céphalées, les cliniciens devraient questionner leurs patients quant à la prise de médication pour le traitement ou la prévention des céphalées. Ces informations peuvent aussi être consignées au journal de bord du patient. Les données scientifiques actuelles suggèrent que la prise de médication pour les céphalées ne devrait pas influencer l'approche thérapeutique privilégiée par le chiropraticien.

# Algorithme de diagnostic des céphalées

Figure 1: L'évaluation chiropratique des céphalées



\* « Pire mal de tête à vie ». Le patient se plaint d'une douleur cervicale ou occipitale aiguë et grave, ou de céphalées graves et persistantes. La douleur ou la céphalée étant soudaine et différente de toute douleur ou céphalée éprouvée jusque-là; crise d'épilepsie, signes neurologiques, symptômes d'une maladie systémique.  
 \*\* Uniquement les migraines, les céphalées de tension et les céphalées cervicogènes sont présentées dans cet algorithme puisque ce sont les seuls types de céphalées abordés dans ce guide.<sup>2</sup> Pour la liste complète des informations concernant le diagnostic, la classification internationale des céphalées, 2<sup>ème</sup> édition devrait être consultée.

## Recommandations cliniques

Voir les figures 2 à 4

Une version technique du guide, sous la forme d'un article scientifique, décrit en détail la méthodologie utilisée par le CELD pour évaluer la littérature, établir la qualité des données probantes et développer les recommandations cliniques.<sup>2</sup>

### Patients ayant des migraines

- La manipulation vertébrale est recommandée pour le traitement des patients ayant des migraines épisodiques ou chroniques avec ou sans aura (Fréquence du traitement de 1 à 2 fois par semaine pour 8 semaines).<sup>8,9</sup>
- La massothérapie, sur une base hebdomadaire, est recommandée pour réduire la fréquence des migraines épisodiques et pour améliorer les symptômes affectifs potentiellement liés à la sévérité des migraines (45 minutes de massothérapie visant principalement le traitement des points gâchettes du dos, des épaules, du cou et de la tête).<sup>10</sup>

Les interventions multimodales ou multidisciplinaires (exercices, relaxation, conseils nutritionnels et conseils pour la gestion du stress, massothérapie) sont recommandées pour le traitement des patients ayant des migraines épisodiques ou chroniques.<sup>11</sup> Il n'y a pas suffisamment de données cliniques probantes pour recommander les exercices seuls ou les exercices combinés à la physiothérapie multimodale pour le traitement des patients ayant des migraines épisodiques ou chroniques (exercices de type aérobique, amplitudes de mouvement cervical et étirements généraux).<sup>2</sup>

### Patients ayant des céphalées de tension

- Les mobilisations craniocervicales (ex. Outil d'exercices en résistance progressive, TheraBand®) sont recommandées pour le traitement à plus long terme des patients ayant des céphalées de tension épisodiques ou chroniques (10 minutes, 2 fois par jour pour 6 semaines, puis au moins 2 fois par semaine pour 6 mois).<sup>12</sup>
- La manipulation vertébrale ne peut pas être recommandée pour les patients ayant des céphalées de tension épisodiques.<sup>2</sup> L'ajout de la manipulation vertébrale à la suite d'un traitement de massothérapie (massage profond et point gâchette) n'entraîne pas de bienfaits supplémentaires.<sup>13</sup>
- Il n'est pas possible de formuler une recommandation pour ou contre l'utilisation de la manipulation vertébrale pour les patients ayant des céphalées de tension chroniques.<sup>2</sup>

Il n'y a pas suffisamment de données cliniques probantes pour recommander la traction manuelle, la manipulation des tissus conjonctifs, les mobilisations de type Cyriax ou les exercices pour les patients ayant des céphalées de tension épisodiques ou chroniques.<sup>2</sup>

### Patients ayant des céphalées cervicogènes

- La manipulation vertébrale est recommandée pour le traitement des patients ayant des céphalées cervicogènes (2 fois par semaine pour 3 semaines).<sup>14</sup>
- La mobilisation articulaire est recommandée pour le traitement des patients ayant des céphalées cervicogènes (mobilisation articulaire de type Maitland 8 à 12 traitements sur une période de 6 semaines).<sup>15</sup>
- Des exercices des muscles fléchisseurs profonds du cou sont recommandés pour le traitement des patients ayant des céphalées cervicogènes (2 fois par jour sur une période de 6 semaines).<sup>15</sup> Il n'y a pas de bienfait supplémentaire à combiner les exercices des muscles fléchisseurs profonds du cou à la mobilisation articulaire chez les patients atteints de céphalées cervicogènes.<sup>15</sup>

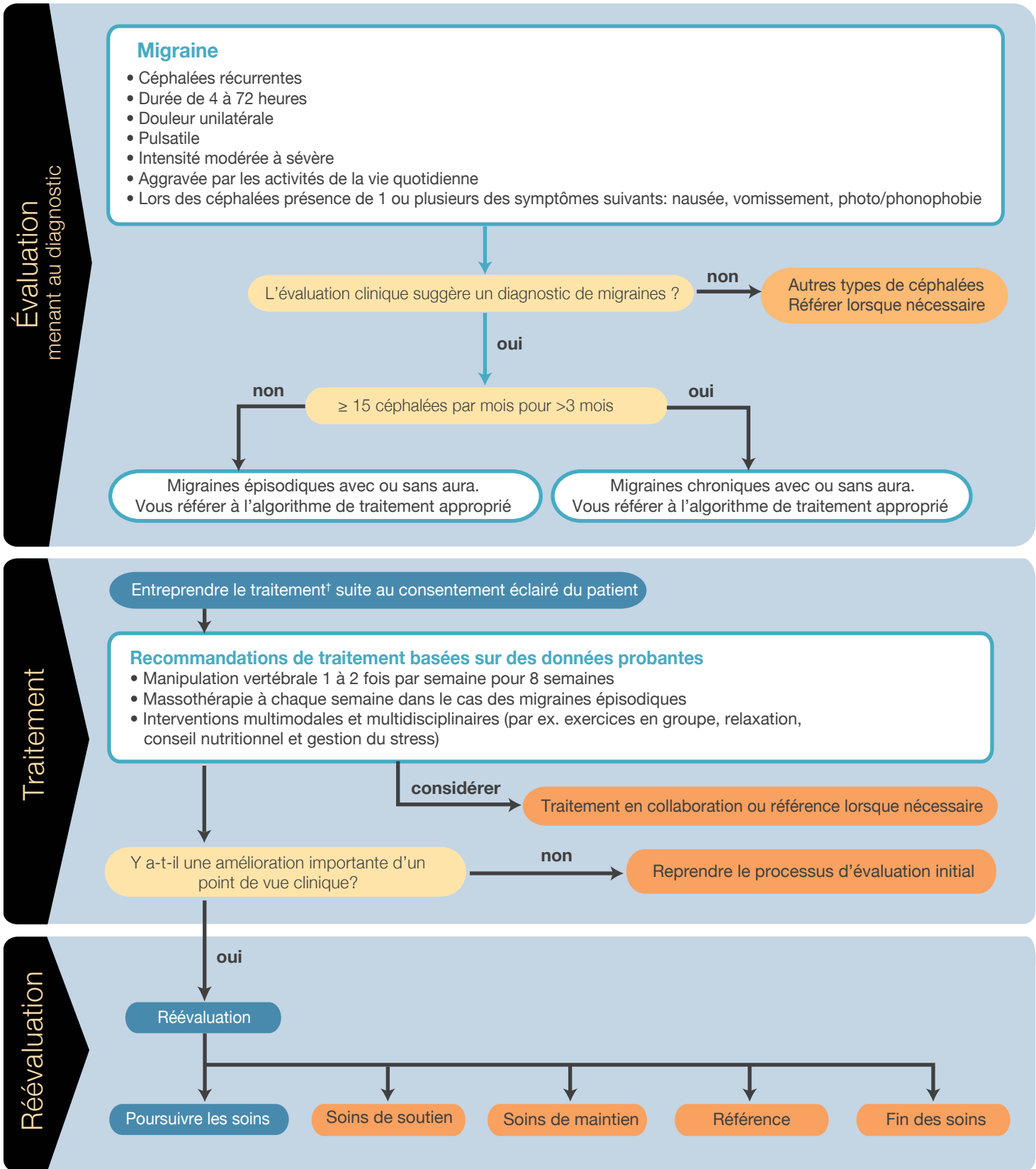
Les données scientifiques actuelles permettent de recommander l'utilisation de la manipulation vertébrale chez les patients ayant des migraines ou des céphalées cervicogènes.<sup>2</sup>



# Figure 2. Algorithme de gestion clinique de la migraine

## Gestion chiropratique des patients ayant des migraines.

Suivre les étapes d'évaluation de traitement et de réévaluation du patient. Le choix, la fréquence, le dosage et la durée des différentes modalités de traitement dépendront de la nature des céphalées, de votre jugement clinique et des besoins particuliers du patient.

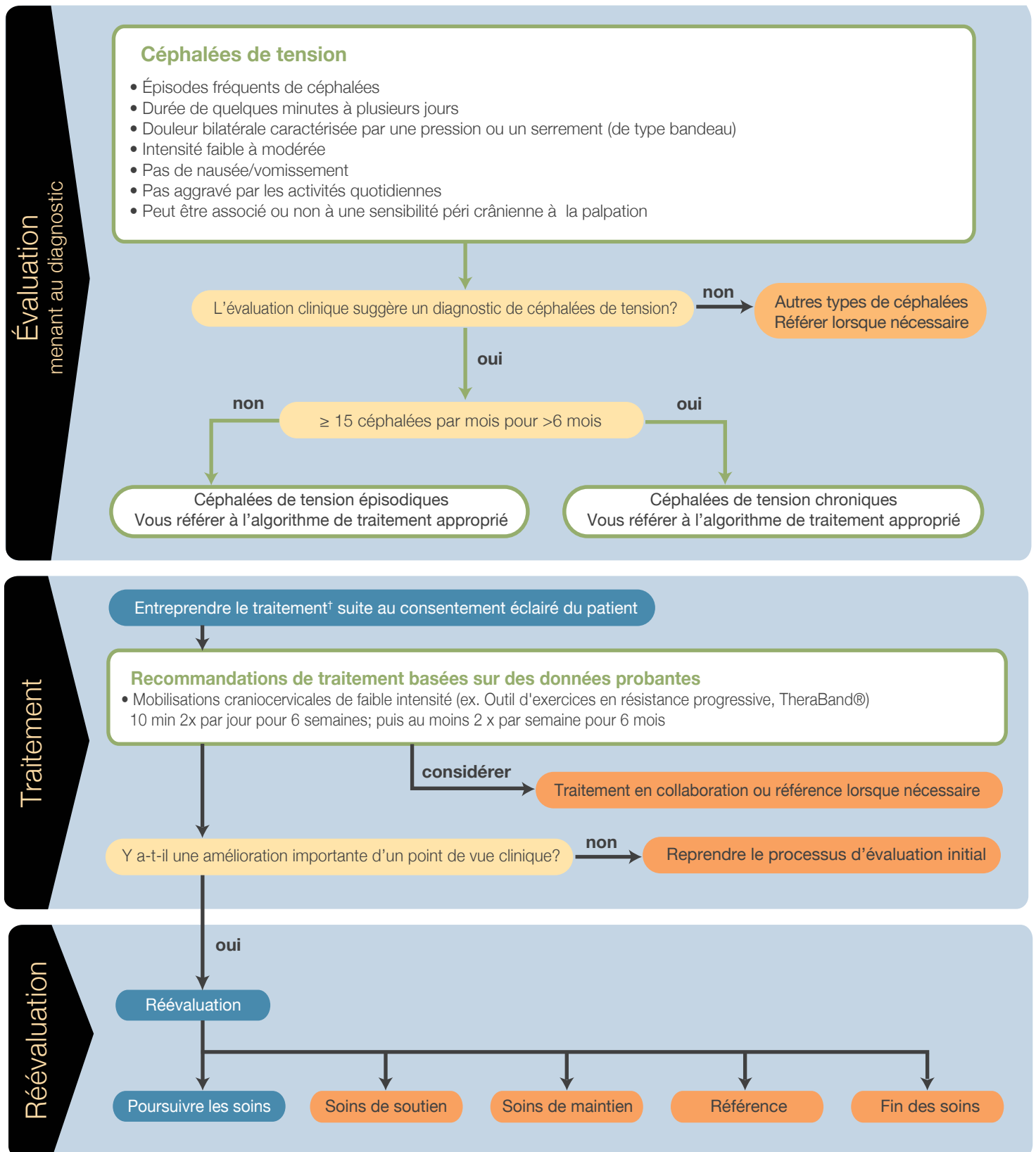


† La fréquence et la durée des traitements proposés proviennent intégralement des études cliniques.<sup>2</sup>

# Figure 3. Algorithme de gestion clinique des céphalées de tension

## Gestion chiropratique des patients ayant des céphalées de tension

Suivre les étapes d'évaluation de traitement et de réévaluation du patient. Le choix, la fréquence, le dosage et la durée des différentes modalités de traitement dépendront de la nature des céphalées, de votre jugement clinique et des besoins particuliers du patient.

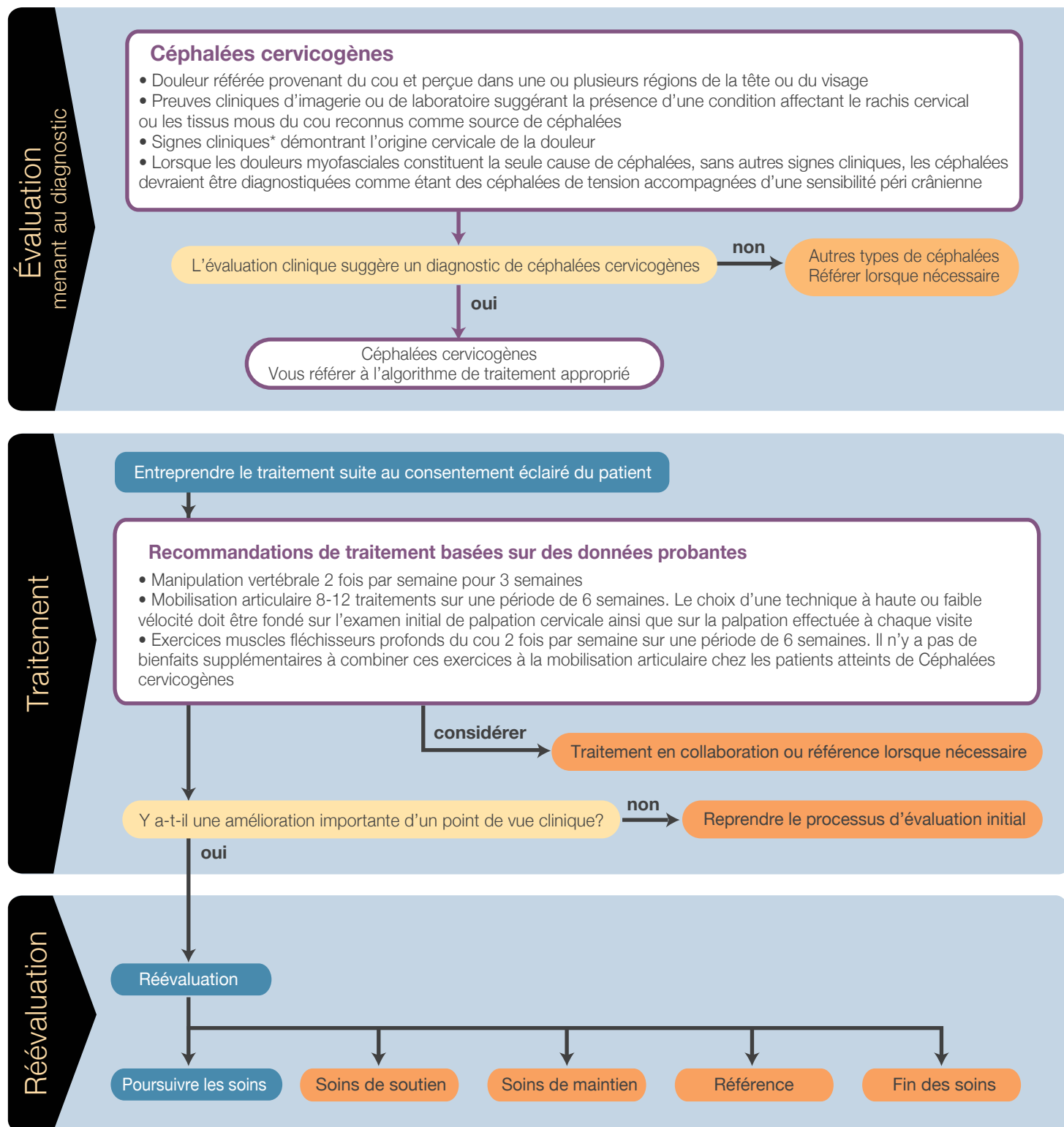


† La fréquence et la durée des traitements proposés proviennent intégralement des études cliniques<sup>2</sup>

# Figure 4. Algorithme de gestion des céphalées cervicogènes

## Gestion chiropratique des patients ayant céphalées cervicogènes.

Suivre les étapes d'évaluation de traitement et de réévaluation du patient. Le choix, la fréquence, le dosage et la durée des différentes modalités de traitement dépendront de la nature des céphalées, de votre jugement clinique et des besoins particuliers du patient.



† La fréquence et la durée des traitements proposés proviennent intégralement des études cliniques<sup>2</sup>

\*Les signes cliniques spécifiques à cette condition comprennent l'exacerbation de la douleur provoquée par le mouvement ou la mise en charge, une réduction des amplitudes de mouvement, une sensibilité focale au cou et des points gâchettes provoquant des douleurs référées à la tête. Toujours selon la Classification internationale des céphalées, lorsque les douleurs myofasciales constituent la seule cause de céphalées, sans autres signes cliniques, les céphalées devraient être diagnostiquées comme étant des céphalées de tension accompagnées d'une sensibilité péri crânienne.<sup>3</sup>

## Gestion des événements indésirables

Ce guide ne fournit pas une liste exhaustive des toutes les considérations relatives aux événements ou effets secondaires indésirables en lien avec la chiropratique. Des informations complémentaires sont disponibles ailleurs.<sup>16-19</sup>

- Dans l'élaboration de ce guide de bonnes pratiques, la synthèse de la recension des écrits a révélé que la plupart des essais cliniques sur la manipulation vertébrale pour le traitement des céphalées n'abordent pas les événements et effets secondaires indésirables. Lorsqu'ils étaient rapportés, ces effets secondaires indésirables étaient mineurs.<sup>2</sup>
- Tous les patients ayant des céphalées doivent faire l'objet, de la part du clinicien, d'une attention particulière. L'anamnèse, l'examen physique et possiblement des examens supplémentaires permettront d'exclure la possibilité de pathologies graves.
- La dissection d'une artère cervicale est une des causes potentielles de céphalées secondaires. Les facteurs de risque de dissection d'une artère cervicale chez les patients de moins de 45 ans comprennent le tabagisme et la prise de contraceptifs oraux. Les cliniciens devraient être sensibilisés au fait que de récentes études suggèrent que les migraines avec aura puissent être un facteur de risque de dissection d'une artère cervicale,<sup>21, 22</sup> tandis que les migraines sans aura n'en serait pas un.<sup>21</sup> D'autres études sont nécessaires pour mieux jauger les risques et bénéfices du traitement chiropratique des patients atteints de céphalées.

L'outil SNOOP, peut être utilisé en complément au processus diagnostique.

### Figure 5. Outil mnémotechnique SNOOP pour les céphalées secondaires

L'outil mnémotechnique SNOOP (à utiliser dans sa version originale anglaise) a été développé par des chercheurs du domaine de la santé en tant qu'outil permettant de reconnaître les signaux d'alerte (red flags) qui suggère une céphalée secondaire dont l'origine est une pathologie grave.<sup>20</sup>

MNEMONIC	MEANING	EXAMPLES
<b>S</b>	Systemic sign or symptoms	Fever, weight loss, history of malignancy or HIV, meningismus
<b>N</b>	Neurologic signs or symptoms	Hemiparesis, hemisensory loss, diplopia, dysarthria
<b>O</b>	Onset	"Worst headache of life," headache that reaches peak intensity within seconds to minutes (eg, thunderclap headache)
<b>O</b>	Older Age	New onset headache >40 years of age
<b>P</b>	Progression of existing headache disorder	Change in the quality, location, or frequency of existing headaches

HIV= Human immunodeficiency virus.

- **À quelle fréquence un chiropraticien devrait-il traiter les différents types de céphalées?**  
La fréquence des traitements présentée à même les recommandations de traitements pour les migraines, céphalées de tension et céphalées cervicogènes est directement tirée des publications. Le choix, la fréquence, le dosage et la durée des différentes modalités de traitement dépendront de la nature des céphalées, de votre jugement clinique et des besoins particuliers du patient.
- **Pourquoi mes patients devraient-ils compléter un journal de bord de leur céphalées ou tout autre outil d'évaluation des céphalées?**  
Ces outils peuvent être utiles au diagnostic des céphalées. Ils permettent également de déterminer, lors du suivi clinique, si la condition s'améliore et si des ajustements aux traitements sont nécessaires. Le CELD encourage les cliniciens à utiliser ces outils cliniques dans le cadre de leur pratique.
- **Ma pratique est orientée vers la subluxation. En quoi ce guide m'est-il utile?**  
La séquence d'évaluation, de diagnostic, de traitement et de réévaluation est pertinente à la gestion du patient, peu importe l'orientation de votre pratique.
- **Si un traitement n'est pas mentionné dans ce guide, devrais-je éviter de l'utiliser?**  
Si une approche thérapeutique n'est pas citée dans le guide, vous devriez vous baser sur votre jugement clinique tout en considérant les besoins particuliers du patient avant de décider d'utiliser une modalité thérapeutique.
- **Il s'agit d'un guide chiropratique. Pourquoi aborder le traitement pharmacologique?**  
Les données probantes montrent que les traitements chiropratiques et pharmacologiques sont souvent concomitants chez les patients ayant des céphalées. Il s'agit donc d'un aspect commun du contexte thérapeutique actuel des céphalées. Les chiropraticiens devraient collaborer avec les professionnels de la santé responsable de la prescription et du suivi du traitement pharmacologique. Si une modification dans la médication du patient semble indiquée suivant des changements cliniques importants ou lors de la réévaluation, le chiropraticien devrait encourager le patient à consulter son médecin ou son pharmacien.
- **Devrais-je me servir de ce guide si mon patient présente des comorbidités associées?**  
Tout en respectant les recommandations, si la comorbidité fait partie de votre champ d'exercice, servez-vous de votre jugement clinique et de votre connaissance des besoins particuliers du patient pour déterminer le traitement. Si la comorbidité échappe à votre champ d'exercice, assurez-vous que le patient est référé au professionnel de la santé compétent en la matière.
- **Devrais-je utiliser la manipulation vertébrale chez des patients atteints de céphalées de tension épisodiques?**  
Afin de standardiser l'approche diagnostique des céphalées, le CELD a choisi d'utiliser la Classification internationale des céphalées. L'utilisation de cette classification pourrait vous amener à considérer un diagnostic de céphalées cervicogènes ou de céphalées coexistantes (céphalées cervicogènes et céphalées de tension) et à modifier votre diagnostic. Dans un tel cas, la recommandation du CELD est d'inclure la manipulation vertébrale dans votre plan de traitement. Si votre diagnostic de céphalées de tension épisodiques est confirmé, le CELD ne peut pas recommander d'inclure la manipulation vertébrale dans votre plan de traitement.

- **Comment le CELD a-t-il défini le champ d'exercice de la profession chiropratique pour ce guide?**  
La définition du traitement chiropratique comprend les modalités thérapeutiques couramment utilisées par les chiropraticiens et ne se limite pas aux traitements utilisés uniquement par les chiropraticiens. Le CELD a donc considéré les modalités thérapeutiques qui peuvent être administrées dans le cadre des soins chiropratiques, et ce, même si pour une étude donnée, ces modalités étaient prodiguées par un autre professionnel de la santé.<sup>2</sup>
- **Comment peut-on s'assurer de la bonne utilisation de ce guide par un tiers?**  
Nous ne le pouvons pas.
- **Suis-je susceptible d'être poursuivi en justice plus facilement si je ne suis pas ce guide?**  
Ce guide n'est pas une norme « établie » tacitement par d'autres personnes ou une norme établie par votre organisme de réglementation. Ce guide décrit les pratiques de traitement pour lesquelles des données probantes sont disponibles. Ce guide ne traite pas de tous les éléments de la pratique; le CELD est donc d'avis que ce guide ne vise pas à restreindre la pratique.
- **Je suis inquiet du manque de données probantes à l'appui du traitement des céphalées. Que peut faire la profession à cet égard?**  
Les recommandations de traitement comprises dans ce guide sont basées sur une quantité adéquate de données probantes. En soulignant les domaines pour lesquels plus de recherche est nécessaire nous espérons que ce guide provoquera un intérêt pour la recherche clinique sur les céphalées.
- **Dois-je suivre ce guide à la lettre?**  
Bien que les guides de bonnes pratiques puissent établir un lien entre les meilleures données probantes disponibles et les bonnes pratiques cliniques, elles ne sont qu'un élément d'une approche clinique fondée sur les données probantes. Les guides de bonnes pratiques ne sont pas des normes qui régissent l'exercice, mais bien des outils d'accompagnement pour les chiropraticiens et leurs patients. Chaque recommandation rédigée et mise en œuvre par l'initiative ACC FCORC-CELD reflète un consensus à propos des options de traitement actuellement disponibles et pour lesquelles il existe des données scientifiques et cliniques.
- **Le fait que ce guide ne traite que des adultes signifie-t-il que le traitement chiropratique des céphalées n'est pas indiqué pour les personnes âgées de moins de 18 ans?**  
Non. Ce guide ne prétend pas restreindre le traitement chiropratique des céphalées aux personnes âgées de plus de 18 ans. Nos recommandations reposent sur une analyse des données probantes tirées d'études réalisées majoritairement auprès de personnes âgées d'au moins 18 ans.
- **Quels sont les types de céphalées qui exigent une référence immédiate?**  
Les céphalées qui présentent des signaux d'alerte (par exemple, ceux définis par les critères SNOOP) doivent faire l'objet d'une référence immédiate.

# Bibliographie

1. Coulter ID, Hurwitz EL, Adams AH, et al. Patients using chiropractors in North America: who are they, and why are they in chiropractic care? *Spine (Phila Pa 1976)* 2002;27:291-6
2. Bryans R, Descarreaux M, Duranleau M, et al. Evidence-based guideline for the chiropractic treatment of adults with headache. *J Manipulative Physiol Ther.* 2011 Jun;34(5):274-89.
3. International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition.* *Cephalalgia* 2004;24 Suppl 1:9-160.
4. Headache Network Canada. [http://www.headachenetwork.ca/headache\\_diaries.php](http://www.headachenetwork.ca/headache_diaries.php)
5. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, et al. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurol* 2001;56(6 Suppl 1): S20-8.
6. Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, et al. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. *Neurol* 2003;61(3):375-82.
7. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res* 2003;12(8):963-74.
8. Nelson CF, Bronfort G, Evans R, et al. The efficacy of spinal manipulation, amitriptyline and the combination of both therapies for the prophylaxis of migraine headache. *J Manipulative Physiol Ther.* Oct 1998;21(8):511-19
9. Tuchin PJ, Pollard H, Bonello R. A randomized controlled trial of chiropractic spinal manipulative therapy for migraine. *J Manipulative Physiol Ther.* Feb 2000;23(2):91-95
10. Lawler SP, Cameron LD. A randomized, controlled trial of massage therapy as a treatment for migraine. *Ann Behav Med.* Aug 2006;32(1):50-59.
11. Lemstra M, Stewart B, Olszynski WP. Effectiveness of multidisciplinary intervention in the treatment of migraine: a randomized clinical trial. *Headache.* Oct 2002;42(9):845-54.
12. van Ettehoven H, Lucas C. Efficacy of physiotherapy including a craniocervical training programme for tension-type headache; a randomized clinical trial. *Cephalalgia.* Aug 2006;26(8):983-91.
13. Bove G, Nilsson N. Spinal manipulation in the treatment of episodic tension-type headache: a randomized controlled trial. *JAMA.* Nov 11 1998;280(18):1576-79.
14. Nilsson N, Christensen HW, Hartvigsen J. The effect of spinal manipulation in the treatment of cervicogenic headache. *J Manipulative Physiol Ther.* Jun 1997;20(5):326-30.
15. Jull G, Trott P, Potter H, et al. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine (Phila Pa 1976).* Sep 1 2002;27(17):1835-43.
16. Terrett AGJ. *Current concepts in vertebrobasilar complications following spinal manipulation.* 2nd ed. NCMIC Group Inc. West Des Moines, Iowa, 2001.
17. Rubinstein SM, Leboeuf-Yde C, Knol DL et al. The benefits outweigh the risks for patients undergoing chiropractic care for neck pain: a prospective, multicenter, cohort study. *J Manipulative Physiol Ther.* 2007;30(6):408-18.
18. Rubinstein SM, Leboeuf-Yde C, Knol DL et al. Predictors of adverse events following chiropractic care for patients with neck pain. *J. Manipulative Physiol Ther.* 2008;31(2):94-103.
19. Rubinstein SM, Knol DL, Leboeuf-Yde C et al. Benign adverse events following chiropractic care for neck pain are associated with worse short-term outcomes but not worse outcomes at three month. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008;33(25):E950-6.
20. Martin VT. Simplifying the diagnosis of migraine headache. *Adv Stud Med.* 2004;4:200-207
21. Arto V, Metso TM, Metso AJ, et al. Migraine with aura is a risk factor for cervical artery dissection: a case-control study. *Cerebrovasc Dis.* 2010;30:36-40.
22. Rubinstein SM, Peerdeman SM, van Tulder MW. A systematic review of the risk factors for cervical artery dissection. *Stroke.* 2005;36:1575-1580.