

# Les céphalées

Des maux de tête pour tous  
les goûts



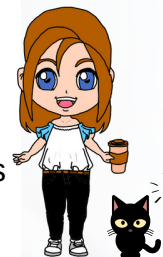
Document réalisé par  
l'association Raptor Neuropsychy



**Alice FOUCHARD**  
Étudiante en L3  
Psychologie



**Candice LESNE**  
**Marie-Armelle RINEAU**  
**Lucas RONAT**  
Psychologues spécialisé.e.s  
en neuropsychologie



Meow

- Octobre 2023 -

# Sommaire

## Généralités

## Les céphalées primitives

La céphalée migraineuse (ou migraine)  
La céphalée de tension  
L'algie vasculaire de la face

## Les céphalées secondaires

La céphalée du syndrome méningé  
La céphalée du syndrome  
d'hypertension intracrânienne  
La céphalée par surconsommation de  
médicaments

## Neuropsychologie des céphalées

## Traitements et gestion non- pharmacologiques

Thérapies cognitivo-comportementales  
Thérapies de 3e vague (thérapies  
émotionnelles)  
Hypnothérapie



# Généralités

## Définition

Les céphalées sont ni plus ni moins que des **maux de tête**. Généralement récurrentes, elles font partie des affections neurologiques les plus fréquentes.

Elles touchent les populations :



**De tous âges**



**De tous niveaux socio-économiques**



**De toutes races (terme de l'OMS)**



**De toutes localisations géographiques**



## Epidémiologie et prévalence

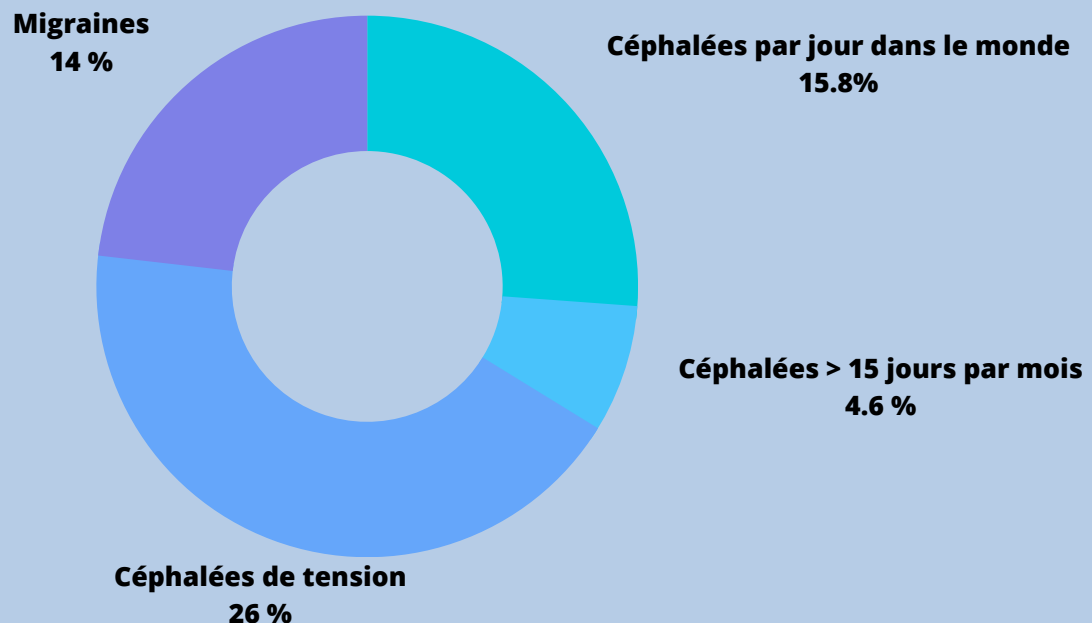
Selon l'OMS, entre **la moitié et les trois quarts** des adultes (18 à 65 ans) rapportent au moins un mal de tête au cours de la précédente année (dont 30% de migraines).

Entre **1.7 et 4%** des adultes dans le monde seraient affectés par une céphalée durant au moins 15 jours par mois

Autant dire qu'on peut estimer que tout le monde a déjà eu une céphalée dans sa vie !



Récemment, une revue de littérature montrait que la prévalence de céphalées dans le monde est de **52%** (Stovner et al., 2022).



## Diagnostic

Malgré leur fréquence élevée, peu de personnes bénéficient dans le monde d'un diagnostic adapté... C'est pourquoi il s'agit de troubles trop peu étudiés, reconnus et soignés.



Les céphalées peuvent être :

- **Primitives** : elles constituent une affection en elles-mêmes.
- **Secondaires** : elles sont provoquées par d'autres états pathologiques.

Exemple : la surconsommation de médicaments



## Conséquences

Si elle est gênante du fait de la douleur qui la caractérise, la céphalée peut aussi être :

Incapacitante



Signe  
d'engagement vital

Réduire la qualité  
de vie



Les céphalées sont la **3ème cause d'incapacité** dans l'étude mondiale de la charge de morbidité.

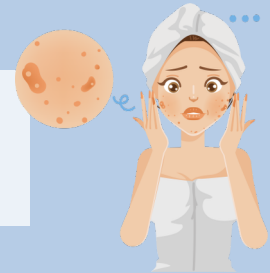
En plus d'être dérangeantes (et pas qu'un peu !) dans leurs manifestations, elles génèrent aussi une **appréhension** du prochain épisode. Par ailleurs, elles **prédisposent ou sont comorbides à d'autres maladies** (anxiété, dépression...) (Ravishankar & Demakis, 2007).



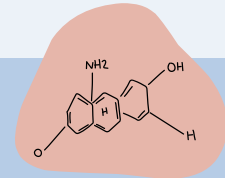
# Les céphalées primitives

## La céphalée migraineuse ou (migraine)

Elle apparaît le plus souvent à la **puberté** et touche principalement les **35-45 ans**.



Selon l'OMS, elle serait deux fois plus fréquentes chez les femmes que les hommes en raison **d'influences hormonales** (Principaux repères sur les céphalées, s. d.).



Elle se manifeste sous forme de **crises récurrentes** pouvant sévir toute la vie.



Comment cela se passe dans le cerveau ?



Des substances inflammatoires sont libérées par l'hypothalamus.



Celles-ci engendrent la douleur autours des nerfs et des vaisseaux sanguins de la tête (essentiellement les artères).

La douleur des migraines est généralement :



**Pulsatile** (douleur dites "en coups de poignard")



**Unilatérale** (d'un seul côté de la tête)



**Intense**



Par ailleurs, elles peuvent être à l'origine de symptômes psychotiques (comme bien d'autres pathologies neurologiques).

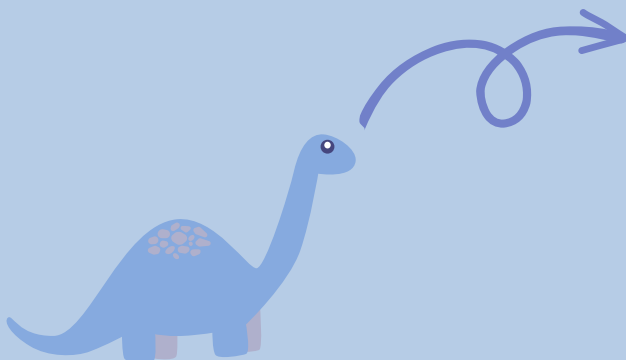
La migraine est :

- Aggravée par les activités physiques
- Dure de quelques heures à plusieurs jours
- Survient d'une fois par an à une fois par semaine



Avec la céphalée de tension, elles font partie des **céphalées chroniques**. Elles sont donc présentes pendant plusieurs mois ou plusieurs années.

Concernant leur origine, plusieurs facteurs sont impliqués :



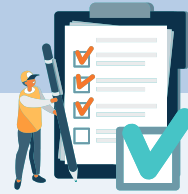
Hormones

Génétique

Alimentation

Facteurs psychologiques)

## Migraine sans aura : critères diagnostiques



Il s'agit d'un **diagnostic clinique** résultant d'interrogations faites par le médecin envers le patient. La personne migraineuse doit avoir manifesté au moins **5 crises de 4 à 72 heures** chacune avec au moins 2 caractéristiques parmi :

- 1 Une douleur unilatérale
- 2 Pulsatile (au rythme du pouls)
- 3 D'intensité modérée à sévère
- 4 Aggravée par la marche ou toute activité physique



On y retrouve aussi soit une photo/phonophobie (les sons et lumières deviennent désagréables) ou/et des nausées/vomissements (Céphalées, 2016).



Les patients rapportent généralement devoir stopper leurs activités et s'allonger à l'abri de la lumière et du bruit



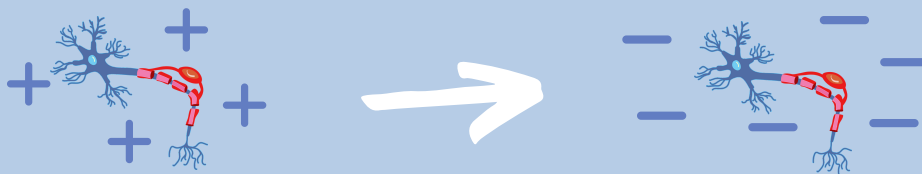
## Migraine avec aura : critères diagnostiques



Moins fréquente que la migraine sans aura, elle se définit par la présence d'un **déficit neurologique, de type focal** (les symptômes dépendent de la localisation dans le cerveau).

Elle se produit comme suit :

Une onde d'hyperactivité des neurones se propage lentement dans le cerveau. Elle est ensuite suivie d'une inhibition de l'activité.



Cette inhibition produit des **symptômes neurologiques** (aveuglement partiel, perte de la parole, trouble sensoriel...) pendant **plusieurs minutes**.

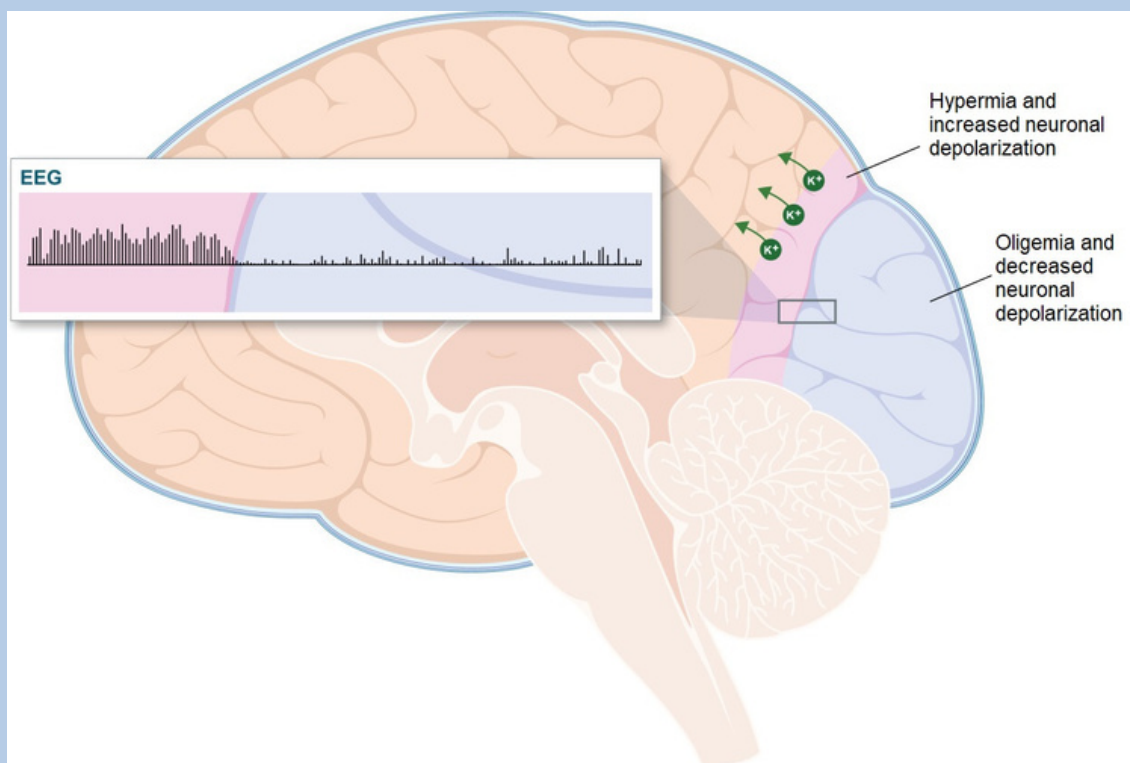


Ce sont les symptômes de l'aura (Dodick, 2018)

La figure 1, tirée du travail de Dodick (2018), illustre son fonctionnement.

Cette alternance d'hyperactivité et d'inhibition du fonctionnement des neurones est appelée "**dépression neurologique corticale**"





**Figure 1 :** Illustration EEG d'une dépression neurologique corticale (Dodick, 2018).

## N.B: Détails sur les symptômes de l'aura

Les troubles visuels peuvent être multiples : scotome, hémianopsie (moitié du champ visuel aveugle), scintillements, flashes lumineux. C'est là que l'on parle de **migraine ophtalmique**.

Des troubles du **langage** peuvent survenir, notamment de l'expression, ainsi que des **paresthésies** (troubles du toucher comme des fourmillements, picotements ou engourdissements)

Généralement, les douleurs sont **secondaires** à l'aura ; parfois elles sont **synchrones**.

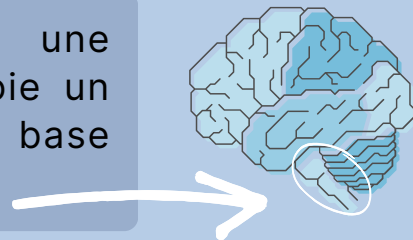
## Physiopathologie : Activation des nocicepteurs des méninges

Les déclencheurs de la migraine, tels que le **stress**, le **réveil** ou d'autres modifications de l'homéostasie physiologique ou émotionnelle, activent les voies de la douleur par le biais d'une augmentation du tonus parasympathique (augmentation de la dilatation des vaisseaux sanguins).

Afin d'illustrer ce fonctionnement (Figure 2, tirée du travail de Dodick [2018]), on peut décrire les étapes suivantes :

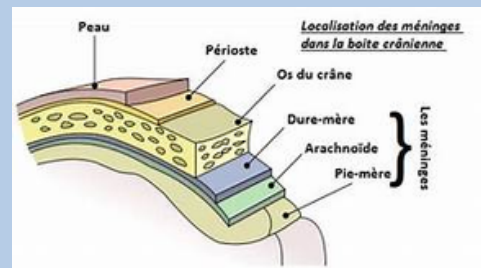
1

Les déclencheurs induisent une dilatation des vaisseaux qui envoie un signal dans le tronc cérébral (à la base du cerveau)



2

Le tronc cérébral envoie un autre signal dans les méninges et augmente encore le tonus parasympathique



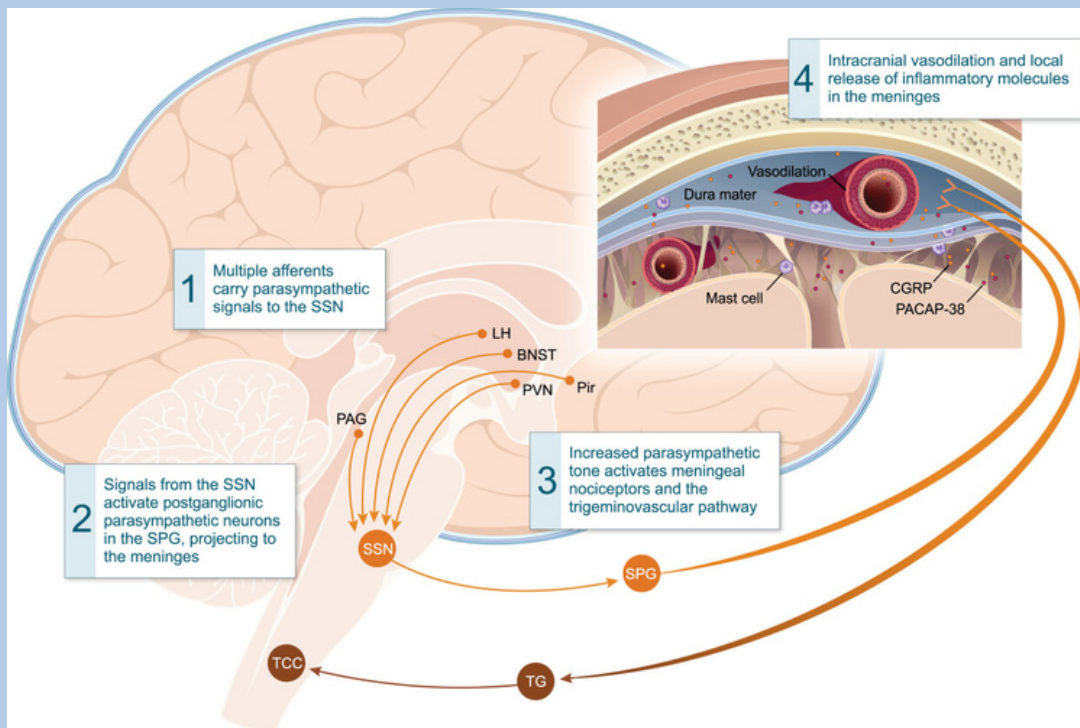
3

Cette augmentation de tonus active les nocicepteurs des méninges et d'autres réseaux du tronc cérébral



4

La vasodilatation intracrânienne devient importante et transmet des signaux de douleurs et des molécules inflammatoires sont libérées dans les méninges



**Figure 2** : Activation des nocicepteurs méningés par l'augmentation du tonus parasympathique (Dodick, 2018).

## Physiopathologie : Et la douleur là dedans ?

Une structure du cerveau, garante de la régulation des fonctions vitales (température, soif, faim, émotions, sommeil, douleur), semble aussi impliquée dans la genèse des crises : **l'hypothalamus**.



Mais comment ?! (May & Burstein, 2019)



**Activité augmentée avant l'arrivée de la douleur**

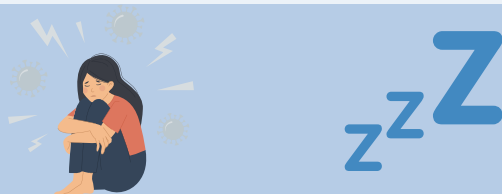
**Activations d'autres structures reliées**

**Transmet l'information de douleur au thalamus**

**Puis au cortex qui se charge de faire souffrir**

## Physiopathologie : Le déclenchement des crises

Les crises semblent venir d'une **altération** des activités sympathiques et parasympathiques (l'équilibre entre accélération/décélération de la respiration, du rythme cardiaque, la contraction et dilatation des vaisseaux sanguins, etc. est perturbé).

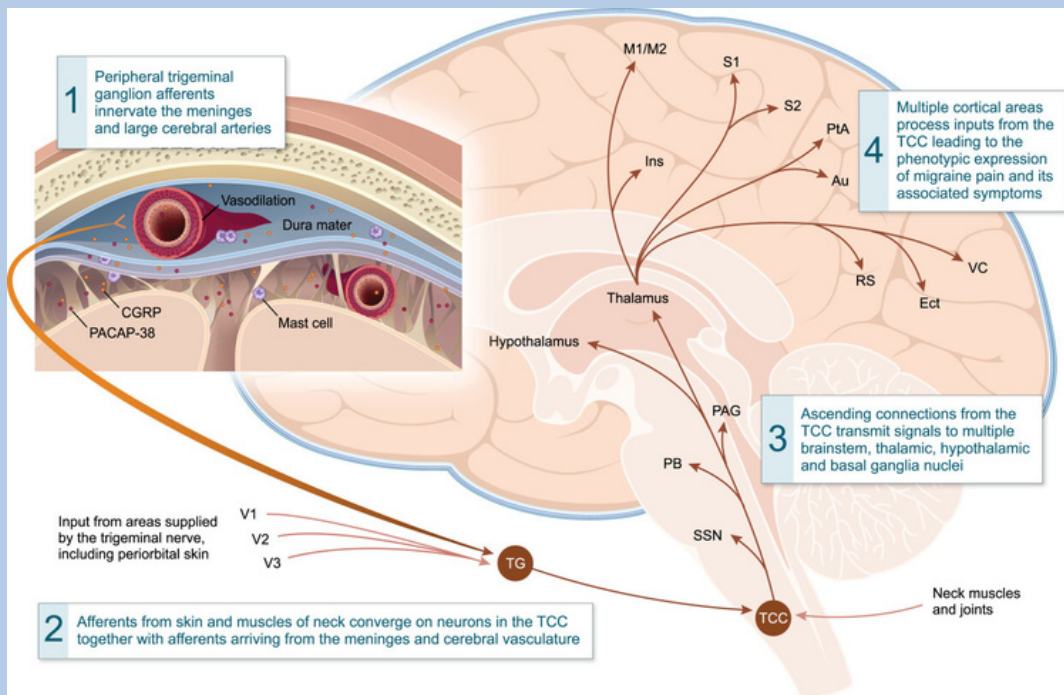


Comme dit plus tôt, ces altérations peuvent être déclenchées par le stress, des perturbations du sommeil ou autres changements de l'homéostasie physiologique ou émotionnelle.

Afin d'illustrer ce fonctionnement (Figure 3, tirée du travail de Dodick [2018]), on peut décrire les étapes suivantes :

- 1 Les informations de douleur sont transmises des méninges et des grosses artères cérébrales
- 2 La transmission est permise par la voie **trigéminal\***
- 3 L'information est envoyée à différentes régions du tronc cérébral, à l'hypothalamus, au thalamus et au cortex
- 4 Les régions du cortex produisent la douleur migraineuse et les symptômes qui y sont associés

\*Le système trigéminal est impliqué entre autres dans les sensations de toucher et de douleur de la face



**Figure 3** : Le déclenchement de la douleur (Dodick, 2018).

## La céphalée de tension

La grande gagnante en termes de prévalence (OMS) !

Jusqu'à 70% selon les populations

2-3% de formes chroniques

Concerne 3 femmes pour 2 hommes

Elles sont associées au **stress** et aux **problèmes musculosquelettiques** cervicaux.

La douleur donne une impression de **pression** autour de la tête et du cou et peut durer de plusieurs **heures** à quelques **jours**.

## Distinction avec la migraine

Basée sur au moins deux de ces critères :



La douleur est même souvent postérieure, au niveau de la nuque, ne gêne pas les activités quotidiennes et n'est pas aggravée par la marche.



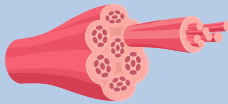
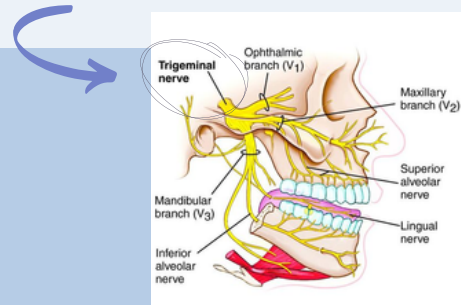
De type :

- Chronique : permanentes et quotidiennes (au moins 15 jours/mois)
- Episodique : de 30 minutes à 7 jours (moins de 15j/mois) (Ferrari et al., 2020)



## Un peu de physiopathologie

A la différence de la migraine : pas de composante vasculaire ici ! L'origine serait plutôt musculaire et impliquerait aussi le système trigéminal (oui le même que dans la migraine)



Certaines zones seraient particulièrement sensibles et irritables.

Voyons cela pas à pas (Fernández-de-las-Peñas et al., 2007; Fernández-De-Las-Peñas & Arendt-Nielsen, 2017) :

Des zones musculaires du territoire trigéminal sont sensibles et irritables

Leur stimulation active de manière importante le noyau trigéminal

Le noyau trigéminal suractivé entraîne une hypersensibilité de cerveau

Cette hypersensibilité cérébrale induit une sensibilisation générale accrue produisant de la douleur même en cas de stimuli de faibles intensités

Les points musculosquelettiques irritables sont plus nombreux chez les personnes souffrant de céphalées de tension





## L'algie vasculaire de la face

*Cluster Headache* en anglais

Elle appartient aux **céphalalgies autonomes du trijumeau** (devinez quelle voie neuronale est impliquée ?!)

### Epidémiologie et prévalence



Moins d'un adulte sur 1000 (plus rare que les précédentes !)



Concerne 2.5 hommes pour une femme (Wei et al., 2018)



Survient après 20 ans



### Caractéristiques des céphalées



Céphalées récurrentes, fréquentes (plusieurs par jour)



Brèves et sévères, localisées autour d'un œil



Survient après 20 ans



Accompagnées de rougeurs, larmes, écoulement nasal du côté de la douleur



La douleur ferait partie des **plus intenses connues** et dépasserait même la douleur d'un accouchement selon certaines patientes.

## En plus de la douleur...



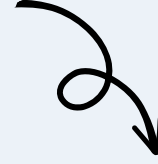
Ce type de céphalée s'accompagne d'autres signes (Jürgens et al., 2011)



Anxiété, dépression



Agoraphobie



Tendances suicidaires

Vous l'aurez compris, elle peut réduire considérablement la qualité de vie...



## Physiopathologie

L'algie de la face présente quelques similitudes avec la migraine (Ashina & Geppetti, 2015; International Headache Society, 2018; Leone & May, 2020)

- 1 Les informations de douleur proviennent des vaisseaux sanguins et méninges de la zone ophtalmique
- 2 Cette zone ophtalmique est innervée par le système trigéminal
- 3 Ce système trigéminal communique les informations de douleur aux autres structures du cerveau (hypothalamus et thalamus)
- 4 Comme dans la migraine, ces structures informent le cerveau de la douleur (Hoffmann et al., 2019; Wei et al., 2018)

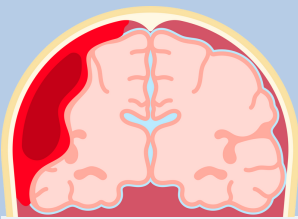
# Les céphalées secondaires

## La céphalée du syndrome méningé



Elle s'accompagne d'autres signes cliniques pour constituer le syndrome méningé qui traduit une **souffrance des méninges**.

En raison des **nocicepteurs** situés dans les méninges, une douleur peut survenir :



### En présence de sang

On parle alors d'**hémorragie méningée** !



### Ou de processus inflammatoires

Comme dans le cas d'une **méningite** !



Douleur **intense et diffuse**



Qui peut s'associer à des **douleurs de rachis**



Ou alors à une **hyperesthésie** (sensibilité des sens)



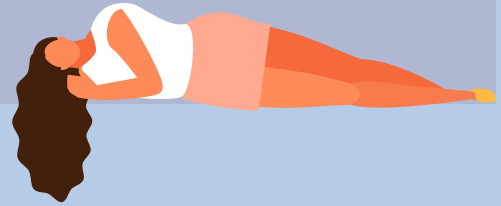
**Vomissements** et **photophobie** aussi présents



La céphalée s'accompagne d'une **raideur méningée** qui se manifeste chez les patients par :



une **attitude en chien de fusil** : position du corps en forme de S, allongé sur le côté, les jambes repliées et le dos courbé permettant de détendre au maximum le rachis et limiter les douleurs



une **raideur de la nuque**, caractérisée soit par une résistance douloureuse lors :



d'une flexion passive de la nuque



d'une flexion involontaire des membres inférieurs lors d'une flexion de la nuque

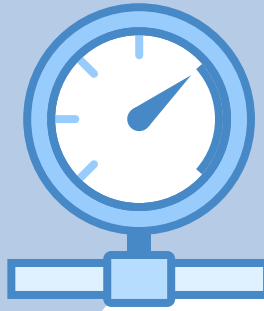


## Différents signes de gravités

Des troubles de la vigilance (somnolence ou coma)

Des troubles focaux (déficit moteur, aphasie)

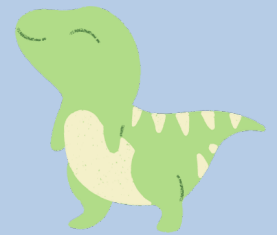
Des épilepsies



## La céphalée du syndrome d'hypertension intracrânienne (HIC)

L'intérieur du crâne, quoi qu'on puisse en penser chez certaines personnes, c'est **plein** !  
Entre le cerveau, le cervelet, le liquide céphalo-rachidien, les méninges... Il n'y a de la place pour RIEN d'autre !

De plus, certaines structures méningées sont **rigides**, et le crâne en lui-même est parfaitement **inextensible**. Cela rend le cerveau très sensible aux **variations de pression** qui peuvent être générées par différentes pathologies.



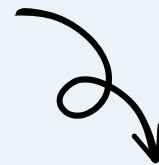
Ce peut être le cas notamment en raison de :



Tumeur



Hémorragie



Oedème cérébral  
ou méningé



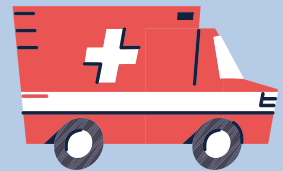
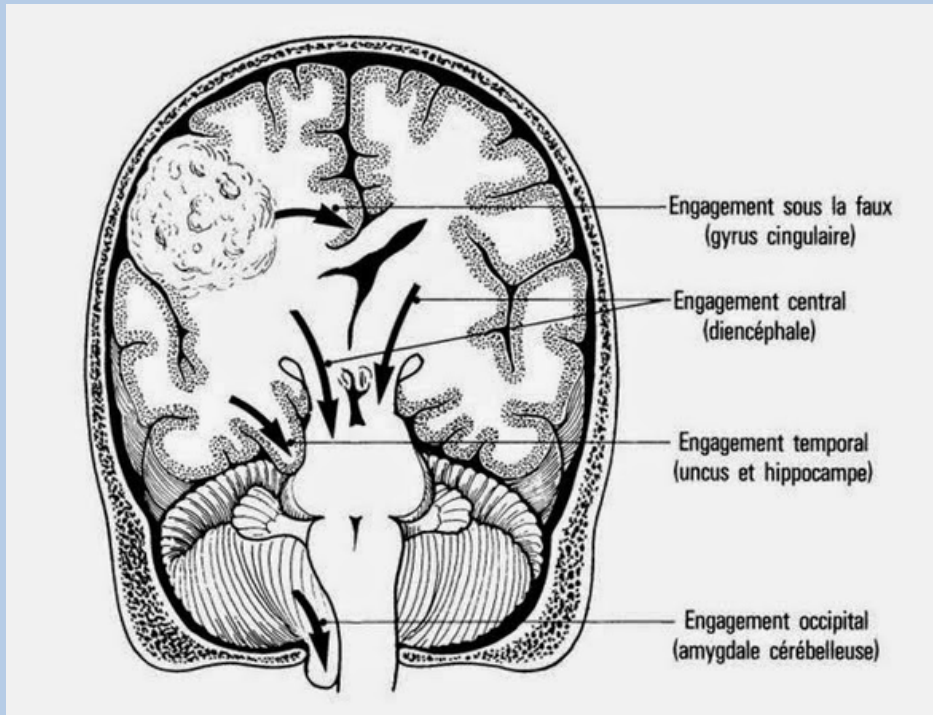
Cette pression peut induire :



Des **symptômes visuels** par gêne du système veineux du nerf optique,



Des **engagements** de différentes parties du cerveau dans différents espaces (sortes d'hernies).



Il s'agit d'une **urgence vitale** en raison du risque d'hémorragies ou de lésions du tronc cérébral par exemple. En premier lieu, ce syndrome se caractérise par, je vous le donne en mille, des céphalées !

Diffuses /  
en casque

Réveillent la nuit ou  
surviennent le matin

Sensations de **broiement**  
ou **d'éclatement** !

Intenses

Durent plusieurs  
heures

Insensibles aux anti-  
douleurs habituels

Mais pas que ! On peut y ajouter bien d'autres choses !

Nausées

Vomissements en "jets"

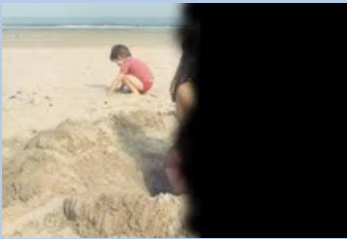
Oedeme papillaire

Troubles de la  
vigilance

Signes d'engagement :  
mydriases\*,  
sommolence, coma



\*\*



Signes de lésions  
causales : épilepsies,  
aphasie, hémianopsie\*\*

## La céphalée par surconsommation de médicaments



Elle survient en conséquence à la consommation **chronique ou excessive** de médicaments visant à traiter les céphalées. Il s'agit de la céphalée secondaire la plus courante. Elle affecterait jusqu'à 7% des personnes selon les populations (plus souvent les femmes...encore !).



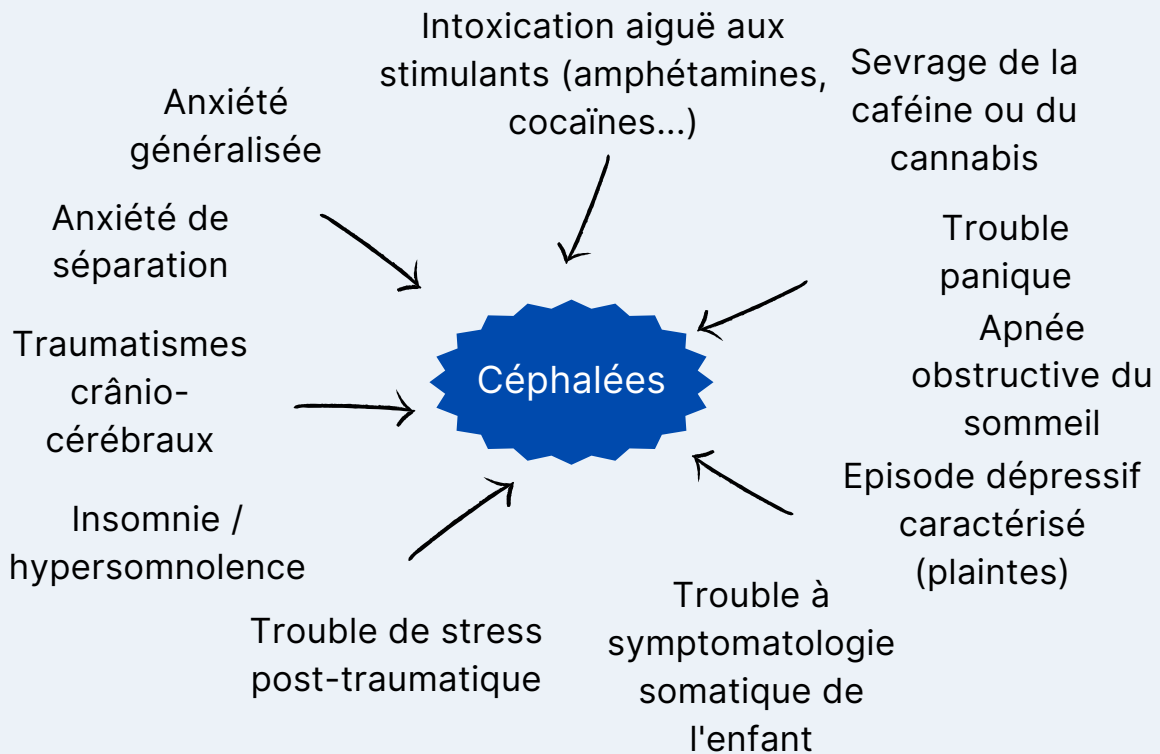
## Autres causes / comorbidités

Les céphalées peuvent être bien sûr consécutives à de nombreuses autres affections médicales ou mentales (American Psychiatric Association, 2013).

Elles sont fréquemment **comorbides** au :



Elles **se retrouvent** également dans :

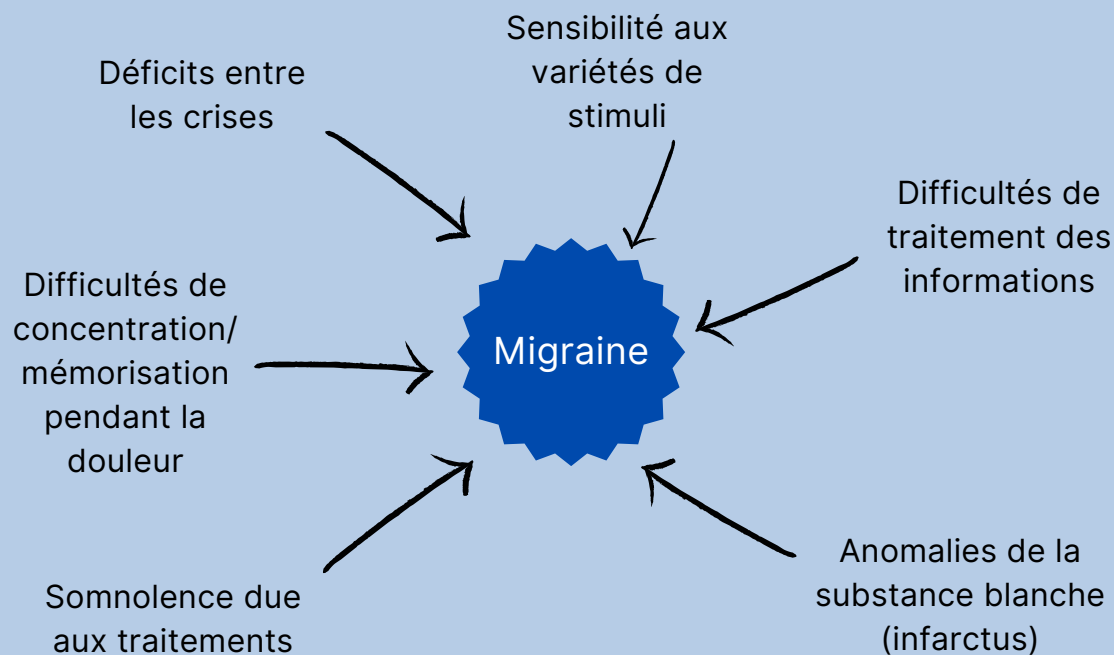




# Neuropsychologie des céphalées

## La migraine

En tant qu'**affection neuronale**, la migraine a souvent été associée à des **déficits neurocognitifs**. Pas étonnant dirions-nous... (O'Bryant et al., 2006)



Notons que ces anomalies de substance blanche ne sont pas spécifiques aux migraines et peuvent être retrouvées dans les céphalées de tension. Les anomalies sont encore mal comprises mais semblent associées à des niveaux élevés de fer et de calcium dans le cerveau.



## Conséquences cognitives

Plusieurs altérations cognitives ont pu être rapportées (O'Bryant et al., 2006; Ravishankar & Demakis, 2007):

Elles peuvent être **subtiles** (diminution des capacités tout en restant dans la norme),

Ou **significatives** (constituant un réel déficit)

**Pendant,**



Ou **entre** les crises.

Cela peut concerner :

- **le quotient intellectuel**
- **l'attention**
- **la compréhension verbale**
- **la mémoire** : auditive, visuelle, immédiate, différée
- **les fonctions visuelles** : perception, reconnaissance, localisation des éléments visuels
- **la vitesse de traitement**

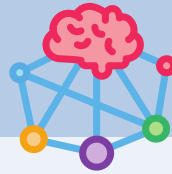


Les déficits sont davantage présents en cas de migraine avec aura.

N.B : alors que les changements anatomiques de substance blanche semblent concerner les autres céphalées, les déficits cognitifs / neuropsychologiques semblent propres aux migraines.



## La céphalée de tension



Pour contrebalancer le N.B précédent, un travail de méta-analyse a récemment montré de plus faibles performances cognitives chez des personnes souffrant de céphalées de tension (Pizer, 2022).

### Les effets les plus importants



**Dépistage cognitif (Montreal Cognitive Assessment)**



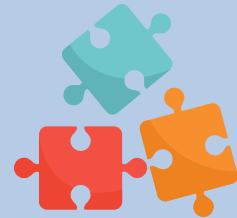
**Vitesse de traitement**



**Fonctions exécutives / Attention**



**Visuospatial / Visuoconstruction**



### Et les moins importants



**Langage**



**Apprentissage / Mémoire**

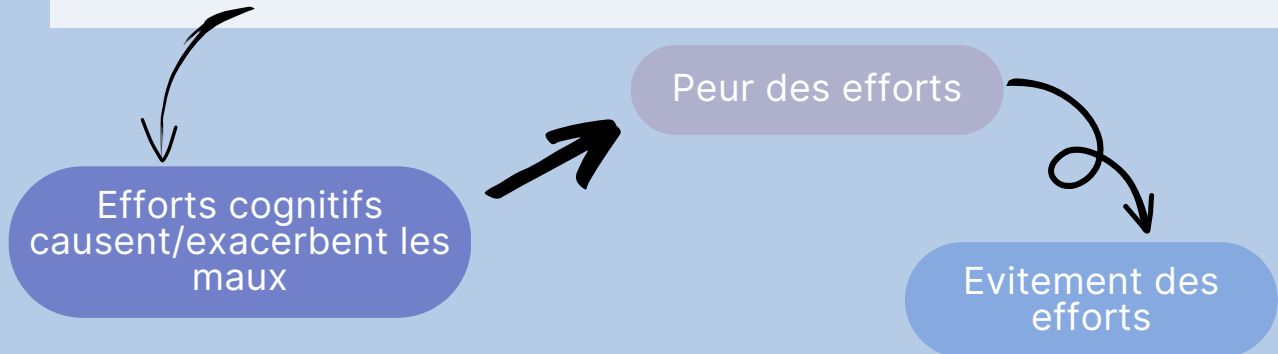


## Algie vasculaire de la face

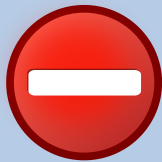
Similairement, on peut y retrouver des performances plus faibles (mais normales) en flexibilité mentale et mémoire de travail, par rapport aux participants sans algies (Torkamani et al., 2015).

## Cogniphobie

Les céphalées peuvent aussi se caractériser par une **cogniphobie** (cogniphobia).



La cogniphobie présente des associations neuropsychologiques et psychopathologiques dans la migraine (Klepper et al., 2022).



Fluence sémantique

Rappel immédiat

Rappel différé

Reconnaissance en mémoire visuelle

= **Plus faibles**



**Davantage** de :

Anxiété

Peur liée à la douleur

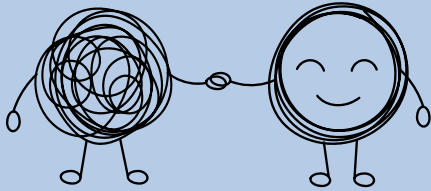
Symptômes cognitifs auto-rapportés

Handicap associé aux céphalées

Dépression



# Traitements et gestion non-pharmacologiques



Même si les céphalées sont traitées en **première intention** de manière **pharmacologique** (antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, triptans), plusieurs approches **psychothérapeutiques** permettent d'en réduire les symptômes et d'**améliorer la qualité de vie** des patients.

## Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les TCC englobent un ensemble de **techniques** visant à :



**Influer sur les pensées néfastes pouvant entraîner / entretenir des symptômes (anxiété, dépression, insomnie, douleurs...)**



**Influer sur les émotions négatives**



**Influer sur les comportements nuisant à la vie personnelle ou professionnelle**



**Influer sur leurs interactions avec l'environnement**



Ces différentes approches permettent :



**D'apporter des ajustements / adaptations dans le quotidien**



**Faire face à des situations problématiques**

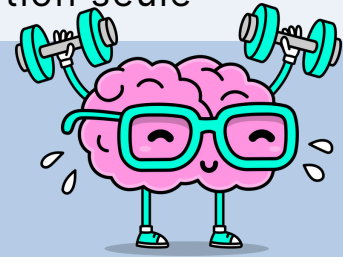
## Prises en charge de la douleur des céphalées

Plusieurs approches ont pu démontrer leur efficacité :

- la thérapie cognitive (remédiation),
- la gestion du stress,
- le biofeedback,
- ou la relaxation.

La **combinaison** de ces approches semble montrer de meilleurs résultats que leur utilisation isolée (Harris et al., 2015) :

- thérapie cognitive + biofeedback > biofeedback,
- thérapie cognitive + relaxation > relaxation seule



### Quels effets ?

Les patients bénéficiant de TCC rapportaient différentes **améliorations**.

Céphalées moins  
sévères

Moins d'utilisations  
médicamenteuses

TCC seule, TCC + Relaxation > relaxation ou  
antidépresseurs seuls

TCC > biofeedback

TCC + Biofeedback > biofeedback + relaxation

Céphalées moins  
fréquentes

Périodes sans  
céphalées plus longues

## Biofeedback : comment ça marche ?

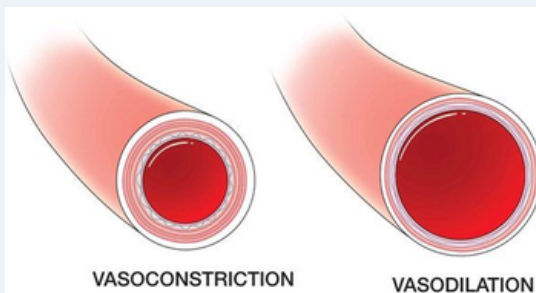
Le biofeedback, ainsi que la relaxation, peuvent donc accompagner les TCC dans la prise en charge des céphalées (migraines et de tension notamment) (Cottraux, 2020).

Dans le cas de la **migraine**, le biofeedback consiste à influencer sur la vasodilatation des **vaisseaux de la main** en modifiant la température cutanée.

Mais quel rapport avec la tête ?



**Vasodilatation de la main = diminution du flux sanguin du cerveau**



**La vasodilatation active le système nerveux sympathique**



**Favorisant la vasoconstriction des vaisseaux sanguins cérébraux**

Dans la **céphalée de tension** :

- par apprentissage d'un contrôle du muscle frontal, on vise à **réduire les tensions du cou et de la tête**
- des résultats similaires ont été montrés avec l'utilisation du **feedback de la conductance cutanée**



## Thérapies de 3e vague (Thérapies émotionnelles)

Pour l'essentiel, on parle de techniques basées sur la **pleine conscience** et l'**acceptation**

Ce qu'elles impliquent ? Former les personnes à l'**autorégulation** de l'attention via l'augmentation de la prise de conscience...



Des pensées



Des sentiments



Et des sensations physiques présents

Ces approches, apportent des **améliorations symptomatologiques** (Anheyer et al., 2018; Probyn et al., 2017).



Céphalées moins intenses

Moins de handicaps rapportés



Thérapies de 3e vague (avec ou sans TCC, psychoéducation ou relaxation)

Dans la migraine et la céphalée de tension

Céphalées moins fréquentes

Meilleur sentiment d'auto-efficacité dans la gestion des céphalées

Moins de stress



## La méditation de pleine conscience en pratique

L'amélioration des symptômes de céphalées peuvent reposer sur les techniques de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (**MBCT**) ou de la réduction du stress basée sur la pleine conscience (**MBSR**).

### Pratiques formelles

La méditation par balayage du corps : se concentrer sur chaque région du corps, des pieds à la tête, et à remarquer les sensations présentes avec ouverture et curiosité

La méditation assise formelle : pleine conscience de la respiration et d'autres expériences telles que les sons et les pensées



### Espace de respiration de 3 minutes

Concentration de la conscience sur les expériences internes présentes, sur la respiration, puis sur l'ensemble du corps



Complétées par...

### ...des **discussions de groupe** !

Aident les participants à appliquer la pleine conscience dans la vie quotidienne.

Visent à favoriser la conscience des situations stressantes et des réponses associées (émotionnelles, comportementales et physiologiques)

Ces pratiques formelles sont complétées par une pratique quotidienne.

## Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)



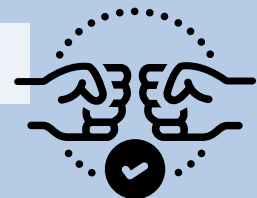
Toujours dans les thérapies de 3<sup>e</sup> vague, des améliorations symptomatologiques ont été observées à l'aide de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) (Mo'tamedi et al., 2012).

Les **objectifs** :

- 1 Prendre conscience de la difficulté à contrôler les douleurs
- 2 Améliorer l'engagement dans des activités malgré la douleur
- 3 Réduire les comportements d'évitement
- 4 S'engager dans des actions en ligne avec ses valeurs et objectifs personnels
- 5 Améliorer la pleine conscience de l'instant présent, des pensées, sentiments et sensations physiologiques

Plusieurs **thèmes** peuvent être abordés :

- 1 Les effets des traitements antérieurs
- 2 Les interactions entre les pensées et les émotions lors de cycles douloureux
- 3 Envisager le changement comme possible...

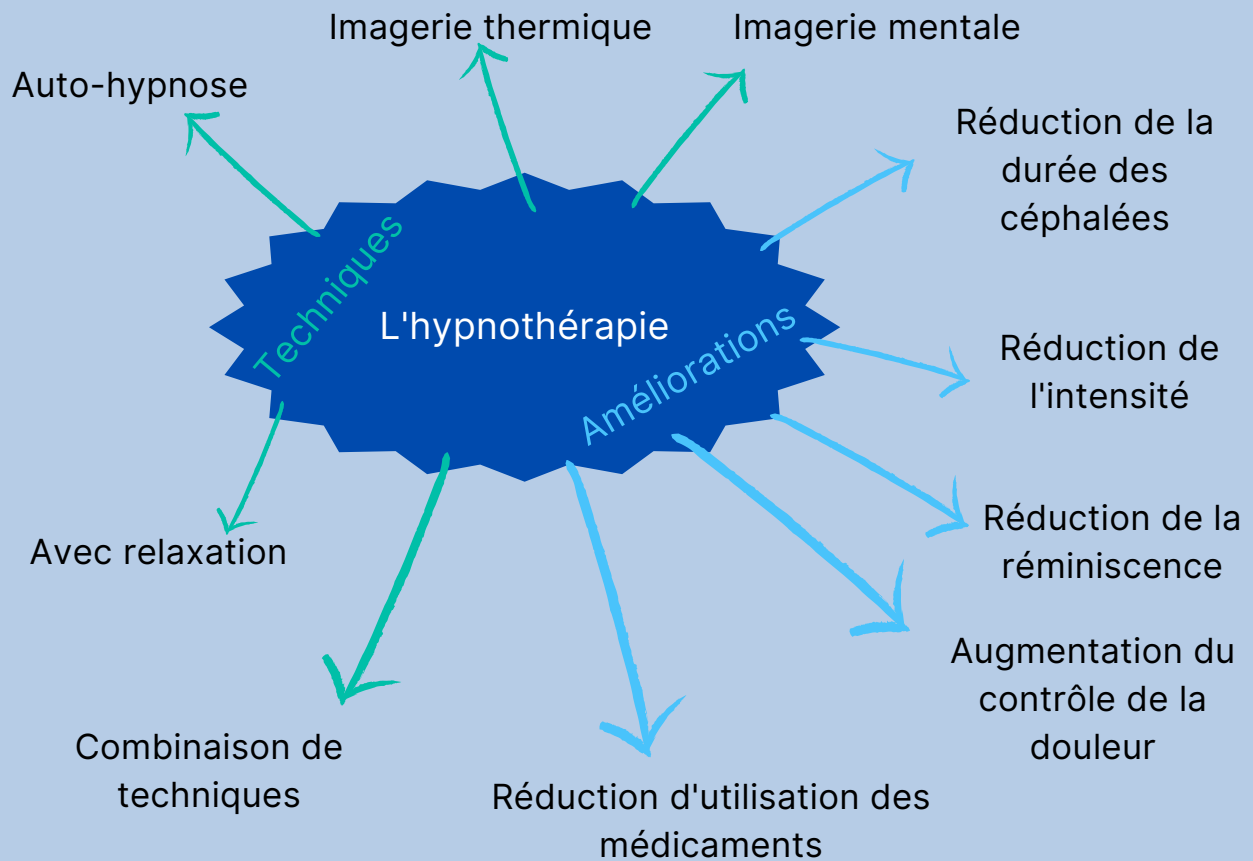


Et **s'accompagnent** de :

- ↳ Exercices de pleine conscience basée sur la respiration
- ↳ Exercices à effectuer chez soi...

# L'hypnothérapie

Voici pour terminer un dernier type de thérapie ayant démontré à maintes reprises ses effets bénéfiques sur les douleurs chroniques et les céphalées (Flynn, 2018).



# Bibliographie

American Psychiatric Association (Éd.). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed). American Psychiatric Association.

Anheyer, D., Leach, M. J., Klose, P., Dobos, G., & Cramer, H. (2018). Mindfulness-based stress reduction for treating chronic headache : A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*, 39(4), 544-555. <https://doi.org/10.1177/0333102418781795>

Ashina, M., & Geppetti, P. (2015). *Pathophysiology of Headaches : From Molecule to Man*. Springer.

Céphalées. (2016, novembre 23). Collège des Enseignants de Neurologie. <https://www.cen-neurologie.fr/fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/cephalees>

Cottraux, J. (2020). *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. Elsevier Health Sciences.

Dodick, D. W. (2018). A Phase-by-Phase Review of Migraine Pathophysiology. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(S1), 4-16. <https://doi.org/10.1111/head.13300>

Fernández-De-Las-Peñas, C., & Arendt-Nielsen, L. (2017). Improving understanding of trigger points and widespread pressure pain sensitivity in tension-type headache patients : Clinical implications. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(9), 933-939. <https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1359088>

Fernández-de-las-Peñas, C., Cuadrado, M., Arendt-Nielsen, L., Simons, D., & Pareja, J. (2007). Myofascial Trigger Points and Sensitization : An Updated Pain Model for Tension-Type Headache. *Cephalalgia*, 27(5), 383-393. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01295.x>

Ferrari, M., Charles, A., Dodick, D., Sakai, F., & Haan, J. (2020). *Oxford Textbook of Headache Syndromes*. Oxford University Press.

Flynn, N. (2018). Systematic Review of the Effectiveness of Hypnosis for the Management of Headache. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 66(4), 343-352. <https://doi.org/10.1080/00207144.2018.1494432>

Harris, P., Loveman, E., Clegg, A., Easton, S., & Berry, N. (2015). Systematic review of cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults. *British Journal of Pain*, 9(4), 213-224. <https://doi.org/10.1177/2049463715578291>

Hoffmann, J., Baca, S. M., & Akerman, S. (2019). Neurovascular mechanisms of migraine and cluster headache. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 39(4), 573-594. <https://doi.org/10.1177/0271678X17733655>

International Headache Society. (2018). Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, 38(1), 1-211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>

Jürgens, T. P., Gaul, C., Lindwurm, A., Dresler, T., Paelecke-Habermann, Y., Schmidt-Wilcke, T., Lürding, R., Henkel, K., & Leinisch, E. (2011). Impairment in episodic and chronic cluster headache. *Cephalalgia: An International Journal of Headache*, 31(6), 671-682. <https://doi.org/10.1177/0333102410391489>

Klepper, J. E., Sebro, L., Rosen, N. L., & Seng, E. K. (2022). Cogniphobia and neuropsychological functioning in migraine. *Neuropsychology*, 36, 433-442. <https://doi.org/10.1037/neu0000808>

Leone, M., & May, A. (Éds.). (2020). Cluster Headache and other Trigeminal Autonomic Cephalgias. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-12438-0>

May, A., & Burstein, R. (2019). Hypothalamic regulation of headache and migraine. *Cephalalgia*, 39(13), 1710-1719. <https://doi.org/10.1177/0333102419867280>

Mo'tamedi, H., Rezaiemaram, P., & Tavallaie, A. (2012). The Effectiveness of a Group-Based Acceptance and Commitment Additive Therapy on Rehabilitation of Female Outpatients With Chronic Headache : Preliminary Findings Reducing 3 Dimensions of Headache Impact. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 52(7), 1106-1119. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2012.02192.x>

O'Bryant, S. E., Marcus, D. A., Rains, J. C., & Penzien, D. B. (2006). The Neuropsychology of Recurrent Headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 46(9), 1364-1376. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00579.x>

Pizer, J. H. (2022). The Neuropsychology of Primary Headache Disorders : A Meta-Analysis [M.S.]. <https://www.proquest.com/docview/2695487298/abstract/46A763905CD24DD0PQ/1>

Principaux repères sur les céphalées. (s. d.). Consulté 13 mai 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>

Probyn, K., Bowers, H., Mistry, D., Caldwell, F., Underwood, M., Patel, S., Sandhu, H. K., Matharu, M., & Pincus, T. (2017). Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache : A systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open*, 7(8), e016670. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016670>

Ravishankar, N., & Demakis, G. J. (2007). The Neuropsychology of Migraine. *Disease-a-Month*, 53(3), 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2007.04.006>

Stovner, L. J., Hagen, K., Linde, M., & Steiner, T. J. (2022). The global prevalence of headache : An update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. *The Journal of Headache and Pain*, 23(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s10194-022-01402-2>

Torkamani, M., Ernst, L., Cheung, L. S., Lambru, G., Matharu, M., & Jahanshahi, M. (2015). The Neuropsychology of Cluster Headache : Cognition, Mood, Disability, and Quality of Life of Patients With Chronic and Episodic Cluster Headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 55(2), 287-300. <https://doi.org/10.1111/head.12486>

Wei, D. Y.-T., Yuan Ong, J. J., & Goadsby, P. J. (2018). Cluster Headache : Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Features, and Diagnosis. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 21(Suppl 1), S3-S8. [https://doi.org/10.4103/aian.AIAN\\_349\\_17](https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_349_17)





# Notes

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Document réalisé par  
l'association Raptor Neuropsychy**



**Alice FOUCHARD**  
Étudiante en L3 Psychologie

**Candice LESNE, Marie-Armelle RINEAU  
& Lucas RONAT**  
Psychologues spécialisé.e.s en  
neuropsychologie



**- Octobre 2023 -**