



Près d'une personne sur deux âgée de 15 ans et plus déclare être sujette à des maux de tête. Ceux-ci sont le plus souvent ponctuels (seulement 6 % des céphalalgiques évoquent des maux de tête quotidiens) et de courte durée (2 heures ou moins pour 46 % des individus). Ces maux s'accompagnent d'une douleur gênante dans 60 % des cas, voire incapacitante pour 16 % des enquêtés. Ces pourcentages expliquent en partie le recours élevé à la prise de médicaments, prescrits ou non, qui concerne plus de neuf céphalalgiques sur dix, dont 28 % de façon systématique. Un effet de sexe et d'âge caractérise la population céphalalgique composée de six femmes pour quatre hommes et de près d'un tiers de 30-44 ans. Quatre groupes de céphalalgiques sont distingués ici : les individus souffrant de céphalées non migraineuses, de migraines « possibles », de migraines « strictes » et de céphalées chroniques quotidiennes. Les prévalences s'établissent respectivement à 25,6 %, 13,3 %, 5,4 % et 2,5 %. Compte tenu du mode d'interrogation (auto-questionnaire), la migraine telle qu'elle est définie par la classification de l'International Headache Society (IHS) est sous-estimée, comparé aux résultats d'autres enquêtes en population générale (entre 10 et 20 %). C'est pourquoi, deux groupes de migraine sont différenciés, dont les prévalences cumulées correspondent aux estimations habituellement observées.

Prévalence des céphalées à travers l'enquête décennale Santé 2002-2003

L'enquête décennale Santé réalisée par l'INSEE en 2002-2003 permet pour la première fois d'appréhender l'état de santé perçu à travers des questionnaires¹ relatifs à diverses pathologies (encadré 1). Un volet dédié aux céphalées ou maux de tête y figure et s'adresse à tous les individus âgés de 15 ans et plus. Ce volet s'articule autour de treize questions qui permettent de décrire la prévalence et les caractéristiques cliniques des maux de tête (encadré 2). Des informations sont recueillies à propos de leur durée, leur localisation, leur caractère pulsatile ou non, leur intensité mais aussi l'association avec d'autres symptômes tels que des nausées, des vomissements, une photophobie ou une phonophobie. Si ces caractéristiques sont suffisamment riches pour distinguer les différents types de céphalées répertoriés dans la classification des céphalées de l'International Headache Society (IHS), cette étude se heurte aux obstacles liés à la méthode d'enquête : l'auto-questionnaire. De nombreux chercheurs dont les professeurs Henry et Tzourio (1998) ont mis en garde contre les biais que peut introduire cette méthode : « Les études pratiquées par enquêtes téléphoniques et auto-questionnaires laissent planer un doute sur la bonne compréhension des questions posées et

Muriel MOISY

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
DREES

1. Les questionnaires auto-administrés ont été remis par l'enquêteur à la fin de la première visite et ramassés un mois plus tard lors de la deuxième visite. Les enquêtés sont seuls lorsqu'ils les remplissent.

laissent libre cours à la subjectivité du sujet interrogé » (p. 18). Or, la première question du volet céphalées n'est pas sans susciter d'interrogations puisqu'il

est demandé aux enquêtés « s'ils sont sujets à des maux de tête », sans précision en termes d'ancienneté, de fréquence ou d'intensité.

Les céphalalgiques

■ **Près d'une personne sur deux déclare être sujette à des maux de tête.**

L'exploration des réponses aux auto-questionnaires souligne que, parmi la population de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus, près d'une personne sur deux déclare souffrir de maux de tête en 2003 (encadré 3). Dans la très grande majorité des cas, ils surviennent de façon ponctuelle puisque seuls 6 % des enquêtés céphalalgiques ont déclaré avoir des crises quotidiennes.

■ **16 % des céphalalgiques sont obligés d'interrompre leurs activités habituelles.**

La durée des épisodes douloureux varie le plus souvent entre quelques minutes et quelques heures : 46 % des céphalalgiques enquêtés font état de maux de tête qui n'excèdent pas deux heures (tableau 1). L'intensité de ces maux est ressentie comme modérée pour six céphalalgiques sur dix et 16 % signalent que l'intensité est telle qu'elle les oblige à interrompre totalement leurs activités habituelles. Les céphalées sont associées à un fort recours aux médicaments : plus de neuf personnes sur dix déclarent prendre un traitement, prescrit ou non, pour diminuer la douleur. Il s'agit cependant, dans la majorité des cas, d'un recours ponctuel : 40 % mentionnent prendre « parfois » des médicaments et 23 % « le plus souvent ». Toutefois, plus d'un quart des céphalalgiques indiquent y avoir recours systématiquement avec un recours d'autant plus systématique que la douleur est intense : 53 % parmi les personnes souffrant de maux de tête violents contre 27 % pour ceux ayant des maux de tête d'intensité modérée et 18 % parmi ceux qui font état de crises peu douloureuses. Un autre facteur de recours aux médicaments est l'aggravation de la douleur en cas d'efforts physiques observée chez 27 % des céphalalgiques. Lorsque ce symptôme apparaît, ils sont près de 40 % à déclarer prendre systématiquement des antalgiques alors que le pourcentage n'est que de 23 % parmi les enquêtés pour lesquels la douleur des maux de tête ne

E•1

L'enquête décennale Santé

La cinquième et dernière enquête décennale Santé disponible a été réalisée par l'INSEE entre octobre 2002 et septembre 2003. Ses principaux objectifs sont de repérer et mesurer sur un an, l'état de santé des individus et leur consommation médicale. Parmi les principaux thèmes abordés figurent les dépenses médicales et leur mode de financement, la morbidité déclarée et l'état de santé perçue. Ce dernier thème constitue une avancée par rapport aux enquêtes précédentes de 1960-1961, de 1970-1971, de 1980-1981 et de 1991-1992. Son analyse a été rendue possible grâce à la passation, auprès des individus âgés de 11 ans et plus, de questionnaires auto-administrés relatifs à différentes pathologies telles que les gênes respiratoires, les lombalgies, les conduites à risque (alcool, tabac, dépression...) et les céphalées. C'est sur ce dernier volet et sur les renseignements recueillis lors des trois visites que s'appuie cette étude.

E•2

Les questions du volet céphalées

- 1-Êtes-vous sujet à des maux de tête (des céphalées) ?**
a) oui
b) non
f) environ 2 jours
g) environ 3 jours
h) entre 3 et 7 jours
i) plus de 7 jours
j) ne sait pas
- 2-En souffrez-vous tous les jours ?**
a) oui
b) non
- 3-Lorsque vous en souffrez, prenez vous des médicaments ?**
a) oui, systématiquement
b) oui, le plus souvent
c) oui, parfois
d) non, jamais
- 4-Lorsque vous ne prenez pas de médicament, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?**
a) moins de 30 minutes
b) de 30 minutes à 2 heures
c) de 2 heures à 4 heures
d) de 4 heures à 12 heures
e) environ 1 jour
f) environ 2 jours
g) environ 3 jours
h) entre 3 et 7 jours
i) plus de 7 jours
j) ne sait pas
- 5-Vous prenez systématiquement un médicament, combien de temps durent le plus souvent vos maux de tête ?**
a) moins de 30 minutes
b) de 30 minutes à 2 heures
c) de 2 heures à 4 heures
d) de 4 heures à 12 heures
e) environ 1 jour
- 6-Quand vous avez mal à la tête, avez-vous habituellement mal en début de crise :**
a) uniquement dans la moitié droite de votre tête
b) uniquement dans la moitié gauche
c) tantôt dans la moitié gauche, tantôt dans la moitié droite
d) tantôt unilatérale, tantôt bilatérale
e) toujours bilatérale
f) à un autre endroit, précisez
g) ne sait pas
- 7-Quand vous avez mal à la tête, ressentez-vous avant tout : (une réponse possible)**
a) des battements qui résonnent dans votre tête ou une impression que cela tape dans votre tête
b) une sensation de pression, de bandeau serré autour de la tête
c) une autre sensation
d) ne sait pas
- 8-Quel est le retentissement de votre douleur sur vos activités habituelles ?**
a) douleur faible, poursuite des activités habituelles
b) douleur modérée, gênante mais n'empêchant pas les activités habituelles
c) douleur forte, obligeant à interrompre les activités habituelles
d) ne sait pas
- 9-Le plus souvent, vos maux de tête augmentent-ils lorsque vous montez ou descendez des escaliers ?**
a) oui
b) non
c) ne sait pas
- 10-Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'avoir envie de vomir ?**
a) oui
b) non
c) ne sait pas
- 11-Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'avoir des vomissements ?**
a) oui
b) non
c) ne sait pas
- 12-Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'être gêné par la lumière ?**
a) oui
b) non
c) ne sait pas
- 13-Quand vous avez mal à la tête, vous arrive-t-il d'être gêné par le bruit ?**
a) oui
b) non
c) ne sait pas

varie pas au cours d'une activité physique.

■ **Le recours systématique aux médicaments : un facteur aggravant à long terme.**

Le recours systématique à un traitement n'est pas sans conséquence sur l'évolution de la fréquence et de l'intensité des maux de tête puisque, comme le soulignent les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)², l'abus médicamenteux peut être à l'origine de la transformation d'une céphalée initialement épisodique, migraine ou céphalée de tension, en une céphalée chronique quotidienne potentiellement plus handicapante dans la vie familiale, sociale et professionnelle. À cet égard, la part des personnes déclarant souffrir de céphalées chroniques quotidiennes et qui font état d'une prise systématique de médicament s'élève à 50 % (tableau 1).

En tenant compte du fait que la prise en charge des céphalées chroniques quotidiennes avec abus médicamenteux passe par une période de sevrage, une hypothèse à ce pourcentage élevé réside dans le fait qu'il s'agit d'individus qui n'ont pas encore consulté pour leurs maux de tête. À l'inverse, seuls 18 % des migraineux « stricts » font état d'un recours systématique à un traitement. Ce faible pourcentage peut s'expliquer par la séparation entre migraines « possibles » et migraines « strictes ». Les migraines strictes répondraient à l'ensemble des critères diagnostiques de la migraine (au sens IHS). On peut supposer qu'il s'agit de patients qui ont consulté et sont davantage à l'écoute de leurs crises de migraines.

Parmi les autres caractéristiques cliniques de la population céphalalgique, les résultats montrent qu'il existe une forte association entre céphalée et phonophobie : 80 % des individus souffrant de maux de tête déclarent être gênés par le bruit. Dans une moindre mesure, les enquêtés évoquent aussi une photophobie, c'est-à-dire une gêne

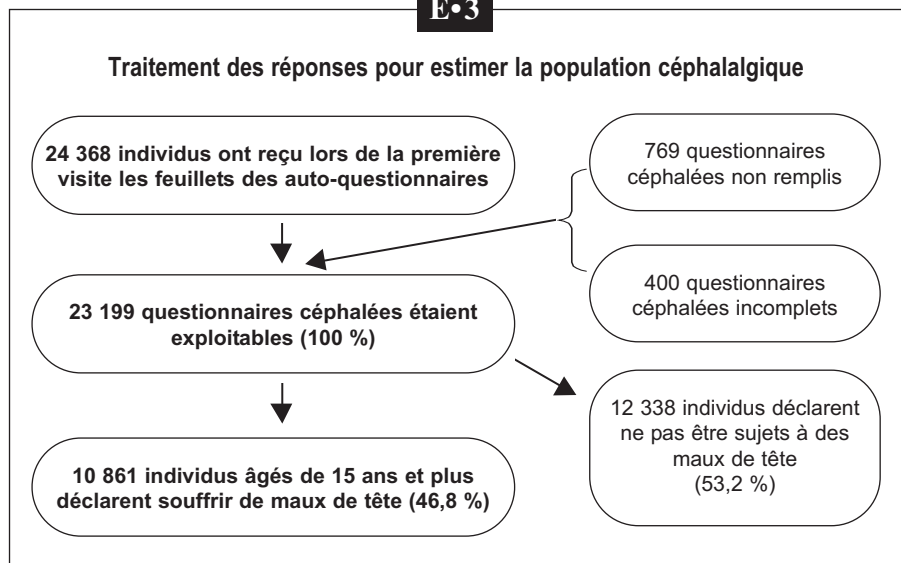
liée à la lumière (56 %). En revanche, les épisodes céphalalgiques apparaissent peu assortis de nausées (27 %) ou de vomissements (12 %).

■ **Les femmes et les 30-44 ans sont les plus concernés par les maux de tête.**

Les renseignements recueillis par les enquêteurs permettent d'établir un profil général de cette population céphalalgique âgée de 15 ans et plus. L'analyse démographique met en évidence deux gradients principaux : le

sexe et l'âge. Ces deux facteurs, bien connus à propos de la population migraineuse, s'avèrent également discriminants vis-à-vis de l'ensemble des personnes souffrant de maux de tête et ce, malgré le mode déclaratif des auto-questionnaires qui pourrait venir biaiser certains résultats. Ainsi, sur dix individus céphalalgiques âgés de 15 ans et plus, six sont des femmes (tableau 2). La prévalence en fonction de l'âge souligne quant à elle que ce sont les âges intermédiaires, les 30-44 ans, qui sont

E•3



T•01

symptomatologie des individus souffrant des différents types de céphalées

en %

	Ensemble des céphalées	Céphalées non migraineuses	Migraines possibles	Migraines strictes	Céphalées chroniques quotidiennes
Durée des crises inf. ou égal 2 heures	46,1	63,5	42,8	0	28,2
Durée des crises sup. ou égal à 4 heures	36,2	17	30,8	100	54,5
Localisation unilatérale	35	23,8	43,4	48,6	41,3
Localisation bilatérale	31,6	42,4	23	17,6	29,8
Douleur pulsatile	45,3	32	59,9	61,8	44,5
Étau	39	47,1	30,5	28,5	39,6
Douleur de forte intensité impliquant une interruption des activités quotidiennes	15,9	5,4	25	31,9	32
Aggravation de la douleur au cours d'efforts physiques	27	10,5	46,3	55,6	40,5
Nausées	27,1	9,2	46,8	60,3	39,2
Vomissements	11,8	3,1	21,1	27,8	20,2
Photophobie	56,2	28,2	92,3	92,3	72
Phonophobie	80,1	66,8	97,5	97,2	87,6
Prise systématique de médicaments à chaque crise	28,2	21,3	40,8	18	50
Aucun recours aux médicaments en cas de maux de tête	9,2	13,9	3,8	2,2	5,9

1. Le critère de durée (entre 4 et 72 heures) doit être vérifié pour évoquer le diagnostic de la migraine ce qui explique la fréquence de 100 % observée ici.

Source : enquête décennale Santé 2002-2003, INSEE. Exploitation DREES.

2. ANAES, Recommandation pour la pratique clinique. CQC (céphalées chroniques quotidiennes) : Diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge, p. 6.

T
•02

sex ratio pour différents types de céphalées

	Sujets aux maux de tête	Sujets à des céphalées non migraineuses	Sujets à des migraines possibles	Sujets à des migraines strictes	Sujets à des céphalées chroniques quotidiennes
Hommes	43,8	47,3	29,9	22,7	29,4
Femmes	56,2	52,7	70,1	77,3	70,6
Sex ratio	0,78	0,9	0,43	0,29	0,42

Source : enquête décennale Santé 2002-2003, INSEE. Exploitation DREES.

les plus exposés au risque de céphalées. Ils représentent près de 30 % des céphalalgiques. Passé cet âge, la proportion d'individus se déclarant céphalalgique diminue sensiblement (graphique 1).

Outre le sexe et l'âge, les céphalées ne connaissent pas de terrain social privilégié. L'analyse toutes choses égales par ailleurs mesurant la probabilité d'être céphalalgique ne met pas en évidence d'autres facteurs de risque parmi les variables socio-économiques : statut d'occupation, position professionnelle et catégorie socio-professionnelle (tableau 3).

Un mal de tête ou des maux de tête ?

4

■ Céphalées de tension, migraines et céphalées chroniques quotidiennes représentent 90 % des céphalées.

La richesse des informations recueillies à partir des auto-questionnaires rend possible la différenciation de certaines formes cliniques de cépha-

lées parmi les 176 répertoriées dans la classification de l'International Headache Society (ISH) établie en 1988 et remise à jour en 2004. Cette classification attribue à chacune des céphalalgies un certain nombre de critères diagnostiques selon un diagnostic d'interrogatoire. À partir de cette classification (encadré 4) et des données recueillies par l'auto-questionnaire (encadré 2), nous avons défini quatre groupes distincts de céphalalgiques : les personnes souffrant de céphalées non migraineuses, de migraines possibles, de migraines strictes et de céphalées chroniques quotidiennes (encadré 5). Ces groupes sont définis selon un diagnostic d'exclusion plus adapté à la démarche du questionnaire auto-administré et qui permet de pallier l'absence à la fois de certaines informations que requiert la classification internationale (dont la normalité de l'examen clinique entre les crises) et un diagnostic établi par un médecin.

■ Prévalence des différents maux de tête.

En 2003, plus d'un quart des individus âgés de 15 ans et plus déclare souffrir de céphalées non migraineuses, soit plus d'une personne céphalalgique sur deux (54,7 %). Cette prévalence est nettement supérieure à celle des migraines possibles (28,4 %) et des migraines strictes (11,6 %) (graphique 2).

Les céphalées non migraineuses

■ Une sensation d'étouffement et une douleur d'intensité légère à modérée.

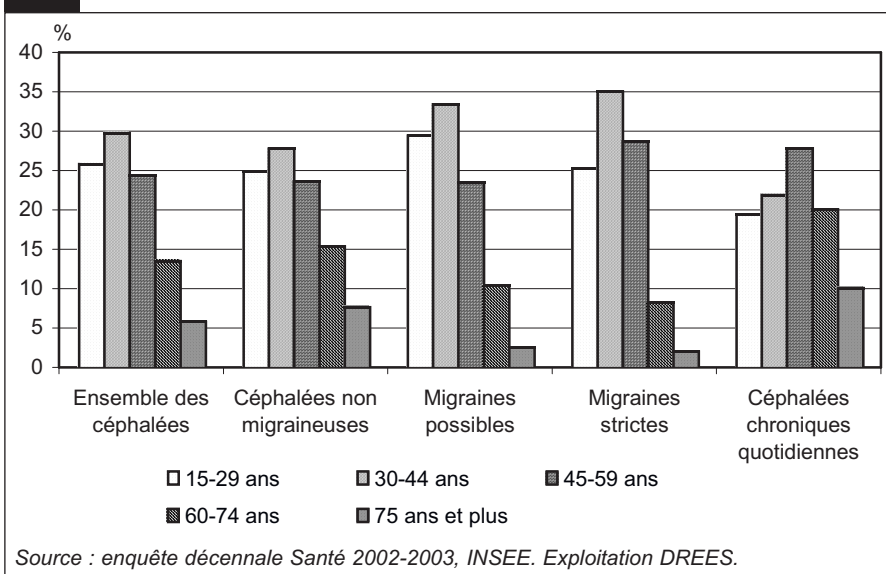
Par céphalées non migraineuses, on entend l'ensemble des maux de tête qui ne remplissent pas les critères diagnostiques de la migraine stricte et de la migraine possible (encadré 3). Si les céphalées non migraineuses se confondent en partie avec les céphalées de tension, le diagnostic ne peut être pleinement posé dans la mesure où les conditions de la classification internationale n'ont pas été vérifiées. Toutefois, les caractéristiques cliniques qui définissent les céphalées non migraineuses tendent à se rapprocher nettement de celles de la céphalée de tension (encadré 3). Ainsi, il ressort des déclarations des crises relativement de courte durée (64 % des individus de ce groupe mentionnent des maux de tête n'excédant pas deux heures), une douleur d'intensité légère (40 %) à modérée (54,5 %) et plutôt bilatérale (42 %), une sensation d'étouffement (47 %) et une quasi absence d'aggravation de la douleur avec les exercices physiques puisque celle-ci n'intervient que dans 10 % des cas (tableau 1).

■ Un quart de la population décrit les symptômes des céphalées non migraineuses.

En termes de prévalence des céphalées de tension dans la population générale, il existe une forte dispersion qui oscille entre 30 et 78 % selon les études (Bouchareine, Delfiner, 2004). La souplesse de certains critères (notamment la durée des crises qui peut varier entre 30 minutes et 7 jours) contribue certainement à cette très grande dispersion des taux. Dans l'enquête décennale Santé, il apparaît que plus d'une céphalée sur deux est une céphalée non migraineuse

G
•01

contribution des groupes d'âges à la prévalence de différents types de céphalées



Source : enquête décennale Santé 2002-2003, INSEE. Exploitation DREES.

T 03 mesure des risques de déclarer certains types de céphalées
(population de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus)

	Déclarer être sujet aux céphalées*		Déclarer les critères diagnostiques des céphalées non migraineuses		Déclarer les critères diagnostiques des migraines possibles		Déclarer les critères diagnostiques des migraines strictes		Déclarer les critères diagnostiques des CQC	
Champ	Population générale		Population céphalalgique							
Probabilité de la situation de référence	58,30 %		43,40 %		35,40 %		16,10 %		5,10 %	
	Fréquence (%)	Écarts de probabilité	Fréquence (%)	Écarts de probabilité	Fréquence (%)	Écarts de probabilité	Fréquence (%)	Écarts de probabilité	Fréquence (%)	Écarts de probabilité
SEXE		***		***		***		***		***
Femmes	61,1	Ref.	52,7	Ref.	70,1	Ref.	77,3	Ref.	70,6	Ref.
Hommes	38,9	-18	47,3	21,2	29,9	-11,5	22,7	-8,7	29,4	-1,5
GROUPE D'ÂGES		***		***		***		***		ns
15-29 ans	26	ns	25	ns	29,6	ns	25,4	ns	19,5	ns
30-44 ans	29,9	Ref.	27,9	Ref.	33,6	Ref.	35,2	Ref.	22	Ref.
45-59 ans	24,5	-5,1	23,8	ns	23,7	ns	28,9	ns	28	ns
60-74 ans	13,6	-12	15,5	13,9	10,5	ns	8,4	-5,4	20,2	ns
75 ans et plus	5,9	-20,7	7,8	27,6	2,7	-17,8	2,2	-12	10,3	ns
NIVEAU D'ÉTUDES		***		**		***		**		***
CEP (ou inférieur)	23,4	5,6	26,3	5,9	17,3	ns	15,6	-4,7	39,6	2,7
1 ^{er} cycle	12,9	ns	13,6	ns	11,8	ns	11,8	ns	13,2	ns
2 ^e cycle	11,3	ns	10,1	ns	13,5	ns	12,7	ns	9,9	ns
enseignement technique / professionnel court	25,8	Ref.	25,3	Ref.	26,6	Ref.	27,7	Ref.	22,5	Ref.
enseignement technique / professionnel long	5,4	ns	4,8	ns	6,3	ns	7,4	ns	3,6	ns
enseignement supérieur	21,2	ns	20	ns	24,5	ns	24,9	ns	11,2	-2,2

L'estimation de ces modèles tient compte aussi d'autres variables socio-économiques telles que le statut d'occupation, la position professionnelle et la catégorie socio-professionnelle (CSP). Toutefois, l'effet des ces variables n'étant pas significatif, les résultats ne sont pas présentés dans ce tableau.

Lecture : la probabilité pour une femme âgée de 30 à 44 ans, ayant un niveau d'études équivalent au BEP/CAP, aujourd'hui active occupée dans le secteur de la santé et de l'action sociale et occupant un poste d'employée de bureau ou de personnel de catégorie C de la fonction publique de déclarer souffrir de céphalées s'élève à 58,3 %. Par rapport à cet individu de référence, un homme sera moins soumis au risque de souffrir de céphalées puisque la probabilité s'élève à 58,3 % - 18 %, soit 40,3 %.

Ref : catégorie de référence

*** Significatif au seuil de 1 %

** Significatif au seuil de 5 %

* Significatif au seuil de 10 %

ns : non significatif au seuil de 10 %

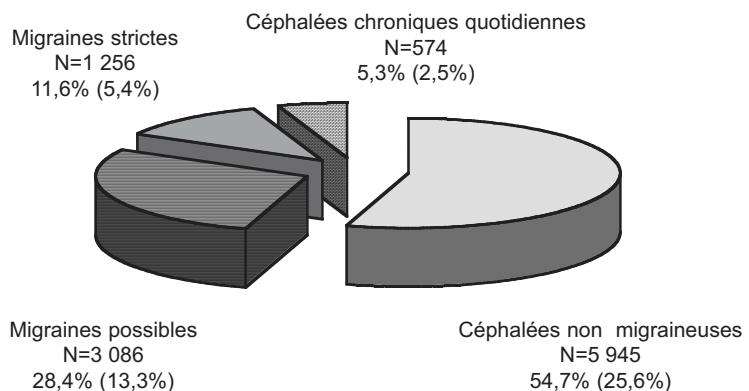
Source : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003. Exploitation DREES.

et que plus d'un adulte sur quatre souffre de cette forme de céphalée.

■ Une répartition plus homogène de cette forme de céphalée dans la population.

L'analyse toutes choses égales par ailleurs de déclarer les symptômes de la céphalée non migraineuse parmi la population céphalalgique suggère que ce type de céphalées concerne davantage les hommes (+21,2 % par rapport à la population de référence que sont les femmes de 30-44 ans) (tableau 3). De même, le critère d'âge apparaît particulièrement significatif avec une probabilité qui augmente aux âges élevés (+13,9 % pour les 60-74 ans et +27,6 % pour les 75 ans et plus). On observe par ailleurs que l'effet du

G 02 répartition des 10 861 céphalées selon la catégorie diagnostique IHS (parmi les céphalalgiques âgés de 15 ans et plus, en %)



Le pourcentage entre parenthèses indique la répartition parmi l'ensemble des individus âgés de 15 ans et plus.

Source : enquête décennale Santé 2002-2003, INSEE. Exploitation DREES.

E•4

Critères diagnostiques de la migraine, de la migraine probable et de la céphalée de tension épisodique définis dans la classification internationale (IHS 1988)

Critères diagnostiques de la migraine* (code IHS 1.1)	Critères diagnostiques de la migraine probable* (code IHS 1.7)	Critères diagnostiques de la céphalée de tension épisodique (code IHS 2.1)
<p>A - Au moins cinq crises correspondant aux critères B-D</p> <p>B - Crise d'une durée variant entre 4 heures et 72 heures</p> <p>C - La céphalée présente au moins deux des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - localisation unilatérale - caractère pulsatile de la douleur - intensité modérée ou sévère - aggravation par l'activité physique <p>D - La céphalée est accompagnée d'au moins un des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nausées et/ou vomissements - photophobie et phonophobie <p>E - L'examen clinique doit être normal entre les crises. En cas de doute, un désordre organique doit être éliminé par les investigations complémentaires appropriées</p>	<p>Remplit l'ensemble des critères diagnostiques de la migraine (code IHS 1.1) à l'exception d'un seul</p>	<p>F - Au moins dix crises correspondant aux critères B-D</p> <p>G - Crise d'une durée variant entre trente minutes et sept jours</p> <p>H - La céphalée présente au moins deux des caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - localisation bilatérale - sensation de pression (non pulsatile) - intensité légère ou modérée - aucune aggravation par l'activité physique <p>I - Absence des deux caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nausées ou vomissements - photophobie ou phonophobie <p>J - Exclusion par l'anamnèse, l'examen clinique neurologique d'une maladie organique pouvant être la cause des céphalées</p>

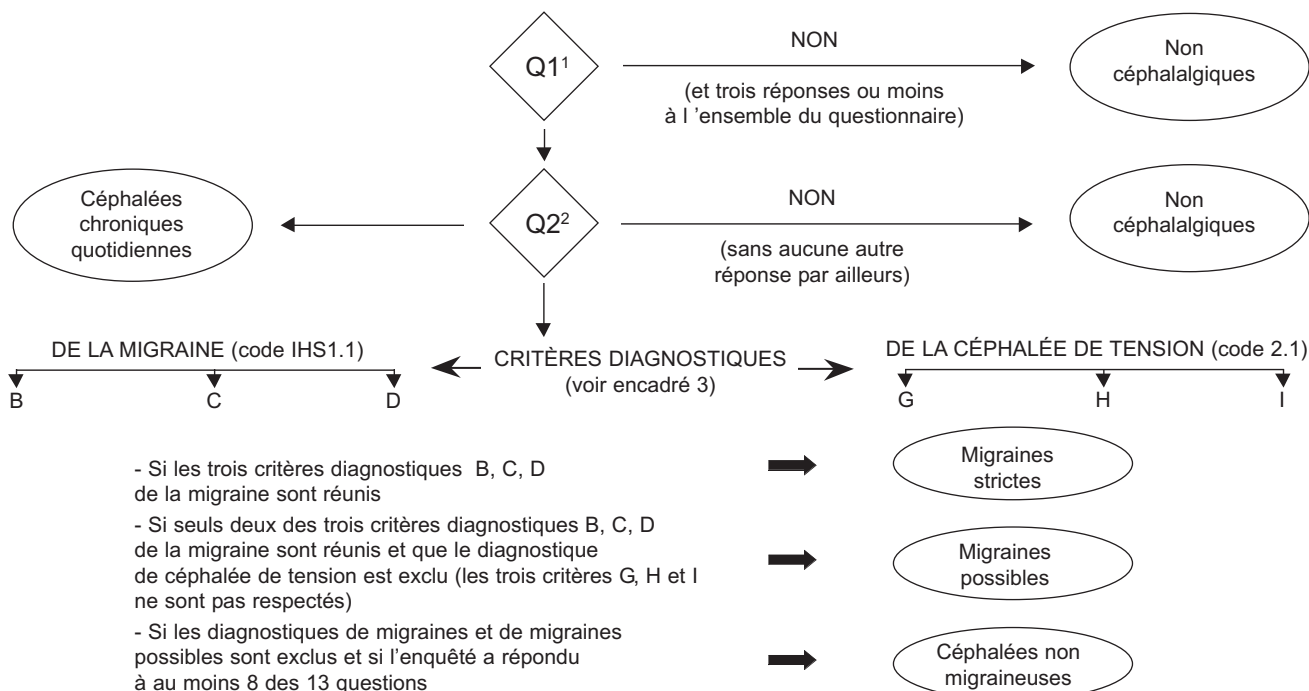
*Il est fait référence ici aux critères diagnostiques de la migraine sans aura définie dans la classification IHS. Il n'existe pas, dans cette classification, de critères diagnostiques pour la migraine en général. Cette pathologie est systématiquement distinguée en deux selon la présence ou non d'aura. Toutefois, en l'absence d'information sur ces signes annonciateurs de migraine dans les auto-questionnaires de l'enquête décennale santé et compte tenu du fait que les caractéristiques cliniques de la douleur sont les mêmes dans les deux cas, on considère qu'en affectant les critères de la migraine sans aura, on recueille aussi les cas de migraine avec aura.

Source : Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia. 1988 ; 8 (suppl 7) : 1-96.

6

E•5

Algorithme utilisé pour différencier les différentes formes de céphalées



1. Q1 : « Êtes-vous sujet à des maux de tête (des céphalées) ? »
2. Q2 : « En souffrez-vous tous les jours ? »

niveau d'études est le même que pour la probabilité de déclarer des maux de tête à savoir une probabilité légèrement plus élevée pour les personnes ayant un niveau d'études équivalent du certificat d'études primaires (CEP) ou inférieur (+5,9 %).

Les gênes migraineuses

■ Une personne sur cinq fait état de gênes migraineuses.

D'après l'exploitation des données de l'enquête décennale Santé, les gênes migraineuses (migraines strictes et migraines possibles confondues) représentent près d'une personne sur cinq âgée de 15 ans et plus en France. Sont regroupés les individus qui respectent les deux conditions suivantes : d'une part, répondre à l'ensemble des critères diagnostiques de la migraine (ou à tous sauf un) et d'autre part, ne pas remplir les critères des céphalées de tension. Outre les caractéristiques cliniques, ces gênes migraineuses se différencient des céphalées non migraineuses par leur composante sexuée et la plus forte variation de la prévalence en fonction de l'âge. Toutefois, il est nécessaire de distinguer migraines possibles et migraines strictes.

Les migraines possibles

■ Une personne sur huit déclare souffrir de migraines possibles.

L'hémicrânie (43 %), la pulsatilité (60 %) et des crises dont la durée varie le plus souvent entre 30 minutes et 4 heures (70 %), tels sont les principaux symptômes cliniques des migraines possibles. Cette description diffère sensiblement des caractéristiques décrites pour les céphalées non migraineuses. Et ce ne sont pas les seules différences qui apparaissent. Les deux plus importantes concernent l'intensité de la douleur et le recours aux médicaments. Un quart des individus de ce groupe mentionne des douleurs fortes les obligeant à interrompre leurs activités habituelles et plus de 40 % déclarent prendre systématiquement des antalgiques en cas de maux de tête alors qu'ils n'étaient que 21 % dans le groupe souffrant de céphalées non migraineuses et 28 % parmi l'ensemble des céphalalgiques.

Les personnes souffrant de migraines possibles sont plus jeunes que celles ayant des céphalées non migraineuses : plus de 64 % des individus sont âgés de moins de 45 ans. Ce sont plus souvent des femmes : le sex ratio est de sept femmes pour trois hommes. L'analyse toutes choses égales par ailleurs confirme ces deux effets du sexe et de l'âge. Par exemple, la probabilité qu'une femme, âgée de 30 à 44 ans, ayant un niveau d'études BEP/CAP, active occupée dans le secteur de la santé ou de l'action sociale et occupant un poste d'employée de bureau, déclare souffrir de « migraines possibles » s'élève à 35,4 % tandis que celle d'un homme appartenant au même groupe d'âge et ayant le même profil socio-économique est inférieure à 24 % (-11,5 %) (tableau 3).

La migraine stricte

■ Hémicrânie, pulsatilité et aggravation de la douleur en cas d'efforts physiques.

La migraine est définie comme une maladie bénigne mais handicapante qui peut altérer la qualité de vie des patients, perturber les relations affectives et retentir sur les activités professionnelles³. Même s'il ne s'agit pas de la céphalée la plus répandue, la migraine bénéficie d'un important éclairage scientifique et médiatique. L'une des principales raisons en est le lourd retentissement que peut avoir cette pathologie sur la vie familiale et professionnelle. En effet, la migraine s'avère le plus souvent très douloureuse et totalement incapacitante. C'est le cas pour près d'un tiers des individus considérés comme migraineux dans l'enquête Santé, un pourcentage assez semblable à celui observé pour les migraines possibles (25 %) tandis qu'ils ne sont que 16 % à mentionner une douleur forte au sein de la population céphalalgique et 5 % dans le groupe souffrant de céphalées non migraineuses. Outre l'intensité de la douleur, trois caractéristiques cliniques sont souvent évoquées par les migraineux : l'aggravation des crises en cas d'efforts physiques (56 %) et une très forte sensibilité à la lumière (92 %) et au bruit (97 %). Ainsi, les migraines apparaissent ici comme des migraines

possibles « aggravées » à l'exception toutefois de la consommation médicamenteuse. En effet, malgré la sévérité de cette forme de céphalées, les données recueillies par les auto-questionnaires soulignent un recours moins systématique aux médicaments que pour les autres pathologies. Certes, la part des individus reconnaissant ne jamais prendre d'antalgiques est la plus faible des différentes pathologies observées ici (2,2 %), mais dans un même temps, ils ne sont que 18 % à déclarer prendre systématiquement des médicaments contre 40 % dans le groupe des migraines possibles.

■ Une pathologie essentiellement féminine.

Plus encore que les autres formes de céphalées, la migraine se définit par sa composante sexuée. La plupart des études mettent en évidence une incidence deux à quatre fois supérieure chez les femmes. On retrouve ce ratio avec les résultats de l'enquête Santé puisque parmi le groupe des migraineux, 77,3 % sont des femmes. La différence sexuée ne concerne pas uniquement la prévalence, elle caractérise aussi le profil des crises de migraine à travers trois caractéristiques cliniques : l'hémicrânie, les nausées et la durée des crises. Ainsi, au sein du groupe des migraineux, 48 % des femmes évoquent une douleur unilatérale contre à peine 42 % des hommes. Par ailleurs, elles sont plus de 62 % à déclarer avoir des nausées contre 46 % des hommes. Enfin, 27 % des femmes mentionnent des crises qui durent plus d'une journée alors que le pourcentage ne dépasse pas 13 % parmi les migraineux.

Autre facteur associé à cette pathologie : l'âge. Les crises de migraine se concentrent essentiellement parmi les 30-44 ans qui représentent plus de 35 % de ce groupe. En croisant le sexe et l'âge, ce sont près de 10 % des femmes âgées de 30 à 44 ans qui décrivent les symptômes de la migraine et presque 20 % qui évoquent les critères diagnostiques des migraines possibles tandis que ces pourcentages sont respectivement de 3,2 % et 9,5 % pour les hommes.

Comme pour la population céphalalgique, la migraine n'apparaît pas comme l'apanage d'une catégorie

socio-professionnelle. Outre une plus faible déclaration des symptômes de la migraine parmi les individus ayant un niveau d'études CEP ou inférieur⁴, l'application d'un modèle statistique toutes choses égales par ailleurs met en évidence qu'aucune des variables socio-économiques testées ici ne contribue significativement à l'estimation de la probabilité d'être migraineux (tableau 3).

Les céphalées chroniques quotidiennes

■ La moitié des individus ayant des céphalées chroniques quotidiennes recourent systématiquement aux médicaments.

Selon l'ANAES, les « céphalées chroniques quotidiennes constituent un ensemble hétérogène défini par la présence de céphalées plus de 15 jours par mois et plus de 4 heures par jour en l'absence de traitement, depuis plus de 3 mois, sans substratum lésionnel ou symptomatique. Il s'agit le plus souvent d'une céphalée initialement épisodique, migraine ou céphalée de tension, qui

évolue vers une céphalée chronique, sous l'influence notamment d'un abus médicamenteux et de facteurs psychopathologiques ». En s'appuyant sur un seul critère de sélection, la quotidienneté des maux de tête, l'enquête décennale Santé a permis d'évaluer la prévalence des céphalées chroniques quotidiennes à 2,5 % parmi la population générale âgée de 15 ans et plus et à 6 % parmi les céphalalgiques du même groupe d'âges. Certes, le diagnostic apposé ici s'appuie sur une définition différente de celle énoncée précédemment mais la prévalence observée est comparable à celle estimée par l'ANAES en 2004 (3 %³) et s'inscrit dans la fourchette des prévalences observées le plus souvent, entre 2,5 % et 5 %.

Dans ce groupe, la symptomatologie décrite se rapproche de celle de la migraine : plus de 41 % des personnes décrivent une hémicrânie et près de 45 % une douleur pulsatile. L'intensité de la douleur est considérée comme forte par 32 % des individus, le même pourcentage que pour les migraineux. En revanche, les céphalées chroniques quotidiennes apparaissent moins souvent assorties de nausées

(39 % contre 60 % pour la migraine) et/ou de vomissements (respectivement 20 % et 28 %). Mais la principale spécificité qui ressort pour ce groupe est sans conteste la consommation médicamenteuse. Un individu sur deux fait état d'un recours systématique aux médicaments contre moins d'un sur trois parmi l'ensemble des céphalalgiques et un sur cinq pour les migraineux. Or, il est reconnu que l'abus médicamenteux est à l'origine de la chronicité des céphalées. Reste que l'on ne peut mesurer, avec les données utilisées ici, l'évolution de la consommation médicamenteuse et savoir si c'est la récurrence des céphalées qui a entraîné un recours plus fréquent à la prise d'antalgiques.

3. ANAES, octobre 2002, *Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques. Tome 1 : Prise en charge diagnostique de la migraine et évaluation du handicap chez l'adulte et chez l'enfant*, Service des recommandations et références professionnelles.

4. Seuls 3,1 % de ceux ayant un niveau CEP ou inférieur déclarent les caractéristiques de la migraine contre près de 6 % pour ceux ayant suivi des études supérieures et près de 7 % parmi ceux ayant reçu un enseignement technique/professionnel long.

Les médicaments prescrits en cas de migraines et de céphalées

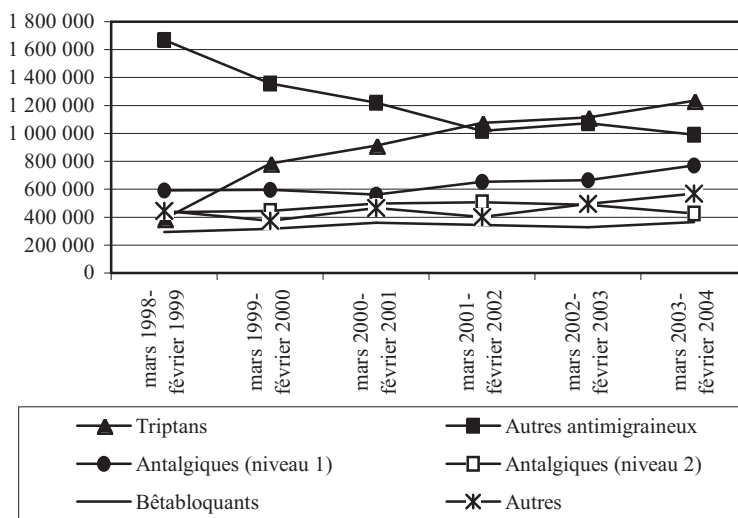
L'Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) d'IMS-Health a pour objet de suivre de manière détaillée l'évolution des prescriptions des médecins libéraux en France. Elle permet notamment de relier prescriptions et diagnostics. Il est donc possible de connaître les médicaments prescrits en cas de migraine ou de céphalée. L'étude de ces données met en évidence une évolution dans la prise en charge de la migraine depuis 1998 (graphique ci-dessous). En 1998, les médicaments « antimigraineux » (hors triptans), tels que le Seglor® ou Ikaran®, représentaient 44 % des prescriptions en cas de migraine. En 2003, ils ne sont plus prescrits que dans 23 % des cas. Ce recul s'explique par l'apparition d'une nouvelle génération d'antimigraineux, les triptans, commercialisés en France depuis 1994 et qui se sont imposés progressivement. Ils représentent 28 % des prescriptions en 2003 contre 10 % en 1998.

D'autres traitements antalgiques non spécifiques à la migraine peuvent être également prescrits en cas de crise. L'Organisation mondiale de la santé a classé les médicaments antalgiques en trois paliers selon leur puissance d'action/leur activité. Le niveau 1 concerne le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Ces médicaments sont prescrits en premier lorsque le médecin juge la douleur du patient faible ou modérée. Le niveau 2 renvoie aux antalgiques opiacés faibles comme la codéine et le tramadol. Enfin, le niveau 3 regroupe les antalgiques opiacés forts : la morphine et ses dérivés. Ces médicaments ont les mêmes caractéristiques et le même mode d'action que les précédents mais sont plus puissants. Ils sont utilisés en cas de douleurs intenses ou rebelles aux antalgiques de niveau 2.

La part des antalgiques de niveau 1 et 2 prescrits en cas de migraine reste stable entre 1998 et 2003. Ils sont prescrits en moyenne dans 27 % des cas lorsque le diagnostic de migraine est posé par le médecin. Les antalgiques de niveau 3 étant rarement prescrits en cas de migraine, ils n'apparaissent pas sur le graphique. À noter que la part des bêta-bloquants, prescrits en traitement de fond de la migraine, est également stable au cours de la période.

Source : traitements statistiques et analyse, Élise Amar, DREES.

évolution des prescriptions en cas de diagnostic de migraine entre 1998 et 2003



Source : enquête permanente sur la prescriptions médicale, Ims-Health.